

SUICIDE ET TENTATIVES DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

BULLETIN N°8 - JANVIER 2022

L'Observatoire régional du suicide animé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS), produit cette année son 8^{ème} bulletin. Les travaux menés accompagnent le développement de la stratégie régionale de prévention du suicide qui a été plus particulièrement marquée cette année par la mise en place, depuis le 1^{er} octobre 2021, des deux centres répondants du 31 14 de Lyon et de Saint-Étienne ainsi que par la montée en charge de Vigilans.

Dans le cadre du précédent bulletin, nous avons tenu à présenter les premières données consolidées des tentatives de suicide en période de crise sanitaire. Ces données ont été suivies dans le temps durant toute l'année 2021 par l'observatoire, afin de veiller à l'évolution de ces chiffres en fonction des contextes des territoires.

La veille effectuée sur notre région a permis d'identifier, en 2020, une accentuation du reflux du nombre de séjours hospitaliers et de passages aux urgences pour tentative de suicide ; cette diminution est liée à une baisse générale des hospitalisations quel qu'en soit le motif (hors Covid-19), dans un contexte de crise sanitaire. Bien que la situation observée en 2020 soit très exceptionnelle à tous points de vue, les tendances observées ces dernières années tendent cependant à se confirmer.

L'observation plus fine, selon les classes d'âge, a permis en effet de distinguer une augmentation des tentatives de suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans qui a eu tendance à s'accroître sur la dernière période, incluant l'année 2020 de survenue de la pandémie de Covid-19.

Les travaux menés par Santé Publique France dans notre région, sous la forme d'une veille hebdomadaire des passages aux urgences pour gestes suicidaires et troubles de l'humeur ainsi que l'analyse des actes de SOS Médecins pour angoisse et état dépressif, ont également permis de mesurer le fort impact de la période pandémique sur la santé mentale et les troubles anxieux des jeunes.

L'augmentation observée chez les mineurs constitue un point d'alerte pour l'observatoire, dans un

contexte marqué par les difficultés rencontrées par la pédopsychiatrie, ce qui nous conduira à accentuer nos efforts spécifiques de prévention. Nous restons en veille sur l'évolution de ces données qui nous permettent d'orienter nos actions de santé publique en lien étroit avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention du suicide. L'observation constitue dans ce sens l'un des bras indispensables de la stratégie multimodale de prévention du suicide que nous déclinons dans notre région, en nous permettant d'échanger sur des données actualisées, d'apprécier des tendances, d'en mesurer les impacts et d'adopter des actions adaptées, de façon partenariale et concertée.

Par ailleurs, en 2021, les profils de territoire ont été actualisés et permettent de mieux objectiver et comprendre les inégalités sociales et territoriales en matière de suicide au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes. La typologie des territoires contribue à mieux cerner les grands enjeux en matière de prévention.

La prévention du suicide a fait partie des axes de travail des onze Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) qui ont été retenus dans notre région et sera désormais inscrite dans le cadre des contrats territoriaux de santé mentale finalisés en fin d'année 2021.

La montée en charge de Vigilans qui se déploie depuis plus d'un an progressivement auprès de l'ensemble des services d'urgence de notre région, la mise en place des deux centres répondants de jour de Lyon et de Saint-Étienne, le déploiement des formations prévention du suicide, la lutte contre la contagion suicidaire et le travail d'articulation de l'ensemble des acteurs et des partenaires institutionnels investis dans le champ de la prévention du suicide se poursuivront en 2022.

Nous tenons à remercier tous les professionnels engagés dans les travaux de l'observatoire régional du suicide ainsi que l'ensemble des acteurs qui participent au déploiement de la stratégie multimodale nationale sur nos territoires. Grâce à leur engagement, la compréhension du suicide dans notre région progresse.

Anne-Marie Durand, Directrice de la Direction 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	4
Le dispositif Vigilans.....	9
Les passages aux urgences pour tentative de suicide.....	10
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes	12
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes	13
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes.....	14
Les chiffres et les points clés.....	15
Profils de territoires.....	16
Cartes ressources.....	20
Sources de données et méthode.....	22
Consignes de codage et amélioration de la codification.....	24
Méthodologie de la typologie des territoires.....	25
Liste des abréviations.....	28
Bibliographie.....	29

Rappel : contexte national

Les décès par suicide

En France métropolitaine, un peu plus de 8 400 décès par suicide ont été comptabilisés en 2016, soit près 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 a diminué en moyenne de 2,0 % par an entre 2000 et 2016 (soit 31,8 % de baisse 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 2020, selon les données du PMSI, environ 78 500 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, relativement stables depuis 2013, ont fortement diminué en 2020. Cette diminution s'inscrit dans le contexte de survenue de la pandémie de Covid-19 et de diminution générale du nombre de séjours hospitaliers, quel que soit le motif hors Covid-19, en 2020 par rapport à 2019 [2]. Les données 2020 sont donc difficiles à analyser tant la situation a été exceptionnelle.

Toutefois, les tendances observées ces dernières années tendent à se confirmer : baisse du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, pic observé du taux chez les femmes de 15-19 ans et de 45-49 ans, absorption de substances médicamenteuses cause d'hospitalisation la plus fréquemment observée en MCO suite à une tentative de suicide.

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Les données consolidées de mortalité du CépiDc pour l'année 2017 n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce bulletin. Une synthèse des principales données de mortalité par suicide présentées antérieurement par l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes est proposée ci-dessous. Pour avoir de plus amples informations sur la mortalité par suicide, le lecteur peut consulter : Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2021;7:1-42 accessible à cette adresse : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull7_2021.pdf [3].

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

Depuis l'année 2000, une baisse globale et significative¹ du taux de mortalité par suicide est observée en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine (cf. figure 1), tendance observée chez les hommes et chez les femmes.

Le taux régional en 2016, deux sexes ensemble, est significativement inférieur au taux national.

Sur la période 2014-2016, 916 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région. Plus des trois quarts de ces décès concernent des hommes (76,1 %).

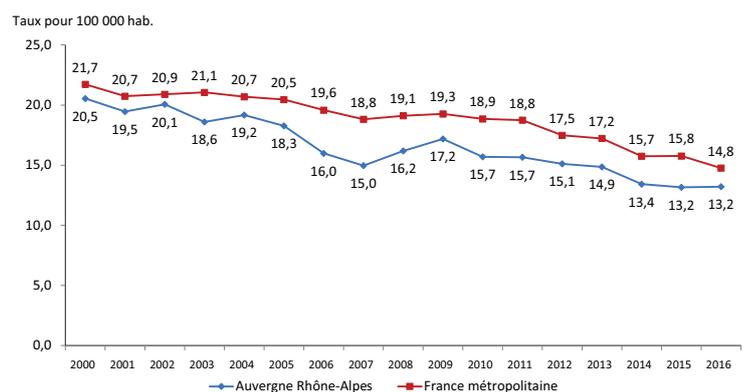
Ces moyennes cachent néanmoins des écarts importants selon le sexe, les classes d'âge et les territoires dont il faut tenir compte dans les actions de prévention.

Pour la France métropolitaine en 2016, le nombre de décès par suicide est 2,4 fois supérieur à celui des décès par accidents de la circulation (3 477 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2016²).

¹ Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 22-23)

² Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2016.

Figure 1 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide de 2000 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 1 - Nombre de décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine de 2011 à 2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
France métropolitaine	10 359	9 720	9 642	8 879	8 948	8 427
Auvergne-Rhône-Alpes	1 040	1 017	1 008	920	910	919

Source : Inserm-CépiDc, données 2011-2016 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Le taux standardisé de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes aux échelles régionale et métropolitaine. Depuis plusieurs années, la pendaison est le mode opératoire le plus fréquent. Sur la période 2014-2016, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,4 % de l'ensemble des décès (versus 1,5 % en France métropolitaine).

Le part des décès par suicide dans l'ensemble des décès est plus élevée chez les 25-39 ans pour les hommes et chez les 20-29 ans pour les femmes. Chez les jeunes adultes de 25-34 ans, le suicide représente, à l'échelle nationale, la première cause de mortalité devant les tumeurs. Chez les 15-24 ans, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation.

En Auvergne-Rhône-Alpes, comme en France métropolitaine, tous les groupes d'âge sont concernés par la baisse globale de la mortalité par suicide depuis les années 2000 (cf. figure 2). Toutefois, ces dernières années, le taux spécifique de mortalité par suicide des personnes âgées de 75 ans et plus dans la région augmente légèrement ou stagne (23,3 pour 100 000 personnes en 2012, 24,1 en 2013, 24,3 en 2014 et 24,4 en 2015).

En France métropolitaine, la tendance est différente : les taux spécifiques de mortalité par suicide poursuivent leur baisse pour tous les groupes d'âge, y compris chez les 75 ans et plus.

De fortes disparités départementales

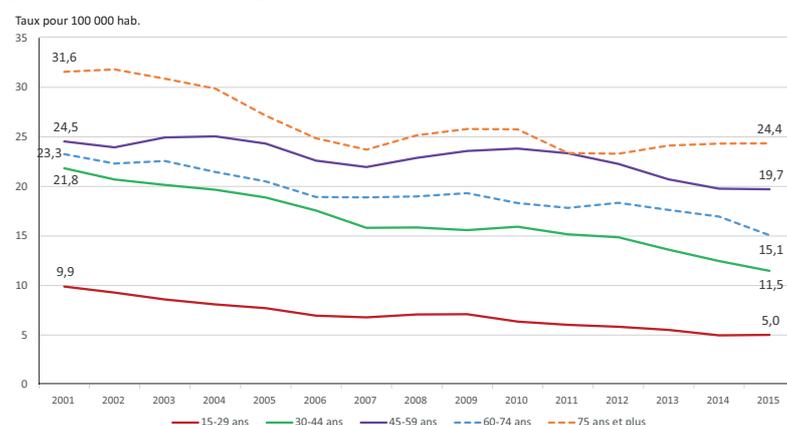
Dans l'Allier, le Cantal, la Loire et le Puy-de-Dôme, en 2016, le taux annuel standardisé de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, est significativement supérieur au taux régional ; dans le Puy-de-Dôme, le taux est même supérieur au taux de France métropolitaine. Le taux standardisé de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, enregistré dans le Rhône est inférieur au taux régional et au taux national.

Les inégalités sociales de mortalité par suicide

Une analyse de l'évolution de la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes sur la période 2000-2015 selon l'indice de défavorisation sociale (FDep13) des communes a permis de mettre en évidence l'existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes comme chez les femmes [3] [4]. La mortalité par suicide est supérieure dans les communes défavorisées par rapport aux communes favorisées.

Une augmentation significative des inégalités sociales de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, est observée entre 2001 et 2006. Chez les hommes, l'augmentation est significative entre 2001 et 2005 et entre 2007 et 2012. Chez les femmes, une augmentation significative des inégalités sociales de mortalité par suicide est mise en évidence entre 2004 et 2006 puis entre 2010 et 2012 et une diminution de ces inégalités est observée entre 2001 et 2004 et entre 2006 et 2010.

Figure 2 - Évolution des taux spécifiques* de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2016



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

- Diminution globale de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,2 % par an).
- Point de vigilance : depuis 2012, augmentation ou stagnation du taux spécifique de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide, première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide qui se maintiennent élevés dans certains départements : Allier, Cantal, Loire et Puy-de-Dôme.
- Dans la majorité des départements, baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide entre 2000 et 2016.
- La pendaison, premier mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en augmentation chez les hommes depuis le début des années 2000.
- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes comme chez les femmes sur la période 2000-2015 : mortalité par suicide supérieure dans les communes défavorisées par rapport à celles favorisées.

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 et en diminution depuis 2019

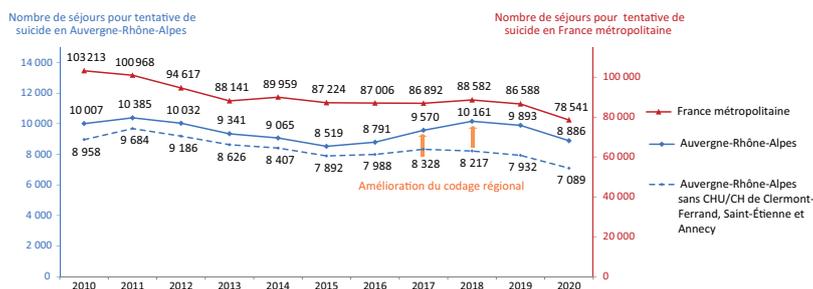
Sur la période 2018-2020, 9 647 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (cf. sources de données et méthode p. 22-23) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 3).

Une augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide avait été enregistrée dans la région entre 2015 et 2018 (+6,4 % par an), en lien avec l'amélioration de la qualité du codage engagée dans plusieurs établissements de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 24).

Le léger reflux du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observé en 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes s'est accentué en 2020 (-10,2 % contre -9,3 % pour la France métropolitaine).

Cette diminution, observée dans un contexte sanitaire de survenue de la pandémie de Covid-19, est concordante avec le constat de la Drees qui enregistre, pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, une baisse de 15,1 % du nombre de séjours hospitaliers, quel que soit le motif hors Covid-19, en 2020 par rapport à 2019 (-13 %

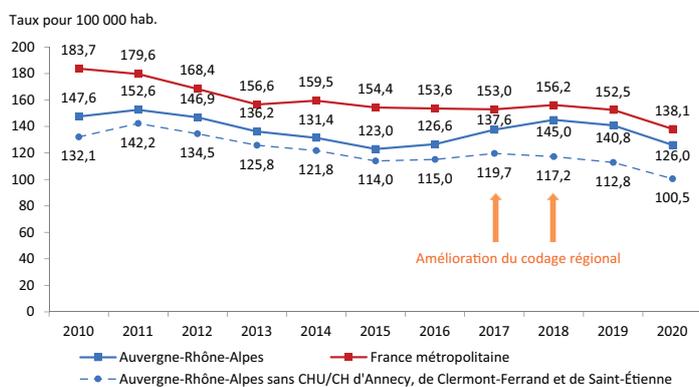
Figure 3 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2020



Sources : ATI H PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

pour la France) [2]. Cette baisse nationale du nombre de séjours hospitaliers diffère selon le motif d'hospitalisation : elle est plus marquée pour certains motifs comme les motifs ORL, infectieux et respiratoires (hors Covid-19) : respectivement -31,6 %, -28,1 % et -26,9 %. Concernant les séjours hospitaliers pour troubles mentaux, une baisse de -15,4 % est enregistrée par la Drees au niveau national. La baisse du nombre de séjours hospitaliers diffère aussi selon l'âge, avec une baisse plus importante pour les enfants de 2 à 14 ans. Enfin, la baisse est davantage concentrée sur la première vague de l'épidémie (entre le 15 mars et le 16 mai 2020) lors du 1^{er} confinement.

Figure 4 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2020



* Standardisation directe sur âge et sexe

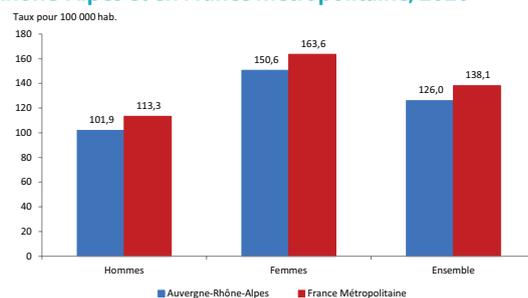
Sources : ATI H PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Comme les années précédentes, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont plus élevés en 2020 chez les femmes que chez les hommes, en région comme en France métropolitaine (cf. figure 5). Ainsi, 151 séjours pour 100 000 femmes sont enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes contre 102 pour 100 000 hommes.

Pour les deux sexes, les taux restent plus bas dans la région qu'en France métropolitaine. Les écarts s'étaient resserrés ces dernières années, probablement en lien avec les efforts d'amélioration du codage fournis dans la région. Toutefois, en 2020, les écarts entre les taux régionaux et nationaux sont plus marqués qu'en 2019, en faveur des taux régionaux.

Après une baisse significative jusqu'en 2015 (-3,3 % 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 (+6,0 % par an), liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région. Mais une baisse amorcée en 2019 a été confirmée en 2020 en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement (cf. figure 4). À l'échelle de la France métropolitaine, ce taux connaît globalement une baisse significative depuis 2010 (-1,9 % par an jusqu'en 2019), baisse qui s'est nettement accentuée en 2020 en lien avec le contexte sanitaire (-9,4 %).

Figure 5 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020



* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATI H PMSI-MCO 2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide particulièrement élevés chez les femmes de 15-19 ans, qui tendent toutefois à se stabiliser

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2018-2020, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par classe d'âge présentent deux pics chez les femmes (cf. figures 6 et 7) :

- l'un chez les 15-19 ans avec 387 séjours pour 100 000 jeunes femmes de la région (436 pour 100 000 femmes en France métropolitaine), taux stable pour la région et en diminution pour la France métropolitaine par rapport à la période précédente ;
- l'autre, moins marqué, chez les 45-49 ans avec 206 séjours pour 100 000 femmes en Auvergne-Rhône-Alpes (224 pour 100 000 femmes en France métropolitaine), taux en diminution par rapport aux années précédentes.

Les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide évoluent différemment selon les classes d'âge (cf. figure 8). Une hausse globale significative¹ est observée sur la période 2010-2020 chez les moins de 15 ans (+3,4 % de croissance annuelle moyenne), chez les 85 ans et plus (+3,5 %) et dans une moindre mesure chez les 55-64 ans (+0,8 % de croissance annuelle moyenne, évolution significative à 10 %).

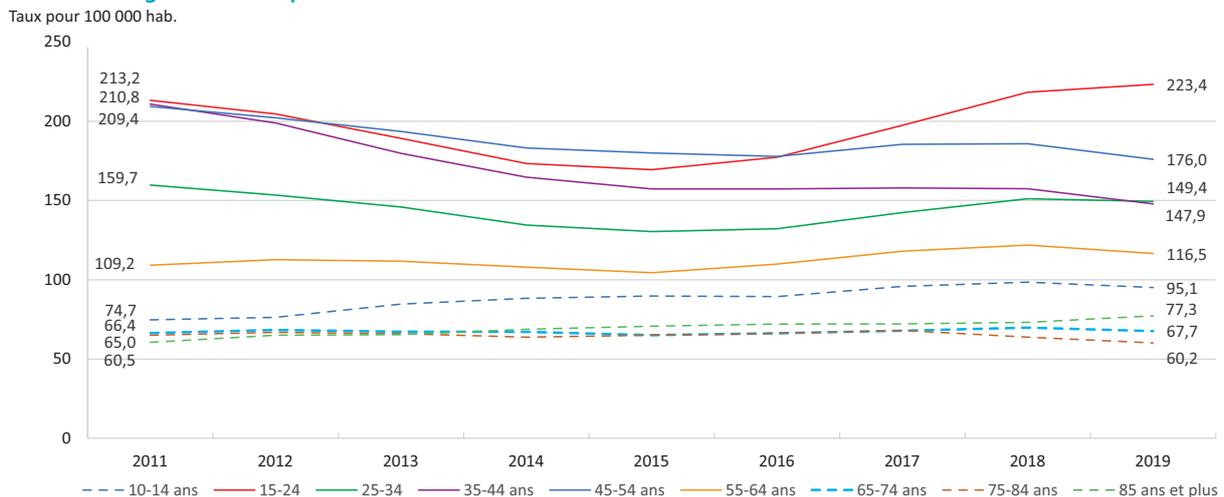
Au contraire, une baisse globale significative est enregistrée sur la période 2010-2020 chez les 35-44 ans (-3,7 % de baisse annuelle moyenne) et chez les 45-54 ans (-2,0 %).

Chez les 65-74 ans et les 75-84 ans, le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide est relativement stable sur la période.

Enfin, chez les 15-24 ans et les 25-34 ans, après une période de baisse, une hausse significative des taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est enregistrée sur la période 2014-2020 chez les 15-24 ans (+8,0 % d'augmentation annuelle moyenne) et chez les 25-34 ans (+3,7 %

¹ Les taux standardisés sont modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 22-23)

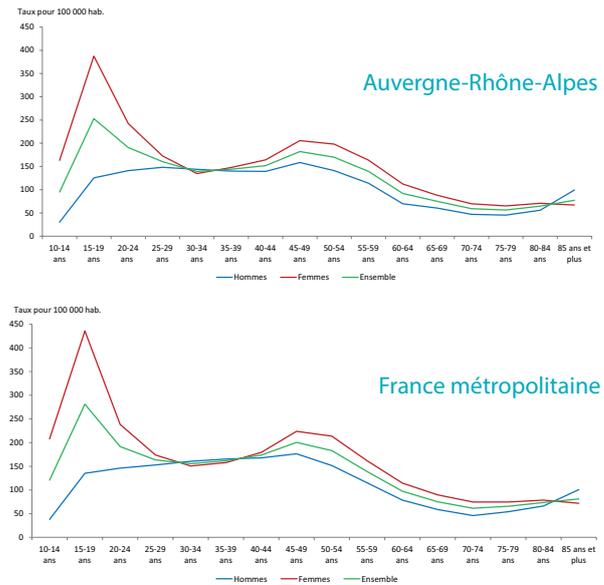
Figure 8 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, selon les groupes d'âge entre 2010 et 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figures 6 et 7 - 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, 2018-2020



Sources : ATIH PMSI-MCO 2018-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

d'augmentation annuelle moyenne). Chez les 15-24 ans, la hausse se poursuit sur la dernière période 2018-2020 incluant l'année de survenue de la pandémie de Covid-19 mais elle fléchit légèrement chez les 25-34 ans sur cette même période.

L'augmentation chez les 15-24 ans est concordante avec les alertes données par certains professionnels de santé (à Grenoble notamment) sur l'augmentation, ces dernières années, des passages aux urgences des mineurs pour motif psychiatrique (dont les tentatives de suicide) dans un contexte où l'offre de soins en pédopsychiatrie manque.

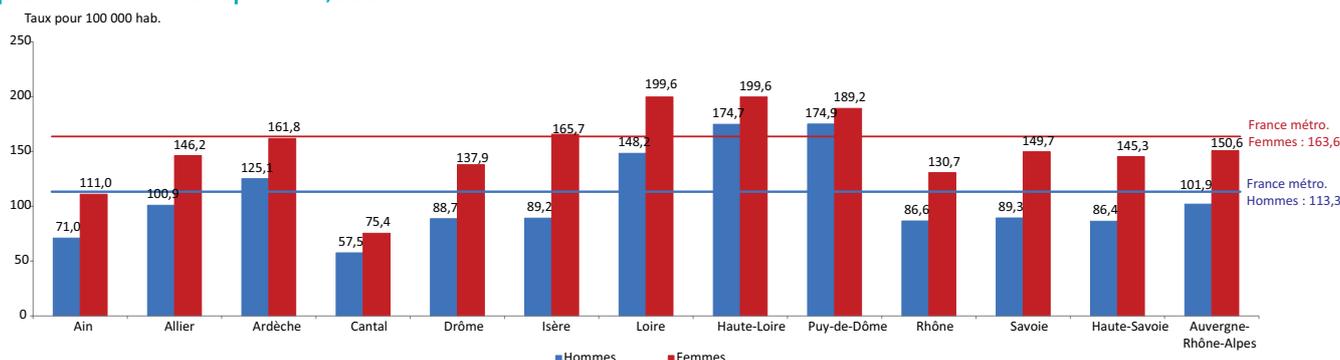
Sur la période 2018-2020, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont également continué à augmenter chez les 85 ans et plus. Il convient de rester vigilant sur l'analyse de l'évolution des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en raison des améliorations de la qualité du codage et des effets de l'épidémie de Covid-19.

Une situation hétérogène selon les départements

En 2020, les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont moins élevés qu'en 2019, en raison notamment du contexte sanitaire de survenue de l'épidémie de Covid-19 [2]. Cette tendance est observée dans tous les départements de la région, à l'exception de la Haute-Savoie où une augmentation est identifiée. Toutefois, des écarts prononcés subsistent selon les départements (cf. figure 9). La Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme pour les deux sexes, l'Ardèche pour les hommes et l'Isère pour les femmes ont des taux

élevés et significativement supérieurs aux taux régional et national. Au contraire, l'Ain, le Cantal et le Rhône chez les deux sexes et la Drôme, l'Isère et la Haute-Savoie chez les hommes ont les taux les plus faibles de la région avec des valeurs significativement inférieures à celles de la région et de la France métropolitaine. L'Allier et la Savoie pour les deux sexes, l'Ardèche, la Drôme et la Haute-Savoie pour les femmes présentent des taux comparables aux moyennes régionales.

Figure 9 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020



* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATIH PMSI-MCO 2020, 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 2020 illustrent l'hétérogénéité des situations départementales (cf. figure 10).

Sur la période 2010-2020, une baisse globale significative des taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, est observée dans l'Ain, l'Allier, la Drôme, l'Isère (à partir de 2011) et le Rhône. Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, une hausse significative est constatée depuis 2010, en dehors de 2020 où une baisse est observée.

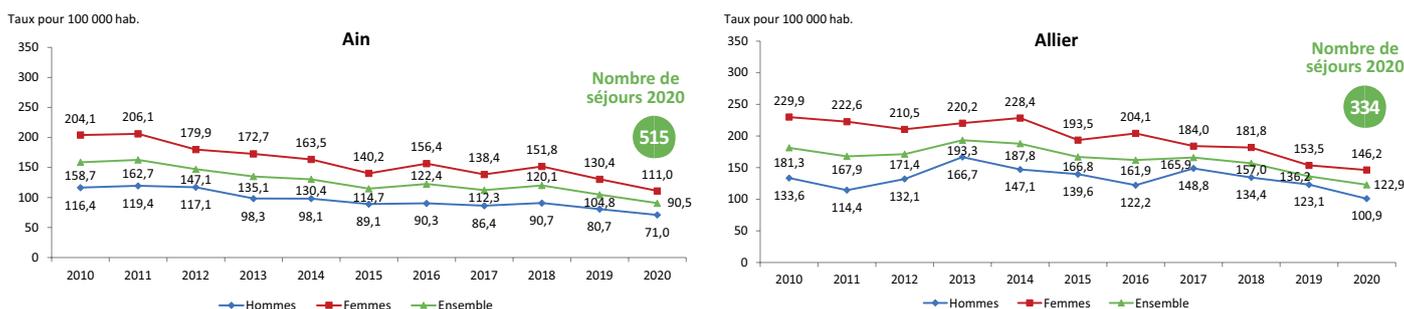
Pour les autres départements (Ardèche, Cantal, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie), l'évolution des taux est variable, alternant entre diminution et augmentation. Une analyse par sous-périodes permet de mettre en évidence une augmentation significative des taux pour les deux sexes ensemble, depuis 2014 en Haute-Savoie.

Pour rappel [4], le faible écart des taux annuels standardisés entre les hommes et les femmes dans le Puy-

de-Dôme pourrait être lié à une pratique de dépistage et d'exploration systématique des intoxications éthyliques aiguës chez les patients requérant le service d'urgence médico-chirurgicale du CHU de Clermont-Ferrand (sur-représentation masculine) par les psychiatres des urgences à la recherche d'une intentionnalité auto-agressive directe et/ou associée.

Concernant l'évolution entre 2019 et 2020 des taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, tous les départements, à l'exception de la Haute-Savoie, voient leur taux diminuer notamment en lien avec le contexte épidémique de la Covid-19. L'évolution atypique de la Haute-Savoie est cohérente avec l'activité du dispositif Vigilans qui a inclus des patients à partir du second semestre 2020 (à Annecy et Annemasse), cette activité ayant pu contribuer par ailleurs à l'amélioration du codage (cf. focus Vigilans p.9). En outre, le CH d'Annecy-Genevois est engagé dans une démarche d'amélioration du codage depuis 2018 qui peut expliquer en partie cette augmentation.

Figure 10 - Évolution des taux* standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2020

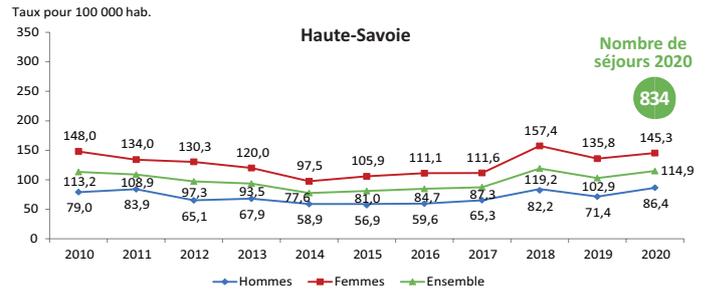
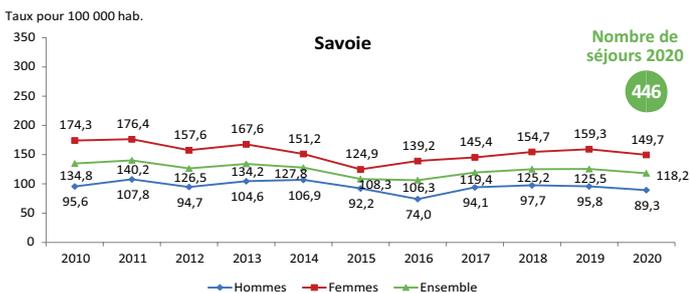
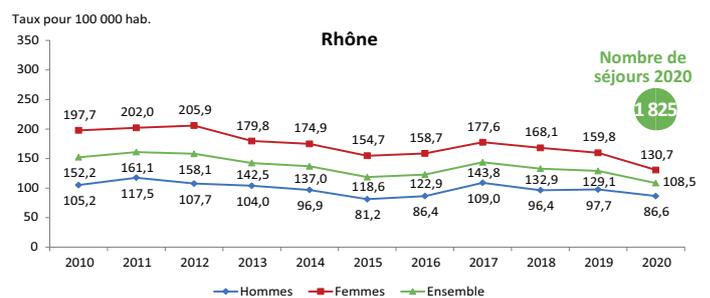
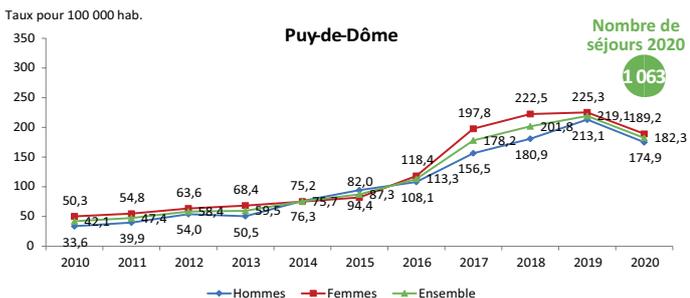
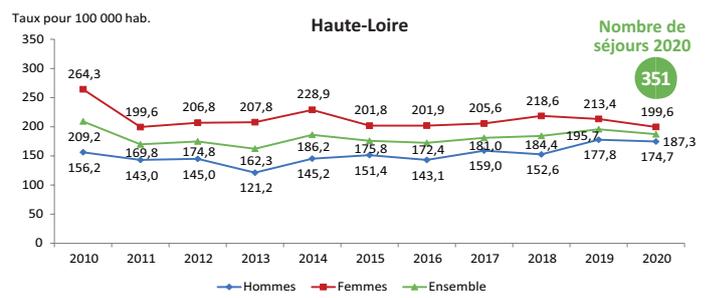
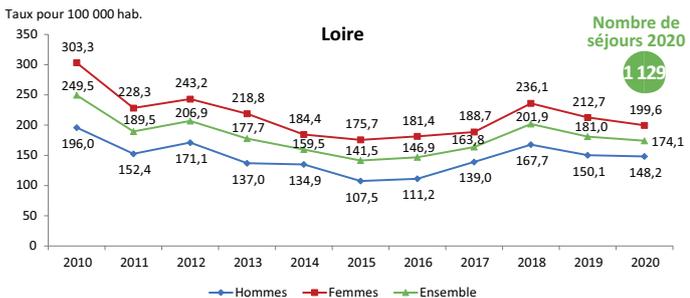
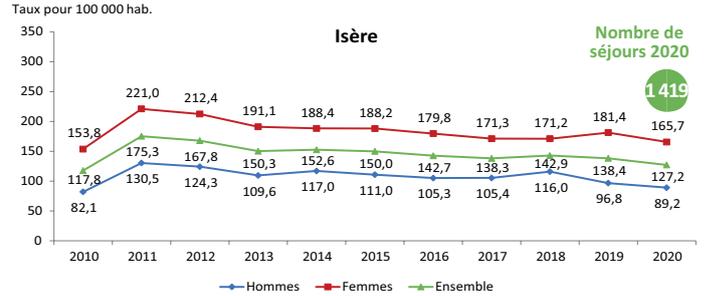
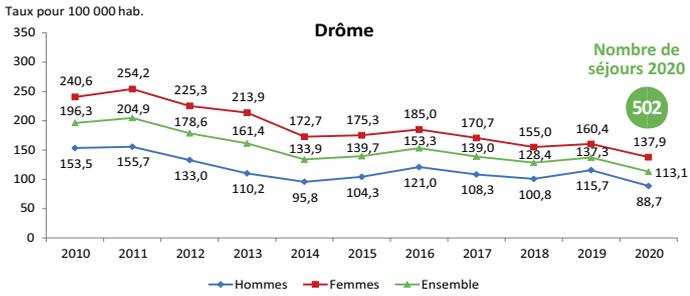
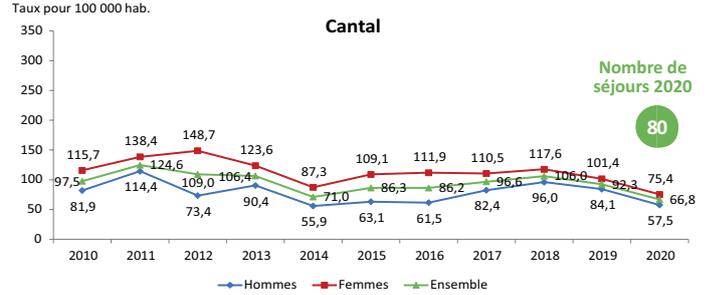
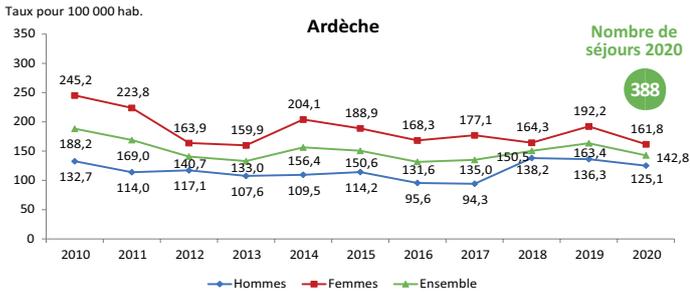


* Standardisation directe sur âge et sexe

Nombre de séjours 2020 : nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en 2020

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 10 - Évolution des taux* standardisés de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2020 (suite)



* Standardisation directe sur âge et sexe

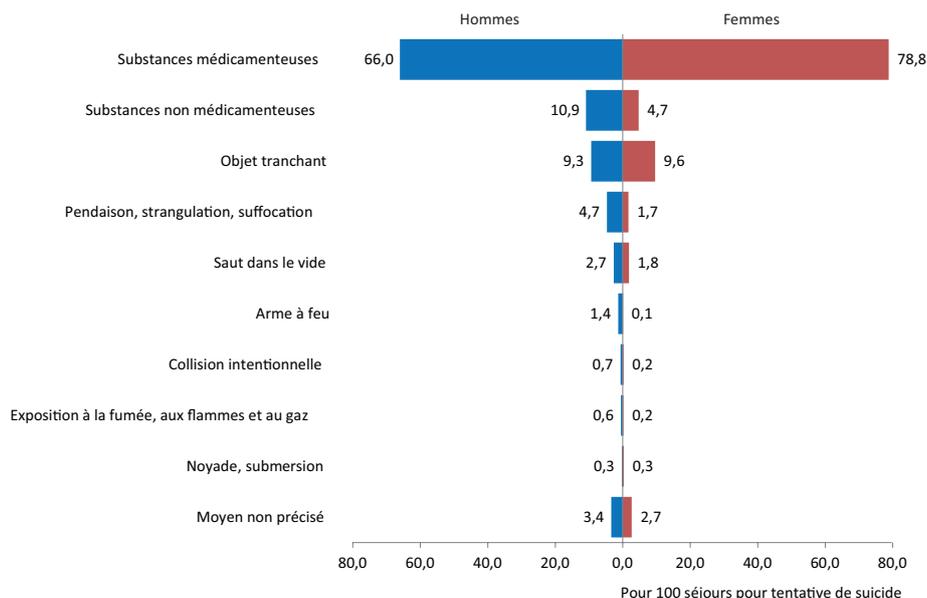
Nombre de séjours 2020 : nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en 2020

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le premier mode opératoire

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les femmes (78,8 %) que chez les hommes (66,0 %) hospitalisés dans la région en MCO suite à une tentative de suicide sur la période 2018-2020 (cf. figure 11). Toutefois, la légère baisse de ce mode opératoire chez les femmes observée précédemment [3] se poursuit. Cette baisse ainsi que celle des sauts dans le vide sont compensées par une hausse des tentatives de suicide par objets tranchants chez les femmes (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 22-23).

Figure 11 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon le mode opératoire, 2018-2020 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2018-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

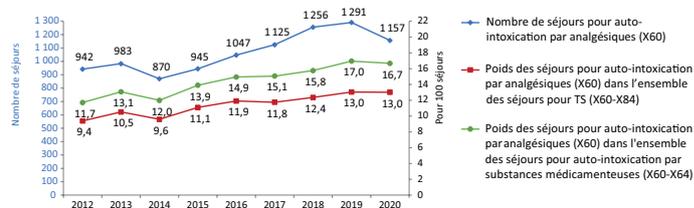
La part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par absorption de substances non médicamenteuses poursuit son augmentation par rapport à la période précédente chez les hommes et se maintient chez les femmes.

Par rapport à la France métropolitaine, la part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par saut dans le vide parmi l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes, chez les hommes comme chez les femmes. La part de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par substances médicamenteuses chez les femmes et celle par collision intentionnelle chez les hommes sont supérieures en Auvergne-Rhône-Alpes aux valeurs relevées pour la France métropolitaine. Ces résultats sont concordants avec les ressentis des professionnels de terrain.

Chez les jeunes de 10-14 ans, la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire pour les garçons (53,9 %, en diminution par rapport à la période précédente) comme pour les jeunes filles (60,1 %) mais elle est moins fréquente qu'en population générale. Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par cette classe d'âge reste l'objet tranchant, en augmentation par rapport à la période précédente, quel que soit le sexe (23,0 % pour les garçons et 27,6 % pour les filles). Le troisième mode opératoire est la pendaison pour les garçons (7,0 %, en diminution par rapport à la période précédente) comme pour les jeunes filles (3,2 % en augmentation, ce mode passant devant les substances non médicamenteuses).

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 paracétamol (cf. figure 12). 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. Après une augmentation observée depuis 2014, la part de ce mode de tentative de suicide reste en 2020 au même niveau qu'en 2019 (13,0 %).

Figure 12 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2012 et 2020 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2012-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les plus jeunes (10-14 ans), la part de ce mode de tentative de suicide était également en augmentation ces dernières années [3]. Toutefois, un léger reflux de la part de ce mode chez les plus jeunes est observé en 2020 (29,2 % en 2020 contre 30,3 % en 2019). La décision prise le 15 janvier 2020 par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) de ne plus présenter les médicaments contenant du paracétamol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de l'alpha-amylase en libre accès dans les pharmacies (tout en restant disponibles sans ordonnance médicale obligatoire) pourrait expliquer en partie cette diminution.

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

- 8 886 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2020.
- Après une baisse jusqu'en 2015, augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2015-2018 liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région puis accentuation en 2020 de la baisse amorcée en 2019, en lien toutefois avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement.
- La majorité (61 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concerne des femmes.
- 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 (taux stable par rapport à la période précédente pour la région) et chez les femmes de 45-49 ans (taux en diminution par rapport aux périodes précédentes).
- Chez les 15-24 ans, la hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers pour tentative de suicide observée depuis 2014 se poursuit sur la période 2018-2020 incluant l'année de survenue de l'épidémie de Covid-19.
- La Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme pour les deux sexes, l'Ardèche pour les hommes et l'Isère pour les femmes ont des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux taux régional et national. Au contraire, l'Ain, le Cantal et le Rhône pour les deux sexes et la Drôme, l'Isère et la Haute-Savoie pour les hommes ont des taux standardisés les plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale.
- Dans cinq départements (Ain, Allier, Drôme, Isère et Rhône), baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2020 ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010 ; pour les autres départements (Ardèche, Cantal, Haute-Loire, Loire, Savoie et Haute-Savoie), évolution variable du taux standardisé de séjours sur cette période.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes, avec une légère baisse ces dernières années chez les femmes compensée par une hausse des objets tranchants.

VIGILANS

Depuis juillet 2020, l'intégralité de la région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par le dispositif Vigilans au travers de quatre équipes (Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Clermont-Ferrand). Ainsi, entre janvier et novembre 2021, environ 2 500 demandes de prises en charge ont été reçues par l'ensemble des pôles de la région, soit déjà près de 25 % du nombre de tentatives de suicide passant par un service d'urgences de la région. Le bilan est le suivant :

- une couverture régionale qui a doublé ;
- 72 % d'inclusions supplémentaires en 2021 ;
- plus de 20 centres partenaires qui ont ouvert en 2021 ;
- une augmentation du taux de pénétrance sur tous les centres partenaires depuis 2020 ;
- 80 % des inclusions proviennent des huit centres prescripteurs initiaux avec une moyenne de 58,5 % de taux de pénétrance.

Précisions sur le dispositif

Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalière proposé à tous les suicidants de la région Auvergne-Rhône-Alpes 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 téléphonique 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 le dispositif Vigilans 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>

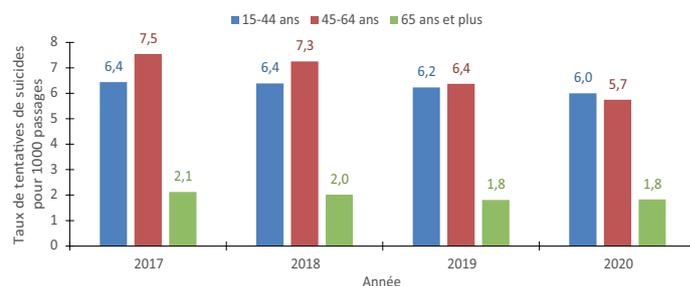
LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN 2020

En 2020, 6 375 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide ont été notifiés via le système SurSaUD® en région Auvergne-Rhône-Alpes parmi 1 386 654 passages codés. Comparativement à 2019, il existe une baisse de 15 % du nombre de passages pour tentative de suicide, dans un contexte de baisse de 10 % du nombre total de passages aux urgences lié à la crise Covid-19. Entre 2019 et 2020, le taux de recours aux services des urgences des tentatives de suicide a aussi diminué, passant de 4,8 pour 1 000 passages en 2019 à 4,6 pour 1 000 en 2020. La diminution est plus marquée chez les 45-64 ans où le taux est passé de 6,4 passages pour 1 000 en 2019 à 5,7 en 2020 (Figure 13) avec une baisse tendancielle depuis 2017.

En 2020, 63 % des recours concernaient des femmes et la classe d'âge la plus représentée était celle des 25-44 ans (32 %), suivie des 45-64 (29 %) et des 10-24 ans (28 %). Les 2/3 des personnes étaient hospitalisées et 6 % avaient un pronostic vital engagé (CCMU 4 ou 5) à l'admission. Le mode opératoire le plus fréquent était l'auto-intoxication médicamenteuse.

Le Tableau 2 compare les caractéristiques des personnes ayant eu recours aux urgences pour tentative de suicide en 2019 et 2020. Une légère augmentation de la part des femmes est identifiée, sans variation de distribution d'âge ni de taux d'hospitalisation, la gravité

Figure 13 - Taux de passages aux urgences pour tentative de suicide pour 1 000 passages codés par catégorie d'âge et année, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : RPU, Santé Publique France (SurSaUD®) - Exploitation Santé Publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

à l'admission étant cependant plus importante en 2020. En 2020, les tentatives de suicide par auto-intoxication médicamenteuse représentaient une plus grande part du total des passages pour ce motif (93 % en 2020 versus 91 % en 2019).

Tableau 2 - Caractéristiques des personnes ayant consulté aux urgences pour tentative de suicide en 2019 et 2020, Auvergne-Rhône-Alpes

	2019		2020		p*
	N	%	N	%	
Sexe					0,047
Femme	4 847	65 %	4 029	63 %	
Homme	2 630	35 %	2 346	37 %	
Classe d'âge					NS
10-24 ans	2 146	29 %	1 800	28 %	
25-44 ans	2 433	33 %	2 040	32 %	
45-64 ans	2 183	29 %	1 840	29 %	
65 ans et plus	715	10 %	694	11 %	
Gravité					<0,001
État stable (CCMU 1, 2, P)	3 829	52 %	2 881	46 %	
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	3 142	42 %	3 034	48 %	
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5)	435	6 %	389	6 %	
Hospitalisation					NS
Oui	4 890	67 %	4 113	66 %	
Non	2 457	33 %	2 146	34 %	
Mode opératoire					<0,001
Intoxication médicamenteuse	6 772	91 %	5 931	93 %	
Pendaison, strangulation	246	3 %	123	2 %	
Objet coupant/tranchant	121	2 %	110	2 %	
Saut dans le vide	53	1 %	29	0 %	
Autres ou non précisé	285	4 %	182	3 %	

* Degré de signification statistique, test du Chi2, $p < 0,05$ considéré comme significatif.

NS : non significatif.

Source : RPU, Santé publique France (SurSaUD®) - Exploitation Santé publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

Focus : analyse par période de l'impact des confinements

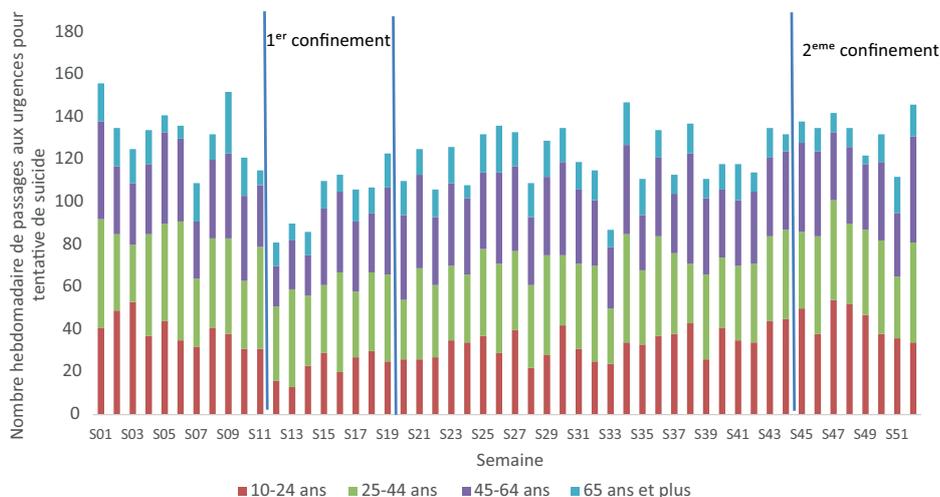
Compte-tenu des périodes de confinement en 2020, une analyse spécifique a été réalisée afin d'identifier l'impact des 1^{er} et 2^{ème} confinements nationaux sur les passages aux urgences pour tentative de suicide.

La Figure 14 décrit le nombre hebdomadaire de passages aux urgences en Auvergne-Rhône-Alpes pour tentative de suicide. Une diminution importante du nombre de passages pour tentative de suicide a été observée durant le premier confinement, principalement durant les trois premières semaines (S12 à S14).

À partir de la fin du 1^{er} confinement, le nombre de passages pour tentative de suicide a connu des fluctuations mais sans tendance franche à l'augmentation au cours du temps. L'impact du 2^{ème} confinement a été moindre sur le nombre de passages pour tentative de suicide.

La description par période (cf. tableau 3) montre que le profil des personnes consultant aux urgences pour tentative de suicide a varié durant les périodes en 2020. Durant le 1^{er} confinement, la sévérité était supérieure avec un taux d'hospitalisation supérieur (71 %) et une moindre représentation des 10-24 ans. Durant le 2^{ème} confinement les différences étaient moins importantes avec cependant une sévérité supérieure à la période précédant le confinement. D'autre part, la part des 10-24 ans a progressivement augmenté de 26 % en sortie du 1^{er} confinement à 33 % durant le 2^{ème} confinement.

Figure 14 - Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide par catégorie d'âge et semaine en 2020, semaines, Auvergne-Rhône-Alpes



Source : RPU, Santé publique France (SurSaUD®) - Exploitation Santé publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

Les modes opératoires ont peu changé durant les périodes, avec néanmoins une tendance à davantage de tentatives de suicide par pendaison ou strangulation durant les deux confinements et une baisse des tentatives de suicide par saut dans le vide ou collision accidentelle probablement liée en partie aux limitations de mobilité des personnes induites par les restrictions de déplacement.

Tableau 3 - Caractéristiques des personnes passées aux urgences avec un diagnostic de tentative de suicide, par période en 2020, Auvergne-Rhône-Alpes

Période	Avant 1 ^{er} confinement S1-11, 1/1-9/5	1 ^{er} confinement S12-19, 16/3-10/5	Après 1 ^{er} confinement S20-35, 11/5-30/8	Avant 2 ^{ème} confinement S36-44, 31/8-1/11	2 ^{ème} confinement S45-53, 2/11-31/12	p*
Nombre de passages pour tentative de suicide	1 456	816	1 928	1 112	1 063	
Sexe						NS
Femme	65 %	62 %	62 %	64 %	63 %	
Homme	35 %	38 %	38 %	36 %	37 %	
Age						<0,001
10 à 24 ans	30 %	22 %	26 %	31 %	33 %	
25 à 44 ans	32 %	37 %	32 %	31 %	31 %	
45 à 64 ans	27 %	29 %	30 %	29 %	28 %	
65 ans et plus	11 %	12 %	13 %	9 %	8 %	
Mode opératoire						<0,001
Intoxication médicamenteuse	94 %	93 %	92 %	95 %	92 %	
Pendaison, strangulation	2 %	3 %	1 %	1 %	2 %	
Objet coupant/tranchant	2 %	2 %	2 %	1 %	2 %	
Saut dans le vide	1 %	0 %	1 %	0 %	0 %	
Collision intentionnelle	0 %	0 %	0 %	1 %	0 %	
Autre mode ou inconnu	2 %	2 %	3 %	2 %	4 %	
Sévérité à l'admission						<0,001
État stable (CCMU 1, 2, P)	49 %	40 %	45 %	49 %	44 %	
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	45 %	52 %	48 %	45 %	51 %	
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5)	6 %	8 %	7 %	6 %	5 %	
Hospitalisation	65 %	71 %	64 %	66 %	65 %	0,018

Source : RPU, Santé publique France (SurSaUD®) - Exploitation Santé publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

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

Les décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016

Pour rappel¹, sur la période 2014-2016, 38 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes : 34 décès en 2014, 40 décès en 2015 et 39 décès en 2016. La majorité des décès (77 %) concernent des jeunes hommes (29 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 11,6 % de l'ensemble des décès recensés chez les 10-24 ans et ils constituent la 3^{ème} cause de mortalité après les accidents de la circulation et les tumeurs. Chez les 15-24 ans, les décès par suicide représentent

12 % de l'ensemble des décès des 15-24 ans et constituent la 2^{ème} cause de mortalité après les accidents de la circulation.

Le taux spécifique de décès par suicide chez les 10-24 ans sur la période 2014-2016 s'élève à 2,6 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (4,0 chez les garçons et 1,2 chez les filles) versus 3,4 pour 100 000 en France métropolitaine (4,9 chez les garçons et 1,8 chez les filles). Ce taux connaît une baisse globale significative depuis 2000 dans la région (-3,9 % par an) comme en France métropolitaine (-2,6 % par an).

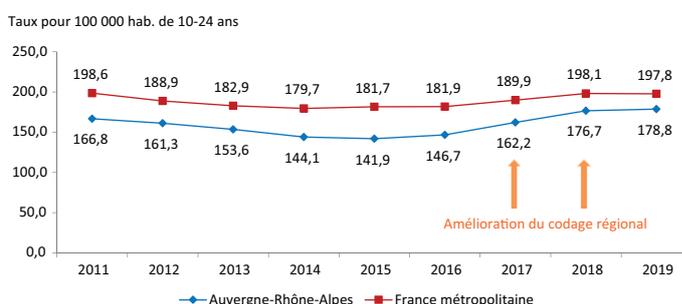
¹ Cf. paragraphe introductif sur la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes p.2

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2018-2020

Sur la période 2018-2020, 2 611 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 : 2 639 en 2018, 2 720 en 2019 et 2 473 en 2020. Comme précédemment, 72 % des séjours des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (1 884 séjours en moyenne par an). Chez les 10-24 ans, un séjour sur cinq (18,5 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (483 séjours en moyenne par an sur la période 2018-2020, soit un taux de 95 pour 100 000) et 81,5 % les 15-24 ans (2 128 séjours en moyenne par an sur la période 2018-2020, soit un taux de 223 pour 100 000). Cette répartition des séjours selon la classe d'âge est similaire à celle observée sur la période précédente.

Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans sur la période 2018-2020 s'élève à 179 pour 100 000 (97 chez les garçons et 264 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 13). Ce taux demeure inférieur à la valeur nationale (198 pour 100 000 en France métropolitaine, 105 pour les garçons et 295 pour les filles). Il est en augmentation significative depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes (+6,5 % de croissance annuelle moyenne ; +2,2 % pour la France métropolitaine). L'augmentation régionale depuis 2015 s'explique en partie par l'amélioration du codage engagée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codages et amélioration de la codification p. 24). La croissance annuelle moyenne de ce

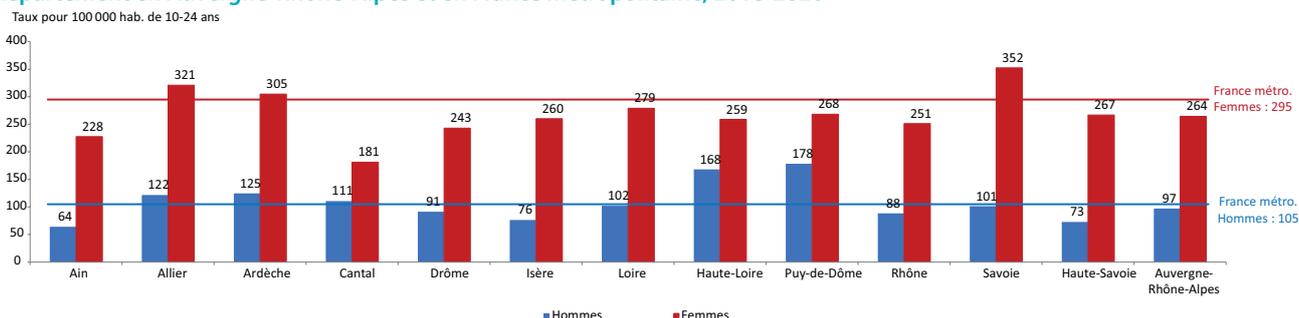
Figure 13 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 10-24 ans de 2010 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

taux régional a toutefois ralenti sur la période 2018-2020 en raison de la survenue en 2020 de la pandémie de Covid-19. L'augmentation observée chez les mineurs constitue un point d'alerte. Les difficultés rencontrées par la pédopsychiatrie et le fait que les services de prévention du suicide sont le plus souvent issus de la psychiatrie adulte, donc pas nécessairement adaptés aux publics jeunes, impliquent qu'il faudra accentuer les efforts de prévention spécifique destinée aux jeunes.

Figure 14 - 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, 2018-2020



*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2018-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans les départements de l'Ain, l'Isère et la Haute-Savoie, les taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont significativement inférieurs au taux régional chez les jeunes garçons âgés de 10 à 24 ans (cf. figure 14) ; ils sont significativement supérieurs dans le Puy-de-Dôme et en Haute-Loire. En Savoie, le taux est significativement supérieur chez les jeunes filles de 10 à 24 ans.

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

- Les décès par suicide chez les 10-24 ans concernent majoritairement les garçons (77 %) et constituent la 3^{ème} cause de mortalité.
- Un quart de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide (27 %) concerne un jeune de 10-24 ans.
- Les taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans continuent d'augmenter depuis 2015, en lien notamment avec l'amélioration du codage, mais la survenue de l'épidémie de Covid-19 en 2020 a conduit à un ralentissement de cette croissance.

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

Les décès par suicide chez les personnes de 45-64 ans par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016

Pour rappel¹, sur la période 2014-2016, 378 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 369 en 2014, 381 en 2015 et 385 en 2016. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes (73 %, soit 277 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 4,5 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette classe d'âge, proportion stable par rapport aux années précédentes mais légèrement supérieure à celle de

¹ Cf. paragraphe introductif sur la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes p.2

la France métropolitaine (4,2 %).

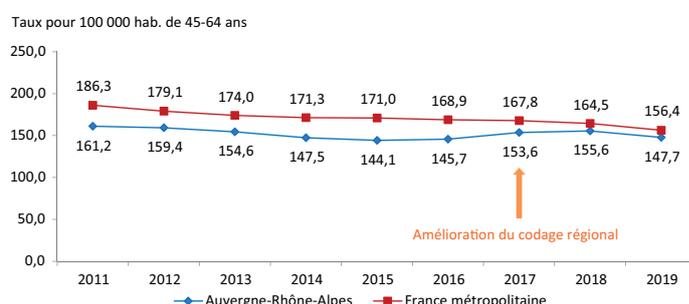
Le taux spécifique de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2014-2016 s'élève à 18,7 pour 100 000 (27,9 pour les hommes et 9,8 pour les femmes) versus 20,7 pour 100 000 en France métropolitaine (31,8 pour les hommes et 10,2 pour les femmes). Ce taux diminue globalement et de manière significative depuis 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes (-1,6 % par an) comme en France métropolitaine (-1,0 % par an).

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45 à 64 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2018-2020

Sur la période 2018-2020, 3 044 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 : 3 349 en 2018, 3 061 en 2019 et 2 722 en 2020. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours (59 %) concerne des femmes (1 795 séjours en moyenne par an).

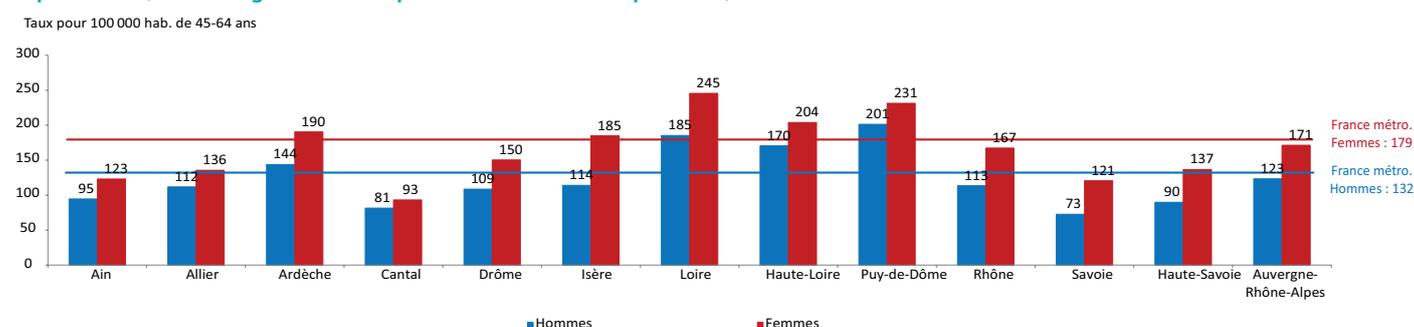
Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans est en augmentation en Auvergne-Rhône-Alpes depuis 2015 en lien notamment avec l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 24). La survenue de l'épidémie de Covid-19 en 2020 a conduit à une baisse de ce taux au niveau régional mais aussi national (cf. figure 15). Le taux régional s'élève à 147,7 pour 100 000 sur la période 2018-2020 (123,3 chez les hommes et 171,4 chez les femmes) et il reste inférieur au taux national de 156,4 pour 100 000 (132,2 chez les hommes et 179,4 chez les femmes) qui ne cesse de diminuer depuis 2011.

Figure 15 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans de 2010 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 16 - 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, 2018-2020



*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2018-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans la Loire et le Puy-de-Dôme, les taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont significativement supérieurs au taux régional chez les 45-64 ans chez les hommes et chez les femmes (cf. figure 16). En Haute-Loire, ce taux est significativement supérieur pour les hommes. L'amélioration de la qualité du codage constatée dans le Puy-de-Dôme et la Loire explique en partie ces taux élevés. Au contraire, les départements savoyards et l'Ain ont des taux significativement inférieurs aux taux régionaux pour les hommes comme pour les femmes et le Cantal pour les femmes uniquement. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux.

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

- Quatre décès par suicide sur dix (41 %) concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans.
- Près d'un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur trois (31,5 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2018-2020.
- La tendance à l'augmentation du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans observée depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes s'inverse avec la survenue de l'épidémie de Covid-19 en 2020.

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

Les décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016

Pour rappel¹, sur la période 2014-2016, 290 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes. Plus de trois décès sur quatre (77 %) concernent des hommes (222 décès en moyenne par an). 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).

¹ Cf. paragraphe introductif sur la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes p.2

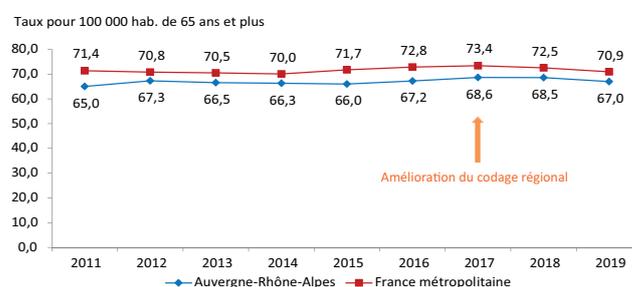
Le taux spécifique de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2014-2016 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 20 pour 100 000 (35 chez les hommes et 8 chez les femmes) versus 23 pour 100 000 en France métropolitaine (40 chez les hommes et 10 chez les femmes). Ce taux a diminué depuis 2000 dans la région (-2,0 %) comme en France métropolitaine (-2,0 %). Chez les personnes de 65-74 ans, ce taux diminue depuis 2012 alors qu'il augmente pour les personnes âgées de 75 ans et plus.

Les 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, 2018-2020

Sur la période 2018-2020, 1 083 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 : 1 137 en 2018, 1 070 en 2019 et 1 043 en 2020. La majorité des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus (62,3 %) concernent des femmes (675 séjours en moyenne par an).

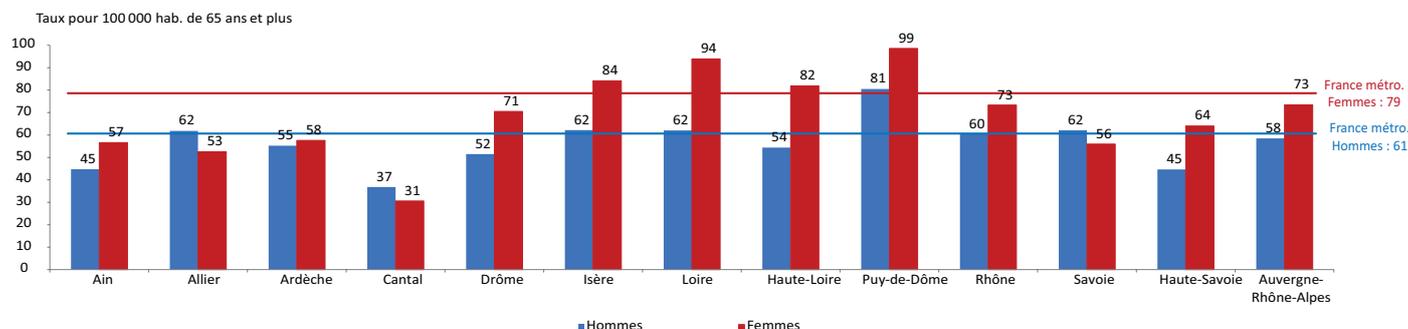
Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2018-2020 s'élève à 67 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (58,5 chez les hommes et 73,4 chez les femmes) versus 70,9 pour 100 000 en France métropolitaine (60,6 chez les hommes et 78,6 chez les femmes) (cf. figure 17). Le taux régional ainsi que le taux national diminuent sur la période 2018-2020 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 8 p. 5).

Figure 17 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus de 2010 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : PMSI-MCO 2010-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 18 - 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, 2018-2020



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2017-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2018-2020, le Puy-de-Dôme présente des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide supérieurs aux taux régionaux chez les hommes et chez les femmes (cf. figure 18). Ces observations se sont affinées ces dernières années dans le Puy-de-Dôme en raison de l'amélioration de la qualité du codage. Chez les femmes, le taux est significativement supérieur au taux régional en Haute-Loire et significativement inférieur dans 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 l'Allier et le Cantal s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers 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

- Près d'un tiers des décès par suicide (32 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur dix (11,2 %) concerne une personne âgée de 65 ans et plus.
- Diminution du taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO régional et national pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus sur la période 2018-2020 en lien notamment avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement.

Les chiffres et les points clés en Auvergne-Rhône-Alpes au regard des données disponibles

La mortalité par suicide

Les données consolidées de mortalité par suicide du CépiDc pour l'année 2017 n'étaient pas disponibles au moment de rédiger ce bulletin. Les données présentées ci-dessous portent sur la période 2000-2016.

- Diminution globale de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,2 % par an).
- Point de vigilance : depuis 2012, augmentation ou stagnation du taux spécifique de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide, première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide qui se maintiennent élevés dans certains départements : Allier, Cantal, Loire et Puy-de-Dôme.
- Dans la majorité des départements, baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide entre 2000 et 2016.
- La pendaison, premier mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en augmentation chez les hommes depuis le début des années 2000.
- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes comme chez les femmes sur la période 2000-2015 : mortalité par suicide supérieure dans les communes défavorisées par rapport aux communes favorisées.

Les tentatives de suicide

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

- 8 886 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2020.
- Après une baisse jusqu'en 2015, augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2015-2018 liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région puis accentuation en 2020 de la baisse amorcée en 2019, en lien toutefois avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement.
- La majorité (61 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concerne des femmes.
- 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 (taux stable par rapport à la période précédente pour la région) et chez les femmes de 45-49 ans (taux en diminution par rapport aux périodes précédentes).
- Chez les 15-24 ans, la hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers pour tentative de suicide observée depuis 2014 se poursuit sur la période 2018-2020 incluant l'année de survenue de l'épidémie de Covid-19.
- La Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme pour les deux sexes, l'Ardèche pour les hommes et l'Isère pour les femmes ont des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux taux régional et national. Au contraire, l'Ain, le Cantal et le Rhône pour les deux sexes et la Drôme, l'Isère et la Haute-Savoie pour les hommes ont des taux standardisés les plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale.
- Dans cinq départements (Ain, Allier, Drôme, Isère et Rhône), baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2020 ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010 ; pour les autres départements (Ardèche, Cantal, Haute-Loire, Loire, Savoie et Haute-Savoie), évolution instable du taux standardisé de séjours sur cette période.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes, avec une légère baisse ces dernières années chez les femmes compensée par une hausse des objets tranchants.
- Un quart de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide (27 %) concerne des personnes de 10-24 ans, 31,5 % les 45-64 ans et 11,2 % les 65 ans et plus.
- La tendance à l'augmentation des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans et chez les 65 ans et plus observée depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes s'inverse avec la survenue de l'épidémie de Covid-19 en 2020. En revanche, chez les 10-24 ans, le taux continue d'augmenter depuis 2015, en lien notamment avec l'amélioration du codage, mais la survenue de l'épidémie de Covid-19 en 2020 conduit à un ralentissement de cette croissance.

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

- Baisse en 2020 du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (- 15 %).
- Près de deux passages aux urgences sur trois (63 %) concernent des femmes en 2020.
- L'auto-intoxication médicamenteuse : 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Diminution importante du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide observée pendant le 1^{er} confinement sans tendance franche à l'augmentation au cours du temps.

Des profils de territoire avaient été réalisés en 2019 [4] 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 2021 (EPCI) et construits sur des données plus récentes, une nouvelle typologie a été produite en 2021.

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. 25-27). 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 huit classes d'EPCI en Auvergne-Rhône-Alpes.

¹ Au 1^{er} janvier 2021, 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 (11 communes au total) : ces EPCI ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui porte donc sur 165 EPCI, soit 7 988 139 habitants.

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. 27) sont différentes de celles présentées dans les chapitres précédents car les indicateurs ne couvrent pas la région dans son intégralité (165 EPCI, soit 7 988 139 personnes) et parce qu'il s'agit de moyennes d'indicateurs calculées par classe et sur l'ensemble des 165 EPCI (cf. méthodologie p. 25-27).

Les huit 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 huit 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 termes 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. 20). Cette typologie vient également renforcer la compréhension des enjeux autour de la réduction des inégalités de santé en matière de suicide [3]. 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 huit 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. 18-19)

Classe 1 - 26 EPCI - 1 072 758 habitants (13,4 % de la population des EPCI de la région¹)

Population plus jeune que la moyenne des EPCI, avec une sur-représentation de catégories socio-professionnelles élevées et une situation socio-économique favorisée.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide globalement favorables par rapport à la moyenne des EPCI.

Classe 2 : 13 EPCI - 176 894 habitants (2,2 % de la population des EPCI de la région¹)

Part élevée de 45-64 ans, population active caractérisée par une sur-représentation d'artisans/commerçants/chefs d'entreprise et de catégories socio-professionnelles intermédiaires, présentant une situation socio-économique favorisée.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide tous favorables, inférieurs aux valeurs moyennes des EPCI.

Classe 3 : 42 EPCI - 1 264 849 habitants (15,8 % de la population des EPCI de la région¹)

Population ayant une structure d'âge proche de l'ensemble des EPCI, caractérisée par une sur-représentation d'ouvriers et des indicateurs socio-économiques favorables.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches des moyennes observées pour l'ensemble des EPCI, à l'exception de la mortalité par suicide qui est plus élevée que la moyenne des EPCI.

Classe 4 : 6 EPCI - 2 750 652 habitants (34,4 % de la population des EPCI de la région¹)

Population jeune, dense et urbaine, avec une sur-représentation de cadres/professions intellectuelles supérieures mais des indicateurs socio-économiques défavorables révélant de fortes inégalités sociales dans ces territoires.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide globalement défavorables, tous supérieurs aux moyennes observées pour l'ensemble des EPCI à l'exception de la mortalité par suicide qui est inférieure.

Classe 5 - 21 EPCI - 1 469 572 habitants (18,4% de la population des EPCI de la région¹)

Population plus jeune que la moyenne des EPCI, caractérisée par une sur-représentation d'ouvriers et des indicateurs socio-économiques défavorables.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide dans la moyenne des EPCI de la région.

Classe 6 - 19 EPCI - 788 794 habitants (9,9 % de la population des EPCI de la région¹)

Population plus âgée que la moyenne des EPCI, caractérisée par des catégories socio-professionnelles et des indicateurs socio-économiques défavorables.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables, la plupart étant les plus élevés de la typologie.

Classe 7 - 11 EPCI - 154 669 habitants (1,9 % de la population des EPCI de la région¹)

Population âgée caractérisée par une situation socio-économique défavorisée, certains indicateurs étant les plus défavorables de la typologie.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide contrastés, avec un taux de mortalité par suicide et un taux de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide élevés mais un moindre recours aux psychiatres et aux médicaments psychotropes et des prévalences des ALD 23 et de la dépression proches des valeurs régionales.

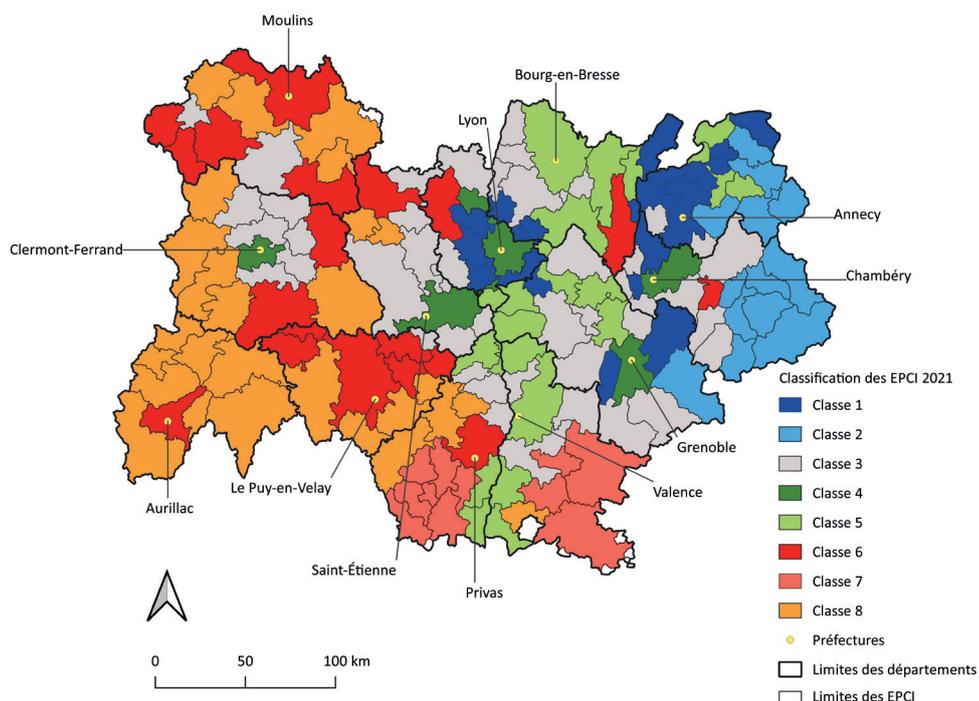
Classe 8 - 27 EPCI - 309 951 habitants (3,9 % de la population des EPCI de la région¹)

Population âgée, agricole et rurale, présentant une situation socio-économique défavorable.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide caractéristiques des territoires ruraux : taux de mortalité par suicide, taux de consommation de médicaments psychotropes et prévalence des ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires élevés mais indicateurs de recours à l'offre de soins plus faibles, notamment en raison d'une offre moins présente dans ces EPCI.

¹ Population des 165 EPCI : 7 988 139 habitants

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



Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Description détaillée des huit classes (caractéristiques significatives)

Les valeurs des indicateurs utilisés pour construire la typologie (cf. tableau p. 27) permettent de caractériser les huit classes d'EPCI et de situer chaque classe par rapport aux valeurs moyennes des indicateurs obtenues sur l'ensemble des 165 EPCI de la région (soit 7 988 139 habitants).

Classe 1 - Population jeune, socio-économiquement favorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide globalement favorables

26 EPCI - 1 072 758 habitants (13,4 % de la population des EPCI¹)

Cette classe regroupe les EPCI périphériques des métropoles de Lyon et Grenoble, d'Annecy et de Chambéry, la Communauté d'agglomération d'Annecy et les EPCI à proximité du bassin Genevois.

Situation socio-démographique

Ces territoires regroupent une population plus jeune que la moyenne de l'ensemble des 165 EPCI, avec une part de 15-24 ans supérieure et des parts plus faibles de 45-64 ans et de 65 ans et plus.

Les cadres/professions intellectuelles supérieures ainsi que les professions intermédiaires sont sur-représentés par rapport à la moyenne des EPCI. Au contraire, les parts d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants sont plus faibles. Les proportions de la population vivant dans un ménage à bas revenus et de personnes vivant seules sont les plus faibles des 8 classes. Toutefois, la part de familles monoparentales est supérieure à la moyenne des 165 EPCI.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Les indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide sont globalement favorables dans cette classe par rapport à la moyenne de l'ensemble des EPCI : le taux de mortalité par suicide est l'un des plus faibles des 8 classes, la prévalence de la dépression et des ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de recours aux médicaments psychotropes sont faibles par rapport aux valeurs moyennes obtenues sur l'ensemble des EPCI. Seul le taux de recours aux psychiatres libéraux est supérieur à la moyenne des EPCI. Toutefois, cet indicateur ne tient pas compte du recours à la psychiatrie hospitalière et il est lié à la présence de psychiatres libéraux sur les territoires.

Classe 2 - Population socio-économiquement favorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide les plus favorables

13 EPCI - 176 894 habitants (2,2 % de la population des EPCI¹)

Les EPCI de cette classe sont situés en Savoie et Haute-Savoie, souvent frontaliers avec la Suisse et l'Italie ; un EPCI est en Isère.

Situation socio-démographique

Ces EPCI sont caractérisés par une proportion de 45-64 ans supérieure à la moyenne des EPCI et des parts inférieures de retraités et de personnes âgées de plus de 65 ans. Cette population active importante est composée de proportions élevées d'artisans/commerçants/chefs d'entreprise, de professions intermédiaires et d'employés et d'une part plus faible d'agriculteurs exploitants.

La population de cette classe est socialement favorisée avec des parts d'inactifs et de ménages à bas revenus inférieures aux valeurs moyennes de l'ensemble des EPCI et un taux de chômage le plus faible des 8 classes.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Tous les indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide sont inférieurs aux valeurs moyennes de l'ensemble des EPCI. À l'exception de la mortalité par suicide, non significativement différente de la moyenne des EPCI, les indicateurs de santé mentale sont les plus favorables des 8 classes.

Classe 3 - Population ouvrière, peu isolée, socio-économiquement favorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches de la moyenne

42 EPCI - 1 264 849 habitants (15,8 % de la population des EPCI¹)

Les EPCI de cette classe sont situés en périphérie des métropoles de Clermont-Ferrand, Saint-Étienne, Grenoble et de la communauté d'agglomération de Chambéry.

Situation socio-démographique

La structure d'âge de la population de cette classe est similaire à celle de l'ensemble des EPCI. Les ouvriers sont sur-représentés par rapport à la moyenne des EPCI. La situation socio-économique de la population dans ces territoires est favorable avec des proportions plus faibles de ménages à bas revenus, d'inactifs et de personnes vivant seules et un taux de chômage inférieur par rapport à la moyenne des EPCI.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Tous les indicateurs de santé mentale sont proches des valeurs moyennes observées sur l'ensemble des EPCI à l'exception du taux de mortalité par suicide dont la valeur est supérieure.

Classe 4 - Population jeune et urbaine présentant des indicateurs socio-économiques et de santé mentale en lien avec le suicide contrastés

6 EPCI - 2 750 652 habitants (34,4 % de la population des EPCI¹)

Les EPCI de cette classe sont les métropoles de Lyon, Grenoble, Saint-Étienne et Clermont-Ferrand et les communautés d'agglomérations de Chambéry et Villefranche-sur-Saône.

Situation socio-démographique

Les territoires de cette classe ont la proportion de 15-24 ans la plus élevée et la part de 45-64 ans la plus faible des 8 classes. Les cadres/professions intellectuelles supérieures sont sur-représentés contrairement aux ouvriers, aux agriculteurs exploitants et aux artisans/commerçants/chefs d'entreprise dont les proportions sont inférieures aux valeurs moyennes des 165 EPCI. Les parts de ménages à bas revenus et d'inactifs sont supérieures aux moyennes des EPCI. Le taux de chômage, les parts de personnes vivant seules et de familles monoparentales sont les plus élevés des 8 classes. L'ensemble de ces indicateurs socio-économiques reflètent une situation sociale fortement inégalitaire dans ces EPCI où peuvent cohabiter des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) défavorisés et des quartiers socialement plus aisés.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Les indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide sont contrastés dans ces EPCI denses et urbanisés. Le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est le plus élevé des 8 classes. Les prévalences de la dépression, des ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires, les taux de recours aux psychiatres libéraux et de consommation de médicaments psychotropes sont supérieurs aux valeurs moyennes observées sur l'ensemble des EPCI. Au contraire, le taux de mortalité par suicide est le plus faible des 8 classes.

Ces indicateurs de recours aux soins élevés sont à mettre en lien avec l'offre de soins hospitalière et libérale bien présente dans les métropoles de la région.

¹ Population des 165 EPCI : 7 988 139 habitants

Classe 5 - Population jeune, socio-économiquement défavorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide proches de la moyenne des EPCI

21 EPCI - 1 469 572 habitants (18,4 % de la population EPCI¹)

Les EPCI de cette classe sont majoritairement des agglomérations de taille moyenne ou des EPCI relativement urbanisés, situés notamment le long de la vallée du Rhône, en Isère, dans l'Ain et la Haute-Savoie : Annonay, Montélimar, Pierrelatte, Valence, Vienne, Voiron, Annemasse, Cluses, Thonon, Bourg-en-Bresse, Oyonnax...

Situation socio-démographique

La population de cette classe est plus jeune, avec une part de 15-24 ans supérieure à la moyenne des EPCI et des parts inférieures de 45-64 ans, de 65 ans et plus et de retraités.

Les indicateurs socio-économiques reflètent une situation défavorisée : taux de chômage, parts d'inactifs et de familles monoparentales plus élevés. Les ouvriers sont sur-représentés contrairement aux agriculteurs exploitants et aux artisans/commerçants/chefs d'entreprise dont les proportions sont inférieures aux valeurs moyennes observées dans les 165 EPCI.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Les indicateurs de l'état de santé mentale de la population en lien avec le suicide sont proches des moyennes obtenues sur l'ensemble des EPCI à l'exception du taux de mortalité par suicide dont la valeur est inférieure.

Classe 6 - Population âgée, isolée, socialement défavorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables

19 EPCI - 788 794 habitants (9,9 % de la population des EPCI¹)

Les EPCI de cette classe sont des communautés d'agglomérations ou des villes de taille moyenne situées majoritairement dans les anciens départements auvergnats : Aurillac, Issoire, Thiers, Commentry, Montluçon, Moulins, Vichy, Brioude, Le Puy-en-Velay, Privas, Tarare, Roanne...

Situation socio-démographique

La population de cette classe est plus âgée que la moyenne des EPCI avec des parts plus élevées de 65 ans et plus et de retraités. Les proportions de ménages à bas revenus et de personnes vivant seules sont supérieures aux valeurs moyennes des EPCI. Les cadres/professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires et les artisans/commerçants/chefs d'entreprise sont sous-représentés par rapport à la moyenne des EPCI. Ces indicateurs socio-économiques reflètent une situation défavorisée.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Les indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide sont défavorables. La prévalence de la dépression est, avec celle de la classe 4, la plus élevée. La prévalence des ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de consommation de médicaments psychotropes dans ces territoires sont les plus élevés des 8 classes. Enfin, le taux de recours aux séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est supérieur à la moyenne des EPCI. Seuls les taux de recours aux psychiatres libéraux et de mortalité par suicide ne sont pas significativement supérieurs aux valeurs moyennes obtenues sur l'ensemble des EPCI.

Classe 7 - Population âgée, socio-économiquement défavorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide contrastés

11 EPCI - 154 669 habitants (1,9 % de la population des EPCI¹)

Les EPCI de cette classe sont des territoires ruraux situés exclusivement dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme.

Situation socio-démographique

La population de cette classe est plus âgée que la moyenne des EPCI avec des parts de 65 ans et plus et de retraités parmi les plus élevées des 8 classes. Les proportions de ménages à bas revenus et de personnes vivant seules sont supérieures aux valeurs moyenne des EPCI. Les cadres/professions intellectuelles supérieures, les professions intermédiaires et les artisans/commerçants/chefs d'entreprise sont sous-représentés par rapport à la moyenne des EPCI. Ces indicateurs socio-économiques reflètent une situation défavorisée.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Les indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide sont contrastés. Le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est supérieur à la moyenne des EPCI et le taux de mortalité par suicide est le plus élevé des 8 classes. En revanche, les taux de recours aux psychiatres et de consommation de médicaments psychotropes sont inférieurs aux moyennes de l'ensemble des EPCI et les prévalences de la dépression et des ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires sont proches des valeurs moyennes.

Classe 8 - Population âgée, agricole, isolée et rurale, socialement défavorisée avec des indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide défavorables

27 EPCI - 309 951 habitants (3,9 % de la population des EPCI¹)

Les territoires de cette classe sont des EPCI ruraux et de montagne situés majoritairement dans les anciens départements auvergnats et dans les départements de l'Ardèche et de la Drôme.

Situation socio-démographique

La population de cette classe est particulièrement âgée avec des parts de 45-64 ans et de 65 ans et plus les plus élevées des 8 classes, une proportion de retraités élevée et une part de 15-24 ans faible par rapport à la moyenne des EPCI. Les agriculteurs exploitants sont sur-représentés au contraire des cadres/professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires et des employés.

La situation sociale, dans ces territoires peu densément peuplés, est marquée par des proportions de ménages à bas revenus et de personnes vivant seules supérieures à la moyenne des EPCI. En revanche, la part de familles monoparentales, le taux de chômage et la part d'inactifs sont inférieurs aux valeurs moyennes. Ces deux derniers indicateurs peuvent toutefois refléter un environnement socio-économique moins favorable, avec peu de créations d'emplois et une perte des actifs, en lien avec la déprise démographique dans ces territoires.

État de santé mentale de la population en lien avec le suicide

Certains indicateurs sont défavorables : le taux de mortalité par suicide, la prévalence des ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de consommation de médicaments psychotropes sont supérieurs aux valeurs moyennes. Au contraire, le taux de recours aux psychiatres est inférieur en lien avec la faible densité de ces professionnels dans les territoires ruraux. La prévalence de la dépression, ne prenant pas en compte la population agricole affiliée à la MSA, et le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ne sont pas significativement différents de la moyenne des EPCI.

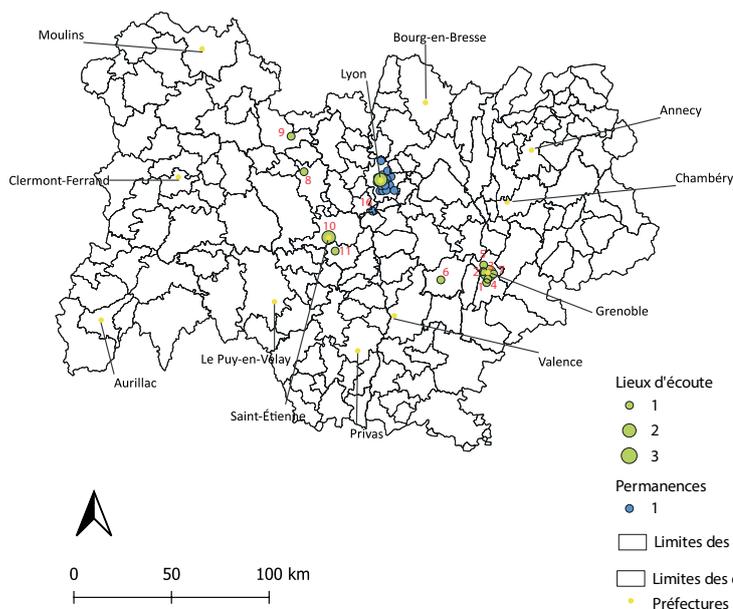
¹ Population des 165 EPCI : 7 988 139 habitants

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_2022.pdf

Une nouvelle carte a été produite en 2021 (cf. carte 2).

Carte 2 - Les lieux d'écoute en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes



Lieux d'écoute (n=13) :

- 1 Échirolles
- 2 Fontaine
- 3 Grenoble
- 4 Pont-de-Claix
- 5 Saint-Égrève
- 6 Saint-Marcellin
- 7 Saint-Martin-d'Hères
- 8 Balbigny
- 9 Roanne
- 10 Saint-Étienne
- 11 Saint-Genest-Malifaux
- 12 Lyon
- 13 Villeurbanne

Permanences :

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 13 Villeurbanne | 22 Saint-Fons |
| 14 Vaulx-en-Velin | 23 Saint-Priest |
| 15 Bron | 24 Pierre Bénite |
| 16 Givors | 25 Caluire |
| 17 Lyon 8 | 26 Lyon 2 |
| 18 Lyon 5 | 27 Lyon 9 |
| 19 Lyon 7 | 28 Lyon 6 |
| 20 Lyon 3 | 29 Rillieux-la-Pape |
| 21 Vénissieux | 30 Neuville |

Source : Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes 2021

Les lieux d'écoute sont des dispositifs proposant une écoute, un soutien psycho-social et des possibilités d'orientation à toute personne pour tout type de problématique. De par leur accessibilité, leurs liens étroits avec les autres acteurs et partenaires du territoire, ils offrent un accompagnement le plus global possible à leurs bénéficiaires.

Ces lieux offrent la possibilité d'une première évaluation des situations par les professionnels et la réorientation des personnes vers des dispositifs adaptés si nécessaire. Ils favorisent ainsi la cohérence des parcours en santé mentale. Enfin, ils participent à la déstigmatisation de la santé mentale en proposant des lieux non connotés, ce qui constitue une dimension importante pour l'accès aux soins psychiques en santé mentale de personnes a priori réticentes à rencontrer psychologues et psychiatres du champ libéral ou institutionnel pour diverses raisons (coûts, stigma, délais d'attente, etc.). Les lieux d'écoute proposent *a minima* un accueil et des entretiens individuels. Ils offrent parfois la possibilité d'effectuer des séances collectives, des activités individuelles ou groupales, des modalités d'aller vers ou des séances d'écoute à distance.

Certaines cartes ont été actualisées avec des données plus récentes et intégrées dans le document unique.

Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes

Afin de mettre en évidence les disparités d'offre de soins des médecins généralistes, l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes a été représentée pour la région Auvergne-Rhône-Alpes pour l'année 2018. Cet indicateur a été calculé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours de ville (hors hôpital) à un échelon géographique fin. Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des médecins généralistes. Calculée à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges, aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. L'APL est calculée en nombre de consultations par an par habitant. Les communes sous denses sont celles qui enregistrent moins de 2,5 consultations par an par habitant [5].

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

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 1 818 psychiatres en activité au 1^{er} janvier 2021, quel que soit leur mode d'exercice, soit une densité de 22,7 psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité est proche de celle enregistrée en France métropolitaine (23,5 pour 100 000 habitants).

Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes

Au 1^{er} janvier 2021, 9 945 psychologues en activité sont comptabilisés en Auvergne-Rhône-Alpes (quel que soit le mode d'exercice), soit une densité de 119,4 psychologues pour 100 000 habitants. Cette densité est proche de celle enregistrée sur le territoire national (118,2 pour 100 000 habitants).

Les missions locales et leurs antennes en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes

La carte a été actualisée en intégrant les nouvelles missions locales dans lesquelles du temps de psychologue a été financé en 2021 par l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes.

Une carte sera intégrée en 2022 dans le document unique.

La cartographie des associations de prévention du suicide recensées dans les répertoires de l'Institut régional Jean Bergeret sera intégrée dans le document unique au cours du 1^{er} semestre 2022. En attendant, ces trois répertoires peuvent être consultés sur le site internet de l'Institut régional Jean Bergeret (<https://www.institutbergeret.fr/conduites-suicidaires/>) : Accompagnement du deuil et postvention (pdf), Aide à distance et téléphonie sociale (pdf) et Numéros d'urgence et prévention du suicide (pdf).

Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence et structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes

La carte a été actualisée en 2021. La région Auvergne-Rhône-Alpes compte en 2021 80 services ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence répartis sur tout le territoire, dont quatre services d'urgences pédiatriques (dans chacun des CHU). De plus, 45 Smur sont présents dans la région ainsi que 9 antennes du Smur.

Trouver une ressource en prévention du suicide en Auvergne-Rhône-Alpes n'aura jamais été aussi simple !

Le site <https://www.mon-bot-prevention.com> a été créé avec le soutien de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS), pour faciliter l'orientation des personnes en souffrance psychologique en leur apportant une réponse rapide et personnalisée.

Jean, outil de discussion interactif, disponible 24h sur 24 sera à vos côtés pour vous guider dans votre recherche. Recommandé à plus de 80 %, cet outil référençant l'ensemble des acteurs de la prévention du suicide en région est destiné aux professionnels, aux proches ainsi qu'aux personnes à risque suicidaire.

Liste des cartes consultables dans le document unique :

http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2022.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 - 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 2017 - 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 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons des adolescents et leurs antennes en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) en 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les missions locales et leurs antennes en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Csapa et leurs antennes en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Caarud en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les consultations jeunes consommateurs en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)
- Les conseils locaux de santé mentale - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons médicales de garde - Auvergne-Rhône-Alpes
- Liste des établissements réalisant des soins sans consentement - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les lieux d'écoute en 2021 - 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 moyen annuel de décès par suicide sur une période de trois ans (2014-2016, l'année centrale étant indiquée) pour une classe d'âge spécifique à la population d'Auvergne-Rhône-Alpes de cette même classe d'âge.

Les taux standardisés de mortalité par suicide sont calculés pour chaque année par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France entière 2015 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 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 [6]. 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 ont été calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers sur une période de trois ans [2018-2020] d'une classe d'âge donnée 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, la structure de la population de la France entière 2015 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 standardisés 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 standardisés 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 [6]. 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 inégalités sociales de mortalité par suicide

L'indice de défavorisation Fdep13 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 pour chaque quintile :

- le numérateur est le nombre de décès lissé sur 3 ans (Source : Inserm-CépiDc Période 2000-2015) ;
- le dénominateur est le nombre de personnes-années calculé sur 3 ans (Source : Insee, estimation de population Période 2000-2005, Insee, recensement de la population Période 2006-2016) ;
- la population de référence est la population France entière 2015 (Source : Insee, recensement de la population 2015).

NB : Attention dans l'analyse des résultats, le dénominateur utilisé pour calculer les taux change en 2006 : les estimations de population sont utilisées avant 2006 et le recensement de la population est utilisé à partir de 2006.

Tests de comparaison des taux standardisés et analyse des évolutions

Les taux standardisés de mortalité ont été 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 [6].

Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire. La variable indépendante était le temps exprimé en années.

Le différentiel de variation des taux de mortalité spécifique au cours du temps entre le quintile 5 de défavorisation sociale et le quintile 1 a été modélisé par régression linéaire univariée. La variable indépendante était le temps exprimé en années.

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).

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants est proche de l'exhaustivité (95 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'améliore mais demeure hétérogène entre les départements en 2020.

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

L'analyse des passages aux urgences des personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide (TS) en région Auvergne-Rhône-Alpes durant l'année 2020 a été effectuée par période : avant le 1^{er} confinement (semaines [S] 1 – 11 du 1^{er} janvier au 15 mars 2020), durant le 1^{er} confinement (S12 à S19 du 16 mars au 10 mai), après le 1^{er} confinement (S20 à S35 du 11 mai au 30 août), avant le 2^{ème} confinement (S36 à S43 du 31 août au 1^{er} novembre) et durant le 2^{ème} confinement puis jusqu'à fin 2020 (S45 à S53 du 2 novembre au 31 décembre).

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 [7] 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 [8], 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 [9], 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.

Méthodologie de la typologie des territoires

Les indicateurs utilisés pour la typologie des EPCI 2021 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 : 2018
- Méthode de calcul : Population au 1^{er} janvier 2018 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 2018)

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

- Période : 2018
- 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 2018 rapportée à la population âgée de 15 ans et plus du territoire multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2018)

Part de familles monoparentales

- Période : 2018
- Méthode de calcul : Nombre de familles monoparentales au 1^{er} janvier 2018 rapportée au nombre de ménage multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2018)

Part de personnes vivant seules

- Période : 2018
- Méthode de calcul : Nombre de personnes vivant seules au 1^{er} janvier 2018 rapportée au nombre de ménage multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2018)

Taux de chômage

- Période : 2018
- Méthode de calcul : Nombre de chômeurs au sens du recensement au 1^{er} janvier 2018 rapportée à la population âgée de 15 ans et plus multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2018)

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

- Période : 31/12/2019
- 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 2019 - Insee (RP 2018)

Taux standardisé de mortalité par suicide

- Période : 2012-2016 (5 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 entière au RP 2015). 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 moyenne sur la période (calcul en personnes-années)

Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en cause initiale) retenus pour les décès par suicide : X60-X84

- Sources : Inserm CépiDc 2012-2016, Insee (RP 2012-2017)

Taux standardisé de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide

- Période : 2020
- 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 entière au RP 2015). 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 2018).
- Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en diagnostic associé) retenus pour les séjours pour tentative de suicide : X60-X84
- Sources : PMSI MCO 2020, Insee (RP 2018) ATIH 2020

Méthodologie de la typologie des territoires (suite)

Les indicateurs utilisés pour la typologie des EPCI 2021 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 : 2019
- 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 entière au RP 2015). 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 ayant eu au moins un remboursement d'une prestation sur les années de 2015 à 2019.
- 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 : Cnamts, CCMSA – 2019)

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

- Période : 2019
- 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 entière au RP 2015). 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 ayant eu au moins un remboursement d'une prestation sur les années de 2015 à 2019.
- Source : Cnam (Sniiram DCIR - 2019)

Taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux

- Période : 2019
- 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 entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifique par âge est la population ayant eu au moins un remboursement d'une prestation sur les années de 2015 à 2019.
- Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2019)

Taux standardisé de prévalence de la dépression (utilisation de l'algorithme dépression de l'Assurance maladie)

- Période : 2018
- Construction de l'algorithme :
 - personnes en ALD au cours de l'année n avec des codes CIM-10 de troubles névrotiques ou de l'humeur ;
 - et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (manifestation morbide principale, affection étiologique, DA) – durant au moins une des 2 dernières années ;
 - et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (manifestation morbide principale, affection étiologique, DA) – durant au moins une des 5 dernières années ET ayant reçu au moins 3 délivrances d'antidépresseurs ou de lithium, DépakoteR ou DépamideR au cours de l'année n (à différentes dates).

Codes CIM-10 utilisés : PMSI-MCO, RIM-P et SSR 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 ;
- Lithium Code ATC = N05AN01 ;
- DépakoteR. Code ATC = N03AG01, seulement les codes CIP 13 : 3400934876233, 3400934876691, 3400935444271 ;
- DépamideR. Code ATC = N03AG02
- Exclusion de la levotonine (CIP13 = 3400933338022).

Cet indicateur permet de prendre en compte les patients traités par antidépresseurs ayant une maladie psychiatrique.

- 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 entière au RP 2015). 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 ayant eu au moins un remboursement d'une prestation sur les années de 2015 à 2019. Le numérateur n'étant disponible que sur les bénéficiaires du régime général, les taux sont sous-estimés.
- Sources : Cnam (Sniiram DCIR - 2018)

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 2021, 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 (1 à 3 communes) : ces EPCI ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui porte donc sur 165 EPCI, soit 7 988 139 personnes.

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. Cinq axes factoriels ont été définis synthétisant 80,3 % 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 sont analysés pour 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 *	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5	Classe 6	Classe 7	Classe 8
Nombre d'EPCI	165	26	13	42	6	21	19	11	27
Population au RP 2018	7 988 039	1 072 758	176 894	1 264 849	2 750 652	1 469 572	788 794	154 669	309 851
Part des 15-24 ans (en %)		10,4	9,2	9,5	14,3	10,6	9,8	8,0	7,7
Part des 45-64 ans (en %)	9,6	27,3	29,2	27,7	23,7	26,3	27,9	28,4	30,3
Part des 65 ans et plus (en %)	27,9	16,4	19,2	20,9	19,1	18,4	24,3	28,4	29,0
Part des agriculteurs exploitants (en %)	21,9	0,7	0,7	1,4	0,2	0,6	1,5	2,4	5,6
Part des artisans, commerçants, chefs d'entreprise (en %)	1,9	4,7	7,9	4,4	3,1	3,9	3,9	6,2	4,8
Part des cadres et professions intellectuelles supérieures (en %)	4,7	12,3	6,2	6,5	10,7	7,1	4,7	4,7	3,4
Part des professions intermédiaires (en %)	6,8	18,8	18,0	15,0	15,0	15,5	12,3	11,5	9,4
Part des employés (en %)	14,5	15,9	18,1	15,6	15,5	15,9	15,8	14,6	14,5
Part des ouvriers (en %)	15,6	11,5	13,1	15,1	10,9	16,0	14,8	10,6	13,2
Part des autres inactifs (en %)	13,7	12,6	10,5	12,1	19,1	15,0	13,6	12,7	11,2
Part de retraités (en %)	12,7	23,5	25,6	30,0	25,6	26,0	33,6	37,0	38,1
Part de la population couverte à bas revenu (en %)	30,2	7,5	9,1	11,5	19,8	15,9	16,5	23,0	17,3
Taux de chômage (en %)	13,8	5,1	3,3	5,3	7,5	7,4	6,3	8,3	4,8
Part des familles monoparentales (en %)	5,7	8,8	8,4	8,0	9,3	9,2	8,0	9,1	6,8
Part de personnes vivant seules (en %)	8,2	28,3	36,2	30,8	41,7	32,9	37,3	38,1	37,3
TS de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide**	33,8	99,9	85,9	106,2	174,1	111,3	157,9	169,0	106,5
TS de mortalité par suicide**	116,9	12,3	17,4	20,1	11,6	14,5	19,8	21,9	21,5
TS de recours aux médicaments psychotropes***	18,0	8 579,3	7 518,1	9 843,8	11 536,3	9 703,2	12 010,9	8 691,6	10 850,4
TS de prévalence d'une ALD 23****	9 842,4	1 225,3	1 066,2	1 730,7	2 435,9	1 791,6	2 884,8	2 156,2	2 379,8
TS de recours au psychiatre libéraux***	1 899,6	1 734,0	954,7	1 599,5	3 040,0	1 359,8	1 714,2	1 116,0	1 190,1
TS de prévalence de la dépression***	1 505,8	1 016,7	790,9	1 198,3	1 782,0	1 209,6	1 780,8	1 288,9	1 205,4

TS : taux standardisé

* 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 car la couverture géographique est différente et parce que les méthodes de calcul diffèrent.

** Taux standardisés pour 100 000 habitants.

*** Taux standardisés pour 100 000 assurés.

**** 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 habitants.

En rouge sont indiquées les valeurs significativement différentes (supérieures ou inférieures) de la moyenne des 165 EPCI. Les autres valeurs ne sont pas statistiquement différentes de celles observées pour l'ensemble des 165 EPCI.

Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

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

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIM : Classification internationale des maladies

CMP : Centre médico-psychologique

CRA : Centre de rétention administrative

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

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

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

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

Bibliographie

- [1] Observatoire national du suicide. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4^{ème} rapport. Paris:Drees;2020,272p. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons_2020.pdf]
- [2] Naouri D. En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. Drees, Études et résultats. Septembre 2021, 1204. [<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1204.pdf>]
- [3] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2021;7:1-42. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull5_2021.pdf]
- [4] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2020;6:1-34. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull5_2020.pdf]
- [5] Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6 % de la population. Drees, Études et résultats. Février 2020, 1144. [<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1144.pdf>]
- [6] Jouglà E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Mars 1997;43(1):78-84.
- [7] Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Paris:Ministère des solidarités et de la santé;2020,164p. [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3735/guide_methodo_2020_6_bis_version_bo.pdf]
- [8] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^{ème} rapport. Paris: Drees;2016,481p. [http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf]
- [9] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglà E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Décembre 2011;(47-48):497-500.



Pour citer ce bulletin :

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2022;8:1-29.

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

Dr Bénet T. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Bertrand C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Casamatta D. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Chambe F. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Dubuc M. (CHU de Grenoble, Psychiatrie de liaison), Duchon C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07), Durand AM. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Directrice de la Direction Santé Publique), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU de Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psycho trauma), Dr Godechot B. (CHAI Grenoble), Guisard-Lecomte K. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Leaune E. (CH Le Vinatier, CPS/PSymobile), Dr Lingk D. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 38), Dr Mannoni C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Marquis F. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07-26), 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), Saura C. (Responsable de la Cellule Auvergne-Rhône-Alpes, Santé Publique France), Vaissade L. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes).