

# SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

BULLETIN N°10 - JANVIER 2024

L'Observatoire régional du suicide, animé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS), produit cette année son 10<sup>ème</sup> bulletin. Les travaux menés accompagnent le déploiement de la stratégie de prévention du suicide ainsi que la mise en œuvre de la feuille de route santé mentale et psychiatrie dans notre région.

La baisse progressive de la mortalité par suicide dans notre région se confirme depuis 2000. Dans ce contexte d'amélioration globale, il est indispensable de garder à l'esprit la persistance d'inégalités fortes qui impliquent un risque plus élevé de mortalité par suicide chez certains publics, de par leur âge, leur sexe, leur lieu de résidence ou leur appartenance à certaines catégories socio-professionnelles. L'observation de ces disparités importantes, à l'échelle de notre région, est un exercice indispensable à la compréhension des inégalités sociales et territoriales en matière de suicide.

Si la mortalité par suicide reste plus élevée dans les communes les plus défavorisées et les plus rurales, il est observé au sein même des communes urbaines l'existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes. La mortalité par suicide des hommes résidant en communes urbaines défavorisées diminue moins fortement que dans les communes urbaines favorisées et entraîne un accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide depuis 2011. De fortes disparités territoriales subsistent concernant les données épidémiologiques du suicide et elles sont également observables entre les départements de notre région.

Certaines classes d'âge sont également plus particulièrement concernées. Une augmentation significative de la mortalité par suicide est observée depuis 2015 chez les 60-74 ans et une tendance à la hausse chez les 15-29 ans depuis 2014. Entre 2018 et 2020, une accentuation du reflux du nombre de séjours hospitaliers et de passages aux urgences pour tentative de suicide avait été constatée, dans un contexte de baisse générale des hospitalisations liée à la crise sanitaire. Cette tendance s'est inversée en une tendance à la hausse de 2020 à 2022. Cette hausse est d'autant plus marquée chez les plus jeunes puisque, depuis 2019, il est constaté une hausse significative des séjours hospitaliers pour tentative de suicide de +11,1 % par an chez les moins de 15 ans et de +8,3 % chez les 15-24 ans.

Maintenir une veille active sur l'évolution de ces données, dans le cadre de l'observatoire régional du suicide, nous permet d'orienter nos actions de santé publique en priorisant les publics et les territoires les plus à risque. L'observation est

dans ce sens indispensable à la déclinaison opérationnelle de la stratégie multimodale de prévention du suicide 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 avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prévention du suicide.

Parmi les actions déployées dans notre région, la mise en place des deux centres répondants 31 14, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2021, constitue une modalité de réponse à la détresse de celles et ceux qui ont des pensées suicidaires. En 2023, une augmentation du nombre d'appels décrochés par les deux centres est observée (augmentation de 2,4 % pour Lyon et nombre d'appels multiplié par 4,7 pour Saint-Étienne) par rapport à 2022. Cette tendance illustre la bonne identification de cette ressource par les acteurs et elle sera confortée en 2024 par les travaux engagés au niveau national et régional pour mieux articuler le 31 14 avec les acteurs de la téléphonie sociale et l'ensemble des dispositifs d'écoute.

En parallèle, le dispositif Vigilans, par le biais de nos 4 plateformes, a accru sa couverture régionale de 29 % en 2023 par rapport à 2022 avec 19 % d'inclusions supplémentaires, ce qui constitue une nette amélioration dans le maintien du contact avec les suicidants et dans la sensibilisation au dispositif de l'ensemble des services d'urgence. Le déploiement des formations de prévention du suicide s'est poursuivi. Nous disposons d'un pool régional de 57 formateurs, répartis sur l'ensemble des 12 départements. Ces derniers ont formé, entre 2019 et 2022, 802 acteurs locaux à la prévention du suicide et déployé 78 formations. Nous avançons également de façon de plus en plus structurée sur la lutte contre la contagion suicidaire et avons déployé un important travail de repérage et de sécurisation des *hot-spots* de la région en 2023. La région Auvergne-Rhône-Alpes fait figure d'exemple en la matière de par son engagement et la mobilisation d'importants moyens pour améliorer les modalités de protection de ces lieux à risque.

Nous poursuivons notre engagement au titre de la mise en œuvre de la stratégie multimodale de prévention du suicide et tenons à remercier tous les professionnels impliqués dans les travaux de l'observatoire régional du suicide ainsi que l'ensemble des acteurs qui participent au déploiement de cette stratégie nationale sur nos territoires.

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

## SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.....	2	Inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide...20
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.....	9	Le 3114, numéro national de prévention du suicide .....23
Vigilans.....	14	Enquête auprès des professionnels et bénévoles sur le risque suicidaire des personnes LGBTI+.....
Les passages aux urgences pour tentative de suicide.....	15	25
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	16	Cartes ressources.....
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes.....	17	31
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes.....	18	Sources de données et méthode.....
Les chiffres et les points clés.....	19	42
		Consignes de codage et amélioration de la codification....
		44
		Liste des abréviations.....
		44
		Bibliographie.....
		45

## Rappel : contexte national

### Les décès par suicide

En France métropolitaine, près de 8 800 décès par suicide ont été comptabilisés en 2020, soit plus d'un décès toutes les heures en moyenne. Les décès par suicide touchent les hommes trois fois plus que les femmes.

Le taux de décès par suicide en France métropolitaine a diminué en moyenne de 1,8 % par an entre 2000 et 2020 (soit -30,8 % 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 2022, selon les données du PMSI, environ 89 400 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, avaient fortement diminué en 2020 dans un contexte d'épidémie de Covid-19 et de diminution générale du nombre de séjours hospitaliers quel que soit le motif hors Covid-19 [2]. En 2022, les hospitalisations pour tentative de suicide en MCO ont retrouvé leur niveau de 2019.

Les tendances observées ces dernières années semblent 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 comme cause d'hospitalisation la plus fréquemment observée en MCO suite à une tentative de suicide.

## LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

### Avertissement

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

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

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

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

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

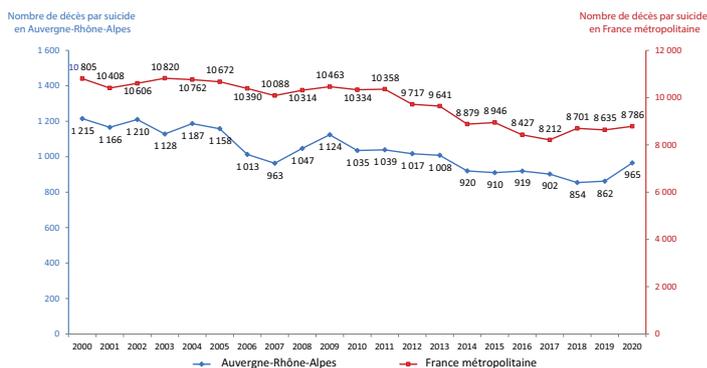
Au regard de ces éléments, il convient d'analyser les évolutions des données de décès par suicide avec la plus grande précaution, en particulier la comparaison des données des années 2018, 2019 et 2020 à celles des années précédentes.

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

Sur la période 2018-2020, 894 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région. Trois quarts de ces décès concernent des hommes (74,0%). Le nombre de décès par suicide diminuait depuis 2009 dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 1). La hausse observée à partir de 2018 pour la France métropolitaine s'expliquerait par la rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide (cf. Avertissement). En Auvergne-Rhône-Alpes, l'augmentation enregistrée en 2020 est difficile à interpréter : elle peut être liée à l'amélioration de la certification des décès et/ou à une augmentation réelle du phénomène.

Par comparaison, le nombre de décès par suicide en 2020 est 2,9 fois plus élevé dans la région que ceux causés par les accidents de la circulation et 3,6 fois plus élevé pour la

Figure 1 - Évolution du nombre de décès par suicide de 2000 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



Source : Inserm-CépiDc 2000-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

France métropolitaine (331 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et 2 451 en France métropolitaine<sup>1</sup>). Il est à noter qu'en 2020, les décès par accident de la circulation sont historiquement bas, en grande partie en raison de la pandémie de Covid-19 et des périodes de confinement.

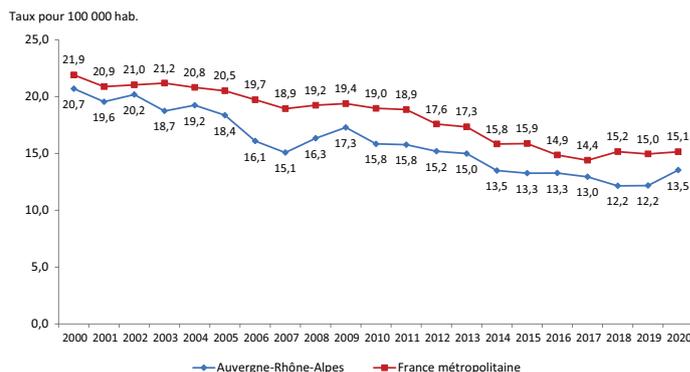
1 Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2020.

Depuis l'année 2000, une baisse globale et significative<sup>1</sup> du taux de mortalité par suicide est observée en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine (cf. figure 2), tendance observée chez les hommes et chez les femmes.

Entre 2000 et 2020, le taux standardisé de mortalité par suicide a baissé de 2,1 % par an dans la région (-1,8 % pour la France métropolitaine). Comme le souligne l'Observatoire national du suicide, la diminution progressive de la mortalité par suicide reste lente et faible : elle encourage à un redoublement des efforts de prévention [1].

1 Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 42-43).

Figure 2 - Évolution des taux standardisés\* de mortalité par suicide de 2000 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



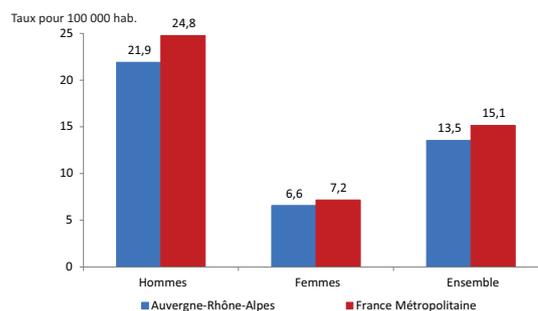
\* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Le taux standardisé de mortalité par suicide est, en 2020 comme les années précédentes, plus élevé chez les hommes que chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figure 3). Cette surmortalité par suicide des hommes est observée dans tous les pays du monde selon l'Organisation mondiale de la santé, mais dans une proportion plus forte dans les pays à revenu élevé, dont la France [6]. Le taux régional en 2020, chez les hommes et deux sexes ensemble est significativement inférieur au taux national. En revanche, le taux de mortalité par suicide chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes n'est pas significativement différent de celui de la France métropolitaine.

Figure 3 - Taux standardisés\* de mortalité par suicide par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine en 2020



\* Standardisation directe sur âge

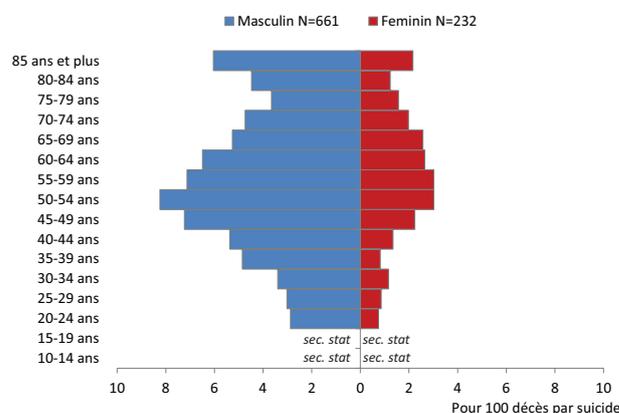
Sources : Inserm-CépiDc 2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2018-2020, les personnes âgées de 45 à 59 ans concentrent le plus de décès par suicide : près d'un tiers (30,9 %) des décès par suicide recensés dans la région concernant cette classe d'âge (cf. figure 4). Cette part est similaire à celle observée pour la France métropolitaine (31,0 %).

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, le nombre de décès par suicide chez les hommes augmente avec l'âge jusqu'à 50-54 ans, puis il diminue jusqu'à 75-79 ans pour de nouveau augmenter à partir de 80 ans.

Chez les femmes de la région, le nombre de décès par suicide augmente avec l'âge jusqu'à la classe des 55-59 ans puis il diminue de manière irrégulière selon les classes d'âge jusqu'à 80-84 ans pour de nouveau augmenter à partir de 85 ans. En France métropolitaine, le taux augmente jusqu'à 55-59 ans, diminue jusqu'à 75-79 ans et augmente de nouveau à partir de 80 ans.

Figure 4 - Répartition des décès par suicide\* par sexe et âge en Auvergne-Rhône-Alpes, 2018-2020



\* Données lissées sur 3 ans

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

Source : Inserm-CépiDc 2018-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les courbes représentant les taux spécifiques de mortalité par suicide (cf. Sources de données et méthode p. 42-43) par classe d'âge et par sexe sont assez comparables en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figures 5 et 6).

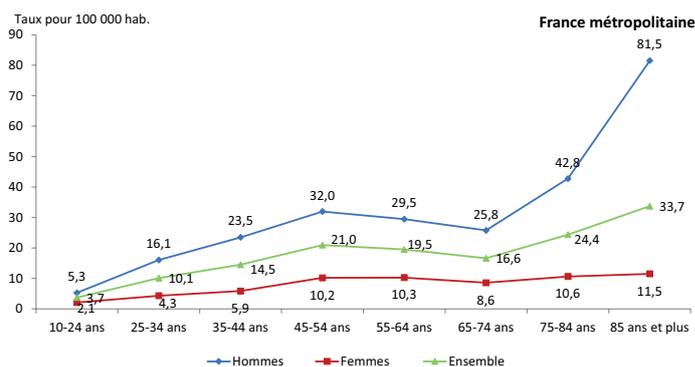
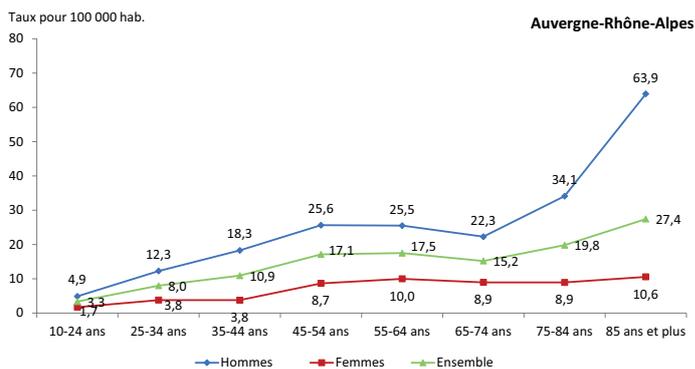
En 2018-2020, comme sur la période précédente, le taux spécifique annuel de mortalité par suicide chez les hommes augmente fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. En Auvergne-Rhône-Alpes, il passe de 12,3 décès par suicide pour 100 000 hommes de 25-34 ans à 63,9 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. En France métropolitaine, ces taux sont plus élevés.

Chez les femmes de la région, les taux, nettement moins élevés que ceux des hommes, augmentent jusqu'à 55-64 ans puis diminuent légèrement jusqu'à 84 ans pour augmenter de nouveau à partir de 85 ans. Le taux spécifique de mortalité par suicide est le plus élevé chez les femmes âgées de 85 ans et plus (10,6 décès pour 100 000 femmes). Chez les femmes âgées de 85 ans et plus de la région, le taux spécifique de mortalité par suicide demeure inférieur à la valeur nationale mais il poursuit son augmentation ces dernières années (7,7 pour 100 000 en 2014-2016 et 10,6 en 2018-2020). Ce constat d'une mortalité par suicide différente selon le sexe et les classes d'âge doit être pris en compte pour le développement et le suivi du déploiement des actions de prévention.

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

Toutefois, des sous-périodes de hausse significative sont identifiées : le taux de mortalité par suicide augmente significativement dans la région entre 2007 et 2010 chez les 45-59 ans et entre 2011 et 2015 chez les 75 ans et plus. L'augmentation chez les 45-59 ans est plus marquée en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine.

Figures 5 et 6 - Taux spécifiques annuels\* de mortalité par suicide par classe d'âge et par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2018-2020



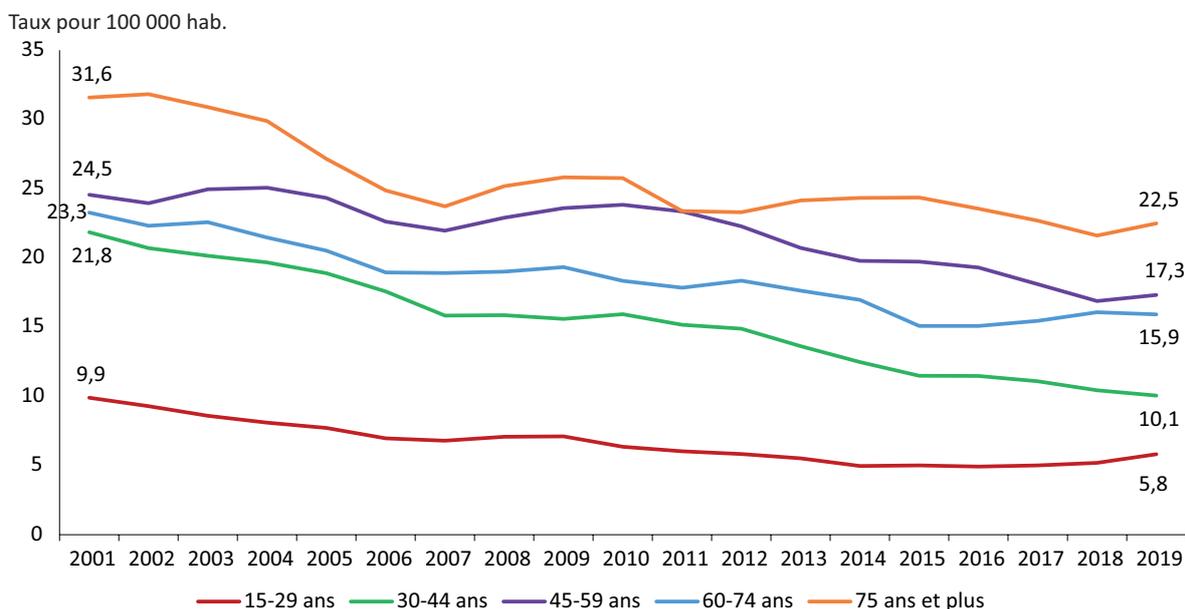
\* Taux lissés sur 3 ans

Sources : Inserm-CépiDc, données 2018-2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Ce dernier constat peut être mis en lien avec l'impact de la crise économique de 2008-2009, cette crise ayant particulièrement affecté l'ancienne région Rhône-Alpes selon l'Insee [7]. Chez les 75 ans et plus, la tendance s'inverse à partir de 2015 : une tendance à la baisse est enregistrée depuis 2015.

Plus récemment, une augmentation significative de la mortalité par suicide est observée depuis 2015 chez les 60-74 ans et une tendance à la hausse chez les 15-29 ans depuis 2014.

Figure 7 - Évolution des taux spécifiques annuels\* de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2020



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc, données 2000-2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Sur la période 2018-2020, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,2% de l'ensemble des décès (*versus* 1,4 % en France métropolitaine et 1,3 % pour la région sur la période 2015-2017).

Cette part est plus élevée chez les jeunes adultes, en particulier ceux âgés de 20 à 39 ans (cf. tableau 1). Pour les hommes, le poids des décès par suicide est plus élevé chez les 20-29 ans et pour les femmes chez les 15-29 ans. Chez les 15-24 ans, le suicide représente, à l'échelle régionale comme nationale, la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation. Chez les 25-34 ans en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, le suicide constitue la première cause de mortalité, devant les tumeurs (il s'agissait de la deuxième cause pour la région sur la période 2015-2017).

Quel que soit le sexe, la part des décès par suicide dans l'ensemble des décès a légèrement diminué depuis 2000 : sur la période 2000-2002, cette part s'élevait à 2,8 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes. La baisse est liée à une diminution du nombre de décès par suicide plus forte que l'augmentation du nombre de décès global observée entre les deux périodes 2000-2002 et 2018-2020.

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide\* dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2018-2020

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

\* Données lissées sur 3 ans

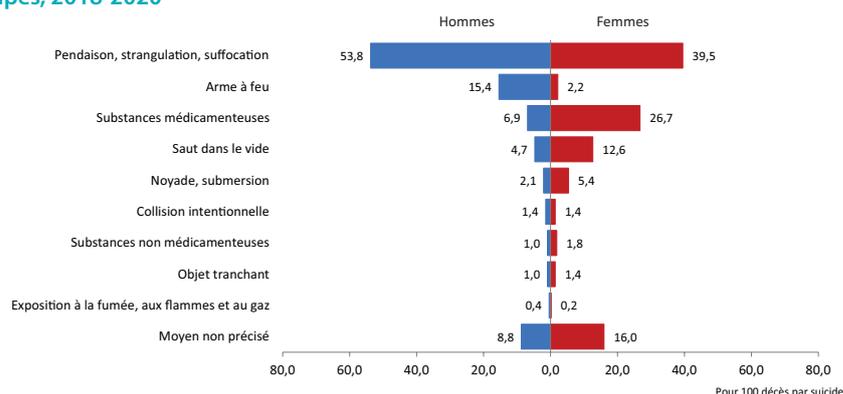
Source : Inserm-CépiDc 2018-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## La pendaison : premier mode de suicide quel que soit le sexe

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

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

Figure 8 - Répartition des suicides selon le mode opératoire\* en Auvergne-Rhône-Alpes, 2018-2020



\* Données lissées sur 3 ans

Source : Inserm-CépiDc, données 2018-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les hommes, la part des décès par pendaison parmi l'ensemble des décès par suicide est en recul depuis 2015-2017 alors que depuis le début des années 2000 elle n'avait cessé d'augmenter en Auvergne-Rhône-Alpes.

Par rapport à la France métropolitaine, les parts de décès par saut dans le vide et par substances médicamenteuses parmi l'ensemble des décès par suicide sur la période

2018-2020 sont supérieures en Auvergne-Rhône-Alpes, en particulier chez les femmes (respectivement +3,6 points et +1,6 points).

Au contraire, la part des décès par pendaison parmi l'ensemble des décès par suicide est moins élevée en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine, chez les hommes (-5,0 points).

## De fortes disparités départementales de mortalité par suicide

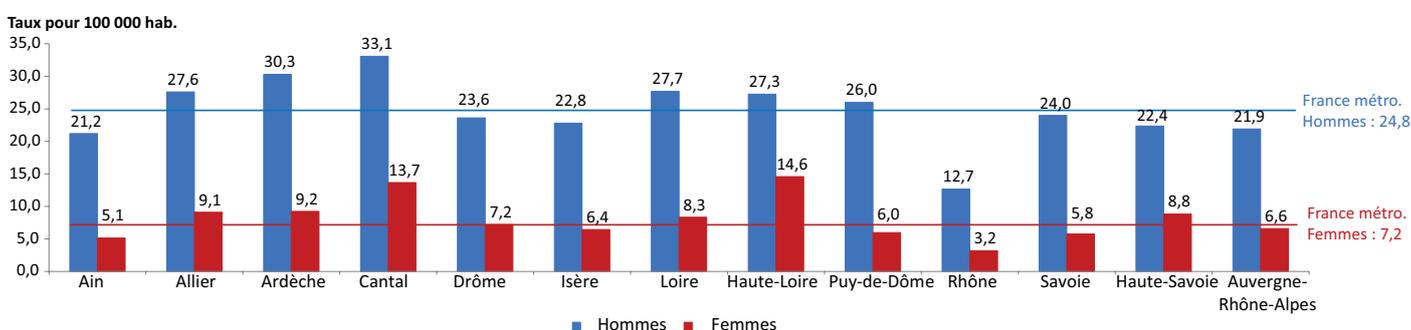
Le taux standardisé de mortalité par suicide deux sexes ensemble est, depuis le début des années 2000, inférieur en Auvergne-Rhône-Alpes à celui enregistré en France métropolitaine. Les valeurs régionales masquent toutefois des disparités importantes entre les départements de la région (cf. figure 9).

En 2020, l'Ardèche, le Cantal, la Loire et la Haute-Loire ont des taux standardisés de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, significativement supérieurs à la valeur régionale. Au contraire, le Rhône a un taux de mortalité deux sexes ensemble significativement inférieur. Ce résultat s'observe également dans ce département chez les hommes et chez les femmes séparément.

Le taux le plus élevé de la région chez les femmes est retrouvé dans la Haute-Loire (significativement supérieur à la moyenne régionale).

Les taux de mortalité par suicide plus bas dans le Rhône s'expliquent en partie par une sous-estimation au niveau de l'Institut médico-légal (IML) de Lyon attribuée notamment à l'absence de précision sur la cause de décès après une investigation de justice (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 44). L'exhaustivité de déclaration des décès par suicide dans le Rhône semblerait toutefois s'améliorer en 2020 par rapport aux années précédentes, notamment en raison d'une utilisation accrue de la certification électronique.

Figure 9 - Taux standardisés\* de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020



\* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2020, présentée ci-dessous (cf. figure 10), porte sur des taux calculés chaque année. Les effectifs de décès annuels par suicide étant relativement faibles pour certains départements, les fluctuations annuelles des taux de mortalité par suicide sont parfois importantes.

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

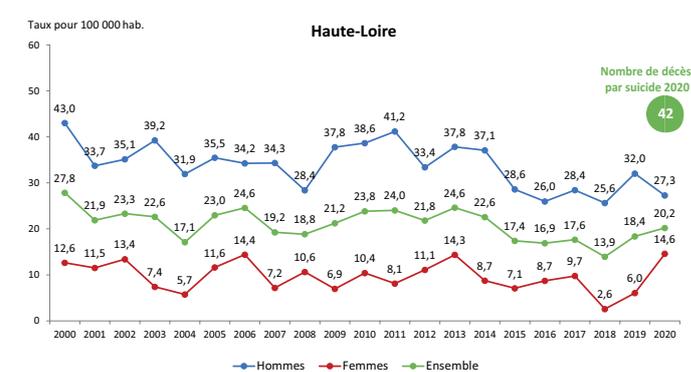
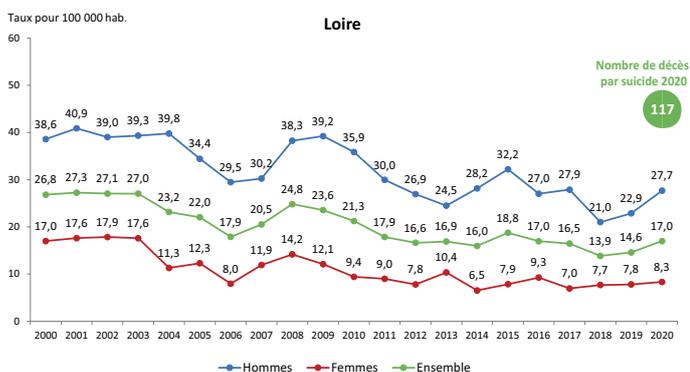
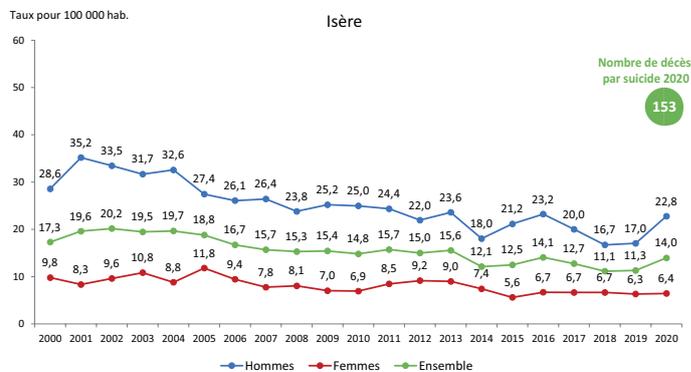
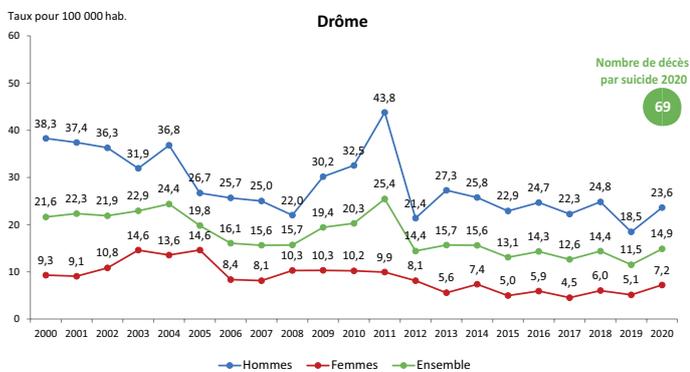
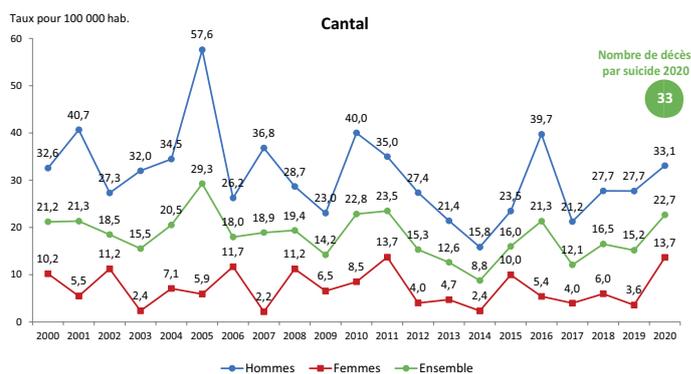
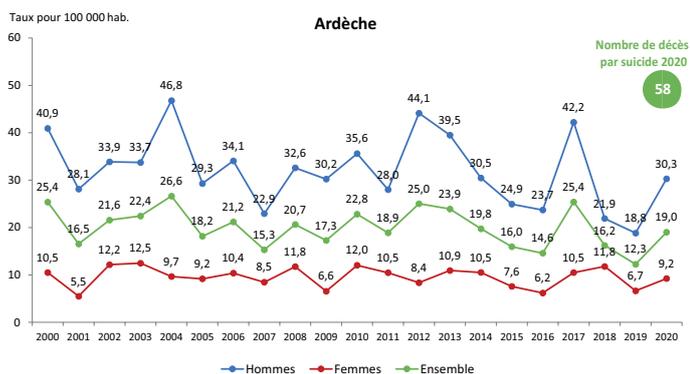
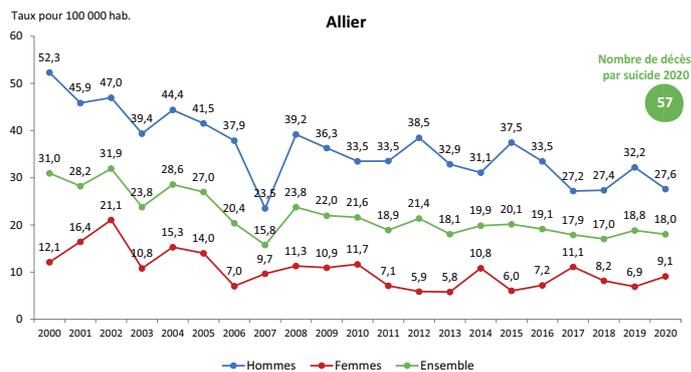
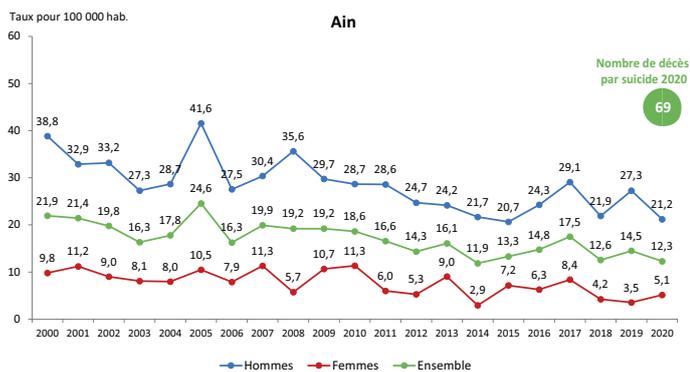
Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), le taux standardisé de mortalité par suicide baisse de manière significative sur l'ensemble de la période (2000 à 2020), chez les hommes comme chez les femmes. Dans l'Ardèche et le Cantal, l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide est instable, oscillant entre des périodes de hausse et de baisse. En Savoie, une baisse significative sur l'ensemble de la période 2000-2020 est observée deux sexes ensemble, une tendance à la baisse chez les hommes et une relative stabilité chez les femmes.

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

- dans le Cantal, chez les hommes à partir de 2017 (tendance à la hausse) ;
- dans la Drôme chez les hommes (de 2008 à 2011) et deux sexes ensemble (de 2007 à 2011) ;
- dans l'Isère chez les hommes (de 2014 à 2016) ;
- dans la Loire chez les hommes (de 2013 à 2015) et chez les femmes (de 2014 à 2016 et depuis 2017) ;
- en Haute-Savoie chez les hommes et deux sexes ensemble (de 2012 à 2014) et deux sexes ensemble depuis 2016.

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

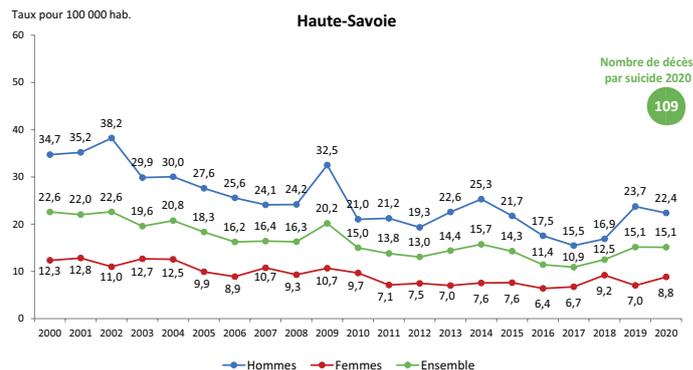
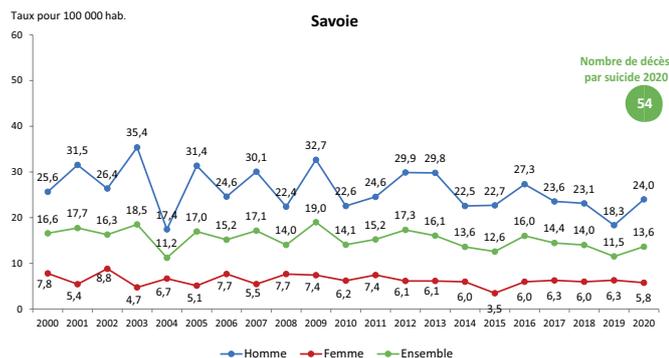
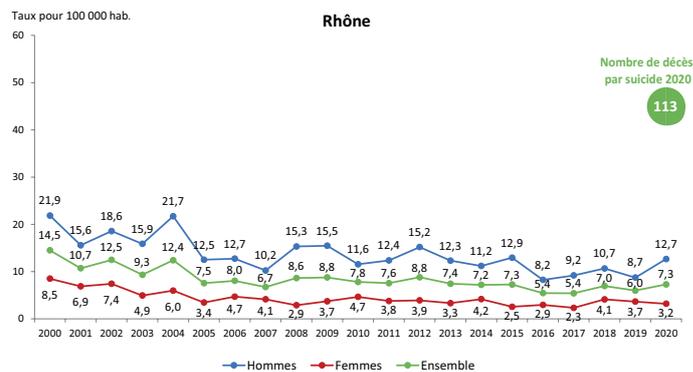
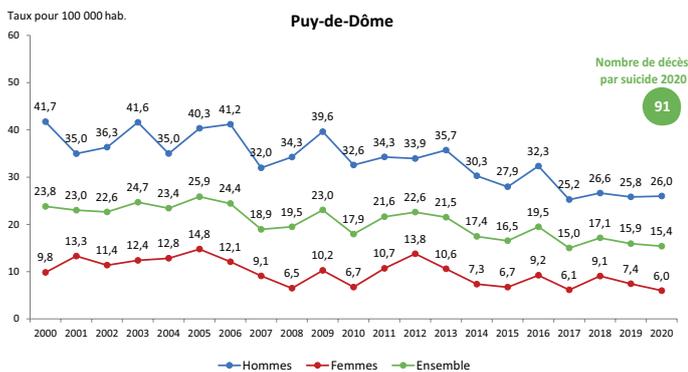
Figure 10 - Évolution des taux standardisés\* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2020



\* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 10 - Évolution des taux standardisés\* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2020 (suite)



\* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2020 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

- En 2020, 965 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,9 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,1 % par an).
- Augmentation significative de la mortalité par suicide depuis 2015 chez les 60-74 ans et tendance à la hausse chez les 15-29 ans depuis 2014.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide (2018-2020), deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation et première cause chez les 25-34 ans devant les tumeurs.
- Les décès par suicide (2018-2020) représentent 1,2 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-59 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 30,9 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- La pendaison, 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en recul depuis 2015-2017.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble plus élevés que le taux régional dans certains départements : Ardèche, Cantal, Loire et Haute-Loire.
- Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide chez les deux sexes entre 2000 et 2020. En Ardèche et dans le Cantal, évolution du taux instable, oscillant entre périodes de hausse et de baisse. En Savoie, baisse significative du taux deux sexes ensemble, tendance à la baisse chez les hommes et relative stabilité chez les femmes.

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

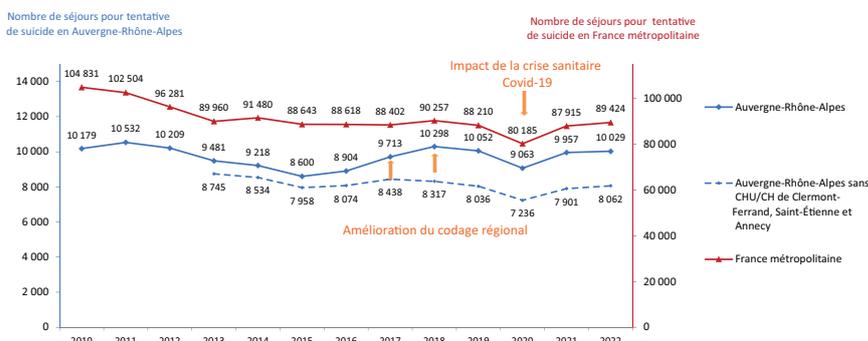
Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes inférieurs aux taux nationaux mais en augmentation chez les plus jeunes et chez les plus âgés

Sur la période 2020-2022, 9 683 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (cf. Sources de données et méthode p. 42-43) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 11).

Une augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide avait été enregistrée dans la région entre 2015 et 2018 (+6,2 % 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. 44).

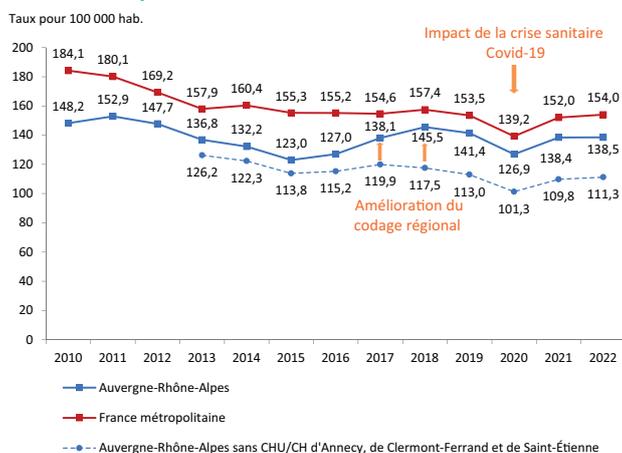
Le léger reflux du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observé en 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes s'était nettement accentué en 2020 dans le contexte sanitaire de pandémie de Covid-19 où une baisse de 15,1 % du nombre de séjours hospitaliers,

Figure 11 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2022



Source : ATIH PMSI-MCO 2010-2022 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 12 - Évolution des taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2022



\* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2022, 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 2022 chez les femmes que chez les hommes, dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 13). Ainsi, 175 séjours pour 100 000 femmes sont enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes contre 105 pour 100 000 hommes.

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

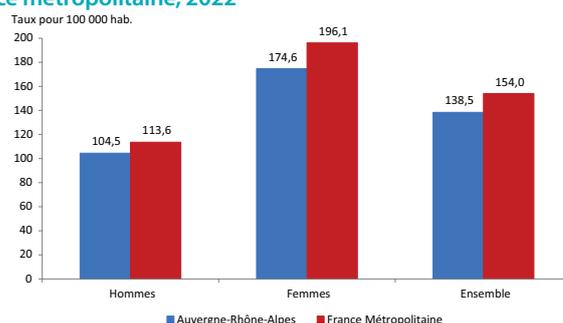
quel que soit le motif hors Covid-19, était enregistrée en Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à 2019 [2].

En 2022, le nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans la région augmente légèrement par rapport à 2021 et retrouve sensiblement son niveau de 2019.

Après une baisse significative jusqu'en 2015 (-3,7 % en moyenne par an), le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide dans la région enregistrait une hausse significative sur la période 2015-2018 (+5,8 % par an), liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 44). Depuis 2018, les tendances observées ne sont pas significatives : de 2018 à 2020, une baisse annuelle moyenne (-6,6 %) est enregistrée en lien avec la pandémie de Covid-19 puis une hausse (+4,4 %) de 2020 à 2022.

À l'échelle de la France métropolitaine, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide connaît globalement une baisse significative depuis 2010 (-1,5 % en moyenne par an). Le taux national retrouve en 2022 son niveau de 2019.

Figure 13 - Taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022



\* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2020-2022, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par classe d'âge présentent deux pics chez les femmes (cf. figures 14 et 15) :

- l'un chez les 15-19 ans avec 490 séjours pour 100 000 jeunes femmes de la région (560 pour 100 000 en France métropolitaine), taux encore en nette augmentation pour la région (+13,3 % par rapport à 2019-2021) comme pour la France métropolitaine (+14,9 %) ;

- l'autre, moins marqué, chez les 45-49 ans avec 167 séjours pour 100 000 femmes en Auvergne-Rhône-Alpes (192 pour 100 000 femmes en France métropolitaine), taux toutefois en diminution par rapport aux périodes précédentes.

Les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide évoluent différemment selon les classes d'âge (cf. figure 16).

Une hausse significative<sup>1</sup> sur l'ensemble de la période est observée chez les plus jeunes (moins de 25 ans) et chez les plus âgés (85 ans et plus).

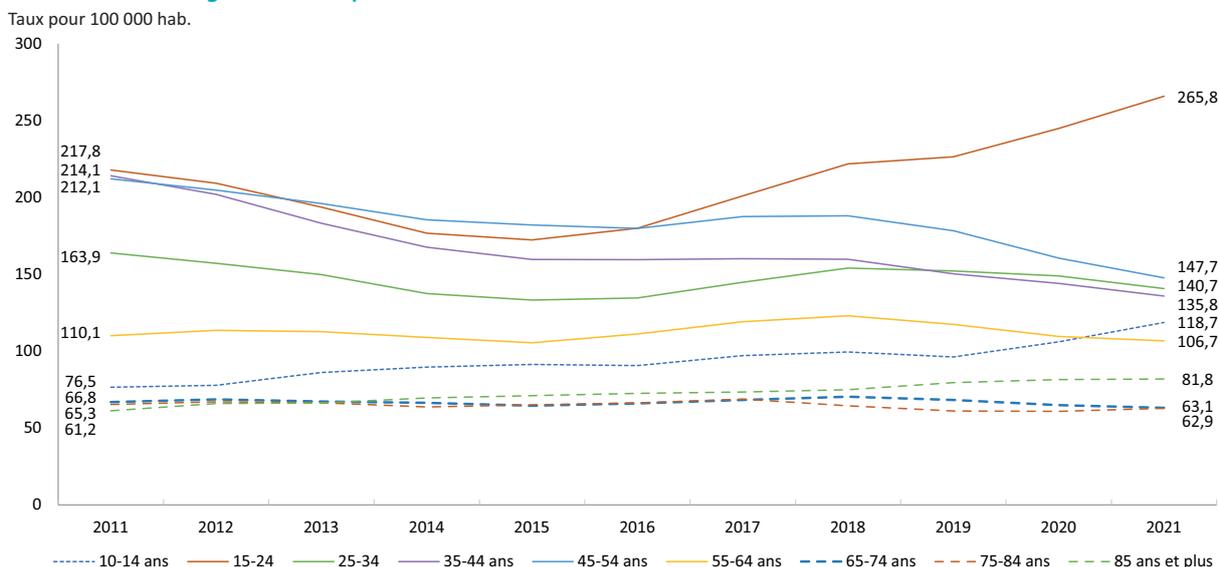
Chez les jeunes, l'augmentation annuelle moyenne s'accroît depuis 2019 : +11,1 % par an chez les moins de 15 ans et +8,3 % par an chez les 15-24 ans (soit une augmentation totale depuis 2019 respectivement de 23,3 % et 17,4 % pour ces deux classes d'âge).

Chez les 85 ans et plus, le taux n'a cessé d'augmenter depuis 2011 : +2,9 % par an (soit une augmentation totale sur l'ensemble de la période de 33,7 %).

Pour les 15-24 ans et les 85 ans et plus, les taux ont continué à augmenter pendant les périodes incluant l'année de survenue de la pandémie de Covid-19.

1 Les taux spécifiques sont modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 42-43).

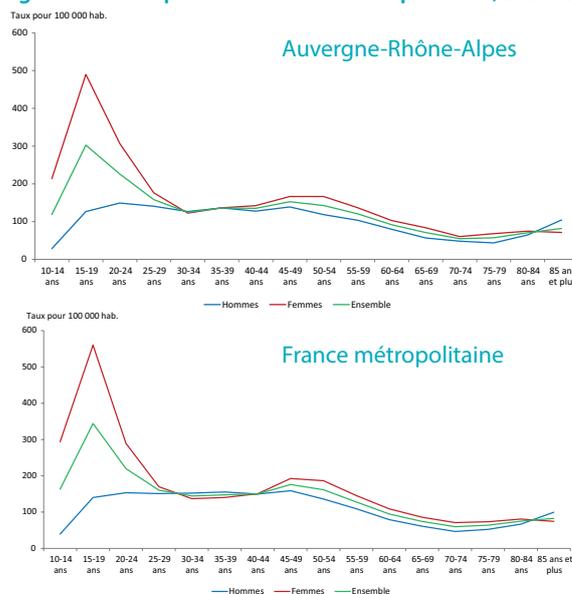
**Figure 16 - Évolution des taux spécifiques annuels\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, selon les groupes d'âge entre 2010 et 2022 en Auvergne-Rhône-Alpes**



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

**Figures 14 et 15 - Taux spécifiques annuels\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par classe d'âge et par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022**



\* Taux lissés sur 3 ans

Sources : ATIH PMSI-MCO 2020-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Cette tendance chez les plus jeunes est concordante avec les perceptions des psychiatres de la région et elle est confortée par d'autres résultats : hausse nationale des syndromes dépressifs et hospitalisations pour lésion auto-infligée chez les jeunes filles de 10 à 24 ans après le second confinement [16] et augmentation régionale des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans [11].

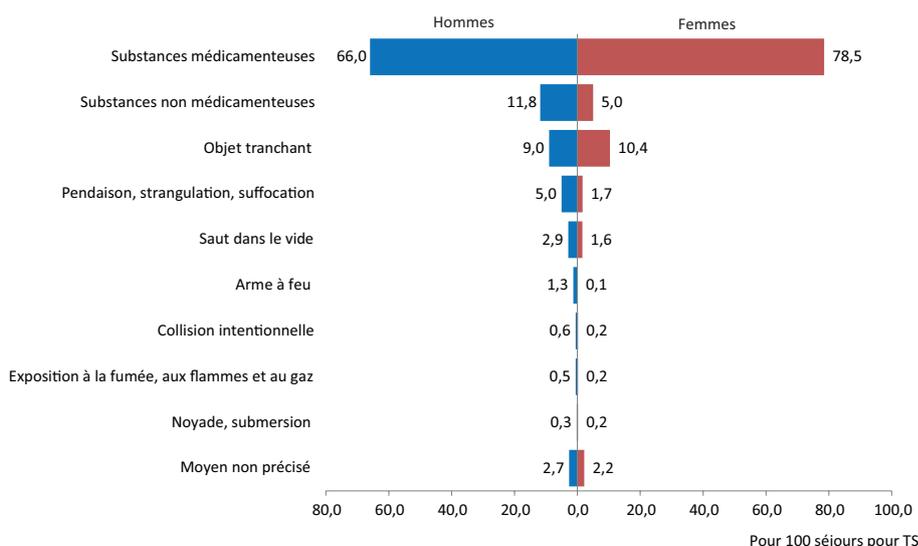
Au contraire, dans les autres classes d'âge, une baisse significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicides est observée depuis 2018 : baisse annuelle moyenne plus marquée aux âges intermédiaires (-5,3 % chez les 35-44 ans, -7,7 % chez les 45-54 ans et -4,6 % chez les 55-64 ans) que chez les jeunes de 25-34 ans (-3,0 %) ou chez les personnes âgées de 65-74 ans (-3,5 %) et de 75-84 ans (-0,8 %).

## 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 (78,5 %) que chez les hommes (66,0 %) hospitalisés dans la région en MCO suite à une tentative de suicide sur la période 2020-2022 (cf. figure 17). Une stabilisation de ce mode opératoire est observée en 2020-2022 par rapport aux périodes précédentes [8, 10, 11] (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 42).

Une tendance à l'augmentation des tentatives de suicide par absorption de substances non médicamenteuses observée précédemment chez les hommes se poursuit en 2020-2022 et semble s'amorcer chez les femmes.

Figure 17 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide\* selon le mode opératoire, 2020-2022 – Auvergne-Rhône-Alpes



\* Données lissées sur 3 ans

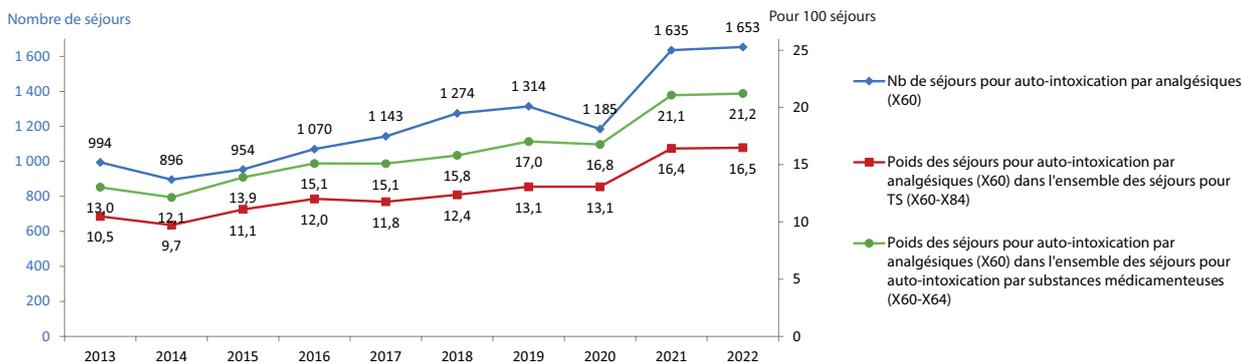
Source : ATIH PMSI-MCO 2020-2022 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Par rapport à la France métropolitaine, la part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par absorption de substances médicamenteuses, par saut dans le vide et par collision intentionnelle parmi l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est légèrement supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes, chez les hommes comme chez les femmes.

Au contraire, la part de séjours pour tentative de suicide par objet tranchant est inférieure en Auvergne-Rhône-Alpes chez les hommes (-0,9 point) et chez les femmes (-1,6 point) par rapport aux valeurs relevées pour la France métropolitaine.

Chez les plus jeunes (moins de 15 ans), la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les garçons (57,5 %) comme pour les jeunes filles (63,4 %) mais elle est moins fréquente qu'en population générale. Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par les 10-14 ans reste l'objet tranchant, en diminution par rapport à la période précédente chez les filles (22,3 % pour les garçons et 27,7 % pour les filles). Le troisième mode opératoire est la pendaison pour les garçons (9,0 %, versus 8,9 % précédemment) comme pour les jeunes filles (3,0 % versus 2,9 % pour la période précédente).

Figure 18 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2013 et 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2013-2022 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Une analyse spécifique des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques a été initiée pour répondre à des observations de terrain de psychiatres évoquant des tentatives de suicide plus nombreuses par intoxication au paracétamol<sup>1</sup> (cf. figure 18).

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

Depuis 2013, le poids des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par analgésiques dans l'ensemble des séjours pour tentative de suicide a augmenté en moyenne de 5,2 % par an. Cette augmentation est plus marquée chez les personnes âgées de 65-74 ans et de 75-84 ans (respectivement +9,1 % et +6,4 %).

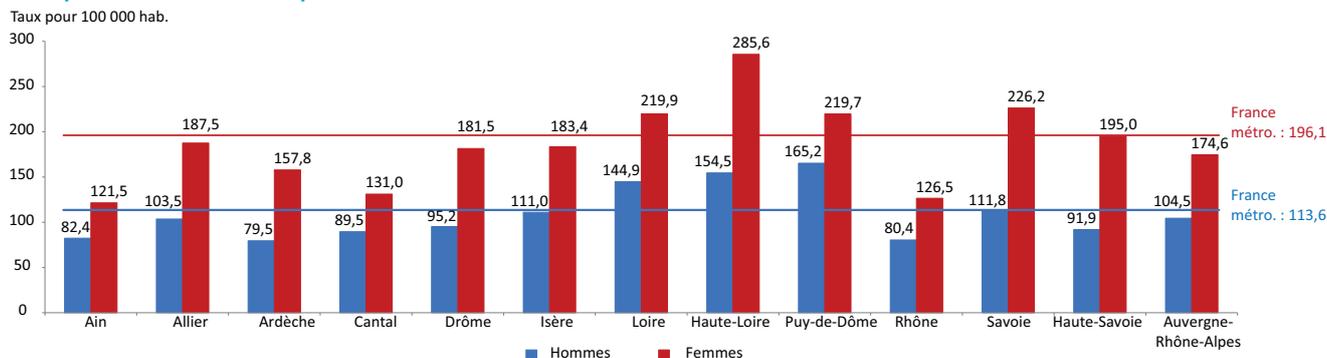
## Une situation hétérogène selon les départements

Des disparités prononcées de taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide subsistent entre les départements en 2022 (cf. figure 19). La Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme chez les hommes comme chez les femmes et la Savoie et la Haute-Savoie chez les femmes ont des taux élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, voire même à la valeur nationale.

Au contraire, l'Ain et le Rhône pour les deux sexes, le Cantal pour les femmes et l'Ardèche et la Haute-Savoie pour 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, la Drôme, l'Isère pour les deux sexes et le Cantal et la Savoie chez les hommes présentent des taux proches des valeurs régionales.

**Figure 19 - Taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022**



\* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2022, 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 2022 illustrent également l'hétérogénéité des situations départementales (cf. figure 20).

Sur la période 2010-2022, une baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, est observée dans l'Ain, l'Allier, l'Ardèche, la Drôme et le Rhône. Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, une hausse significative est constatée.

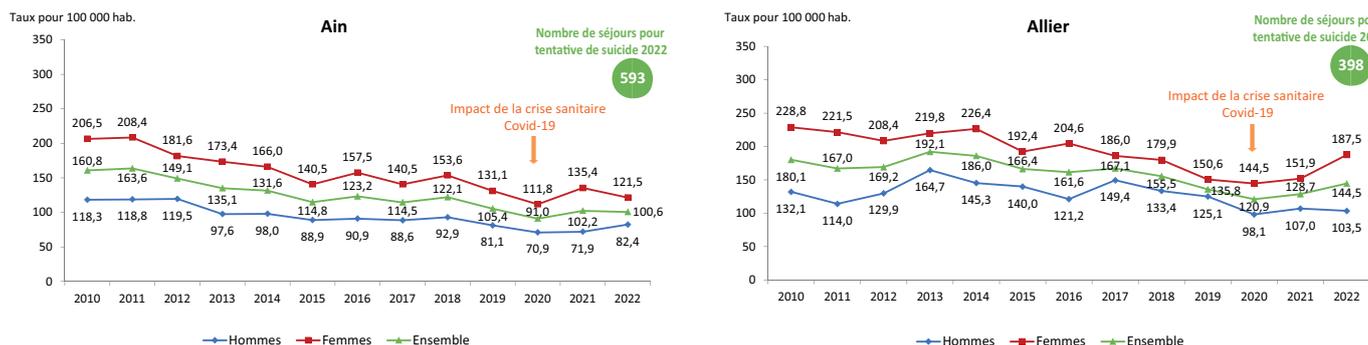
Dans les autres départements (Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie), aucune tendance significative ne se dégage sur la période 2010-2022. Toutefois, sur une période plus récente, une augmentation significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide deux sexes ensemble observée depuis 2016 se confirme en 2022 dans les départements savoyards, depuis 2015 chez les femmes dans la Loire et depuis 2020 chez les hommes dans le Cantal. En Isère, le niveau des taux en 2022 est supérieur à celui de 2019 :

cette tendance à la hausse est à surveiller à l'avenir.

Dans tous les départements de la région, à l'exception de la Haute-Savoie, les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide avaient baissé en 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19 [5, 11]. La majorité des départements retrouve en 2022 des valeurs (deux sexes ensemble) supérieures à celles de 2019 : Allier, Cantal, Drôme (chez les femmes uniquement), Isère, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie. Dans l'Ain, l'Ardèche et le Rhône, les taux poursuivent leur baisse.

Pour rappel [9], un faible écart des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre les hommes et les femmes dans le Puy-de-Dôme était observé (en lien avec une pratique de dépistage systématique des intoxications éthyliques aiguës chez les patients requérant le service d'urgence médico-chirurgicale du CHU de Clermont-Ferrand (sur-représentation masculine) à la recherche d'une intentionnalité auto-agressive directe et/ou associée). Depuis 2021, l'écart de taux entre les hommes et les femmes augmente.

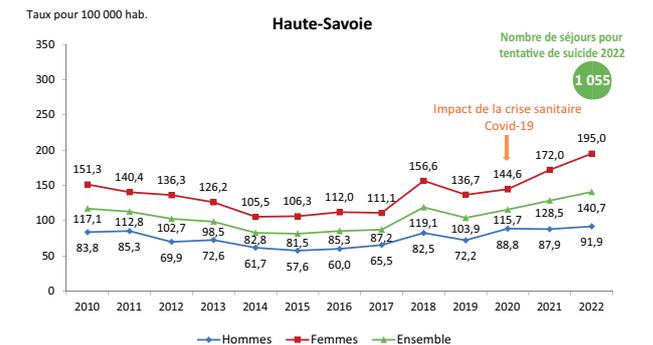
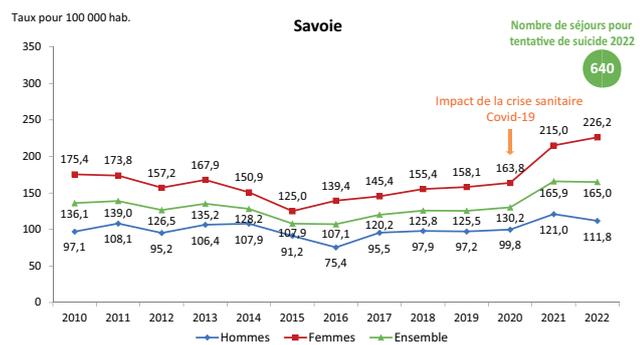
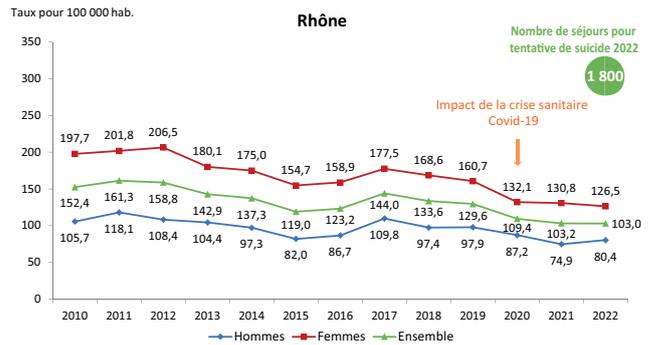
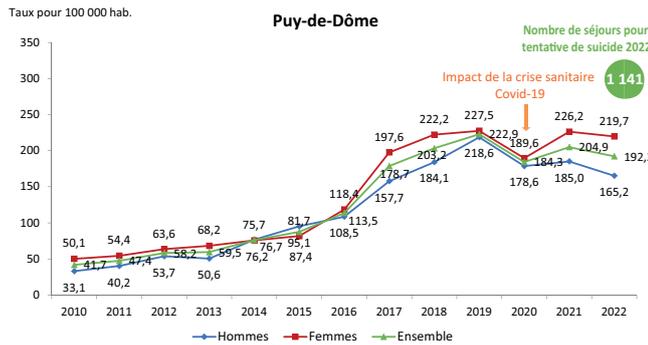
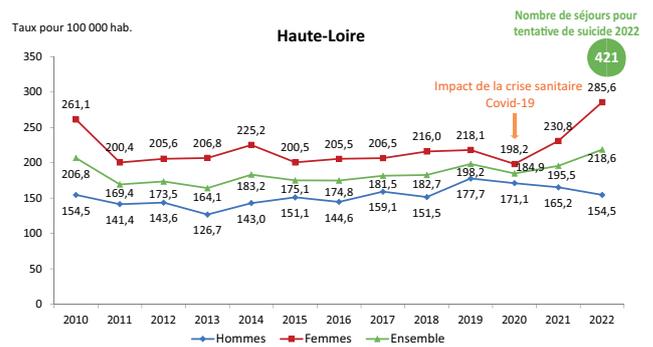
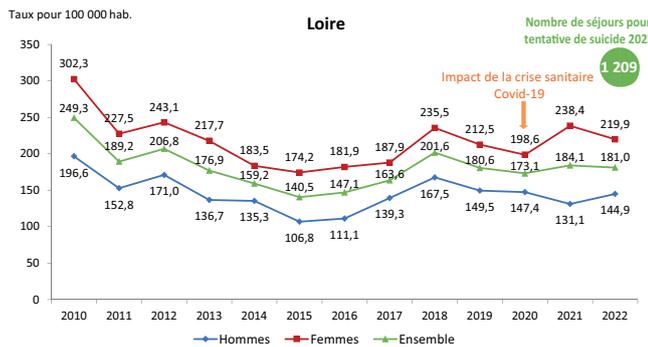
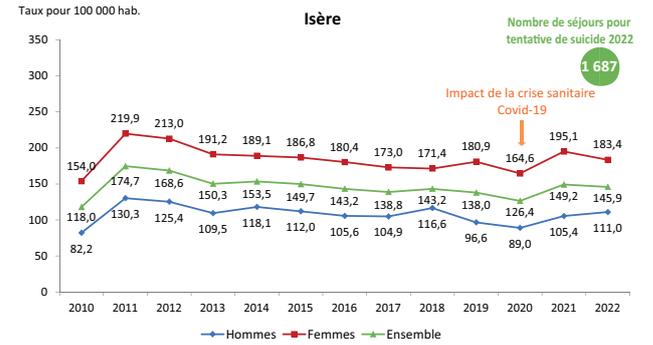
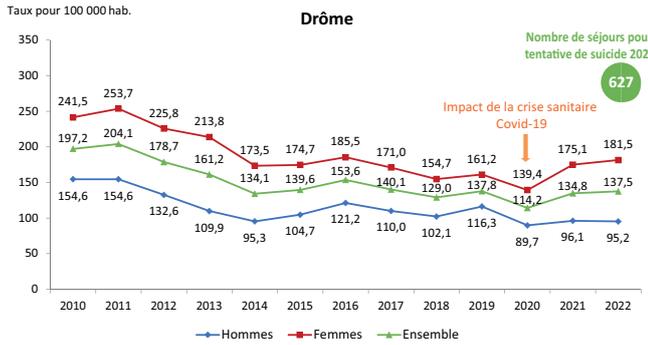
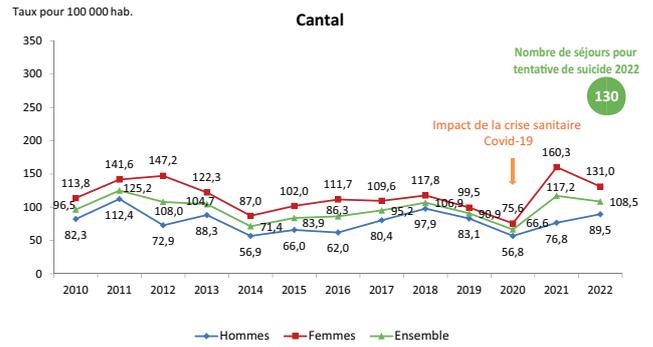
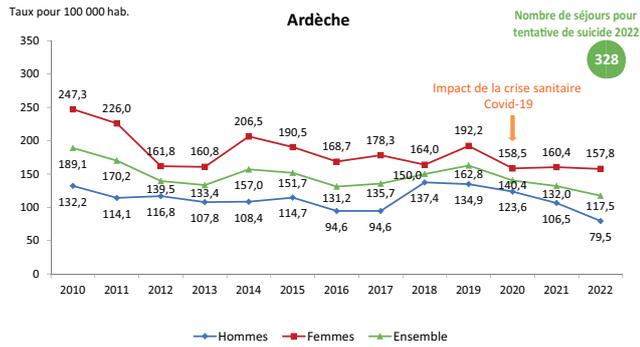
**Figure 20 - Évolution des taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2022**



\* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 20 - Évolution des taux standardisés\* de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2022 (suite)



\* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

- 10 029 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2022.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre 2015 et 2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis tendance non significative à la baisse de 2018 à 2020 (en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement) puis à la hausse de 2020 à 2022.
- La majorité (63,5 %) 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 en augmentation par rapport aux périodes précédentes) et dans une moindre mesure chez les femmes de 45-49 ans (taux en diminution par rapport aux années précédentes).
- Hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2019 chez les plus jeunes : +11,1 % en moyenne par an chez les moins de 15 ans et +8,3 % chez les 15-24 ans.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, pour la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme chez les hommes comme chez les femmes et spécifiquement chez les femmes pour la Savoie et la Haute-Savoie. Au contraire, taux standardisés plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale, pour l'Ain et le Rhône chez les deux sexes et spécifiquement chez les hommes pour le Cantal, l'Ardèche et la Haute-Savoie.
- Dans cinq départements (Ain, Allier, Ardèche, Drôme et Rhône), baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2022 ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010 ; pour la Savoie et la Haute-Savoie, augmentation significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide deux sexes ensemble depuis 2016 et chez les hommes depuis 2020 dans le Cantal.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes. Chez les plus jeunes, ce mode opératoire reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les garçons comme pour les filles mais il est moins fréquent qu'en population générale.

## VIGILANS

Depuis juillet 2020, l'intégralité de la région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par le dispositif Vigilans avec l'intervention de quatre équipes (Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Clermont-Ferrand). Ainsi, entre janvier et octobre 2023, environ 3 100 demandes de prises en charge ont été reçues par l'ensemble des pôles de la région.

Le bilan est le suivant :

- une couverture régionale qui a augmenté de 29 % par rapport à 2022 ;
- 19 % d'inclusions supplémentaires en 2023 ;
- un travail d'ancrage territorial afin de favoriser les liens avec les services d'urgences déjà existants ;
- un travail d'extension au sein du territoire afin de créer des liens avec d'autres services d'urgences mais aussi les services d'hospitalisation, les CMP ou encore les cliniques psychiatriques ;
- un travail régional sur un nouvel outil informatique permettant d'intégrer Vigilans aux parcours de soins.

### Rappels sur le dispositif

Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalière proposé à tous les suicidants de la région à la sortie d'un service de soins. Il s'agit d'un dispositif national, financé en Auvergne-Rhône-Alpes par l'Agence régionale de santé (ARS). Le dispositif Vigilans se base sur une idée simple soutenue par des données scientifiques : après une tentative de suicide, à la sortie d'une structure de soins (urgence, centre de crise, hôpital), il est important de maintenir le lien pour limiter le risque suicidaire et

favoriser l'accès aux soins en santé mentale.

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

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

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

### Pour aller plus loin

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

## LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN 2022

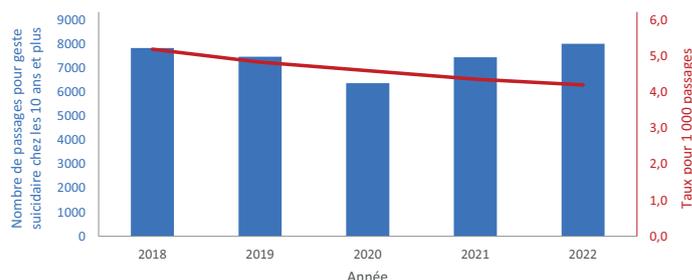
En 2022, 8 013 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide ont été notifiés via le système SurSaUD® en Auvergne-Rhône-Alpes parmi un total de 1 907 670 passages codés. Après une hausse de 17 % observée en 2021, il est noté une nouvelle augmentation de 7 % en 2022 du nombre de passages pour tentative de suicide dans la région qui est désormais supérieur à celui enregistré en 2019. Cette augmentation est principalement portée par les 10-24 ans, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire étant stable dans la région pour les autres classes d'âge en 2022.

Le taux de recours aux services d'urgence des tentatives de suicide a quant à lui de nouveau diminué, passant de 4,6 pour 1 000 passages en 2020 à 4,4 en 2021 et 4,2 en 2022. La diminution est plus marquée chez les 45-64 ans où le taux est passé de 5,7 passages en 2020 à 5,0 en 2021 et 4,5 en 2022 (cf. figure 21) avec une baisse tendancielle depuis 2017. Ceci est lié à une hausse marquée du nombre total de passages codés aux urgences au niveau régional (+ 6,4 % entre 2017 et 2022).

En 2022, deux tiers des recours concernaient des femmes. Comme en 2021, la classe d'âge la plus représentée était celle des 10-24 ans (39 %) suivie des 25-44 (28 %) et des 45-64 ans (23 %). Environ 60 % des personnes étaient hospitalisées et 9 % avaient un pronostic vital engagé (CCMU 4, 5 ou D) à l'admission. Le mode opératoire le plus fréquent en 2022 était l'auto-intoxication médicamenteuse, sans changement significatif par rapport à 2021.

Le tableau 2 compare les caractéristiques des personnes ayant eu recours aux urgences pour tentative de suicide

Figure 21 - Nombre et taux de passages aux urgences pour tentative de suicide pour 1000 passages codés chez les patients âgés de 10 ans ou plus par année, Auvergne-Rhône-Alpes



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

de 2020 à 2022. Entre 2021 et 2022, la répartition par sexe se stabilise. Les patients âgés de 10 à 24 ans continuent de représenter une part plus importante en 2022 par rapport à 2021, puisque près de 4 passages aux urgences pour tentative de suicide sur 10 étaient dans cette classe d'âge en 2022. La sévérité continue d'augmenter avec une proportion d'hospitalisation suivant le passage aux urgences pour tentative de suicide de 60 % et une proportion de personnes avec un pronostic vital engagé de 9 % en 2022.

Tableau 2 - Caractéristiques des tentatives de suicide enregistrées aux urgences entre 2020 et 2022, Auvergne-Rhône-Alpes

	2020		2021		2022		2022 par rapport à 2021 p*
	N	%	N	%	N	%	
<b>Sexe</b>							0,67
Femme	4 029	63 %	5 000	67 %	5 401	67 %	
Homme	2 346	37 %	2 454	33 %	2 612	33 %	
<b>Classe d'âge</b>							<0,001
10-24 ans	1 800	28 %	2 713	36 %	3 155	39 %	
25-44 ans	2 040	32 %	2 112	28 %	2 221	28 %	
45-64 ans	1 840	29 %	1 886	25 %	1 853	23 %	
65 ans et plus	694	11 %	743	10 %	777	10 %	
<b>Gravité</b>							<0,001
État stable (CCMU 1, 2, P)	2 881	46 %	3 325	47 %	3 339	42 %	
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	3 034	48 %	3 321	47 %	3 856	49 %	
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5, D)	389	6 %	487	7 %	751	9 %	
<b>Hospitalisation</b>							0,02
Oui	4 113	66 %	4 470	62 %	4 723	60 %	
Non	2 146	34 %	2 771	38 %	3 165	40 %	
<b>Mode opératoire</b>							-
Intoxication médicamenteuse	5 931	93 %	6 987	94 %	7 615	95 %	
Pendaison, strangulation	123	2 %	135	2 %	125	2 %	
Objet coupant/tranchant	110	2 %	98	1 %	117	1 %	
Saut dans le vide	29	0 %	28	0 %	17	0 %	
Autres ou non précisé	182	3 %	206	3 %	135	2 %	

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

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

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

## Les décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2018-2020

Sur la période 2018-2020, 49 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes : 46 décès en 2018, 49 en 2019 et 52 en 2020. La majorité des décès (75 %) concernent des jeunes hommes. Les décès par suicide représentent 14,8 % de l'ensemble des décès recensés chez les 10-24 ans et 16,0 % chez les 15-24 ans, proportions en augmentation par rapport à 2015-2017 mais inférieures aux valeurs de la France métropolitaine (resp. 16,7 % et 17,9 %). Les décès par suicide constituent la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité après les accidents de la circulation pour ces deux classes d'âge.

Le taux annuel régional de décès par suicide chez les 10-24 ans sur la période 2018-2020 s'élève à 3,3 pour 100 000 (4,9 chez les garçons et 1,7 chez les filles) versus 3,7 pour 100 000 en France métropolitaine (5,3 chez les garçons et 2,1 chez les filles). Ce taux connaît une baisse globale significative depuis 2000 dans la région (-2,9 % par an) comme en France métropolitaine (-2,0 % par an) (cf. figure 22). Toutefois, une hausse significative est à noter, depuis 2015 pour la région et 2016 pour la France métropolitaine, celle-ci pouvant être liée à l'amélioration de la certification des décès et/ou à une augmentation réelle du phénomène (cf. Avertissement p 2).

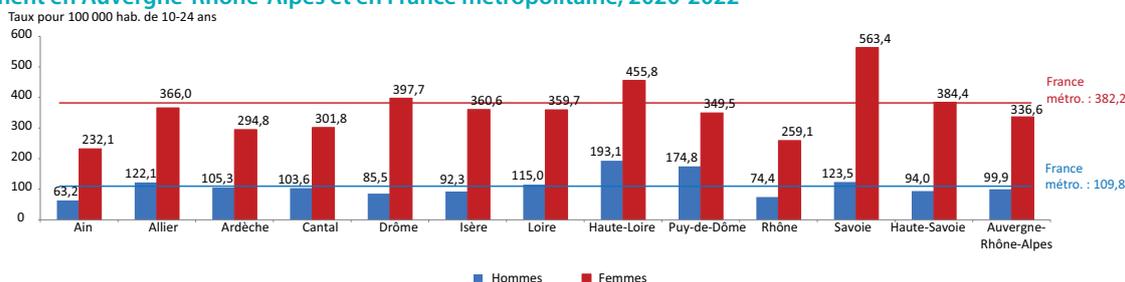
## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022

Sur la période 2020-2022, 3 211 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 : 2 517 en 2020, 3 446 en 2021 et 3 670 en 2022. Trois séjours sur quatre (76,1 %) des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (2 444 séjours en moyenne par an). Chez les 10-24 ans, un séjour sur cinq (19,1 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (613 séjours en moyenne par an sur la période 2020-2022, soit un taux de 119 pour 100 000) et 80,9 % les 15-24 ans (2 598 séjours en moyenne par an sur la période 2020-2022, soit un taux de 266 pour 100 000). Cette répartition des séjours selon la classe d'âge est similaire à celle observée lors de la période précédente.

Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans s'élève à 214,9 pour 100 000 (100 chez les garçons et 337 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 23).

Ce taux régional, inférieur à la valeur nationale, ne cesse d'augmenter depuis 2015, même pendant les périodes incluant la survenue de la pandémie de Covid-19 (+6,9 % de croissance annuelle moyenne versus +4,5 % pour la France métropolitaine). Cette augmentation régionale significative des séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les 10-24 ans est liée, pour partie, à l'amélioration du codage (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 44). Elle est également concordante avec les perceptions des psychiatres de la région et avec l'augmentation des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans [11].

## Figure 24 - Taux spécifiques annuels\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022



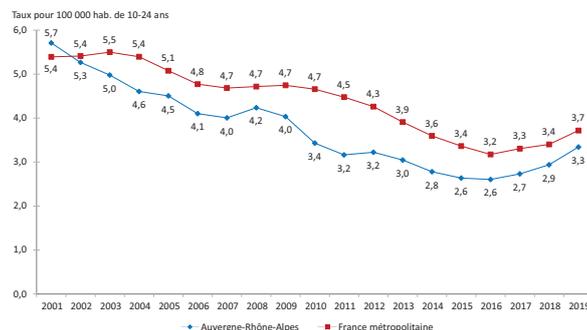
Sources : ATIHM PMSI-MCO 2020-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

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

- 5,5 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans (proportion en augmentation en 2018-2020) ; les décès par suicide constituent la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité pour cette classe d'âge après les accidents de la circulation.
- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur trois (33,2 %) concerne des jeunes de 10-24 ans sur la période 2020-2022, proportion encore en augmentation par rapport à la période précédente.
- Les taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans poursuivent leur augmentation observée depuis 2015 (+ 49 %).

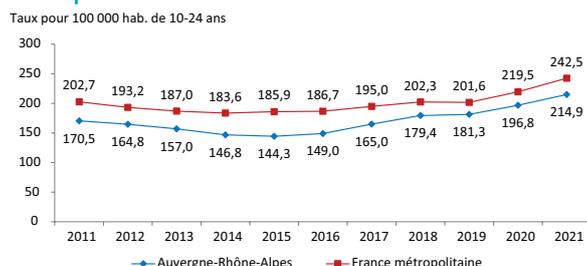
## Figure 22 - Évolution des taux spécifiques annuels\* de mortalité par suicide de 2000 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Figure 23 - Évolution des taux spécifiques annuels\* de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 10-24 ans de 2010 à 2022 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIHM PMSI-MCO 2010-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

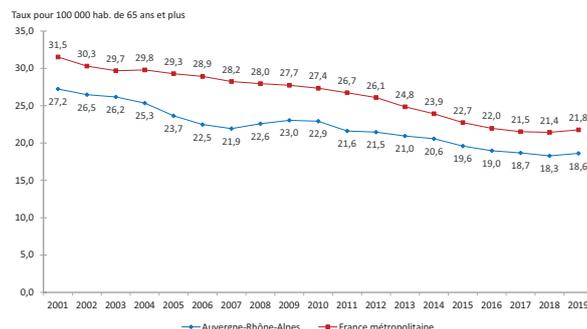
# LES PERSONNES DE 45-64 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

## Les décès par suicide chez les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2018-2020

Sur la période 2018-2020, 358 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 336 en 2018, 352 en 2019 et 385 en 2020. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes (73 %). Les décès par suicide représentent 4,4 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette classe d'âge, proportion stable par rapport à 2015-2017 et proche de celle observée pour la France métropolitaine (4,5 %).

Le taux annuel de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2018-2020 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 17,3 pour 100 000 (25,6 pour les hommes et 9,3 pour les femmes) versus 20,3 pour 100 000 en France métropolitaine (30,8 pour les hommes et 10,2 pour les femmes). Ce taux diminue globalement et de manière significative depuis 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes (-1,9 % par an) comme en France métropolitaine (-1,0 % par an) (cf. figure 25).

Figure 25 - Évolution des taux spécifiques annuels\* de mortalité par suicide chez les 45-64 ans de 2000 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



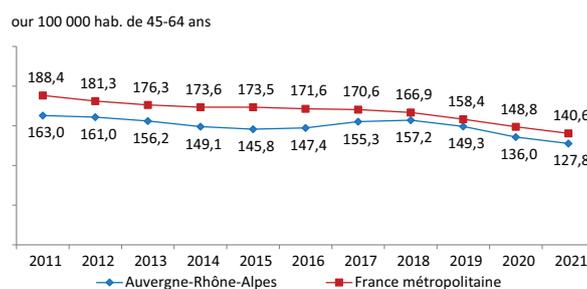
\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022

Sur la période 2020-2022, 2 650 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont comptés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 2 771 en 2020, 2 579 en 2021 et 2 600 en 2022. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours (57 %) concerne des femmes (1 514 séjours en moyenne par an).

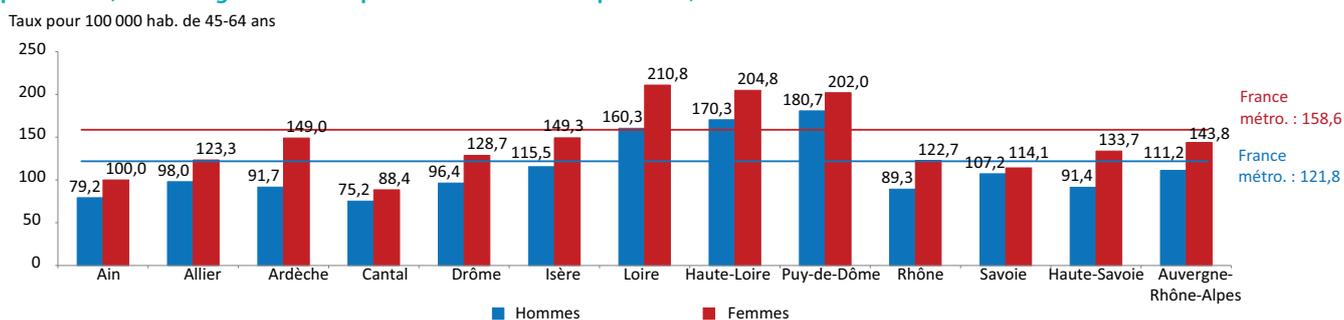
Après une augmentation de 2015 à 2018, en lien notamment avec l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 42), le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans diminue depuis 2018 dans la région (-5, 1% en moyenne par an contre -4,2 % en France métropolitaine) (cf. figure 26), diminution liée en partie à la survenue de l'épidémie de Covid-19. Le taux régional s'élève à 127,8 pour 100 000 sur la période 2020-2022 (111 chez les hommes et 144 chez les femmes) et il reste inférieur au taux national de 140,6 pour 100 000 (122 chez les hommes et 159 chez les femmes) qui ne cesse de diminuer depuis 2010.

Figure 26 - Évolution des taux spécifiques annuels\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans de 2010 à 2022 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Figure 27 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022



Sources : ATIH PMSI-MCO 2020-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

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

- Quatre décès par suicide sur dix (40,0 %) concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans.
- Un peu plus d'un quart des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide (27,4 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2020-2022, cette proportion poursuit sa diminution par rapport aux périodes précédentes.
- La tendance à l'augmentation du taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans observée depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes (en lien avec l'amélioration du codage dans la région) s'inverse à partir de la période 2018-2020, en raison notamment de l'épidémie de Covid-19 et des périodes de confinement. La baisse se poursuit sur la période 2020-2022, le prochain bulletin permettra de voir si cette tendance se confirme.

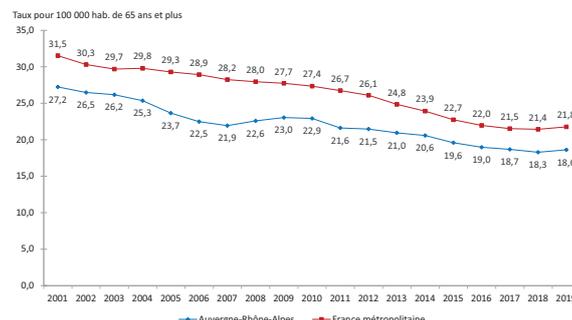
# LES PERSONNES ÂGÉES DE 65 ANS ET PLUS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

## Les décès par suicide chez les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2018-2020

Sur la période 2018-2020, 301 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes (294 en 2018, 287 en 2019 et 322 en 2020). Près de trois décès sur quatre (72 %) concernent des hommes. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les décès par suicide représentent 0,5 % de l'ensemble des décès de cette classe d'âge (0,6 % pour la France métropolitaine), comme en 2015-2017.

Le taux spécifique annuel de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2018-2020 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 18,6 pour 100 000 (30,9 chez les hommes et 9,3 chez les femmes) versus 21,8 pour 100 000 en France métropolitaine (37,6 chez les hommes et 9,8 chez les femmes). Ce taux diminue depuis 2000 dans la région (-2,1 %) comme en France métropolitaine (-2,0 %) (cf. figure 28). Toutefois, une hausse significative était enregistrée entre 2011 et 2015 chez les 75 ans et plus et plus récemment, chez les 60-74 ans depuis 2015. Cette dernière sera à surveiller dans le prochain bulletin.

Figure 28 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus de 2000 à 2020 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



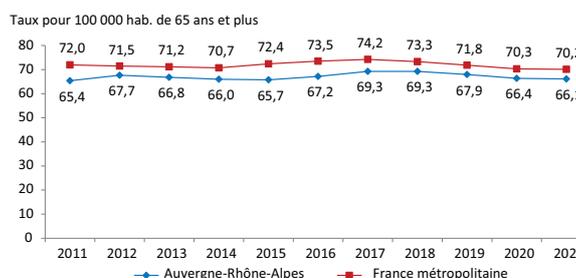
\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2020, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022

Sur la période 2020-2022, 1 106 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 : 1 064 en 2020, 1 132 en 2021 et 1 121 en 2022. La majorité des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus (61,5 %) concernent des femmes (680 séjours en moyenne par an).

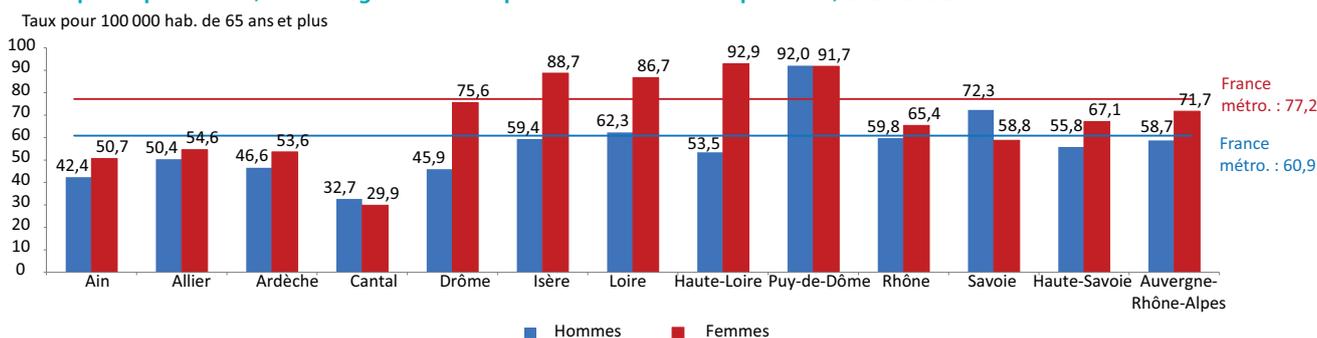
Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2020-2022 s'élève à 66,1 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (58,7 chez les hommes et 71,7 chez les femmes) versus 70,2 pour 100 000 en France métropolitaine (60,9 chez les hommes et 77,2 chez les femmes) (cf. figure 29). Le taux régional ainsi que le taux national diminuent légèrement à partir de 2019, notamment en lien avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement. Le taux régional reste inférieur à la valeur nationale et son évolution est hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus (cf. figure 16 p. 10).

Figure 29 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus de 2010 à 2022 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : PMSI-MCO 2010-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 30 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2020-2022



Sources : ATIH PMSI-MCO 2020-2022, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2020-2022, le Puy-de-Dôme présente un taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide supérieur au taux régional chez les hommes comme chez les femmes âgées de 65 ans et plus (cf. figure 30). Chez les femmes, le taux est significativement supérieur au taux régional dans l'Isère et il est inférieur dans l'Ain et le Cantal. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux. Les taux du Cantal, comme pour les autres groupes d'âge, restent faibles. Les taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans le Cantal et la Savoie s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers relativement faibles présentant peu d'écart entre les hommes et les femmes. Ce constat peut refléter une épidémiologie du suicide différente dans ces départements à dominante rurale.

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

- Près d'un tiers des décès par suicide (31,6 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur dix (11,4 %) concerne une personne âgée de 65 ans et plus.
- Diminution des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO régional et national pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus à partir de 2019 en lien notamment avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement. Évolution toutefois hétérogène du taux régional selon la classe d'âge au sein des 65 ans et plus.

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

### La mortalité par suicide

- En 2020, 965 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,9 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,1 % par an).
- Augmentation significative de la mortalité par suicide depuis 2015 chez les 60-74 ans et tendance à la hausse chez les 15-29 ans depuis 2014.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide (2018-2020), deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation et première cause chez les 25-34 ans devant les tumeurs.
- Les décès par suicide (2018-2020) représentent 1,2 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-59 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 30,9 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- La pendaison, 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en recul depuis 2015-2017.
- 5,5 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans (proportion en augmentation en 2018-2020), 40,0 % concernent les 45-64 ans et 33,7 % les 65 ans et plus.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble plus élevés que le taux régional dans certains départements : Ardèche, Cantal, Loire et Haute-Loire.
- Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide chez les deux sexes entre 2000 et 2020. En Ardèche et dans le Cantal, évolution du taux instable, oscillant entre périodes de hausse et de baisse. En Savoie, baisse significative du taux deux sexes ensemble, tendance à la baisse chez les hommes et relative stabilité chez les femmes.

### Les tentatives de suicide

#### Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

- 10 029 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2022.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre 2015 et 2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis tendance non significative à la baisse de 2018 à 2020 (en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement) puis à la hausse de 2020 à 2022.
- La majorité (63,5 %) 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 en augmentation par rapport aux périodes précédentes) et dans une moindre mesure chez les femmes de 45-49 ans (taux en diminution par rapport aux années précédentes).
- Hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2019 chez les plus jeunes : +11,1 % en moyenne par an chez les moins de 15 ans et +8,3 % chez les 15-24 ans.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, pour la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme chez les hommes comme chez les femmes et spécifiquement chez les femmes pour la Savoie et la Haute-Savoie. Au contraire, taux standardisés plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale, pour l'Ain et le Rhône chez les deux sexes et spécifiquement chez les hommes pour le Cantal, l'Ardèche et la Haute-Savoie.
- Dans cinq départements (Ain, Allier, Ardèche, Drôme et Rhône), baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2022 ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010 ; pour la Savoie et la Haute-Savoie, augmentation significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide deux sexes ensemble depuis 2016 et chez les hommes depuis 2020 dans le Cantal.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes. Chez les plus jeunes, ce mode opératoire reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les garçons comme pour les filles mais il est moins fréquent qu'en population générale.

#### Les passages aux urgences pour tentative de suicide

- 8 013 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide enregistrés en 2022.
- Augmentation de 7 % en 2022 du nombre de passages pour tentative de suicide dans la région, désormais supérieur à celui enregistré en 2019.
- En 2022, les deux tiers des recours concernaient des femmes.
- Les 10-24 ans, classe d'âge la plus représentée (39 %).
- L'auto-intoxication médicamenteuse : 1<sup>er</sup> mode opératoire.

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

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

Dans ce contexte, l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité compléter et actualiser l'analyse des inégalités sociales de mortalité par suicide engagée précédemment [10]. L'analyse présentée ci-dessous traite des données de mortalité par suicide plus récentes et porte donc sur une période d'observation plus longue (2000-2017). Réalisée à

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

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

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

Comme cela a été démontré précédemment [10], des inégalités sociales de mortalité par suicide sont identifiées sur la période 2000-2017 chez les hommes : le taux standardisé de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes les plus défavorisées (quintile 5) est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes les moins défavorisées (quintile 1).

Des inégalités territoriales de mortalité par suicide significatives sont également observées chez les hommes entre les communes rurales et les communes urbaines sur la période 2000-2017 : le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines. Une analyse plus fine permet ensuite de tenir compte à la fois du caractère rural ou urbain des communes et de l'indice de défavorisation sociale (FDep15) attribué à la commune.

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

- **dans les communes urbaines**, chaque année, des inégalités significatives de mortalité par suicide sont observées entre les communes les plus défavorisées et les communes les moins défavorisées : le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines les plus défavorisées (urbaines quintile 5) est significativement supérieur au taux observé dans les communes urbaines les moins défavorisées (urbaines quintile 1) ;

partir de l'indice écologique de défavorisation sociale Fdep15 [23], l'analyse a été affinée en distinguant les communes rurales et les communes urbaines (utilisation de la typologie communale de l'Insee [24]). L'indice Fdep15 permet de caractériser en un seul indicateur la défavorisation sociale moyenne de la commune à partir de son revenu fiscal médian, des pourcentages de bacheliers et d'ouvriers et de son taux de chômage.

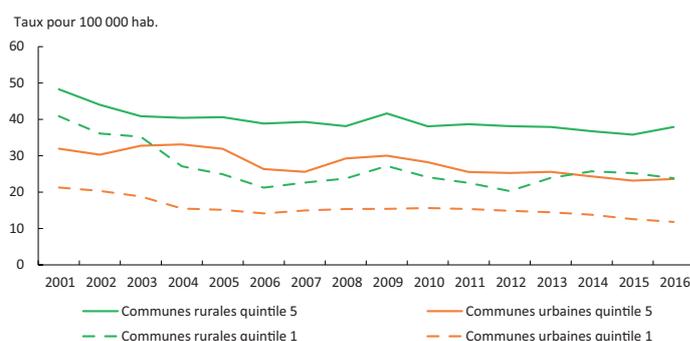
L'analyse porte sur la comparaison des taux standardisés de mortalité par suicide par sexe observés chez les personnes résidant au sein de quatre types de communes : les communes rurales les moins défavorisées (450 communes soit 5,7 % de la population régionale), les communes rurales les plus défavorisées (479 communes soit 4,2 % de la population régionale), les communes urbaines les moins défavorisées (256 communes soit 17,9 % de la population régionale) et les communes urbaines les plus défavorisées (55 communes soit 8,1 % de la population régionale) (cf. Sources de données et méthode p.42-43).

2000-2017. Cette tendance à la baisse de la mortalité par suicide est également observée pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes et la France métropolitaine (cf. figures 1 et 2 p.2 et 3).

- **dans les communes rurales**, de 2005 à 2013 et en 2016, des inégalités de mortalité par suicide significatives sont identifiées de la même manière entre les communes les plus défavorisées (rurales quintile 5) et les communes les moins défavorisées (rurales quintile 1).

Sur les dernières années, les taux de mortalité par suicide dans les communes urbaines les plus défavorisées sont comparables à ceux des communes rurales les moins défavorisées.

Figure 31 – Taux de mortalité par suicide\* des hommes dans les communes les moins défavorisées (quintile 1) et les plus défavorisées (quintile 5) selon le caractère rural ou urbain des communes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2017



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

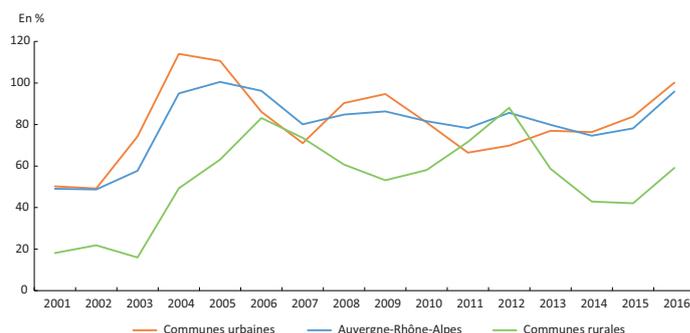
Sources : FDep15, Inserm CépiDc 2015 ; Inserm-CépiDc 2000-2017 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2018 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes

L'analyse des écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide chez les hommes entre les communes les moins défavorisées et les communes les plus défavorisées dans les espaces rural et urbain permet d'analyser l'évolution dans le temps de ces inégalités sociales de mortalité par suicide (cf. figure 32).

- **Dans les communes urbaines**, entre 2001 et 2005 et depuis 2011, un accroissement significatif des inégalités est observé (respectivement  $p=0,0208$  et  $p=0,0066$ ). Au cours de ces deux périodes, le taux de mortalité par suicide diminue plus fortement dans les communes urbaines les moins défavorisées que dans les communes urbaines les plus défavorisées.
- **Dans les communes rurales**, entre 2001 et 2006 puis entre 2009 et 2012, un accroissement significatif des inégalités est enregistré (respectivement  $p=0,0073$  et  $p=0,0237$ ). Pendant ces deux sous-périodes, le taux de mortalité par suicide diminue plus fortement dans les communes les moins défavorisées que dans les communes les plus défavorisées. Au contraire, sur la période 2006-2009, une réduction significative des inégalités de mortalité par suicide est enregistrée dans les communes rurales ( $p=0,0045$ ). Depuis 2012, l'évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide dans les communes rurales de la région n'est pas significative même s'il semble exister une augmentation des inégalités sur la dernière période.

**Figure 32 – Écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide\* entre les communes les moins défavorisées (quintile 1) et les plus défavorisées (quintile 5) chez les hommes selon le type de communes (rurales ou urbaines), Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2017**



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

**Notes de lecture :** les trois courbes représentent l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (courbe orange), des communes rurales (courbe verte) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes (courbe bleue). En 2016, le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines les plus défavorisées est de 100 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines les moins défavorisées (courbe orange). Le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales les plus défavorisées est de 59 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales les moins défavorisées (courbe verte).

Sources : FDep15, Inserm CépiDc 2000-2017 ; Inserm-CépiDc 2000-2017 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2018 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes

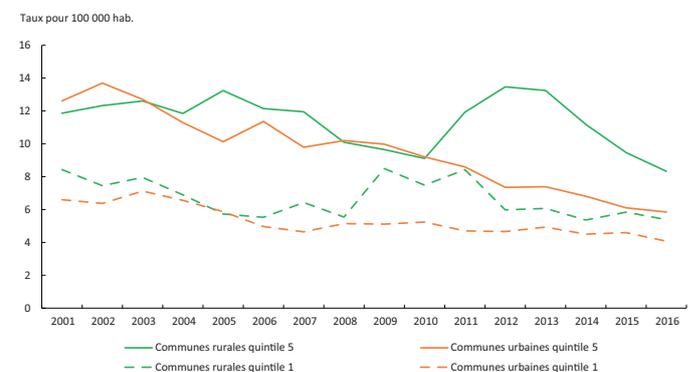
Chez les femmes, les observations sont sensiblement différentes. Les résultats des analyses sont notamment liés au nombre de décès par suicide moins important chez les femmes que chez les hommes.

Comme démontré précédemment [10], des inégalités sociales de mortalité par suicide sont identifiées chaque année sur la période 2000-2014 chez les femmes : le taux standardisé de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes les plus défavorisées (quintile 5) est, chaque année jusqu'en 2014, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes les moins défavorisées (quintile 1). Sur les deux dernières périodes d'observation (2015 et 2016), les écarts ne sont pas significatifs.

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

Des inégalités sociales de mortalité par suicide ont été identifiées au sein des communes rurales et au sein des communes urbaines dans le passé (cf. figure 33). Toutefois, lors des périodes les plus récentes (2015 et 2016), les inégalités de mortalité par suicide observées entre les communes urbaines les plus défavorisées (urbaines quintile 5) et les moins défavorisées (urbaines quintile 1) ne sont pas significatives. De la même manière, les inégalités de mortalité par suicide observées chez les femmes entre les communes rurales les plus défavorisées (rurales quintile 5) et les moins défavorisées (rurales quintile 1) ne sont pas significatives en 2015 et 2016.

**Figure 33 – Taux de mortalité par suicide\* des femmes dans les communes les moins défavorisées (quintile 1) et les plus défavorisées (quintile 5) selon le caractère rural ou urbain des communes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2017**



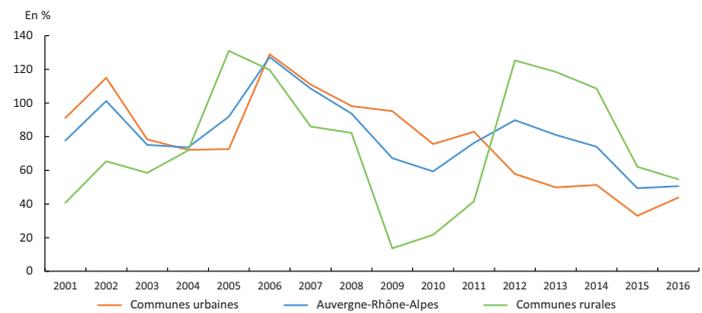
\* Taux annuels standardisés lissés sur 3 ans, année centrale indiquée, standardisation sur l'âge.

Sources : FDep15, Inserm CépiDc 2015 ; Inserm-CépiDc 2000-2017 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2018 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes

- Dans les communes urbaines, sur l'ensemble de la période, une baisse globale significative des inégalités de mortalité par suicide est observée ( $p=0,0026$ ) : le taux de mortalité par suicide observé dans les communes les plus défavorisées diminue plus fortement que dans les communes les moins défavorisées (cf. figure 34).
- Dans les communes rurales entre 2009 et 2014, un accroissement significatif des inégalités est enregistré ( $p=0,0260$ ) pendant cette sous-période, le taux de mortalité par suicide diminue plus fortement dans les communes les moins défavorisées que dans les communes les plus défavorisées. Au contraire, une réduction significative des inégalités de mortalité par suicide est enregistrée dans les communes rurales sur les périodes 2005-2009 et 2012-2016 (respectivement  $p=0,0181$  et  $p=0,0146$ ).

Figure 34 – Écart relatif (en %) de taux de mortalité par suicide\* entre les communes les moins défavorisées (quintile 1) et les plus défavorisées (quintile 5) chez les femmes selon le type de communes (rurales ou urbaines), Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2017



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

**Notes de lecture :** Les trois courbes représentent l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (courbe orange), des communes rurales (courbe verte) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes (courbe bleue). En 2012, le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines les plus défavorisées est de 58 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines les moins défavorisées (courbe orange). Le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes rurales les plus défavorisées est de 125 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes rurales les moins défavorisées (courbe verte).

Sources : FDep15, Inserm CépiDc 2015 ; Inserm-CépiDc 2000-2017 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2018 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Baisse de la mortalité par suicide mais persistance d'inégalités sociales de mortalité par suicide

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

Par ailleurs, l'accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide observé chez les hommes dans les communes rurales entre 2009 et 2012 et dans les communes urbaines depuis 2011 et chez les femmes dans les communes rurales de 2009 à 2014 pourrait être en partie attribué à la crise économique de 2007-2008. En effet, une hausse des inégalités sociales provoquée par la récession économique a été observée en France entre 2007 et 2012 [24].

L'augmentation significative des inégalités de mortalité par suicide chez les hommes dans les communes urbaines se poursuit au-delà de 2012 ; ce constat invite à porter une attention particulière au suivi dans le temps des inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide. Il conviendra notamment d'être vigilant à l'analyse des répercussions de la crise du COVID-19 sur la santé mentale et sur les inégalités sociales et territoriales de santé. La vulnérabilité particulièrement élevée des

hommes les plus précaires en Auvergne-Rhône-Alpes doit être soulignée : ils représentent un public cible pour la prévention. Une analyse par classe d'âge pourrait également permettre d'affiner encore cette analyse et aiderait à mieux cibler les territoires et les populations prioritaires en matière de prévention du risque suicidaire.

Les différences entre les hommes et les femmes sont assez habituelles en termes d'inégalités sociales de santé, les disparités étant plus fortes pour les hommes que pour les femmes [25]. Toutefois, les résultats marqués observés en Auvergne-Rhône-Alpes en matière de mortalité par suicide sont particulièrement intéressants, notamment la diminution des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes. Il pourrait être intéressant de consolider et d'approfondir ce résultat en réalisant l'analyse à une échelle géographique plus large (France métropolitaine par exemple).

La baisse de la mortalité par suicide observée depuis le début des années 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes n'est pas aussi forte selon le type de territoire (communes rurales ou urbaines) et selon l'indice de défavorisation sociale (FDep15). Les résultats de l'analyse croisée réalisée dans ce bulletin devraient permettre aux acteurs du champ socio-sanitaire d'adapter le déploiement des stratégies de prévention et de prise en charge du risque suicidaire dans la région en tenant compte des spécificités des territoires.

# Le 3114, NUMÉRO NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE

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

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

crise suicidaire, à toute personne inquiète pour une personne de son entourage ainsi qu'aux personnes endeuillées par suicide.

Actuellement, le 3114 est structuré autour de 15 centres répondants ouverts situés dans des établissements de soins en lien plus ou moins direct avec les Samu. Parmi les 15 centres ouverts, trois sont ouverts 24h/24h (Lille, Montpellier et Brest).

Les répondants du 3114 sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. Une équipe de coordination (médecin psychiatre, chargé de réseau, cadre de santé) est présente dans chacun des centres.

En Auvergne-Rhône-Alpes, deux centres répondants sont ouverts, l'un à Lyon et le second à Saint-Étienne. Les départements en référence pour le centre de Lyon sont l'Ain, la Drôme, l'Isère, le Rhône, la Savoie et la Haute-Savoie et, pour le centre de Saint-Étienne, l'Allier, l'Ardèche, le Cantal, la Loire, la Haute-Loire et le Puy de Dôme.

Les chiffres d'activité présentés portent sur les appels enregistrés entre le 1<sup>er</sup> janvier 2023 et le 28 novembre 2023.

## Le centre de Lyon

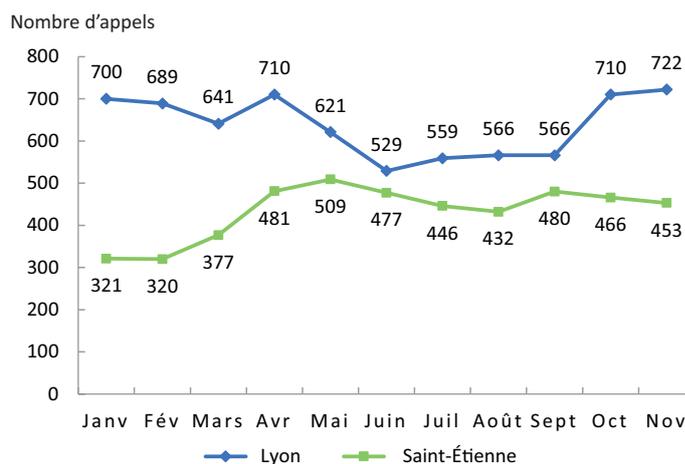
Le centre lyonnais a décroché 7 013 appels de janvier à novembre 2023 (cf. figure 35). Le nombre d'appels entrants décrochés est en augmentation de 2,4 % par rapport à 2022.

Sur la période de janvier à octobre 2023<sup>1</sup>, près des trois quarts des appelants du centre lyonnais sont des usagers (72 %), 16 % sont des proches et 8 % sont des professionnels. Les appelants sont majoritairement des femmes (62 %). Près de trois appelants sur dix (29 %) ont entre 16 et 24 ans, classe d'âge la plus représentée suivie par les 25-34 ans (23 %), les 45-54 ans (17 %), les 35-44 ans (16 %) et les 55-64 ans (14 %).

Un appelant sur quatre du centre lyonnais (24,5 %) a été orienté vers une prise en charge en urgence (cf. figure 36) : dans 14 % des cas, le 3114 interpelle le Samu pour demander un envoi de moyens et dans 10,8 % des cas, l'appelant est orienté vers un service des

<sup>1</sup> La description des appels entrants porte sur 4 206 appels enregistrés de janvier à octobre 2023, soit sur 67 % des appels entrants sur cette période.

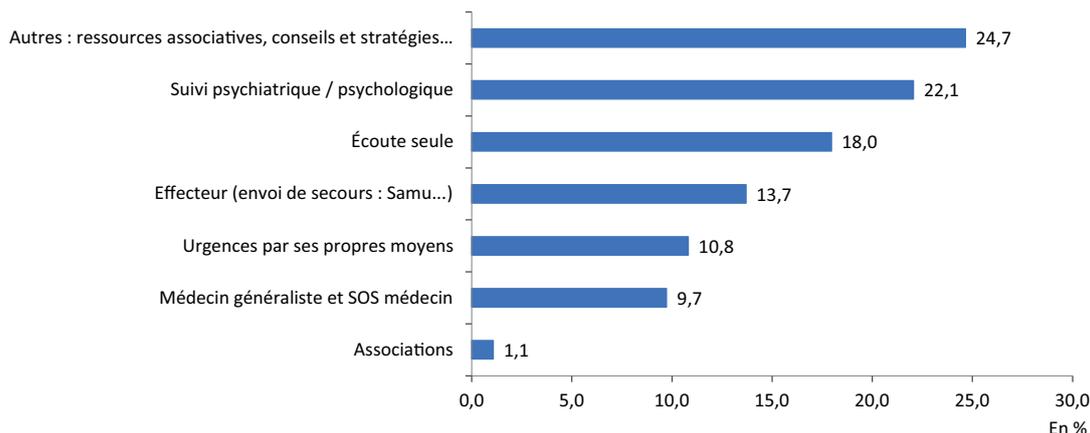
Figure 35 - Nombre d'appels entrants décrochés au 3114, de janvier à novembre 2023 – Centres de Lyon et de Saint-Étienne



Sources : Monitoring annuel 3114 Centres de Lyon et Saint-Étienne, janvier à novembre 2023

urgences. Les appelants ont également pu être orientés vers un suivi psychiatrique/psychologique (psychiatre, psychologue, CMP...) ou vers un médecin généraliste (respectivement 22,1 % et 9,7 %).

Figure 36 - Répartition des orientations du 3114 Centre de Lyon, janvier à octobre 2023 (n=4 080)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Lyon, janvier à octobre 2023

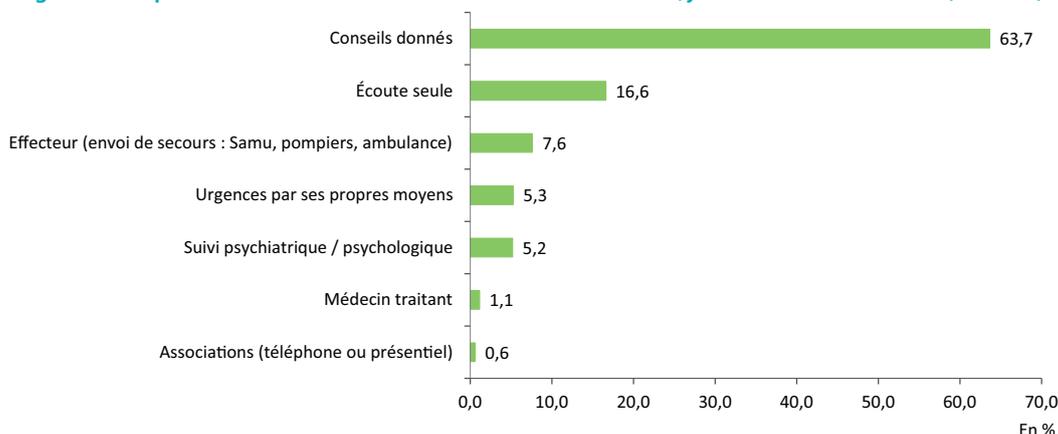
## Le centre de Saint-Étienne

De janvier à novembre 2023, le centre stéphanois a reçu 4 753 appels (cf. figure 35). L'activité de la ligne a fortement augmenté par rapport à la période précédente (janvier à novembre 2022) : le nombre d'appels entrants a été multiplié par 4,7 en 2023. Cette forte augmentation de l'activité dans le centre stéphanois, observée depuis octobre 2022, s'explique par une ouverture sur des plages horaires plus larges à partir d'octobre 2022 (de 9h00 à 21h00, 7 jours sur 7). Auparavant, le centre n'était ouvert que partiellement.

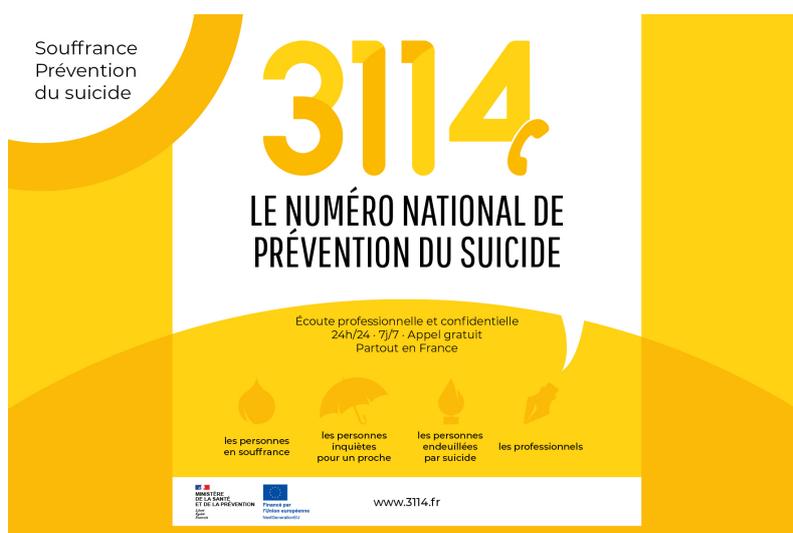
De janvier à novembre 2023, près de 9 appelants sur dix sont des usagers (88 %), 9 % sont des proches et 3 % des professionnels. Les appelants sont majoritairement des femmes (57 %). Près de quatre appelants sur dix ont entre 35 et 54 ans (19 % pour chacune des deux classes d'âge 35-44 et 45-54 ans), 17 % ont entre 55 et 64 ans, 17 % ont 65 ans et plus, 14 % ont entre 15 et 24 ans et 13 % entre 25 et 34 ans.

L'ensemble des appelants bénéficie d'une écoute. Dans 83,4 % des cas, cette écoute est complétée par d'autres orientations. Près des deux tiers des appelants (63,7 %) ont reçu des conseils lors de leur appel (cf. figure 37). Dans 7,6 % des cas, les appelants ont bénéficié d'un envoi de secours (SAMU, pompiers ou ambulance). Une petite proportion d'appelants (5,2 %) a été orientée vers un service des urgences. Dans 4,0 % des cas, les appelants ont bénéficié d'une majoration de leur prise en charge actuelle : pour ces patients, qui bénéficient d'une prise en charge psychiatrique avant l'appel au 3114, la prise en charge actuelle est intensifiée (en rapprochant le prochain rendez-vous, en prévoyant un rendez-vous intercalaire...).

Figure 37 - Répartition des orientations du 3114 de Saint-Étienne, janvier à novembre 2023 (n=4 714)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Saint-Étienne, janvier à novembre 2023



# ENQUÊTE AUPRÈS DES PROFESSIONNELS ET BÉNÉVOLES SUR LE RISQUE SUICIDAIRE DES PERSONNES LGBTI+

## 1. Introduction

Le comité de pilotage de l'Observatoire régional du suicide<sup>1</sup> a retenu, en 2023, le suicide et les conduites suicidaires chez les personnes LGBTI+ (Lesbiennes, Gays, Bisexuelles, Transgenres, Intersexes et personnes qui ne s'identifient pas dans les normes hétérosexuelles ou binaires masculin/féminin), en Auvergne-Rhône-Alpes, comme l'un des axes de travail.

Une synthèse réalisée par Santé publique France en 2021 retrace la progression des droits des personnes LGBT<sup>2</sup> vers plus d'égalité et l'évolution de l'acceptation sociale de l'homosexualité et des minorités sexuelles, changements qui ont eu des répercussions positives sur la santé mentale de cette population. Malgré ces améliorations, des situations de discriminations et de violences contre les personnes LGBT persistent. Plusieurs enquêtes menées auprès de ces personnes permettent aujourd'hui d'objectiver les violences qu'elles subissent : plus d'une sur trois déclare avoir fait l'expérience d'au moins une forme de discrimination et les personnes LGBT sont plus souvent exposées à des violences (physiques, psychologiques et sexuelles), dans l'espace public, mais aussi dans l'environnement familial et professionnel.

Du fait de ces violences et discriminations, les indicateurs de santé mentale et de santé sexuelle sont également particulièrement dégradés dans la population LGBT. En effet, l'observation des indicateurs portant sur la dépression, les pensées suicidaires ou les tentatives de suicides montre des prévalences plus importantes chez les personnes homosexuelles/bisexuelles que chez les personnes hétérosexuelles. Chez les personnes trans (une personne transgenre ou trans est une personne dont l'expression de genre et/ou l'identité de genre s'écarte des attentes traditionnelles reposant sur le sexe assigné à la naissance), le risque de dépression ou de tentatives de suicide est encore plus élevé. Les études concernant les personnes trans sont toutefois plus rares. Le stress minoritaire, concept développé dans les années 2000, vise à expliquer la prévalence accrue des problèmes de santé mentale au sein de la communauté LGBTI+. La population LGBTI+ fait face à un stress supplémentaire inexistant chez le groupe dominant. Ce stress minoritaire émerge de facteurs distaux, objectifs (préjugés, stigmatisation, violence, rejet et discrimination) et de facteurs proximaux, subjectifs (intériorisation des représentations négatives liées au fait de ne pas être conforme à une société hétéronormée).

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), publié en 2022, met en exergue le très fort risque de suicide des personnes trans tout au long de leur vie. Il semble cependant que ce risque est minoré par un accès facilité au parcours de transition, une plus forte inclusion et acceptation dans l'ensemble de la société et l'effectivité de politiques publiques protectrices de leurs droits. À contrario, le risque suicidaire est augmenté par des situations de précarité et de discriminations liées à la transphobie. Concernant le parcours de transition, ce

1 L'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes est un partenariat entre l'ARS, la Cellule régionale de Santé publique France, des psychiatres et l'ORS. Il fait partie de l'Instance régionale de prévention du suicide.

2 Les références bibliographiques utilisées portent sur la population LGBT.

rapport identifie trois étapes où les expressions de mal-être et les pensées suicidaires peuvent être amplifiées : au moment du *coming out*, lors des périodes d'attente avant des soins de transition ou au moment d'un geste chirurgical de réassignation de genre.

L'étape du *coming out* pour les personnes LGBTI+ peut être fragilisante, principalement dans les cas où ce *coming out* est forcé et subi, un rejet pouvant alors se manifester, notamment chez les proches. Cette étape peut générer des difficultés plus aiguës chez les jeunes. D'une manière générale, un moindre soutien de la famille des jeunes LGBTI+ pour affronter les difficultés liées aux discriminations sociales fragilise ces jeunes face au risque suicidaire.

Les publications indiquent que les signes d'alertes de souffrance psychique d'une personne LGBT sont communs à la population générale. Toutefois, les spécificités de la stigmatisation liée à l'orientation sexuelle ou à la transidentité nécessitent d'être plus attentif. En effet, les facteurs de protection ou de soutien identifiés pour la population générale peuvent faire défaut et des difficultés spécifiques doivent être considérées : des relations plus complexes au sein de la famille ou dans le cercle amical, le fait de devoir cacher la source de sa souffrance à l'école ou dans le milieu professionnel. S'ajoutent à ces difficultés des situations de renoncement aux soins plus fréquents ou un suivi de santé moins adapté parmi la population LGBT. La crainte d'être stigmatisé participe, entre autres, aux obstacles dans l'accès aux professionnels de santé : les personnes LGBT vont renoncer à certains soins, ou recourir à l'automédication. La mise en place de structures de santé spécialisées et d'actions ciblées dans l'accueil du public de lesbiennes, gays, bi, trans répond à ce besoin de prise en compte des spécificités. Les problématiques de santé et de recours aux soins rencontrées ne sont pas intrinsèquement liées à l'orientation sexuelle mais à une homophobie sociale et intériorisée qui majore le mal-être et les conduites à risque.

## 2. Objectifs et méthodologie de l'enquête qualitative

Les objectifs de cette enquête étaient d'identifier les pratiques actuelles des professionnels et bénévoles face à la souffrance psychique et au risque suicidaire chez la population LGBTI+, ainsi que les besoins, les attentes et les contraintes de ces professionnels en matière de prise en charge de ces publics lorsque ces derniers sont en souffrance psychique et en risque suicidaire.

L'Instance régionale de prévention du suicide a souhaité confier à l'Observatoire régional de la santé (ORS) la réalisation d'une enquête qualitative. Cette enquête a été menée par entretiens individuels ou d'équipe semi-directifs auprès de 12 structures (20 personnes : 15 professionnels et 5 bénévoles) intervenant avec des personnes LGBTI+, en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les entretiens ont été menés à l'aide d'un guide d'entretien portant sur :

- leurs pratiques en matière de repérage, de prise en charge ou d'orientation des publics LGBTI+ semblant concernés par un risque suicidaire ;

- les passages de relais entre professionnels, ainsi que les points forts et les faiblesses de ces actions et pratiques.

Il s'agissait également d'interroger l'existence et la mise en œuvre de préconisations dans le milieu scolaire pour accueillir, prendre en charge ou prévenir les situations de discriminations et de violences, dont celles à caractère homophobe ou transphobe.

L'échantillon de personnes interrogées était diversifié afin d'explorer largement différents éléments de réflexion et de propositions dans le cadre de la prévention du suicide. Les structures sollicitées travaillaient ou non de manière spécifique avec les populations LGBTI+.

Les structures interrogées et leurs spécificités relatives aux populations LGBTI+ sont les suivantes.

- Des médecins conseillers techniques de l'Éducation Nationale – Académie de Lyon.

- Le Bureau d'aide psychologique universitaire (Bapu) (Service de santé universitaire de Clermont-Ferrand).

- Le centre de santé Le jardin de Bron (centre de santé communautaire et planétaire) : des médecins généralistes accompagnent des personnes trans dans leur parcours de transition.

- Le Planning familial d'Ardèche : deux groupes de paroles réguliers ont été mis en place, l'un pour les personnes trans (binaires, non binaire ou en questionnement) et l'autre pour leurs proches.

- Le centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) de l'hôpital de la Croix-Rousse propose des soins pour les addictions sexuelles (consultations et groupes de parole), hypersexualité, *chemsex* (pratiques de consommation de substances psychoactives dans le cadre de relations sexuelles). Il propose des consultations délocalisées au Centre de Santé Sexuelle Le Griffon et au Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Cegidd) au sein de l'hôpital de la Croix-Rousse).

- Le Centre de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire Le Griffon, spécialisé dans l'accueil des personnes LGBTQIA+ et travailleurs et travailleuses du sexe. Il prend en charge la santé sexuelle dans sa globalité avec la présence de plusieurs professionnels : médecins, infirmiers, médiateurs communautaires, addictologue, gynécologue, proctologue, psychologue, sexologue. Il intervient dans le champ de la santé sexuelle (prévention VIH, Infections sexuellement transmissibles (IST), prise en charge du *chemsex*, dépistage, prophylaxie pré-exposition (PrEP), traitement post-exposition (TPE)). La pluridisciplinarité de leur équipe propose une prise en charge globale des usager(ère)s.

- L'association ENIPSE (Équipe Nationale d'Intervention en Prévention et Santé) est une association nationale de prévention du VIH et des autres IST pour le public LGBT+. Elle mobilise un réseau de lieux festifs LGBT+ et libertins ainsi que de structures médico-sociales (associations, Cegidd, Csapa, Caarud...) en Auvergne-Rhône-Alpes par la mise en place d'outils spécifiques de prévention (affiches, documents, préservatifs, gels...), la sensibilisation sur les moyens de prévention et la mise en place d'actions de santé sexuelle et mentale dans une démarche d'« aller-vers ». Les actions de prévention ont pour objectif de promouvoir des parcours de soin autour de la santé sexuelle et mentale auprès des usagers des structures communautaires et médico-sociales. Les permanences de santé mentale dans les établissements

festifs (bars, saunas, lieux communautaires LGBT+) sont animées par un psychologue et un chargé de prévention. L'ENIPSE propose également un dispositif de « chèques consultations » pour favoriser l'accessibilité aux psychologues des personnes LGBT+ en souffrance psychique et améliorer l'orientation vers des psychologues libéraux. Des permanences de santé sexuelle dédiées aux usagers du *chemsex* ont lieu dans les locaux de l'ENIPSE à Lyon et à Saint-Étienne, notamment avec la proposition de rencontres avec un addictologue communautaire et un groupe de parole.

- L'association **Queer and Care** accueille les personnes LGBTQIA+ en questionnement, ainsi que leur entourage et propose différents types d'accompagnements (psychologique, physique, social). L'association a des permanences deux mercredis par mois. L'association permet l'accès à des soins psychologiques, notamment aux personnes en situation de précarité.

- L'association **AIDES** dont le public cible est majoritairement gay, trans et bisexuel. L'association a une mission de réduction des risques quant à la contamination VIH. Un temps de psychologues sera prochainement financé pour accompagner les personnes pratiquant le *chemsex* qui le souhaitent.

- L'association **SOS homophobie** (délégation territoriale de Lyon). Elle réalise des interventions principalement dans le Rhône. Ses missions sont de lutter contre les LGBTIphobies, de soutenir les personnes LGBTI victimes de discriminations et d'agression et de militer pour l'égalité des droits. Elle permet la mise en place d'actions d'information et de sensibilisation auprès d'adultes et de jeunes. Présence d'une ligne d'écoute téléphonique, d'un tchat et d'un formulaire d'aide en ligne.

- L'association **Chrysalide** : association trans militante de support et de diffusion d'informations sur les transidentités.

- L'association **AIMEL+** accueille et accompagne des personnes qui ont fui leur pays en raison des persécutions qu'elles ont subies du fait de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre.

La majorité des structures interrogées sont basées à Lyon. Ceci reflète le fait que, hors des métropoles de la région, les ressources spécifiquement orientées vers l'accueil des personnes LGBTI+ sont moins nombreuses, voire inexistantes. Cela témoigne également de difficultés majorées des publics des petites villes et des zones rurales pour trouver ou accéder à des ressources d'aide et d'écoute en présentiel.

### 3. Analyse des entretiens

#### 3.1. Les publics LGBTI+

##### 3.1.1. La diversité des publics et leurs spécificités

Les populations LGBTI+ recouvrent, comme le vocable l'indique, une diversité de situations et les entretiens menés montrent que les préoccupations et les réponses aux problèmes de santé mentale et au risque suicidaire sont également diverses.

Les populations reçues par les structures interrogées sont d'âge, de vécu professionnels, scolaires et dans des situations familiales et sociale très variés. Les personnes peuvent être mineures, majeures, insérées socialement ou non. Toutefois, une majorité des usagers des structures rencontrées ont un parcours jalonné de rejet, de discriminations ou de harcèlement dans

différentes sphères : famille, école, milieu professionnel ou encore dans l'accès aux soins. Ces parcours peuvent être marqués par les violences et le stress minoritaire qui fragilisent la santé mentale de ce public et peuvent conduire jusqu'au risque suicidaire. Le fait de devoir taire son orientation ou identité sexuelle en milieu familial, scolaire, professionnel accentue cette vulnérabilité.

D'après les entretiens, la population LGBTI+ que les associations communautaires reçoivent est à la recherche d'informations, d'échanges d'expérience (parcours de transition, santé sexuelle, vécu des violences...), de professionnels (santé, social, autre) *safe* (professionnel *safe* ou *friendly* : professionnel identifié comme étant bienveillant et sensibilisé aux problèmes spécifiques de la population LGBTI+).

Des facteurs de vulnérabilité, spécifiques ou non, sont identifiés par les personnes interrogées.

- L'intolérance, les discriminations vécues au quotidien ainsi que les violences (psychiques, physiques, sexuelles), sont sources de fragilité. Le *coming out* est une période de vulnérabilité pour les personnes LGBTI+. Les personnes interrogées insistent sur les conséquences du stress minoritaire qui se révèlent par l'existence d'un sentiment d'insécurité, d'une perte d'estime de soi et de confiance en soi.

- L'accueil dans les structures de soins peut être non adapté avec une mauvaise compréhension de la part des professionnels des problématiques traversées par la population LGBTI+ (les conséquences du stress minoritaire par exemple), voire cet accueil peut être, même involontairement, discriminant, avec des professionnels parfois maladroits, « jugeants », ou encore ignorants des enjeux et besoins de santé des personnes LGBTI+. Des refus de prise en charge de personnes trans par des professionnels de santé sont également rapportés.

- Les situations de précarité socioéconomique rencontrées aggravent la souffrance psychique des personnes concernées et limitent l'accès aux soins en santé mentale. La précarisation peut être une conséquence de l'entrée dans un parcours de transition ou d'un *coming out*. En effet, le possible rejet de la famille, du milieu professionnel, la non prise en charge de la transition par l'Assurance Maladie, peuvent entraîner des ruptures importantes comme la perte d'emploi, la perte de logement, la déscolarisation, autant de facteurs de précarisation des personnes.

### 3.1.2. Des populations plus particulièrement vulnérables

Les personnes interrogées ont porté une attention particulière aux personnes trans. L'intensité des facteurs de risque précédemment cités sont accentués pour les personnes trans, une population en effet encore souvent méconnue, mal comprise du grand public et qui peut susciter des réactions de rejet encore plus fortes. Les situations d'isolement social, de précarité sont très fréquentes chez les personnes trans qui, pour certaines, sont parfois très isolées et peuvent ne plus sortir de leur domicile.

Les parcours variés de transition sociale, médicale ou juridique sont également complexes et au centre des préoccupations des personnes trans. Ces personnes rencontrent souvent beaucoup d'obstacles dans leur accès à des professionnels spécialisés, aux traitements hormonaux, à la chirurgie, avec parfois des refus de prise en charge par la CPAM, des demandes d'un certificat ou d'une attestation psychiatrique. L'ensemble de ces

obstacles aboutit à une attente qui peut être de plusieurs années avant d'accéder à un traitement hormonal ou à une chirurgie de réassignation sexuelle.

Historiquement, le parcours des personnes trans a été marqué par la psychiatrisation, d'où l'exigence encore fréquente d'obtenir un certificat/attestation établi par un psychiatre pour entrer dans un parcours de transition. Ce contexte crée des freins et des résistances chez les personnes trans qui ont cependant parfois besoin d'une écoute ou d'un accompagnement psychologique pour les soutenir dans leur parcours de transition. Il peut ainsi être difficile pour certaines personnes trans de faire la distinction entre recourir à un psychiatre pour obtenir une attestation et recourir, si besoin, à un professionnel (psychiatre ou psychologue) pour être aidé pendant les différentes étapes de la transition. Certaines des personnes interrogées soulignent les difficultés auxquelles elles sont souvent confrontées pour amener les personnes trans à accepter un suivi psychologique lorsqu'elles semblent en avoir besoin et pour les rassurer sur le fait que cet accompagnement sera mené par un professionnel *safe*.

D'après la littérature et les personnes interrogées, trois périodes de ce parcours sont particulièrement à risque suicidaire :

- le moment du *coming out* trans ;
- l'attente de l'entrée dans un parcours de transition ;
- la transition chirurgicale lorsqu'elle a lieu. Selon la Haute autorité de santé (HAS), l'étape chirurgicale chez les personnes trans peut également être une période de fragilité (retentissement psychique des transformations du corps, impacts de la transition sur la vie personnelle). Ce point a peu été abordé dans les entretiens.

Ces périodes constituent des moments de vulnérabilité qui peuvent entraîner différentes ruptures, dont une déscolarisation, mais aussi des comportements suicidaires. Les situations de harcèlement, de stigmatisations peuvent démarrer ou s'amplifier lors de ces périodes.

Les personnes interrogées ont enfin abordé la question de l'accueil des mineurs trans ou en questionnement qui est particulièrement délicat et fait l'objet de débats spécifiques. En effet, la question du parcours de transition chez les mineurs ne fait pas l'unanimité, et ceci ajoute à la souffrance des jeunes concernés qui ont le sentiment que le parcours de transition sera interminable. Les personnes interviewées soulignent la difficulté accrue pour les mineurs à trouver des ressources en capacité de répondre à leurs interrogations. Les difficultés rencontrées à Lyon sont accentuées dans les territoires éloignés où il n'y a pas d'association sur ce sujet, ni de professionnel *safe* identifié.

Un autre profil a été souligné par les personnes interviewées comme étant vulnérable : les pratiquants du *chemsex*. D'après les personnes interrogées, la pratique du *chemsex* n'est pas un facteur de mal-être ou de risque suicidaire en soi. Toutefois, les personnes pratiquant le *chemsex* peuvent être dans un état de fragilité plus important lié à leur addiction aux substances psychoactives. Par ailleurs, la consommation de certaines substances peut, par elle-même, générer des idées suicidaires d'où l'importance de déployer auprès de ces publics des programmes de réduction des risques (analyse des produits, matériel de consommation stérile et adapté...). Devant une problématique qui prend de l'ampleur, la prévention de l'addiction au *chemsex* est

en cours de renforcement en France et dans la région. Toutefois, les ressources spécifiquement tournées vers cette problématique sont beaucoup plus rares voire inexistantes en dehors de Lyon et notamment dans les villes moyennes et territoires ruraux.

L'enquête a également permis d'interroger des associations intervenant auprès de migrants LGBTIQ+ et de personnes trans incarcérées. Les personnes interrogées indiquent un déficit ou l'absence de prise en charge des besoins de santé spécifiques à ces personnes LGBTIQ+ ayant un cumul de facteurs de fragilité. Par ailleurs, les accompagnements non adaptés vont accroître les vulnérabilités de ces personnes LGBTIQ+ face au risque suicidaire.

### 3.2. Les acteurs possibles de prévention du suicide pour les publics LGBTIQ+, leurs pratiques et leurs besoins

Les associations rencontrées dans le cadre de cette étude présentent une réelle diversité en termes de publics ou de missions. Elles s'adressent à la population LGBTIQ+, à leurs proches ou encore au grand public pour des missions d'accueil, de soutien, d'écoute de la population LGBTIQ+ ou des missions de soins ou encore des missions de lutte contre les discriminations subies par la population LGBTIQ+. Certaines structures rencontrées cumulent ces missions.

#### 3.2.1. L'Éducation Nationale

Les professionnels de l'Académie de Lyon interviewés ont souligné la participation de leur institution aux Projets territoriaux de santé mentale avec, entre autre, le renforcement de la prévention du suicide dans tous les établissements scolaires. L'Académie de Lyon est également impliquée dans le développement des compétences psychosociales (CPS). Par ailleurs, un programme de formation aux Premiers secours en santé mentale (PSSM) est également déployé depuis 2023 dans plusieurs établissements scolaires.

Pour répondre à leur mission d'accompagnement de tous les jeunes, une formation des professionnels de santé de l'Académie de Lyon a été mise en place notamment sur les spécificités des populations LGBTIQ+ de manière à permettre à ces professionnels de monter en compétences sur ce sujet et de connaître les ressources disponibles du territoire. Les professionnels des établissements scolaires (infirmières, assistantes sociales, conseillers principaux d'éducation (CPE)...) disposent également de ressources pédagogiques en matière de lutte contre l'homophobie et la transphobie.

Bien que certains professionnels soient déjà sensibilisés, les besoins de formation restent néanmoins importants. Ces formations permettent de mieux faire connaître :

- les spécificités des publics LGBTIQ+ et leurs risques spécifiques en matière de suicide ;
- les ressources spécifiques existantes pour aider ces publics (lieux physiques, sites internet, ...).

Les professionnels interviewés soulignent également la difficulté de leurs équipes à orienter les élèves vers des prises en charge en soins psychiques. Dans certains départements, la solution pour qu'un élève soit accueilli en urgence en service de psychiatrie sera de passer par un appel au 3114, [plateforme nationale téléphonique de prévention du suicide](#).

#### 3.2.2. Les services de santé universitaire

Le service de santé universitaire interrogé dispose d'un

bureau d'aide psychologique universitaire (Bapu). Le Bapu est un lieu d'accueil, d'écoute et de soins pour tous les étudiant(e)s en difficulté psychologique. Les étudiants peuvent y rencontrer des thérapeutes, des psychologues ou des psychiatres. L'accès peut être direct ou sur orientation en interne par d'autres professionnels (médecins, infirmiers...) du service. Le Bapu propose notamment des consultations thérapeutiques aux étudiants qui présentent des conduites suicidaires.

#### 3.2.3. Les centres de santé sexuelle

À Lyon, le Centre de Santé Sexuelle d'Approche Communautaire Le Griffon répond aux besoins spécifiques de la population LGBTIQIA+, par une bonne connaissance de ce public et de ses problématiques de santé. Les professionnels de ce centre souvent en lien avec des associations communautaires partenaires proposent une prise en charge globale de ce public. Ce centre de santé permet d'accéder aux dépistages (VIH, hépatites, autres IST), à des consultations de soins (physique ou psychologique), à la PrEP, aux informations liées à la santé sexuelle, aux parcours de transition et mise en lien avec des pairs, si les personnes le souhaitent. Lors du premier accueil des usager(ère)s, les médiateurs du centre vont systématiquement interroger des points en lien avec la santé sexuelle dans sa globalité (addictions, santé mentale, vécu d'homophobie éventuellement) et les différents éléments de parcours qui peuvent impacter la santé de la population LGBTIQ+. En fonction des besoins relevés par les médiateurs, les personnes peuvent être orientées en interne vers le professionnel adapté (médecin généraliste, psychiatre, psychologue...). Le Centre de Santé Sexuelle du Griffon est essentiellement fréquenté par des personnes de l'agglomération lyonnaise : les problématiques de distance et de transport pouvant constituer un frein pour les habitants hors métropole.

Les centres de santé sexuelle (même non spécifiquement orientés vers le public LGBTIQ+) présents dans les autres départements de la région n'ont pas été interrogés. Il serait cependant pertinent d'identifier dans quelle mesure ces centres « tous publics » peuvent constituer une ressource pour le public LGBTIQ+. En effet, leur présence dans les départements, les villes moyennes, et avec parfois des antennes en zones rurales, pourrait être un atout pour le public LGBTIQ+ pour la prise en charge globale de leur santé mais également dans le repérage et la prévention des conduites suicidaires.

#### 3.2.4. Les associations communautaires LGBTIQ+

Les associations communautaires LGBTIQ+ interrogées ont des missions de lutte contre le VIH et les IST ou de soutien, d'écoute, voire de lutte contre les LGBTphobies. Ce sont des associations militantes qui proposent également des ressources de pair-aidance et d'autosupport LGBTIQ+. Elles s'adressent à la population LGBTIQ+, et dans certains cas plus spécifiquement aux personnes trans, aux personnes migrantes, aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH). Certaines de ces associations proposent des groupes de paroles, animés par des pair-aidants, des accompagnements individuels et, d'une manière générale, de l'information sur les questions de santé qui touchent plus particulièrement ce public. Ces associations, qui reposent sur l'engagement de bénévoles, proposent un accueil et une écoute qui sont souvent au centre de leurs missions et qui représentent un premier rempart contre l'isolement,

adapté aux particularités des LGBTI+. Néanmoins, les personnes interrogées indiquent ne pas être toujours suffisamment formées à la question du risque suicidaire, aux signes de crise suicidaire et ne pas connaître suffisamment les ressources d'aide sur la prévention du suicide et la prévention de la récurrence. Les bénévoles interrogés se sentent ainsi le plus souvent démunis face aux personnes ayant des conduites suicidaires : peu formés, ils répondent à ces situations avec leurs connaissances et intuitions, mais identifient, pour la plupart des personnes interrogées, le numéro national d'appel 3114 comme une ressource spécifique à la prise en charge des conduites suicidaires. Ces bénévoles n'hésitent pas, cependant, à orienter les personnes qu'ils perçoivent comme étant en fort mal-être vers les ressources locales plus armées en matière d'écoute psychologique comme Le Griffon, l'ENIPSE, Queer and Care. Ces bénévoles expriment principalement un besoin de formation pour savoir comment mieux répondre aux personnes qui présentent des idées suicidaires et vers quelles ressources pertinentes il est possible de les orienter. Enfin, ces associations communautaires qui proposent des temps d'échange en format individuel ou collectif sont, semble-t-il, bien repérées comme une réponse à l'isolement et au besoin d'accompagnement par des personnes LGBTI+ en souffrance psychique.

D'autres associations interrogées (l'ENIPSE, Queer and care) peuvent également accompagner les personnes LGBTI+ dans leurs démarches de soin (dépistages, soins médicaux...), et parfois les accompagnent dans les différentes étapes et démarches des parcours de transition. Elles interrogent systématiquement la santé mentale de leur public et peuvent apporter des réponses en termes de prise en charge et d'orientation vers une écoute, des soins psychiques. Les intervenants de ces structures sont formés à la prise en charge des conduites suicidaires : formations sentinelles (repérage et orientation) ou formations en interne sur le risque suicidaire chez les personnes LGBTI+...

Des associations communautaires existent dans certains autres départements de la région mais elles ne couvrent que très peu, ou pas, les territoires ruraux et les petites villes. Par ailleurs, certaines associations fonctionnent essentiellement grâce aux personnes bénévoles, ce qui implique de fortes contraintes de disponibilité. Il leur est donc, en pratique, difficile de répondre à l'ensemble des sollicitations et d'intervenir en dehors de Lyon.

Les milieux ruraux sont ainsi marqués par le manque ou l'absence d'associations communautaires ainsi que de réseaux de professionnels de santé LGBTI+ *friendly* ce qui n'est pas favorable à une dynamique facilitant l'accueil et la prise en charge sanitaire des minorités sexuelles. Les inégalités territoriales au sein de la région sont donc importantes sur cette thématique. Des structures mieux réparties sur le territoire régional permettent d'atténuer quelque peu ces inégalités, ce sont notamment les antennes du Planning Familial en département, ainsi que les Cegidd qui peuvent accueillir la population LGBTI+. Pour le Planning Familial, un accompagnement est possible pour les personnes en transition de genre (hormonothérapie possible à Lyon et à Clermont-Ferrand). La situation reste toutefois globalement variable en fonction des départements et est souvent dépendante des bénévoles et professionnels disponibles localement.

Notons enfin que certaines associations mènent

des actions de sensibilisation et de prévention de la LGBTI+phobie en milieu scolaire ou en milieu professionnel (entreprises...).

### 3.2.5. Autres acteurs

Les personnes interrogées ont développé leur propre réseau avec des professionnels libéraux et plus ponctuellement avec les structures de droit commun en santé mentale.

#### • Professionnels libéraux

Les personnes interrogées ont souvent tissé des liens avec certains professionnels de santé libéraux vers lesquels elles orientent leur public lorsque nécessaire. Bien que ce lien soit le plus souvent informel, il y a toutefois quelques exemples de formalisation :

- l'association Chrysalide propose une charte d'accompagnement des personnes trans, à destination des acteurs médico-sociaux ;

- ENIPSE a développé le « chèque consultation » pour un accompagnement ponctuel dans certains cabinets de ville à destination du public LGBT+. Ce dispositif donne accès à une aide financière pour une consultation avec un psychologue LGBT+ *friendly*.

Les médecins généralistes, quant à eux, ne sont pas repérés par les personnes interrogées comme une ressource en santé mentale mais davantage pour les prescriptions de la PrEP ou d'hormonothérapie par exemple.

Enfin, les structures ou associations, en proposant des contacts avec des professionnels *safe*, peuvent plus facilement orienter et surtout rassurer les personnes LGBTI+ en souffrance psychique. Les personnes interrogées indiquent que la réalisation d'annuaires locaux de professionnels *safe* n'est pas légale mais qu'elle représente une véritable réponse à une attente et un besoin des publics LGBTI+, qui sont parfois enfermés dans un refus de recours aux soins, du fait d'expériences antérieures décevantes ou traumatisantes pour eux.

#### • Centres médico-psychologiques (CMP)

D'après les professionnels interrogés, les orientations vers les centres médico-psychologiques (CMP) sont difficiles car ces derniers sont souvent saturés. Par ailleurs, même en situation d'urgence, certaines personnes LGBTI+ refusent d'aller consulter les professionnels de droit commun (CMP, hôpital, service d'urgence, psychiatre) par crainte d'être confrontées à une prise en charge stigmatisante. Dans les faits, ces structures de droit commun prennent en charge les publics LGBTI+ mais il reste important de réassurer constamment les personnes concernées sur le fait qu'elles pourront y bénéficier d'un accueil sans jugement et qu'elles pourront s'exprimer sans crainte.

Les conditions d'accueil et les réponses adaptées aux besoins et risques particuliers de la population LGBTI+ en cas de risque suicidaire repéré sont cependant interrogées par les personnes rencontrées.

#### • Les lignes téléphoniques d'aide

Ces lignes, dont le 3114, sont bien repérées par les bénévoles. Le 3114 permet une écoute professionnelle, sans contrainte d'horaire. Reste un frein bien identifié pour les personnes trans qui est lié au risque potentiel de « mégenrage » dans le cadre de l'accueil téléphonique : les accueillants pouvant s'adresser à la personne de manière inappropriée (en s'adressant à la personne comme à une femme ou à un homme), faute de comprendre ou de connaître son genre.

#### 4. Besoins soulignés et pistes de recommandations

Les entretiens menés soulignent les risques spécifiques pour les populations LGBTI+ en matière de suicide, particulièrement accentués pour ceux qui cumulent différents facteurs de risques. Ils soulignent également les enjeux particuliers pour les personnes transgenres, relativement encore mal connus d'une partie des professionnels et du grand public. Les associations communautaires spécifiquement orientées vers les besoins des personnes LGBTI+ ne sont pas, de leur côté, toujours suffisamment formées au repérage du risque et de la crise suicidaire.

Il ressort ainsi de ce travail quatre axes de recommandations possibles.

##### 1/ Renforcer la prévention primaire des conduites suicidaires et du mal-être

- Poursuivre, soutenir, développer la prévention des discriminations en direction des populations LGBTI+ dans toute la société. Et ce, sans oublier des actions plus précisément en direction de l'entourage familial et amical de ces personnes pour les aider à devenir soutenant.

- Informer le grand public sur l'existence de ressources spécifiques et de droit commun qui peuvent accueillir et aider les personnes LGBTI+, en premier lieu les associations communautaires (lieux physiques et sites internet, numéros de téléphone).

##### 2/ Renforcer la formation des associations communautaires qui connaissent bien les publics LGBTI+, au repérage du risque et de la crise suicidaires et aux orientations vers les ressources adaptées en matière de santé mentale

Le besoin de formation à la prévention des conduites suicidaires a été exprimé principalement par les bénévoles d'associations mais également par certains professionnels. La formation est attendue pour améliorer le repérage et l'orientation des personnes en danger mais également pour leur permettre de renforcer leurs propres fonctions de « sentinelles » face au risque suicidaire. En outre, la nécessité d'une aide à l'analyse de la pratique des équipes a été mise en exergue. Cette aide est importante pour que les professionnels ou les bénévoles ne soient pas fragilisés par la souffrance psychique voire le risque suicidaire chez les personnes accueillies.

Enfin, les associations rencontrées proposent des formations aux nouveaux bénévoles. Intégrer le thème de la prévention du suicide dans ces formations permettrait d'outiller les bénévoles pour repérer et orienter les personnes vers les ressources du territoire.

##### 3/ Développer des liens entre associations LGBTI+ et structures de santé mentale pour faciliter les réponses en urgence

Sensibiliser les professionnels de santé mentale à l'accueil et à la prise en charge spécifique des personnes LGBTI+ parce qu'elles présentent des besoins et des enjeux particuliers. En effet, l'accès à des psychologues et psychiatres *safe* est un point important pour faciliter le passage de relai vers des psychologues ou des psychiatres, en cas de conduites suicidaires repérées.

##### 4/ Développer la formation auprès des acteurs de droit commun, présents sur tous les territoires, à la prévention du suicide et aux spécificités des besoins de santé des personnes LGBTI+

Comme indiqué précédemment, il y a peu voire pas d'associations communautaires en milieu rural ou dans les villes moyennes. D'autres structures comme les Points accueil écoute jeunes (PAEJ), les Maison des adolescents (MDA), les Missions locales, les collèges, les lycées qui sont en revanche présentes sur tous les territoires. Elles pourraient devenir des ressources importantes pour aider les personnes LGBTI+ qui n'ont pas la possibilité d'accéder aux structures ou associations présentes dans les grandes villes et ainsi aider les jeunes en questionnement sur l'identité de genre et l'orientation sexuelle.

#### 5. Conclusion

La lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes LGBTI+ constitue un point essentiel de lutte contre le suicide des personnes LGBTI+.

Par ailleurs, aider les personnels soignants et travailleurs sociaux à comprendre les enjeux de santé mentale spécifiques de la population LGBTI+ améliorerait le repérage des personnes à risque suicidaire ainsi que l'orientation de ces personnes en danger vers les relais adaptés. En effet, le recours à des professionnels du soin, du secteur social ou d'autres secteurs accueillant et prenant en charge ces publics sans maladresse et sans jugement est l'un des enjeux fort de la prévention primaire du suicide chez les publics LGBTI+. L'accueil mal adapté de ces publics accentue à l'inverse leur non-recours aux soins et contribue à leur isolement social.

Les professionnels en capacité de prendre en charge les problématiques liées à la population LGBTI+ sont surtout présents dans les métropoles. Un autre enjeu est donc de développer des ressources pour les publics résidant en zones rurales ou dans les villes moyennes de la région. Même si la présence sur internet d'associations communautaires permet des contacts et un premier niveau de dialogue qui peut être très aidant pour les personnes LGBTI+, ces ressources ne sont pas toujours connues ni suffisantes. Il est ainsi important de développer des ressources ou de renforcer les compétences des professionnels physiquement présents sur les territoires ruraux concernant les problématiques spécifiques aux LGBTI+.

Favoriser le travail en réseau des acteurs communautaires et des acteurs du soin contribuera à l'amélioration de la prévention et de la prise en charge en cas de passage à l'acte. L'inclusion dans ce type de réseau des structures recevant les jeunes (MDA, PAEJ, Éducation Nationale, Missions locales...) permettrait d'élargir la sensibilisation des professionnels aux besoins spécifiques des mineurs LGBTI+.

Il est, enfin, nécessaire de soutenir les associations communautaires dans le repérage et la prévention du suicide. Pour ce faire, former leurs équipes au repérage et à la prise en charge des conduites suicidaires est indispensable.

Une attention particulière doit être portée sur les personnes LGBTI+ isolées socialement ou territorialement qui ne fréquentent pas les associations communautaires et qui sont, de fait, difficiles à repérer et à accompagner dans un parcours de soins.

L'ORS tient à remercier tous les professionnels et bénévoles qui ont participé à cette enquête.

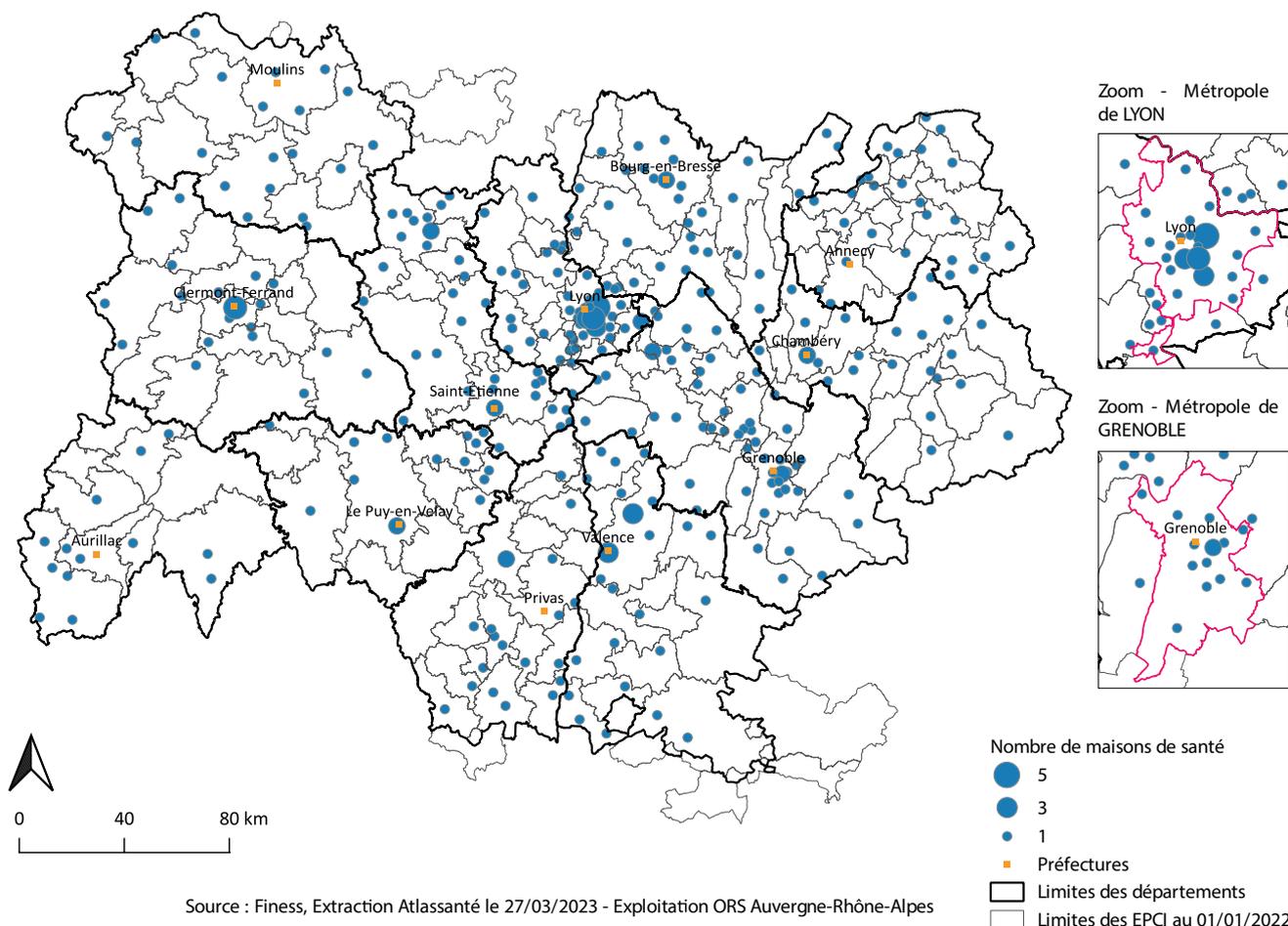
Depuis 2017, aux côtés de la description statistique de la problématique du suicide en région, les ressources des territoires sont mises en valeur par l'Observatoire régional du suicide. Leurs typologies, leur densité, variables selon les territoires, vont influencer les stratégies et les actions de 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\\_2024.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2024.pdf).

En 2023, plusieurs cartes ont été actualisées :

- les maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes et renseignées dans Finess en 2023 (cf. carte 1) ;
- les maisons médicales de garde en 2023 (cf. carte 2) ;
- les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement et par spécialité en 2022 (cf. carte 3) ;
- les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et les structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en 2023 (cf. carte 4) ;
- les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et leurs antennes en 2023 (cf. carte 5) ;
- les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) en 2023 (cf. carte 6) ;
- les consultations jeunes consommateurs en 2023 (cf. carte 7) ;
- les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) en 2023 (cf. carte 8) ;
- les maisons des adolescents et leurs antennes en 2023 (cf. carte 9).

## Carte 1 - Maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes et renseignées dans Finess en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes

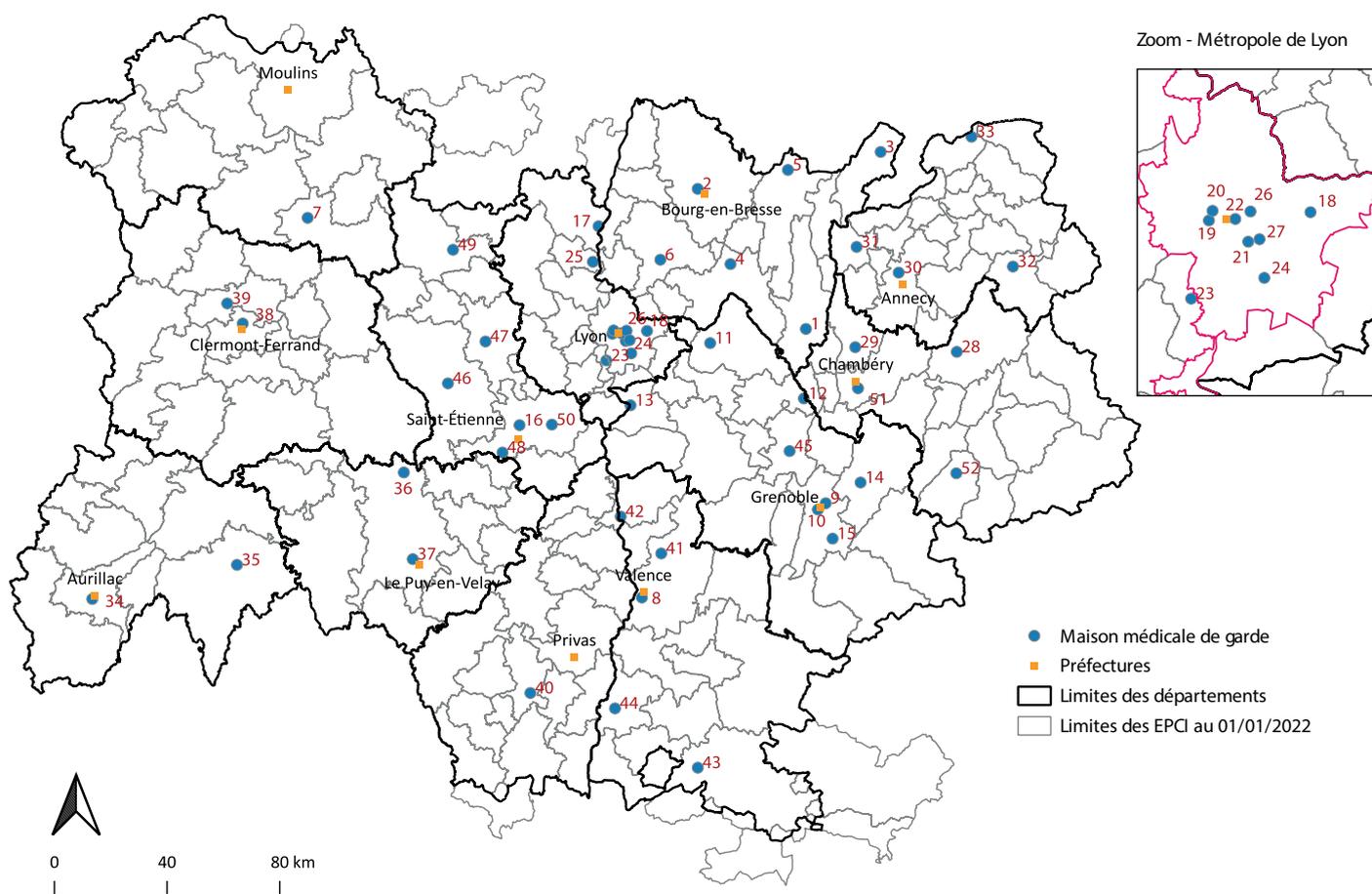
Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Les maisons de santé sont des structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 351 maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes en mars 2023 (financées ou non par l'ARS). Ces maisons de santé sont réparties sur toute la région (cf. carte 1).



## Carte 2 - Maisons médicales de garde\* en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes

Les maisons médicales de garde (MMG) constituent un dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins en organisant une structure de garde pour les médecins de ville. Elles conjuguent prise de gardes, travail en équipe, diminution du sentiment d'insécurité pour les médecins, diminution des délais d'attente et efficacité pour les patients. Leur fonctionnement et leur organisation sont très variables et s'adaptent aux différents bassins de population qu'elles desservent. Certaines ne réalisent que des consultations sur site, d'autres assurent en plus les visites à domicile indispensables. Elles peuvent être hébergées dans des locaux d'un hôpital ou d'une clinique ou bien, au contraire, être éloignées des centres de soins. En dehors du personnel médical, certaines MMG s'adjoignent, pour leur fonctionnement, d'autres catégories professionnelles paramédicales ou administratives (secrétaires, infirmières, travailleurs sociaux, agents de sécurité...). Certaines MMG sont en relation avec le centre 15 et se chargent parfois elles-mêmes de réguler les appels relevant de la médecine générale libérale (il s'agit dans ce cas de Centre 15 bis)<sup>1</sup>. En 2023, il existe 52 maisons médicales de garde en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. carte 2).

1 Source : Gentile S, Devictor B, Amadei E, Bouvenot J, Durand A, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233-240. [https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-233.htm]

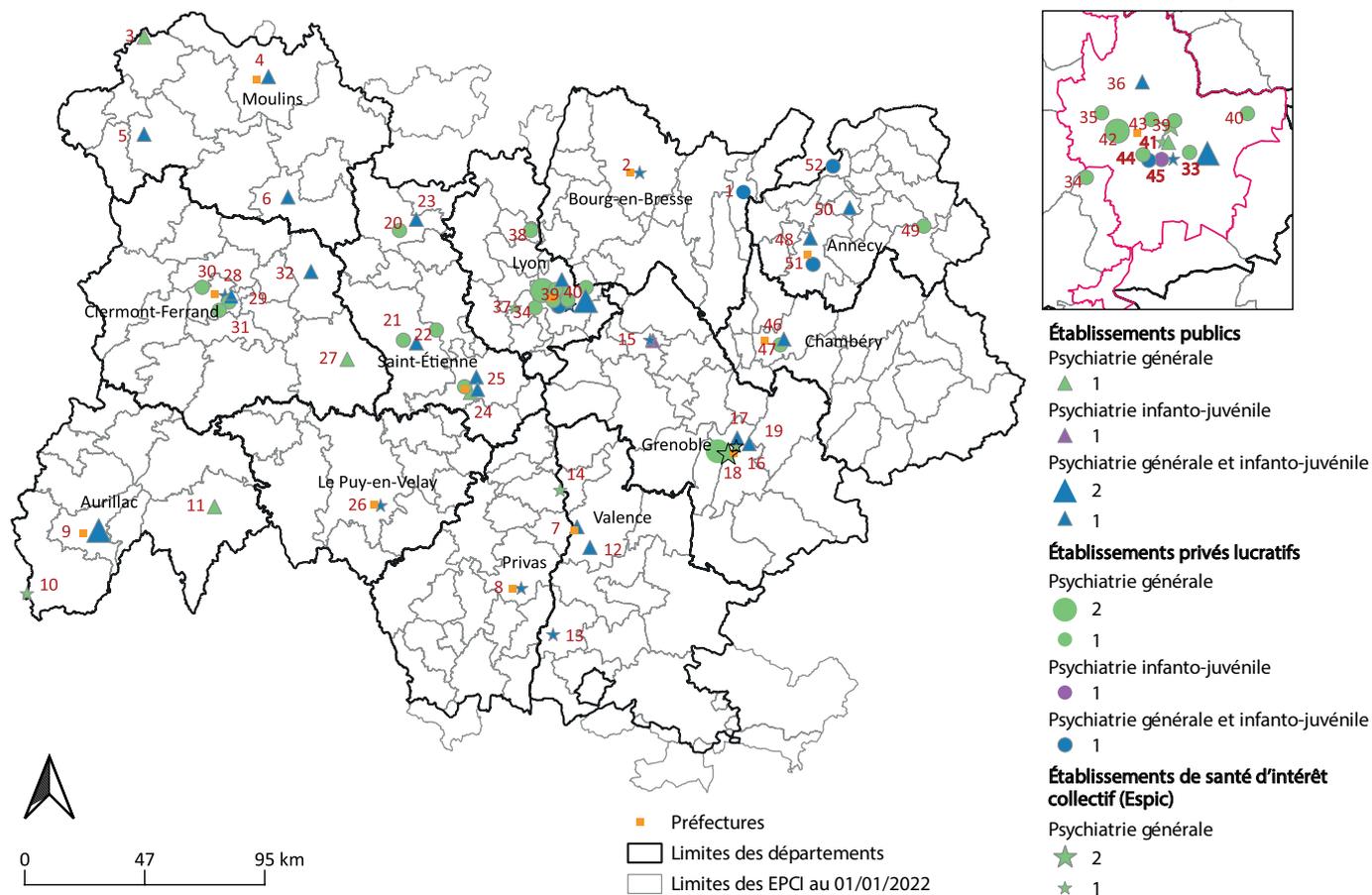


\* Les numéros des maisons médicales de gardes sont indiqués en rouge sur la carte.

### Liste des maisons médicales de garde (n=52)

1 - MMG Belley	14 - MMG du Grésivaudan	28 - MMG Albertville	42 - MMG Saint-Vallier
2 - MMG Bourg-en-Bresse	15 - MMG Vizille	29 - MMG Aix-les-Bains	43 - MMG Nyons
3 - MMG Pays de Gex	16 - MMG Saint-Etienne	30 - MMG Annecy	44 - MMG Montélimar
4 - MMG Plaine de l'Ain	17 - MMG du Beaujolais	31 - MMG Frangy	45 - MMG Voiron
5 - MMG Oyonnax	18 - MMG Est Lyonnais	32 - MMG du Mont Blanc	46 - MMG Montbrison
6 - MMG de Dombes Côtières	19 - MMG Buyer	33 - MMG Thonon-les-Bains	47 - MMG Feurs
7 - MMG Vichy	20 - MMG Lyon Valmy	34 - MMG Aurillac	48 - MMG de l'Ondaine
8 - MMG Valence	21 - MMG Berthelot	35 - MMG Saint-Flour	49 - MMG Roanne
9 - MMG CHU de Grenoble	22 - MMG Sarail	36 - MMG Craponne-sur-Arzon	50 - MMG Saint Chamond
10 - MMG Groupe hospitalier mutualiste de Grenoble	23 - MMG Sud Ouest Lyonnais	37 - MMG Le Puy-en-Velay	51 - MMG Chambéry
11 - MMG Crémieu	24 - MMG Vénissieux	38 - MMG Clermont-Ferrand	52 - MMG Saint-Jean-de-Maurienne
12 - MMG Nord Dauphiné	25 - MMG Villefranche	39 - MMG du Pays de Volvic	
13 - MMG Vienne	27 - MMG HEH - Centre Léon Bérard	40 - MMG Aubenas	
		41 - MMG Romans	

# Carte 3 - Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie\* selon le type d'établissement et par spécialité en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : SAE 2022 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

\* Les numéros des établissements sont indiqués en rouge sur la carte.

## Liste des établissements publics (n=27)

- 3 - CHS d'Ainay - Ainay-le-Château
- 4 - CH de Moulins
- 5 - Service de psychiatrie Chatelard - Saint-Angel
- 6 - CH Jacques Lacarin - Vichy
- 7 - CH Drôme-Vivarais - Guilherand-Granges
- 9 - CH Henri Mondor - Aurillac
- 9 - CH Annexe Cueilhes - Aurillac
- 11 - Service de psychiatrie - CH Saint-Flour
- 12 - CH Drôme-Vivarais - Site de Montléger
- 15 - CH Pierre Oudot - Bourgoin-Jallieu
- 17 - CH Alpes Isère - Saint-Égrève
- 19 - Hôpital Nord - CHU38 - La Tronche
- 21 - CH du Forez - Site de Montbrison
- 23 - CH de Roanne
- 24 - Hôpital de Bellevue - CHU42 - Saint-Étienne
- 24 - Hôpital de la Charité - CHU42 - Saint-Étienne
- 25 - Hôpital Nord - CHU42 - Saint-Priest-en-Jarez
- 27 - CH d'Ambert
- 28 - CMP - CHU63 - Clermont-Ferrand
- 32 - CH de Thiers
- 33 - CH le Vinatier - Bron
- 33 - Hôpital Mère Enfant - HCL - Bron
- 36 - CHS de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
- 41 - HIA Desgenettes - Lyon 3e arrondissement
- 46 - CHS de la Savoie - Bassens
- 48 - Unité d'hospitalisation psychiatrique adulte - Epagny Metz-Tessy
- 50 - EPSM 74 intra & admin - La Roche-sur-Foron

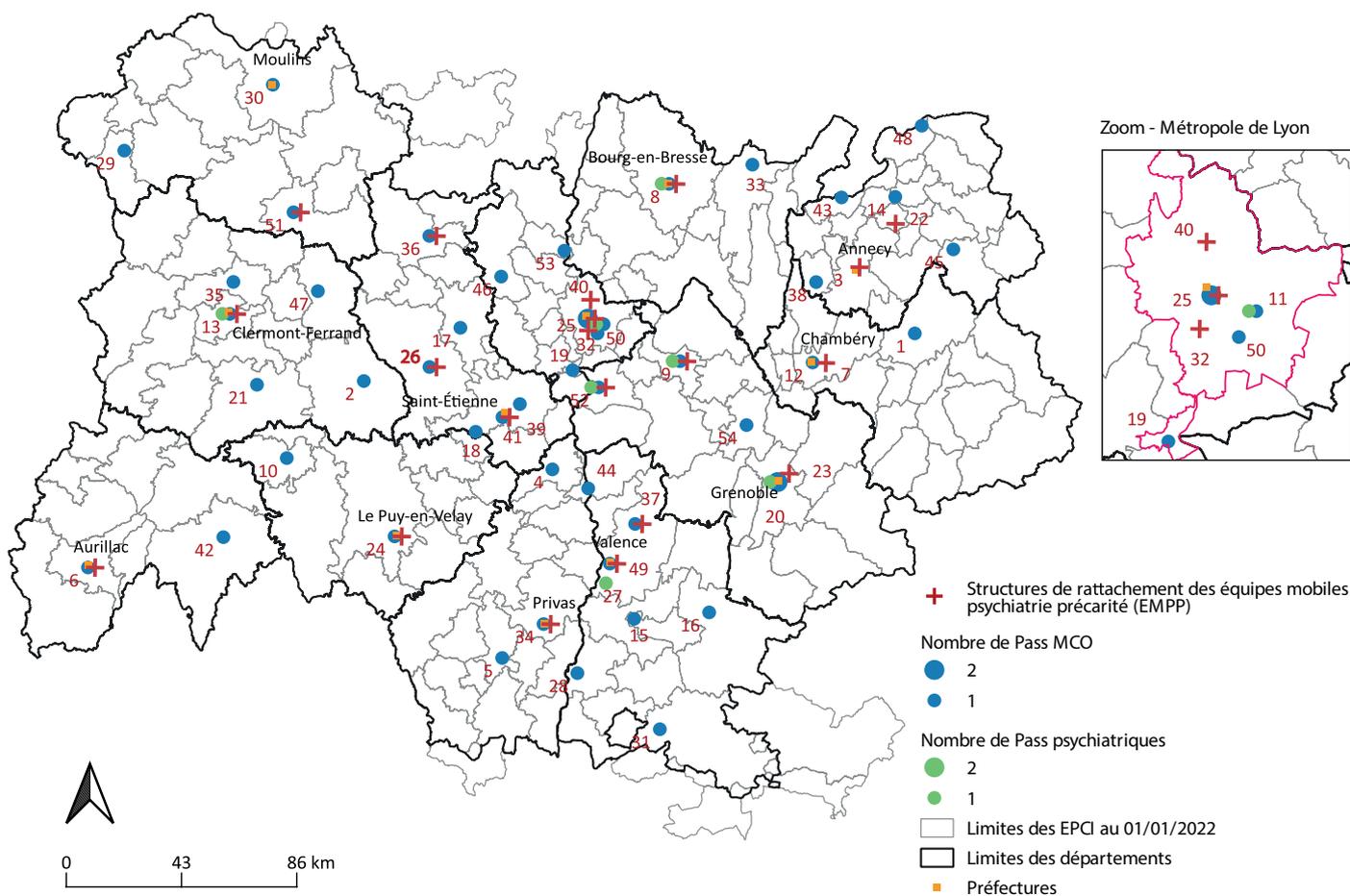
## Liste des établissements privés (n=26)

- 1 - Clinique de Chatillon - Valservhône
- 18 - Psypro Grenoble - Seyssins
- 18 - Clinique du Dauphiné - Seyssins
- 20 - Clinique des Monts du Forez - Commelle-Vernay
- 21 - Centre de post-cure la Musardière - Montbrison
- 22 - Korian le clos Montaigne - Montrond-les-Bains
- 24 - Clinique de Saint-Victor - Saint-Étienne
- 29 - Clinique psychiatrique les Queyriaux - Cournon-d'A.
- 30 - Clinique psychiatrique le grand pré - Durtol
- 31 - Clinique psychiatrique de l'Auzon - La Roche-Blanche
- 33 - Clinique Saint Vincent de Paul - Bron
- 34 - Clinique la Chavannerie - Chaponost
- 35 - Clinique Mon repos - Écully
- 38 - Centre caladois de psychiatrie ambulatoire (CCPA) - Villefranche-sur-Saône
- 39 - Centre Psypro Lyon - Villeurbanne
- 40 - Clinique Lyon Lumière - Meyzieu
- 42 - Clinique médicale de Champvert - Lyon 5e ar.
- 42 - Clinique Villa des Roses - Lyon 5e ar.
- 43 - CLPA - Inicea - Lyon 6e ar.
- 44 - Addipsy - Lyon 7e ar.
- 44 - C2RBP Lyon métropole - Lyon 7e ar.
- 45 - Hôpital privé Natecia - Lyon 8e ar.
- 47 - Clinique médicale le Sermay - Challes-les-Eaux
- 49 - Clinique psychiatrique Parassy - Passy
- 51 - Clinique Régina - Sevrier
- 52 - Clinique Nouvelle des Vallées - Ville-la-Grand

## Liste des Espic (n=16)

- 2 - Centre psychothérapique de l'Ain - Bourg-en-Bresse
- 8 - CHS Sainte-Marie - Privas
- 10 - Centre de réadaptation de Maurs
- 13 - Hôpital de jour adultes - Montlimalar
- 14 - Établissement médical la Teppe - Tain-l'Hermitage
- 15 - Fondation Georges Boissel - Bourgoin-Jallieu
- 16 - Établissement de santé mentale de Grenoble
- 16 - Centre Social Lutte contre l'isolement - Grenoble
- 19 - Clinique FSEF Grenoble - La Tronche
- 26 - CHS Sainte-Marie - Le Puy-en-Velay
- 28 - CHS Sainte-Marie - Clermont-Ferrand
- 37 - Maison de santé de Vaugneray
- 39 - Clinique Notre Dame - Villeurbanne
- 39 - Santé mentale et communautés - Villeurbanne
- 41 - Centre de santé mentale HJ MGEN - Lyon 3e ar.
- 45 - Fondation ARHM - Lyon 8e ar.

## Carte 4 - Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)\* en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

\* Les numéros des établissements sont indiqués en rouge sur la carte.

### Liste des établissements de rattachement des EMPP (n=20)

- 3 - CH Anancy Genevois - Anancy
- 6 - CH Aurillac
- 7 - CHS de La Savoie - Bassens
- 8 - Centre psychothérapique de l'Ain (CPA) - Bourg-en-Bresse
- 9 - Établissement de Santé Mentale Portes de l'Isère (ESMPI) - Bourgoin-Jallieu
- 13 - CHS Sainte-Marie - Clermont-Ferrand
- 22 - Établissement public de santé mentale (EPSM) - La Roche-Sur-Foron
- 23 - CH Alpes Isère (CHAI) - Dispositif Gaia - La Tronche
- 24 - CHS Sainte-Marie - Le Puy-En-Velay
- 25 - Interface SDF - CH Saint Jean De Dieu - Lyon 8<sup>ème</sup> ar.
- 26 - Équipe de Liaison Intersectorielle de Psychiatrie pour les Personnes en Situation d'Exclusion (ELLIPSE) CH du Forez - Montbrison
- 32 - Interface Lyon 9<sup>ème</sup> ar. - Oullins
- 34 - CH Sainte-Marie - Privas
- 36 - CH Roanne
- 37 - Hôpitaux Drôme Nord (HDN) - Romans-sur-Isère
- 40 - CH Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
- 41 - Équipe Interface - CHU Saint-Étienne
- 49 - CHS Drôme Vivarais - Valence
- 51 - CH de Vichy
- 52 - CH de Vienne - Établissement de santé mentale porte de l'Isère (ESMPI)

### Liste des PASS somatiques (n=49)

- 1 - CH Albertville
- 2 - CH Ambert
- 4 - CH Annonay
- 5 - CH Ardèche méridionale - Aubenas
- 6 - CH Henri Mondor - Aurillac
- 8 - CH Fleyriat - Bourg-en-Bresse
- 9 - CH Pierre Oudot - Bourgoin-Jallieu
- 10 - CH Brioude
- 11 - Hôpital Femme Mère Enfant (HCL) - Bron
- 12 - CH Métropole Savoie - Site de Chambéry
- 13 - CH Gabriel Montpied - Clermont-Ferrand
- 14 - CH Alpes-Leman - Contamine-sur-Arve
- 15 - CH Crest
- 16 - CH de Die
- 17 - CH du Forez - Site de Feurs
- 18 - Hôpital le Corbusier - Firminy
- 19 - CH Givors
- 20 - Groupe Hospitalier Mutualiste - Grenoble
- 20 - CHU Grenoble
- 21 - CH Issoire
- 24 - CH Émile Roux - Le Puy-en-Velay
- 25 - CH Hôpital Saint Joseph Saint Luc - Lyon
- 25 - Hôpital Édouard Herriot (HCL) - Lyon
- 26 - CH du Forez - Site de Montbrison
- 28 - CH Montelimar
- 29 - CH de Montluçon
- 30 - CH Moulins-Yzeure
- 31 - Hôpital local - Nyons
- 33 - CH Haut Bugey - Oyonnax
- 34 - CH des Vals d'Ardèche - Privas
- 35 - CH Guy Thomas - Riom
- 36 - Hôpital de Roanne
- 37 - Hôpitaux Drôme Nord - Site de Romans

- 38 - CH de Rumilly
- 39 - Hôpital du Gier - Saint-Chamond
- 41 - CHU Saint-Étienne
- 42 - CH de Saint-Flour
- 43 - CH Anancy Genevois (CHANGE) - Site de Saint-Julien-en-Genevois
- 44 - Hôpitaux Drôme Nord (HDN) - Site de Saint Vallier
- 45 - Hôpitaux du Mont Blanc - Sallanches
- 46 - Hôpital Nord-Ouest - Site de Tarare
- 47 - CH Thiers
- 48 - Hôpitaux du Leman - Thonon-les-Bains
- 49 - CH Valence
- 50 - CH Les Portes du Sud - Vénissieux
- 51 - CH Vichy
- 52 - CH Vienne
- 53 - Hôpital Nord-Ouest - Site de Villefranche-sur-Saône
- 54 - CH Voiron

### Liste des PASS psychiatriques (n=7)

- 8 - Centre psychothérapique de l'Ain (CPA) - Bourg-en-Bresse
- 9 - Établissement de Santé Mentale Portes de l'Isère (ESMPI) - Bourgoin-Jallieu
- 11 - CH Le Vinatier - Lyon
- 13 - CHS Sainte-Marie - Clermont-Ferrand
- 20 - CH Alpes Isère - Grenoble
- 27 - CH Drôme Vivarais - Montéluçon
- 52 - Établissement de Santé Mentale Portes de l'Isère (ESMPI) - Secteur de Vienne

## Les ressources en addictologie

Csapa, Caarud, Consultations jeunes consommateurs, Elsa sont présentés ci-dessous de manière à identifier les ressources mobilisables au niveau infra-départemental et dans les réseaux visant à renforcer la prévention du suicide.

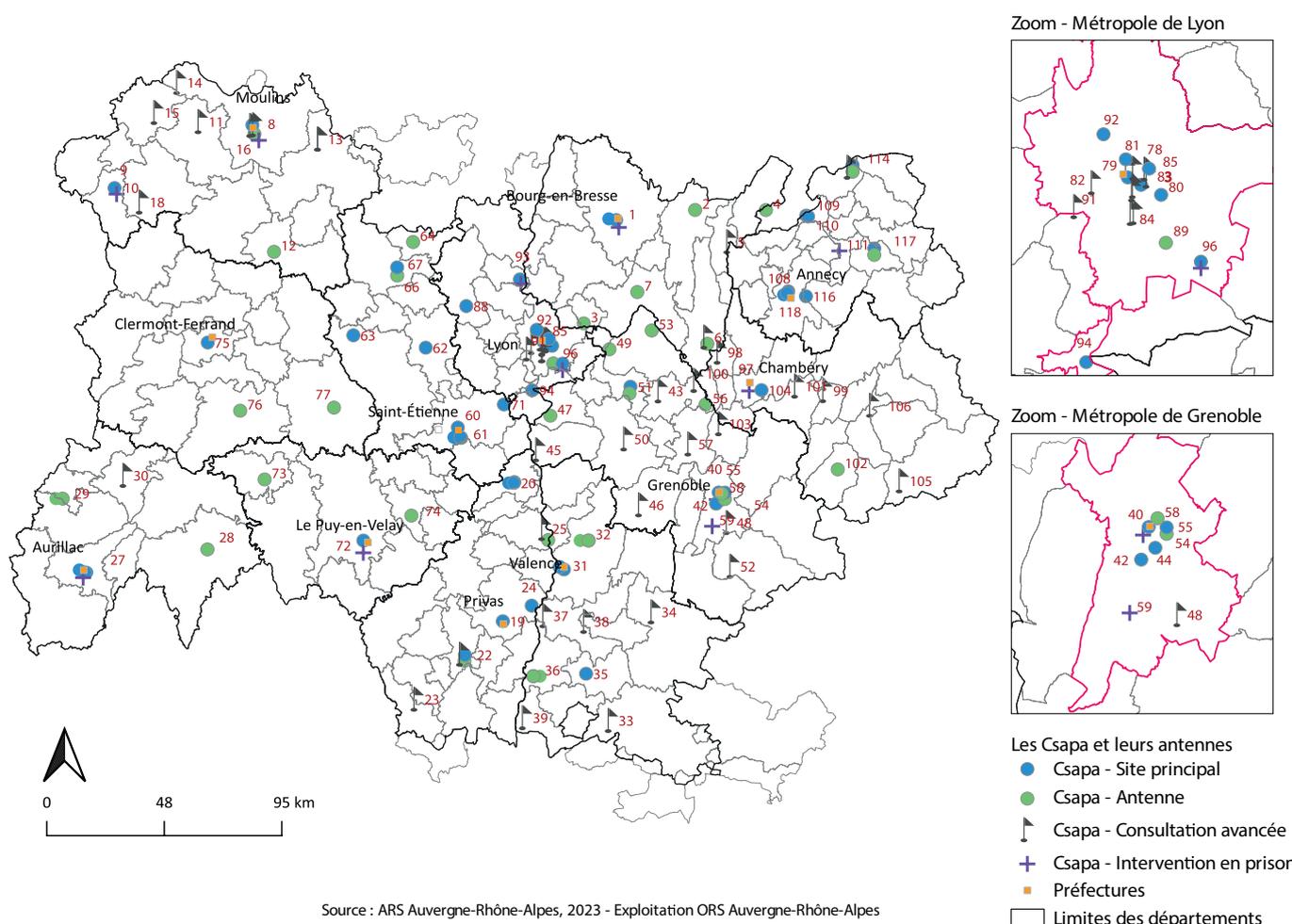
### Les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) et leurs antennes en 2023 – Auvergne-Rhône-Alpes

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) sont des structures ambulatoires proposant un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de substances psychoactives ou un traitement de substitution pour les personnes présentant une dépendance ainsi que leur entourage. La pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent (médecins, infirmiers, psychothérapeutes, assistants sociaux, aides éducatives...) permet une prise en charge globale. L'accueil et le suivi peuvent se faire avant, pendant et après le sevrage des substances, afin de consolider l'arrêt. Ces structures gratuites garantissent l'anonymat. Ces centres peuvent intervenir tant en ville (centres hospitaliers, associations) que dans des lieux de privation de liberté tels que les prisons. Les Csapa sont habilités à prendre en charge également des addictions comportementales (dites addictions sans produit), ils peuvent recevoir les personnes présentant une anorexie mentale, une addiction aux jeux d'argent ou un trouble du jeu vidéo par exemple<sup>1</sup>.

En 2023, 46 Csapa sont recensés (sites principaux) en Auvergne-Rhône-Alpes. Ces Csapa peuvent avoir des antennes (33 antennes dans la région) et proposer des consultations avancées (44 consultations avancées) ou des interventions en milieu pénitentiaire (11 interventions de Csapa en prison) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. carte 5).

<sup>1</sup> Source : La santé des jeunes de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et la Drôme. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. 2019,166p. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Sante des jeunes Ardeche et Drome - 2019\_04\_17.pdf]

### Carte 5 - Les Csapa et leurs antennes\* en 2023 – Auvergne-Rhône-Alpes



\* Les numéros indiqués en rouge sur la carte correspondent aux communes où sont situés les Csapa.

## Liste des Csapa - Site principal (n=46)

- 1 - Anpaa 01 - Bourg-en-Bresse
- 1 - Csapa Saliba - Bourg-en-Bresse
- 8 - Csapa CH Moulins
- 9 - Csapa Anpaa 03 - Montluçon
- 19 - Csapa CHPA - Privas
- 20 - Csapa Résonance Ardèche - Annonay
- 20 - Csapa CHAN La Cordée - Annonay
- 22 - Csapa Charme - Aubenas
- 24 - Csapa La Cerisaie - Rompon
- 27 - Csapa Anpaa 15 - Aurillac
- 27 - Csapa Apt Oppedia - Aurillac
- 31 - Csapa Anpaa 26 - Valence
- 31 - Csapa Tempo Oppedia - Valence
- 35 - Csapa CTR Le Gué - Le Poët-Laval
- 40 - Csapa Point Virgule - Grenoble
- 42 - Csapa SAM des Alpes - Grenoble
- 44 - Csapa Pénitentiaire Maison d'arrêt Varcès - Échirolles
- 51 - Csapa Sitoni - Bourgoin-Jallieu
- 55 - Csapa du CHU Grenoble Alpes - Saint Martin d'Hères
- 60 - Csapa Rimbaud - Saint-Étienne
- 60 - Csapa CH Le Corbusier - Saint-Étienne
- 61 - Csapa CHU Saint-Étienne Bellevue - Saint-Étienne
- 62 - Csapa - Feurs
- 63 - Communauté Thérapeutique « Les Portes de L'imaginaire » - Saint-Didier-sur-Rochefort
- 67 - Csapa CH Roanne
- 71 - Csapa du Gier - Rive de Gier
- 72 - Csapa Anpaa 43 - Le Puy-en-Velay
- 75 - Csapa Anpaa 63 - Clermont-Ferrand
- 79 - Csapa Anpaa Lyon - Lyon
- 80 - Csapa ARHM-Lyade Garibaldi - Lyon
- 80 - Csapa Hôpital Édouard Herriot - Lyon
- 81 - Csapa Hôpital Croix-Rousse HCL - Lyon
- 85 - Csapa du Griffon Aria Oppedia - Villeurbanne
- 88 - Csapa Anpaa Jean-Charles Sournia - Tarare
- 92 - ARHM-Lyade CTR La Fucharnière - Saint-Didier-au-Mont-d'Or
- 93 - Csapa Jonathan Aria Oppedia - Villefranche-sur-Saône
- 94 - Csapa Anpaa - Givors
- 96 - Csapa Pénitentiaire - Corbas
- 104 - Csapa Anpaa 73 - La Ravoire
- 108 - Csapa Le Lac d'argent Oppedia - Annecy
- 109 - Csapa Anpaa 74 - Annemasse
- 110 - Csapa Apreto - Annemasse
- 114 - Csapa Anpaa 74 - Thonon-les-Bains
- 116 - CTR Chalet du Thianty - Alex
- 117 - Csapa Anpaa 74 - Cluses
- 118 - Csapa Anpaa 74 - Cran-Gevrier

## Liste des Csapa - Antennes (n=33)

- 2 - Csapa Anpaa 01 - Antenne Oyonnax
- 3 - Csapa Anpaa 01 - Antenne Montluél
- 4 - Csapa Saliba Gex - Antenne
- 6 - CH De Belley - Antenne Anpaa 01
- 7 - Csapa Anpaa 01 - Antenne Ambérieu-En-Bugey
- 8 - Csapa Anpaa 03 - Moulins
- 12 - Csapa Anpaa 03 - Antenne Vichy
- 22 - Csapa Résonance - Antenne Aubenas
- 25 - Csapa Résonance - Antenne Tournon
- 28 - Csapa Anpaa 15 - Antenne Saint-Flour
- 29 - Csapa Anpaa 15 - Antenne Mauriac
- 29 - Csapa Apt Antenne - Mauriac
- 32 - Anpaa 26 - Antenne de Romans
- 32 - Csapa Tempo Oppedia - Antenne Romans
- 36 - Anpaa 26 - Antenne de Montélimar
- 36 - Csapa Tempo Oppedia - Antenne de Montélimar
- 47 - Csapa SAM des Alpes - Vienne
- 49 - Csapa Sitoni Antenne - Pont-de-Cheruy
- 51 - Csapa Sam des Alpes - Bourgoin-Jallieu
- 53 - Csapa Sitoni - Antenne Montalieu-Vercieu
- 54 - Consultations Hospitalières CHU Grenoble Alpes - Saint-Martin-d'Hères
- 56 - Centre d'addictologie de L'Avant Pays Savoyard - Le Pont-de-Beauvoisin
- 58 - Csapa Unité de soins externes en addictologie - La Tronche

- 64 - Hôpital Local de Charlieu
- 66 - Csapa Rimbaud - Antenne Roanne
- 73 - Csapa Anpaa 43 - Antenne de Brioude
- 74 - Csapa Anpaa 43 - Antenne d'Yssingieux
- 76 - Csapa Anpaa 63 - Issoire
- 77 - Anpaa 63 - Ambert
- 89 - Lyade - Vénissieux
- 102 - Centre d'addictologie de Saint-Jean-de-Maurienne
- 114 - Antenne Apreto - Thonon-les-Bains
- 117 - Antenne Apreto - Cluses

## Liste des Csapa – Consultations avancées (n=44)

- 5 - Csapa Saliba Bellegarde Consultation - Bellegarde-sur-Valserine
- 6 - CPAM - Belley
- 8 - CH Moulins
- 11 - Château Bignon - Bourbon l'Archambault
- 13 - Maison de services au public - Dompierre-sur-Besbre
- 13 - Maison de l'emploi - Dompierre-sur-Besbre
- 14 - Centre Social - Lurcy Lévis
- 15 - Centre médico-social - Cérilly
- 16 - CH - Yzeure
- 18 - Mairie - Commentry
- 22 - Accueil de jour Le Colibri Solen - Aubenas
- 23 - CHRS L'Eau Vive (Foyer de l'oiseau bleu) - Payzac
- 25 - CHRS Entraide et Abri - Tournon
- 30 - Centre médico-social - Riom-es-Montagne
- 33 - Consultation Anpaa 26 Hôpital local - Nyons
- 34 - Consultation Anpaa 26 Hôpital local - Die
- 37 - Consultation Anpaa 26 Centre médico-social - Loriol
- 38 - Consultation Anpaa 26 Centre médico-social - Crest
- 39 - Consultation Anpaa 26 - Pierrelatte
- 43 - Consultation Csapa CCAS - La Tour-du-Pin
- 45 - Consultation Csapa Centre de soins des cités - Roussillon
- 46 - Maison des Familles - Saint-Marcellin
- 48 - Consultation Csapa - Vizille
- 50 - Consultation Csapa - La Côte-Saint-André
- 52 - Consultation Csapa - La Mûre
- 57 - Centre Social - Voiron
- 78 - Centre de Santé Sexuelle - Lyon
- 80 - CHRS Riboud (Lahso) - Lyon
- 82 - Lits Aide Médicalisée (Hestia) - Lyon
- 83 - CHRS La Cite (Fads) - Lyon
- 83 - CHRS Cléberg (Alynea) - Lyon
- 84 - CHRS Carteret (Alynea) - Lyon
- 84 - CHRS Train de Nuit (Habitat Humanisme) - Lyon
- 84 - Maison Relais Casa Jaures (Habitat Humanisme) - Lyon
- 84 - Centre Gabriel Rosset (Endsa) - Lyon
- 91 - CHRS Chardonnière (FNDSA) - Francheville
- 98 - Centre polyvalent d'action sociale (CPAS) - Yenne
- 99 - Centre polyvalent d'action sociale (CPAS) - Aiguebelle
- 100 - CCAS - Saint-Genix-sur-Guiers
- 101 - Centre Socio-Culturel - Saint-Pierre-d'Albigny
- 103 - La Partageraie - Les Échelles
- 105 - Centre polyvalent d'action sociale (CPAS) Les Échelles - Modane
- 106 - CH - Moutiers
- 114 - CHRS La Passerelle - Thonon-les-Bains

## Liste des interventions de Csapa en milieu pénitentiaire (n=11)

- 1 - Centre pénitentiaire de Bourg-en-Bresse
- 10 - Maison d'arrêt de Montluçon
- 16 - Centre pénitentiaire de Moulins-Yzeure
- 27 - Maison d'arrêt d'Aurillac
- 40 - Centre de semi-liberté - Grenoble
- 59 - USN1 - Infirmerie - Varcès
- 72 - Maison d'arrêt - Le Puy-en-Velay
- 93 - Maison d'arrêt - Villefranche-sur-Saône
- 96 - CSAPA Antenne Toxicomanies - Corbas
- 97 - Maison d'arrêt de Chambéry
- 111 - Maison d'arrêt de Bonneville

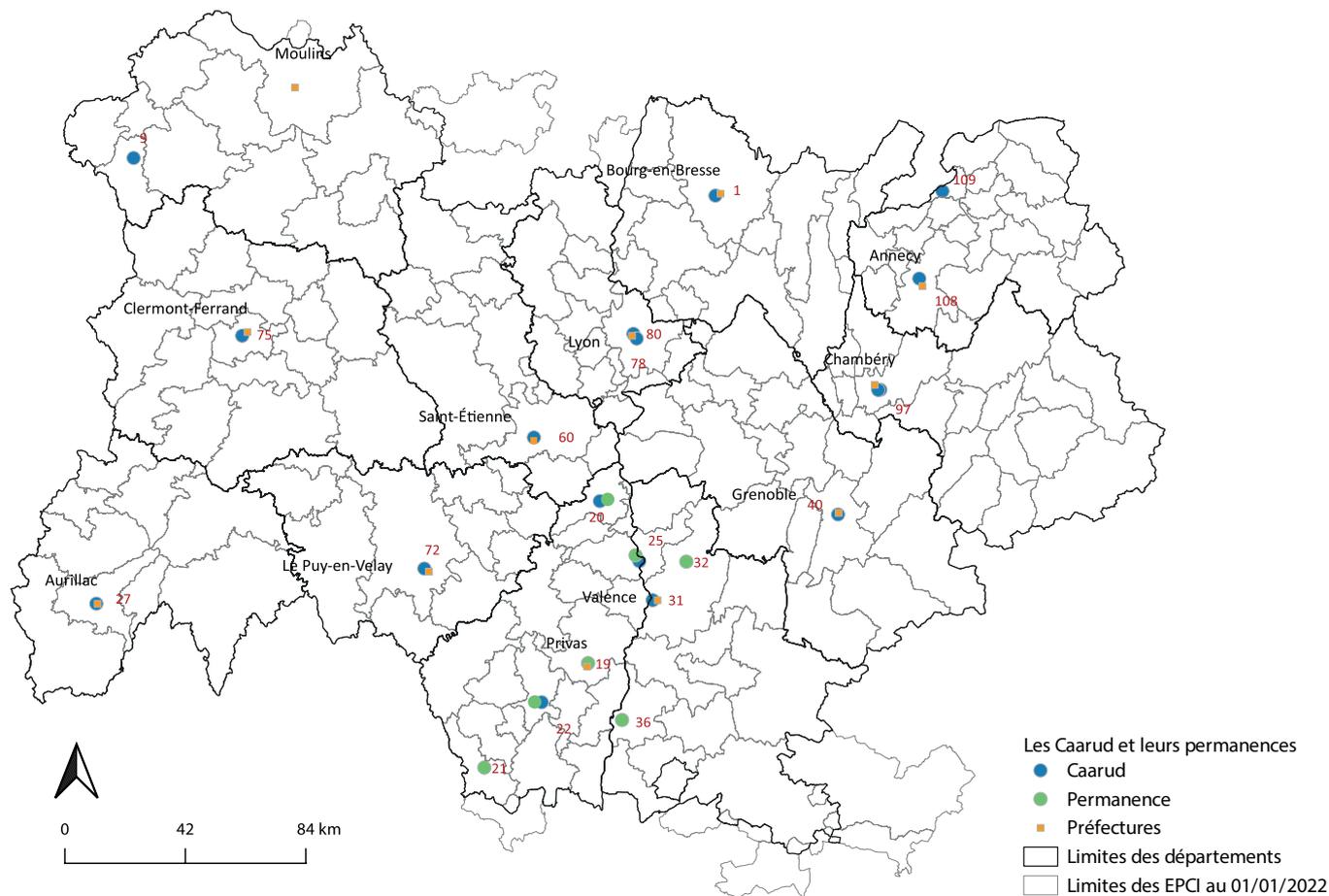
## Les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) reçoivent des usagers de substances psychoactives qui ne sont pas engagés dans l'arrêt de leur consommation mais qui sont exposés à des risques majeurs de contamination (VIH, hépatites) et d'infection (plaies, abcès). Ces centres proposent à ces usagers un lieu où ils peuvent échanger avec des professionnels qui délivrent à la fois des conseils mais aussi du matériel de réduction des risques : seringues stériles, préservatifs, pailles propres, dépistages<sup>1</sup>...

En 2023, 16 Caarud sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes et 7 permanences dans la Drôme et l'Ardèche. L'Ardèche compte 3 Caarud, le Rhône et la Haute-Savoie en comptent deux et les autres départements ont un Caarud (cf. carte 6).

1 Source : La santé des jeunes de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et la Drôme. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. 2019,166p. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Sante des jeunes Ardeche et Drome - 2019\_04\_17.pdf]

### Carte 6 - Les Caarud\* en 2023 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

\* Les numéros indiqués en rouge sur la carte correspondent aux communes où sont situés les Caarud.

#### Liste des Caarud (n=16)

- 1 - Caarud Aides 01 – Bourg-en-Bresse
- 9 - Caarud - Montluçon
- 20 - Caarud Le Sémaphore - Annonay
- 22 - Caarud Le Sémaphore - Antenne Aubenas
- 25 - Caarud Le Sémaphore – Antenne Tournon
- 27 - Oppelia/Apt 15 - Aurillac
- 31 - Caarud Tempo Oppelia - Valence
- 40 - Caarud Aides 38 - Grenoble
- 60 - Caarud Rimbaud – Saint-Étienne
- 72 - Caarud Anpaa 43 La Plage - Le Puy-en-Velay
- 75 - Caarud - Clermont-Ferrand
- 78 - Caarud Ruptures Oppelia - Lyon
- 80 - Caarud Pause Diabolo - Lyon
- 97 - Caarud Le Pélican - Chambéry
- 108 - Caarud Le Lac d'argent Oppelia - Annecy
- 109 - Caarud Apreto - Annemasse

#### Liste des permanences de Caarud (n=7)

- 19 - Accueil de jour Espoir - Privas
- 20 - Accueil de jour Collectif 31 - Annonay
- 21 - Les Restos du Cœur - Les Vans
- 22 - Accueil de jour Le Colibri Solen - Aubenas
- 25 - Accueil de jour Entraide et Abri - Tournon
- 32 - Tempo Oppelia - Antenne Romans-sur-Isère
- 36 - Tempo Oppelia - Antenne Montélimar

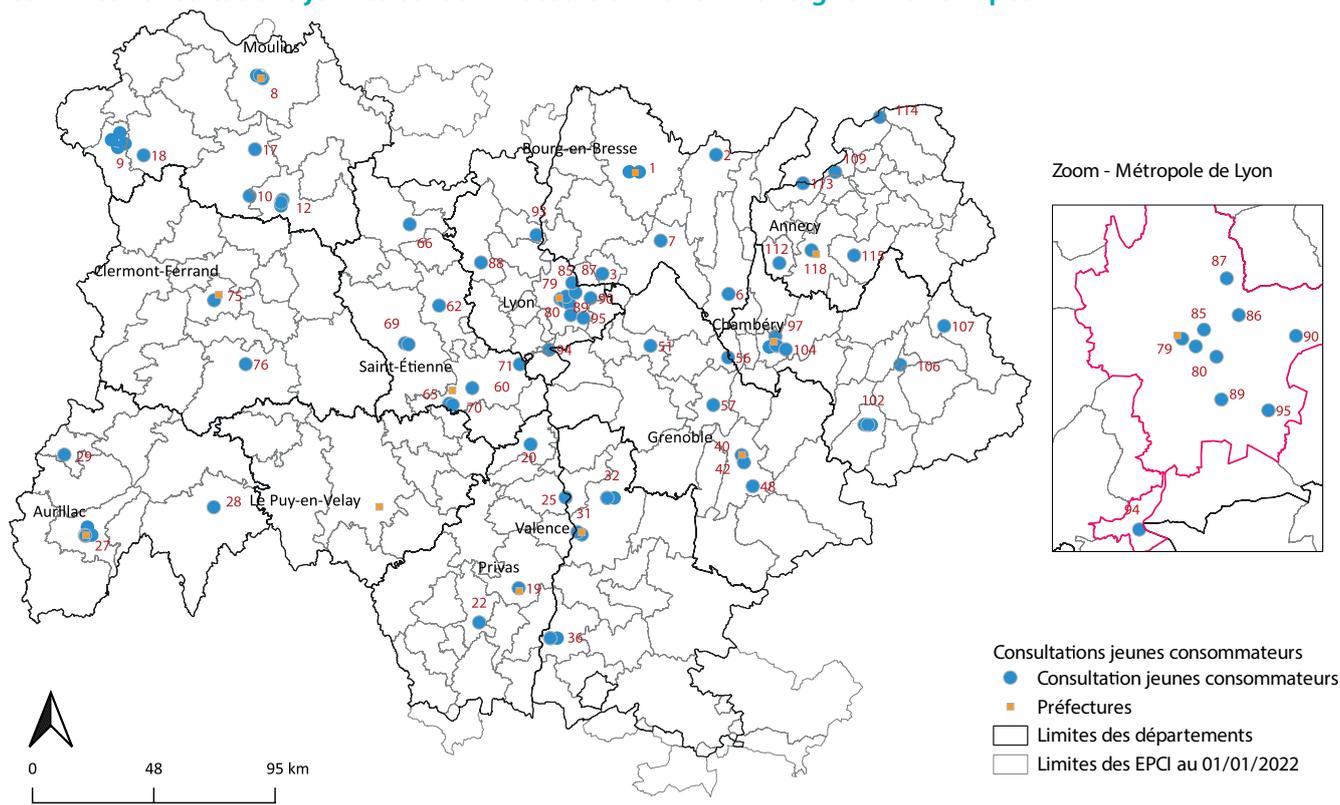
## Les consultations jeunes consommateurs en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes

Une consultation jeunes consommateurs (CJC) est un dispositif anonyme, gratuit et pluridisciplinaire de prévention et de soins en addictologie mis en place, en 2004, par les autorités publiques. Les principaux objectifs de ce dispositif sont l'écoute sans stigmatisation et la réduction des risques. Les familles peuvent faire appel de façon spontanée à ce dispositif ou y être orientées par les professionnels de santé. Ces structures prennent en compte toutes les substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne...), mais aussi les addictions sans produit (jeux d'argent, jeux vidéo, Internet...)<sup>1</sup>.

En 2023, 74 CJC sont recensées en Auvergne-Rhône-Alpes. Les CJC sont peu présentes dans le Puy-de-Dôme, le Cantal et la Haute-Loire et, au contraire, bien implantées dans le Rhône, la Savoie et la Drôme (cf. carte 13).

1 Source : La santé des jeunes de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et la Drôme. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. 2019,166p. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Sante des jeunes Ardeche et Drome - 2019\_04\_17.pdf]

### Carte 7 - Les consultations jeunes consommateurs en 2023 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

#### Liste des CJC

\* Les numéros indiqués en rouge sur la carte correspondent aux communes où sont situées les CJC.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1 - CJC Anpaa 01 - Bourg-en-Bresse                    | 31 - Csapa Anpaa 26 - Valence   | 80 - CJC Post-urgences Csapa Hôpital Édouard Herriot - Lyon   |
| 1 - Csapa Saliba CJC - Bourg-en-Bresse                | 31 - Csapa Tempo Oppelia - Valence                                      | 85 - CJC Csapa du Griffon Aria Oppelia - Villeurbanne         |
| 2 - CJC Anpaa 01 - Oyonnax                            | 32 - Csapa Anpaa 26 - Romans  | 86 - CJC Csapa ARHM-Lyade Vaulx-en-Velin - Vaulx-en-Velin     |
| 3 - CJC Anpaa 01 - Montluel                           | 32 - Csapa Tempo Oppelia - Romans                                       | 87 - CJC Csapa du Griffon Aria Oppelia - Rillieux-La-Pape     |
| 6 - CJC Anpaa 01 - Belley                             | 36 - Csapa Anpaa 26 - Montélimar  | 88 - Csapa Anpaa Tarare - Tarare                              |
| 7 - CJC Anpaa 01 - Ambérieu-en-Bugey                  | 36 - Csapa Tempo Oppelia - Montélimar                                   | 89 - CJC Csapa ARHM-Lyade - Vénissieux                        |
| 8 - CJC Csapa CH Moulins Mission Locale - Moulins     | 40 - CJC Csapa Point-Virgule Grenoble - Grenoble                        | 90 - Csapa Pénitentiaire Corbas - Meyzieu                     |
| 8 - CJC Csapa CH Moulins - Moulins                    | 42 - Csapa Service d'addictologie mutualiste (SAM) des Alpes - Grenoble | 93 - CJC Csapa Jonathan Aria Oppelia - Villefranche-sur-Saône |
| 9 - Csapa Anpaa 03 - Montluçon                        | 48 - Csapa Service d'addictologie mutualiste (SAM) des Alpes - Vizille  | 94 - Csapa Anpaa - Givros                                     |
| 9 - Csapa Anpaa 03 Lycée Paul Constant - Montluçon    | 51 - CJC Csapa Sitoni - Bourgoin-Jallieu                                | 95 - CJC Csapa ARHM-Lyade - Saint-Priest                      |
| 9 - Csapa Anpaa 03 Lycée Albert Einstein - Montluçon  | 56 - Csapa Anpaa 73 Antenne Le-Pont-de-Beauvoisin                       | 97 - CJC Csapa Anpaa 73 - Chambéry                            |
| 9 - Csapa Anpaa 03 IUT - Montluçon                    | 57 - CJC Csapa Point-virgule - Voiron                                   | 97 - CJC Csapa Le Pélican - Chambéry                          |
| 10 - Csapa Anpaa 03 - Escurrolles                     | 60 - CJC Csapa Rimbaud - Saint-Étienne                                  | 97 - CJC Csapa Le Pélican Maison des Ados - Chambéry          |
| 12 - Csapa Anpaa 03 - Vichy                           | 62 - Csapa - Feurs  | 97 - CJC Csapa Le Pélican Maison des Ados - Chambéry          |
| 12 - Csapa Anpaa 03 Pôle universitaire de Vichy       | 65 - CJC Csapa Rimbaud - Unieux   | 102 - CJC Csapa Anpaa 73 - Saint-Jean-de-Maurienne            |
| 17 - CJC Csapa CH Moulins - Saint-Pourçain-sur-Sioule | 66 - CJC Csapa Rimbaud - Roanne   | 102 - CJC Csapa Anpaa 73 - Mairie de Saint-Jean-de-Maurienne  |
| 18 - Csapa Anpaa 03 - Commentry                       | 69 - CJC Csapa Rimbaud Csapa de Feurs - Montbrison                      | 104 - CJC Csapa Anpaa 73 - La Ravoire                         |
| 19 - Csapa CH généraliste - Privas                    | 69 - CJC Csapa Rimbaud Maison des permanence - Montbrison               | 106 - CJC Csapa Le Pélican Tarentaise - Moutiers              |
| 20 - Csapa Résonance Ardèche - Annonay                | 70 - CJC Csapa Rimbaud - Firminy  | 107 - CJC Csapa Le Pélican - Bourg-Saint-Maurice              |
| 22 - Csapa Résonance Ardèche - Aubenas                | 71 - CJC Csapa Du Gier - Rive-de-Gier                                   | 109 - CJC Apreto - Vétraz-Monthoux -                          |
| 25 - Csapa Résonance Ardèche - Tournon                | 75 - CJC Csapa Anpaa 63 - Clermont-Ferrand                              | 112 - CJC Le Lac d'argent Oppelia - Rumilly                   |
| 27 - CJC Anpaa Aurillac - Aurillac                    | 76 - CJC Csapa Anpaa 63 - Issoire                                       | 113 - CJC Apreto - Saint-Julien-en-Genevois                   |
| 27 - CJC Apt Aurillac - Aurillac                      | 79 - Csapa Anpaa - Lyon   | 114 - CJC du Chablais - Thonon-les-Bains                      |
| 28 - Csapa Anpaa 15 - Antenne de Saint-Flour          | 80 - CJC Gambetta Csapa ARHM-Lyade Garibaldi - Lyon                     | 115 - CJC Csapa Anpaa 74 - Thônes                             |
| 29 - Csapa Anpaa 15 - Antenne de Mauriac              |   | 118 - CJC Le Lac d'argent Oppelia - Annecy                    |

## Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)

Nées dans les années 1990, les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) sont des dispositifs hospitaliers prenant en charge les addictions au lit du malade hospitalisé au sein des établissements publics et privés.

Les équipes de liaison sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont de :

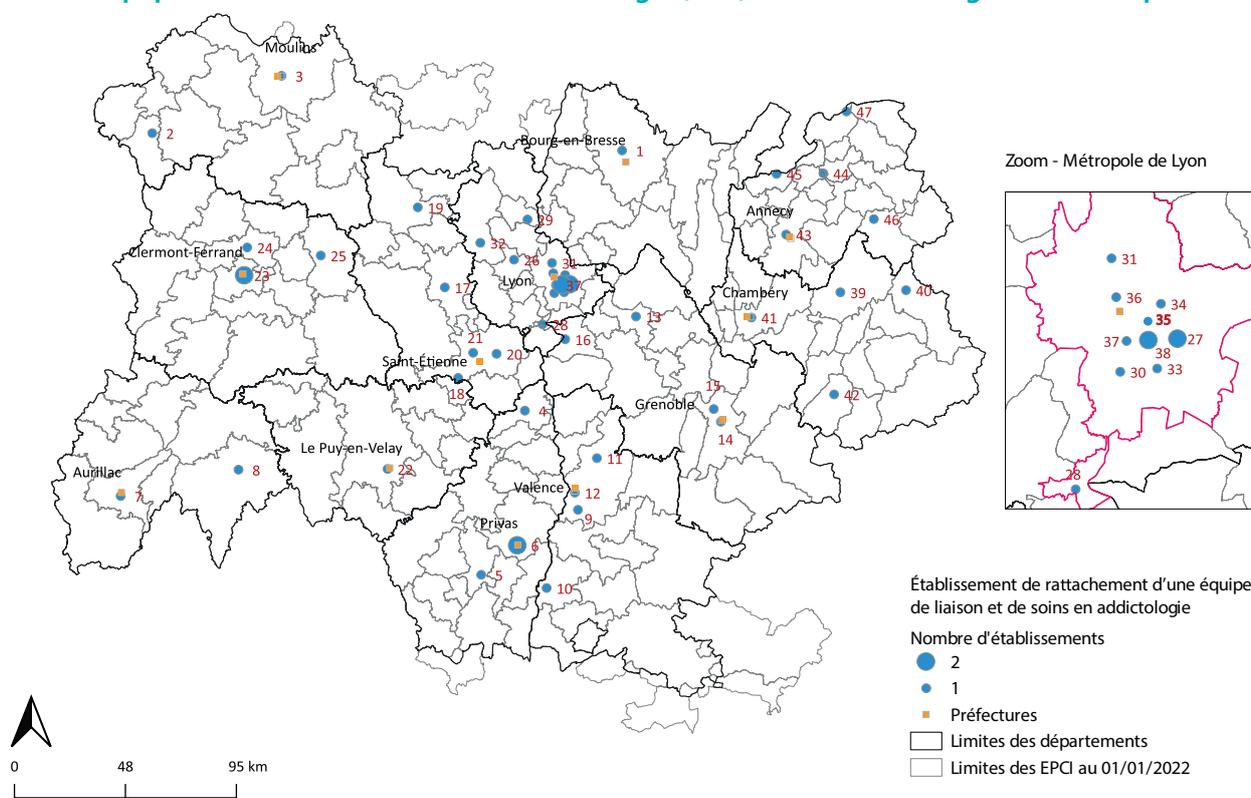
- former, assister et conseiller les soignants des différents services ou structures de soins de l'établissement de santé sur les questions du dépistage, de diagnostic, de prise en charge et d'orientation des patients ;
- intervenir auprès des patients aux urgences et pendant l'hospitalisation en appui et en soutien des équipes soignantes ;
- développer des liens avec les différents acteurs intra- et extra- hospitaliers pour améliorer la prise en charge des patients et de leur suivi.

Les professionnels de l'Elsa sont formés en addictologie et sont compétents sur l'ensemble du champ des addictions (alcool, produits illicites, tabac, addictions sans produit), ils contribuent ainsi au renforcement d'une culture addictologique dans les établissements de santé.

En 2023, 51 établissements de rattachement d'une équipe de liaison (Elsa) sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. carte 14) et une création d'Elsa est prévue d'ici la fin d'année dans l'Ain (non visible sur la carte).

1 Ministère des solidarités et de la santé. [https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa]

### Carte 8 - Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)\* en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ARS Auvergne-Rhône-Alpes, 2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

\* Les numéros des établissements de rattachement des Elsa sont indiqués en rouge sur la carte.

#### Liste des établissements de rattachement des ELSA (n=51)

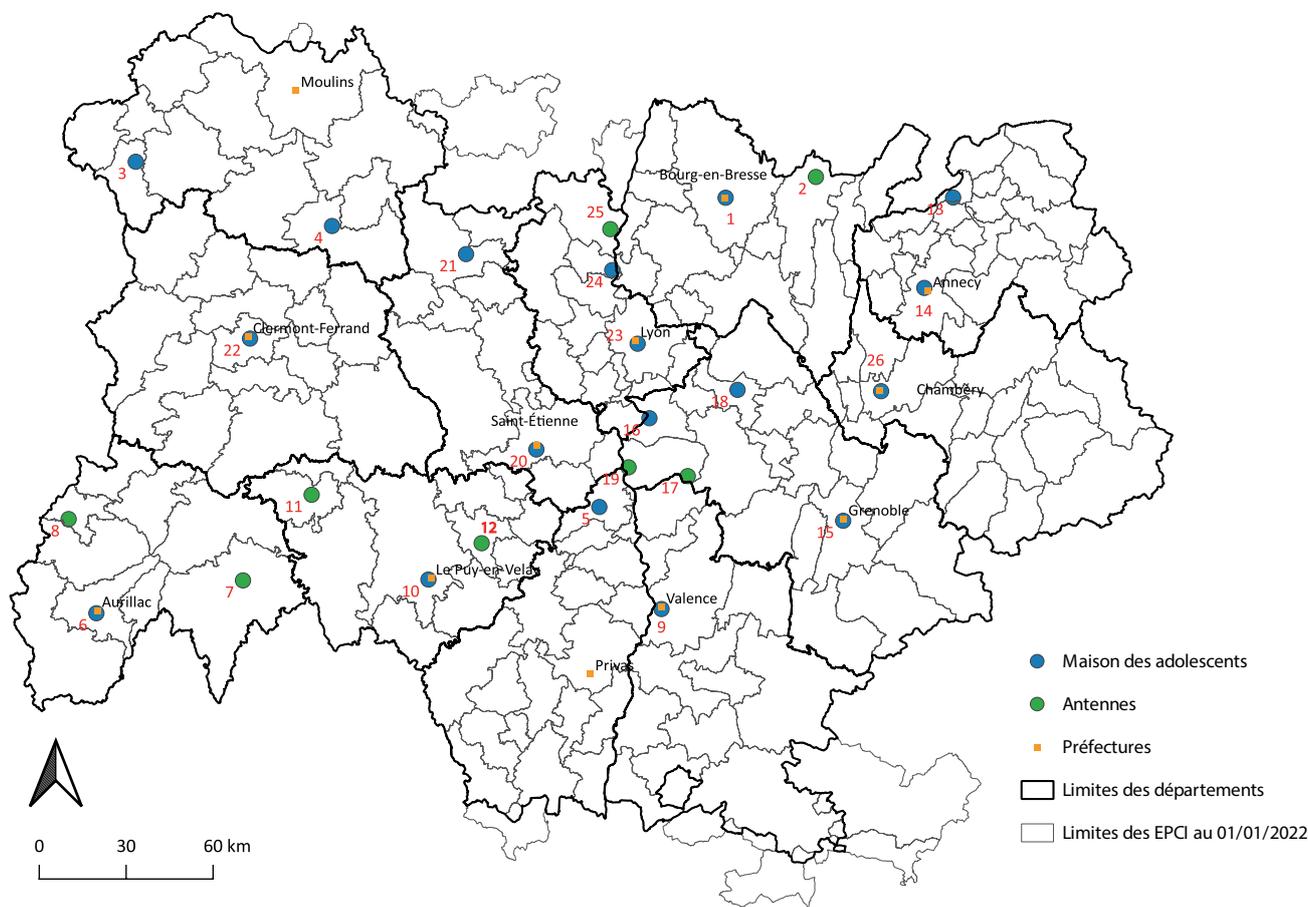
- |  |   |  |
|--|---|--|
| 1 - Centre Hospitalier Fleyriat - Viriat                   | 19 - Centre Hospitalier Le Corbusier - Firminy                            | Sud - Vénissieux   |
| 2 - Centre Hospitalier - Montluçon                         | 20 - Centre Hospitalier de Roanne - Roanne                                | 37 - Médipôle Hôpital Mutualiste - Villeurbanne                |
| 3 - Centre Hospitalier de Moulins Yzeure - Moulins         | 21 - Centre Hospitalier du Gier - Saint-Chamond                           | 38 - Hôpital Édouard Herriot HCL - Lyon 3 <sup>ème</sup> ar.   |
| 4 - Centre Hospitalier Ardèche Nord - Annonay              | 22 - CHU de Saint-Étienne Tabacologie - Saint-Priest-en-Jarez             | 39 - Hôpital Croix Rousse HCL - Lyon 4 <sup>ème</sup> ar.      |
| 5 - Centre Hospitalier Ardèche Méridional - Aubenas        | 23 - Centre Hospitalier - Le Puy-En-Velay                                 | 40 - CH St Joseph St Luc - Lyon 7 <sup>ème</sup> ar.           |
| 6 - Centre Hospitalier des Vals d'Ardèche - Privas         | 24 - RA Elsa Territoriale (Agglomération Clermontoise) - Clermont-Ferrand | 41 - Centre Léon Bérard - Lyon 8 <sup>ème</sup> ar.            |
| 7 - Hôpital Sainte-Marie - Privas                          | 25 - CHU de Clermont-Ferrand  | 42 - CH Saint Jean de Dieu ARHM - Lyon 8 <sup>ème</sup> ar.    |
| 8 - Centre Hospitalier d'Aurillac                          | 26 - Centre Hospitalier de Riom   | 43 - CH Albertville Moutiers - Albertville                     |
| 9 - Centre Hospitalier de Saint-Flour                      | 27 - Centre Hospitalier de Thiers   | 44 - Centre Hospitalier de Bourg-Saint-Maurice                 |
| 10 - Centre Hospitalier Drôme Vivarais - Montéligier       | 28 - Hôpital de L'Arbresle Le Ravatel - L'Arbresle                        | 45 - Centre Hospitalier Métropole Savoie - Chambéry            |
| 11 - Groupement Hospitalier Portes Provence - Montélimar   | 29 - CH Le Vinatier - Bron  | 46 - CH de Saint-Jean-de-Maurienne                             |
| 12 - Hôpitaux Drôme Nord - Romans-sur-Isère                | 30 - Groupement Hospitalier Est HCL - Bron                                | 47 - Centre Hospitalier - Annecy                               |
| 13 - Centre Hospitalier de Valence                         | 31 - Centre Hospitalier Montgelas - Givros                                | 48 - Centre Hospitalier Alpes Léman - Contamine-sur-Arve       |
| 14 - Centre Hospitalier de Pierre Oudot - Bourgoin Jallieu | 32 - CH Nord Ouest Villefranche - Gleizé                                  | 49 - Centre Hospitalier - Saint-Julien-en-Genevois             |
| 15 - CHU de Grenoble Alpes - Grenoble                      | 33 - Hôpital Lyon Sud HCL - Pierre-Bénite                                 | 50 - CHI des Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc - Sallanches       |
| 16 - CH Alpes Isère Elsa - Saint-Égrève                    | 34 - CH - Saint-Cyr-Au-Mont-d'Or  | 51 - CH Intercommunal Les Hôpitaux du Léman - Thonon-Les-Bains |
| 17 - Centre Hospitalier Lucien Hussen - Vienne             | 35 - CH Nord Ouest - Tarare   |  |
| 18 - Centre Hospitalier du Forez - Feurs                   | 36 - Groupe Hospitalier Mutualiste Les Portes du                          |  |

## Les maisons des adolescents et leurs antennes

La maison des adolescents est un lieu qui accueille les adolescents de 11 à 21 ans (ou 25 ans selon les structures) de façon gratuite, anonyme si besoin, avec ou sans rendez-vous et quelles que soient leurs préoccupations (médicale, sexuelle, psychique, scolaire, juridique, sociale, etc.). Les familles et professionnels peuvent également y trouver une expertise adaptée à leurs préoccupations. Les MdA se déplacent aussi au-devant des besoins des jeunes. Les actions proposées peuvent être individuelles (conseil et orientation, entretien avec le professionnel le plus adapté) ou collective (groupe de parole, ateliers thérapeutiques...). L'adolescent doit pouvoir trouver à la MdA tous les partenaires d'un réseau constitué pour mieux répondre à ses besoins (secteurs de pédopsychiatrie et psychiatrie, Éducation Nationale, Protection de l'enfance et Protection de la Jeunesse, insertion professionnelle, dont les Missions locales, dispositifs médico-sociaux dont les Consultations jeunes consommateurs – CJC, Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD), etc.). Les MdA ont vocation à participer notamment aux Contrats locaux de santé (CLS), Ateliers santé ville (ASV), Conseils locaux de santé mentale (CLSM) et elles sont associées au diagnostic des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Pour en savoir plus : [www.anmda.fr](http://www.anmda.fr)

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 26 maisons des adolescents et antennes en 2023, réparties dans presque tous les départements de la région (cf. carte 8). Tous les départements disposent d'au moins une maison des adolescents.

### Carte 8 - Les maisons des adolescents et leurs antennes\* en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA), 2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

\* Les numéros des maisons des adolescents sont indiqués en rouge sur la carte.

#### Liste des maisons des adolescents et de leurs antennes (n=26) :

- |  |   |
|--|---|
| 1 - Maison des adolescents de l'Ain - Bourg-en-Bresse                    | 15 - Maison des adolescents de l'Isère (sud) - Grenoble                                 |
| 2 - Maison des adolescents de l'Ain - Antenne - Oyonnax                  | 16 - Maison des adolescents de l'Isère (rhodanienne) - Vienne                           |
| 3 - Maison des adolescents de l'Allier - Montluçon                       | 17 - Maison des adolescents de l'Isère (rhodanienne) - Antenne - Beaurepaire            |
| 4 - Maison des adolescents de l'Allier - Capado - Cusset                 | 18 - Maison des adolescents de l'Isère (nord) - Bourgoin-Jallieu                        |
| 5 - Maison des adolescents Ardèche - Annonay                             | 19 - Maison des adolescents de l'Isère (rhodanienne) - Antenne - Le Péage-de-Roussillon |
| 6 - Maison des adolescents du Cantal - Siège - Aurillac                  | 20 - Maison des adolescents de la Loire - Saint-Étienne                                 |
| 7 - Maison des adolescents du Cantal - Antenne - Saint-Flour             | 21 - Maison des adolescents de la Loire - Roanne  |
| 8 - Maison des adolescents du Cantal - Antenne - Mauriac                 | 22 - Maison des adolescents du Puy-de-Dôme - Clermont-Ferrand                           |
| 9 - Maison des adolescents de la Drôme - Valence                         | 23 - Maison des adolescents du Rhône - Lyon   |
| 10 - Maison des adolescents de la Haute-Loire - Le Puy-En-Velay          | 24 - Maison des adolescents de Villefranche - Villefranche-sur-Saône                    |
| 11 - Maison des adolescents de la Haute-Loire - Permanence Brioude       | 25 - Maison des adolescents de Villefranche - Antenne Belleville-en-Beaujolais          |
| 12 - Maison des adolescents de la Haute-Loire - Permanence Yssingeaux    | 26 - Maison des adolescents de la Savoie - Chambéry                                     |
| 13 - Maison des adolescents Haute-Savoie - Rouge Cargo - Vétraz-Monthoux |   |
| 14 - Maison des adolescents Haute-Savoie - Au Cinq - Cran-Gevrier        |   |

### Liste des cartes consultables dans le document unique :

[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Ressources\\_2024.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2024.pdf)

- L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes et renseignées dans Finess en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychologues en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons des adolescents (MdA) et leurs antennes en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) en 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les missions locales et leurs antennes en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Csapa et leurs antennes en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Caarud en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les conseils locaux de santé mentale - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons médicales de garde en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Liste des établissements réalisant des soins sans consentement - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les lieux d'écoute en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes

# Sources de données et méthode

## Les données de mortalité

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

**Les taux spécifiques de mortalité par suicide par âge** sont calculés en rapportant le nombre moyen annuel de décès par suicide sur une période de trois ans (2018-2020, 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 sur l'âge, la structure de la population de la France métropolitaine 2018 (*Source : Insee, Recensement de la population*) constituant la référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observée dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les classes d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 10-14 ans, 15-19 ans, ..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

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

## Les données d'hospitalisation

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

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

**Les taux spécifiques d'hospitalisation pour tentative de suicide par âge** ont été calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers sur une période de trois ans [2020-2022] 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 sur l'âge, la structure de la population de la France métropolitaine 2018 (*Source : Insee, Recensement de la population*) constituant la référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observée dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les classes d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 10-14 ans, 15-19 ans, ..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

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

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

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

## Les passages aux urgences pour tentative de suicide

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

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

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

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 2022.

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

## Les inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide

- **L'indice de défavorisation Fdep15** (Sources : Insee Recensement de la population 2015, Inserm CépiDc 2019) 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 et chaque type de communes (rurales et urbaines) :
  - le numérateur est le nombre de décès lissé sur 3 ans (Source : Inserm-CépiDc Période 2000-2017) ;
  - 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 2006-2018) ;
  - la population de référence est la population France métropolitaine 2018 (Source : Insee, recensement de la population 2018).
- Tests de comparaison des taux standardisés et analyse des évolutions

Les taux standardisés de mortalité 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 [11].

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 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.

# Consignes de codage et amélioration de la codification

## Les données du PMSI

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

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

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

## Les données de mortalité du CépiDc

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

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

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

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

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

## Liste des abréviations

APL : Accessibilité potentielle localisée	EMPP : Équipe mobile psychiatrie-précarité
ARS : Agence régionale de santé	EPSM : Établissement public de santé mentale
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue	IML : Institut médico-légal
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences	Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
CH : Centre hospitalier	MdA : Maison des adolescents
CHS : Centre hospitalier spécialisé	MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale	MMG : maison médicale de garde
CHU : Centre hospitalier universitaire	OMS : Organisation mondiale de la santé
CIM : Classification internationale des maladies	ONS : Observatoire national du suicide
CJC : Consultation jeunes consommateurs	ORS : Observatoire régional de la santé
CMP : Centre médico-psychologique	Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
Craim : Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'information médicale	PAEJ : Point accueil écoute jeunes
Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
DA : Diagnostic associé	PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
DP : Diagnostic principal	RPU : Résumé de passage aux urgences
DR : Diagnostic relié	Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SPF : Santé publique France
Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie	SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
	TS : Tentative de suicide
	UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée



- [24] Bellidenty J, Touahir M. La crise en Rhône-Alpes : une histoire en trois épisodes. La Lettre Analyses. Janvier 2013;(186):1-4.
- [25] Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. [[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage\\_actes\\_seminaire\\_iss\\_pour\\_bat\\_cabinet\\_-\\_web.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf)]
- [26] Jouglu E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population, Revue d'épidémiologie et de santé publique. Mars 1997;43(1):78-84.

## Bibliographie de l'enquête auprès des professionnels et bénévoles sur le risque suicidaire des personnes LGBTI+

Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Risques suicidaires et minorités sexuelles : une problématique récente. Agora débats/jeunesses. 2011;(58):33-46.

Benyamina A. Rapport « CHEMSEX » 2022 [Internet]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2022 p. 74. [[https://medias.vie-publique.fr/data\\_storage\\_s3/rapport/pdf/284486.pdf](https://medias.vie-publique.fr/data_storage_s3/rapport/pdf/284486.pdf)]

Calzetta L, La santé mentale des personnes LGBT. Repères en prévention et promotion de la santé. Irep Auvergne-Rhône-Alpes

Campagne de prévention et de sensibilisation contre les LGBT+phobies dans les collèges et les lycées. Guide d'accompagnement à destination de l'ensemble des personnels des établissements scolaires. Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Mai 2023

Firdion JM, Beck F, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 13 déc 2011;(47 48):508-10.

Guide LGBTQI+ : pour une santé inclusive [Internet]. Crips Île-de France; 2021. [[https://www.lecrips-idf.net/sites/default/files/2021-06/crips\\_guide-sante-lgbtqi\\_2021.pdf](https://www.lecrips-idf.net/sites/default/files/2021-06/crips_guide-sante-lgbtqi_2021.pdf)]

Lagrange C, Brunelle J, Poirier F, Pellerin H, Mendes N, Mamou G, et al. Profils cliniques et prise en charge des enfants et adolescents transgenres dans une consultation spécialisée d'Île-de-France. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence. 1 sept 2023;71(5):270-80.

Lydié N. Ampleur et impact sur la santé des discriminations et violences vécues par les personnes lesbiennes, gays, bisexuel-le-s et trans (LGBT) en France : un état des lieux à partir des données françaises [Internet]. Saint-Maurice: Santé publique France; 2021 p. 13. (Synthèse rapide). [<https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/344896/3030835?version=1>]

Meyer, I. H. (2003). Prejudice, Social Stress, and Mental Health in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: Conceptual Issues and Research Evidence. Psychological Bulletin, 129(5), 674–697. [<https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>]

OFDT, Théma TREND, Chemsex, SLAM. Renouveau des usages de drogues en contextes sexuels parmi les HSH. Juillet 2017.

Picard H, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans [Internet]. Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2022 p. 978. [[https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_sante\\_des\\_personnes\\_trans\\_2022.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf)]

Porée L, Bouët É, Coutin C, Joséphine É. LGBTQIA+ et Planning familial : la question des minorisé-e-s en raison de leur sexe ou de leur genre dans une association féministe pour le droit à la santé sexuelle. Santé Publique. 2022;34(HS2):213-22.

Rapport sur les LGBTIphobies 2023 [Internet]. Paris: SOS homophobie; 2023 p. 174. [[https://ressource.sos-homophobie.org/Rapports\\_annuels/Rapport\\_LGBTIphobies\\_2023.pdf](https://ressource.sos-homophobie.org/Rapports_annuels/Rapport_LGBTIphobies_2023.pdf)]

Sauvaire J. Accueillir et accompagner les personnes LGBTIQ dans l'hébergement : guide pratique [Internet]. Paris: Fédération des acteurs de la solidarité Île-de France; 2021 p. 63. [[https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2021/07/Guide\\_LGBTIQ\\_Interactif\\_V15.pdf](https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2021/07/Guide_LGBTIQ_Interactif_V15.pdf)]

Wang XX, Cosquer M, Zhuang M, Ali A, Falissard B, Corruble E, et al. The role of parents' and friends' support in preventing suicide attempts among French sexual minority adolescents [Le rôle du soutien parental et soutien amical dans la prévention de tentatives de suicide chez les adolescents français de minorités sexuelles]. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. juin 2023;71(3):101594.



### Pour citer ce bulletin :

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2024;10:1-46. [[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull10\\_2024.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull10_2024.pdf)]

### 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), Bogey A. (Directeur de la santé publique, ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Bussière-Lheureux M. (CHU Saint-Étienne, CICA), Casamatta D. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Coudrot C. (CHU de Saint-Étienne, Urgences psychiatriques), Dr Dubuc M. (CHU de Grenoble, Psychiatrie de liaison), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Fradet M-R. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU de Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psycho trauma), Dr Leaune E. (CH Le Vinatier, CPS/PSymobile), Dr Manuel G. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Massoubre C. (CHU de Saint-Étienne, Urgences psychiatriques), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Medina P. (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), Vieux M. (CH Le Vinatier, CPS/VigilanS), Dr Wawer E. (CH Le Vinatier, CPS/VigilanS).

