Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes

BULLETIN N°5 - JANVIER 2019

La problématique du suicide est une priorité de santé publique de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes depuis de nombreuses années et le nouveau Schéma Régional de Santé 2018-2023 identifie la santé mentale comme l'un des 6 axes prioritaires.

Depuis sa création en 2012, l'Observatoire régional du suicide a permis de dresser un état des lieux régional sur la thématique du suicide, de suivre les tendances, d'approfondir notre connaissance du suicide selon les publics et les territoires. Ce 5ème bulletin actualise les données de mortalité (CepiDc) et de morbidité à travers les hospitalisations (PMSI) et les passages aux urgences (Oscour®) pour tentative de suicide. Si ces indicateurs placent la région Auvergne-Rhône-Alpes dans une situation globalement favorable par rapport aux indicateurs nationaux, une forte hétérogénéité subsiste à l'échelle des départements notamment dans l'Allier, l'Ardèche, la Haute-Loire, la Loire, la Drôme et le Puy-de-Dôme qui connaissent des taux de mortalité ou d'hospitalisation en lien avec le suicide supérieurs aux taux moyens nationaux ou régionaux.

Cette connaissance est indispensable pour renforcer le pilotage régional de la prévention du suicide en tenant compte des réalités territoriales, et donc, d'être plus pertinent. Ainsi, la stratégie de prévention du suicide s'organise en région autour de différents axes à déployer de manière combinée ou encore « intégrée » sur les territoires, avec une attention spécifique pour ceux particulièrement impactés par le suicide.

La prévention du suicide en région a pu être renforcée depuis 2015, en prenant appui sur les conclusions des bilans des actions menées en région (Rhône-Alpes et Auvergne à l'époque) au titre du Plan national d'actions de lutte contre le suicide 2011-2014 et de l'évaluation nationale du même plan, menée par le Haut Conseil en Santé Publique [9].

L'importance de l'observation a été rappelée dans ces travaux : observation et actions doivent être étroitement reliées. Les portraits de territoires présentés ici sont très pertinents à ce titre. Les actions sont à déployer de façon combinée : renforcement des formations avec diversification des contenus, maintien du contact après une tentative de suicide (projet VigilanS), prévention autour des hot spots, sensibilisation des médias, lutte contre le stigma en santé mentale, harcèlement en milieu scolaire, animation de réseaux territoriaux. Ces axes s'appuient sur un maillage de professionnels et de bénévoles à soutenir. Ces actions s'articulent aussi avec les Conseils locaux de santé mentale, les Contrats locaux de santé et les futurs Projets Territoriaux de Santé Mentale.

À partir de 2019, le bulletin s'enrichira au fil du temps d'une série de cartes représentant les ressources disponibles dans notre région, ressources sur lesquelles s'appuie la prévention du suicide dans son ensemble. Il s'agit aussi de rendre lisible les ressources de prévention tout comme celles de la prise en charge et du soin.

Le projet « VigilanS » constitue un nouvel axe de travail engagé depuis juillet 2018 en région. Ce projet a déjà fait l'objet d'une expérimentation initiée en Nord-Pas-de-Calais fin 2014, puis étendu à plusieurs autres régions. Le principe de recontact n'est pas nouveau. Plusieurs équipes de notre région ont déjà développé des protocoles de ce type. Un groupe de travail les associant a été mis en place pour étudier la faisabilité et les modalités de déploiement de VigilanS. Il permet de croiser l'expérience acquise des différentes équipes, d'harmoniser les protocoles, de coordonner les actions des différents territoires, de réfléchir à la mutualisation de ressources au niveau de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Ainsi, dans le cadre de l'Observatoire régional du suicide, l'ARS, l'ORS et la Cire sont partenaires afin d'accompagner le projet, d'en assurer le suivi et l'évaluation.

Nous remercions les réseaux de professionnels et les associations engagés dans la prévention du suicide dans notre région ainsi que les membres de l'Observatoire régional du suicide.

Anne-Marie Durand, Directrice de la Direction Santé Publique ARS Auvergne-Rhône-Alpes
Christine Saura, Responsable Cire Auvergne-Rhône-Alpes

SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes 2
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes 8
Les passages aux urgences pour tentative de suicide..... 13
Les ré-hospitalisations pour tentative de suicide entre 2013 et 2017..... 14
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes 15
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes 16
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes..... 17
Les chiffres et les points clés..... 18
Le suicide chez les agriculteurs..... 19
Profils de territoire et cartes ressources..... 20
Sources de données et méthode..... 33
Consignes de codage et amélioration de la codification..... 35
Méthodologie des profils de territoire..... 36
Glossaire..... 38
Liste des abréviations..... 39
Bibliographie..... 40

Rappel : contexte national

Décès par suicide

Le dernier rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) [1] indique qu'en France métropolitaine, un peu moins de 8 900 décès par suicide ont été comptabilisés en 2014, soit un suicide toutes les heures. Les décès par suicide touchent davantage les hommes que les femmes et le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, surtout chez les hommes.

Les taux de décès par suicide varient fortement selon les régions, avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France.

Malgré une baisse de 26 % du taux de suicide entre 2003 et 2014, constatée dans toutes les régions françaises, la France présente, au sein des pays européens, un des taux de suicide les plus élevés derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique.

Concernant les modes opératoires, la pendaison est, de loin, le mode opératoire le plus utilisé. Des différences notables apparaissent toutefois entre hommes et femmes quant aux autres moyens.

Les tentatives de suicide

Selon les données du PMSI 2017, plus de 77 000 patients ont été hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide en France entière, pour un total de près de 90 000 séjours hospitaliers en médecine ou chirurgie. Ce geste concerne davantage les femmes avec un premier pic chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans et un second entre 45 et 49 ans.

Globalement, le taux d'hospitalisation en France entière pour tentative de suicide est passé de 17,4 pour 10 000 habitants en 2008 à 13,4 pour 10 000 en 2017. Cette diminution est surtout marquée entre 2010 et 2013 et elle est plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide présente en outre des disparités régionales : la Guadeloupe connaît les taux les plus bas (respectivement, 2,3 pour 10 000 chez les femmes et 1,8 chez les hommes) tandis que la région Hauts-de-France a les plus forts taux d'hospitalisation pour une tentative de suicide (26,8 pour 10 000 chez les femmes et 21,3 chez les hommes).

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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

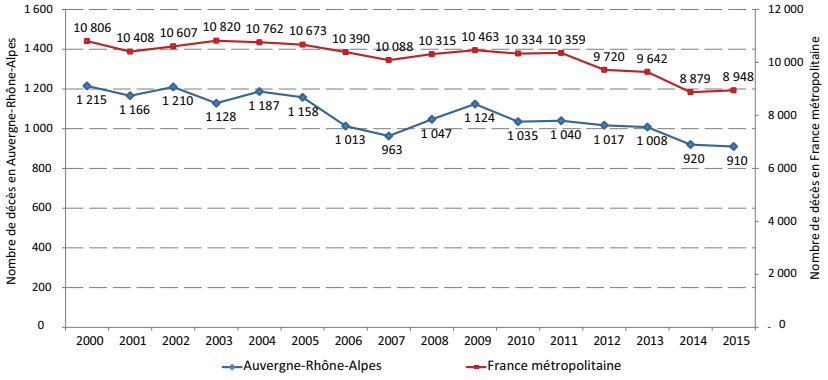
Sur la période 2013-2015, 946 décès par suicide (cf. sources de données et méthode p. 33) ont été recensés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes. Plus des trois quarts de ces décès concernent des hommes.

Le nombre de décès observés par suicide diminue globalement depuis 2009, que ce soit en Auvergne-Rhône-Alpes ou en France métropolitaine (cf. figure 1).

En rapportant le nombre de décès par suicide à la population, la tendance observée depuis les années 2000 se confirme en 2013-2015 : le taux annuel standardisé de mortalité par suicide (cf. sources de données et méthode p. 33) diminue aussi bien en Auvergne-Rhône-Alpes, qu'en France métropolitaine. Dans la région, la baisse du taux standardisé est de 31 % entre 2001 et 2014, la plus forte baisse sur la période étant observée entre 2001 et 2007 (22 %). Les taux annuels sont ensuite stables jusqu'en 2010 puis diminuent à nouveau depuis 2011 (-15 %) (cf. figure 2). Cette baisse s'observe chez les hommes comme chez les femmes.

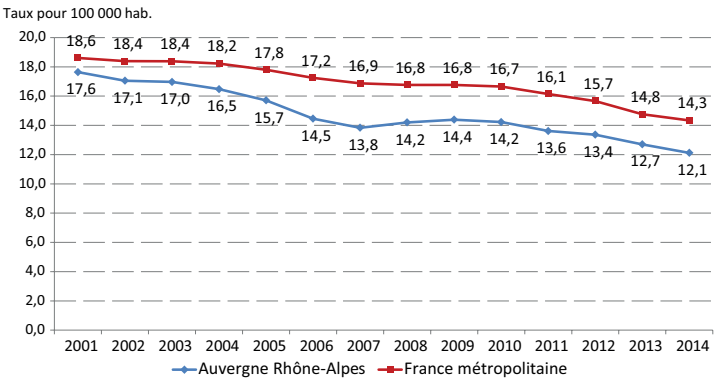
Il est à noter que les données disponibles ne permettent pas d'objectiver si la diminution des taux de mortalité par suicide est homogène dans toutes les catégories socio-professionnelles.

Figure 1 - Évolution du nombre de décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2000-2015



Source : Inserm-CépiDc 2000-2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 2 - Évolution des taux* annuels standardisés de mortalité par suicide de 2000 à 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



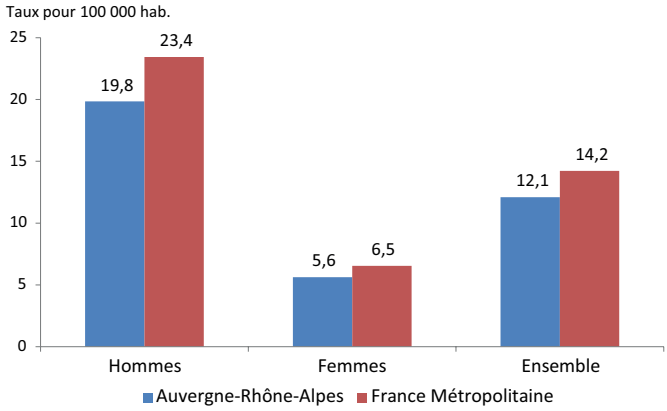
** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2013-2015, le taux standardisé de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, que ce soit dans la région ou sur le territoire national (cf. figure 3). D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette surmortalité des hommes touchent tous les pays, mais, dans une proportion plus forte, les pays à revenu élevé, dont la France [1].

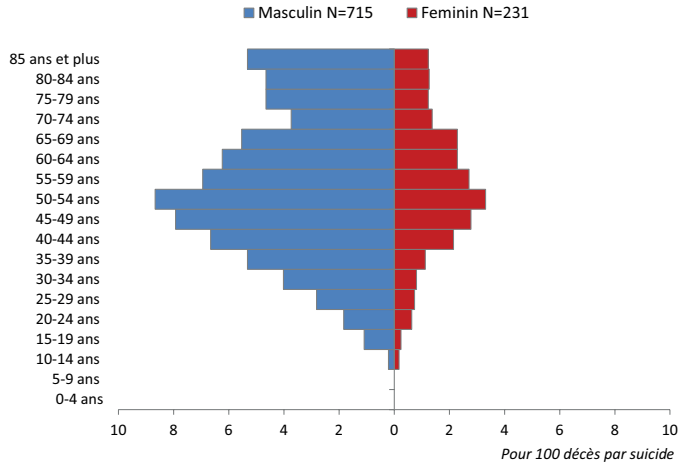
La situation de la région Auvergne-Rhône-Alpes semble globalement plus favorable qu'en France métropolitaine concernant la mortalité par suicide : les taux standardisés de mortalité par suicide sont plus faibles dans la région que sur le territoire national.

Figure 3 - Taux annuels standardisés de mortalité par suicide, par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2013-2015



Sources : Inserm-CépiDc 2013-2015, Insee (RP 2013-2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 4 - Répartition des décès par suicide, par sexe et âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015



Source : Inserm-CépiDc 2013-2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La figure 4 indique que les personnes âgées de 45 à 54 ans représentent presque un quart (23 %) des décès par suicide enregistrés dans la région, sur la période 2013-2015.

Chez les hommes, le nombre de décès par suicide augmente avec l'âge jusqu'à 50-54 ans, puis diminue jusqu'à la tranche d'âge des 70-74 ans pour de nouveau augmenter ensuite à partir de 75 ans.

Chez les femmes, le nombre de décès par suicide augmente avec l'âge jusqu'à la tranche des 50-54 ans puis diminue.

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

Sur la période 2013-2015, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,5 % de l'ensemble des décès (versus 1,6 % en France métropolitaine). Cette part est plus élevée chez les jeunes adultes, notamment ceux âgés de 25 à 34 ans (cf. tableau 1). Dans cette tranche d'âge, les décès par suicide constituent d'ailleurs la 1ère cause de décès, juste devant les tumeurs. Chez les plus jeunes (15-24 ans), les décès par suicide représentent également un poids non négligeable, avec environ 13 % des décès causés par des suicides. Le suicide constitue d'ailleurs la 2ème cause de décès chez les jeunes de cette tranche d'âge, après les accidents de la route.

Par rapport à l'ensemble des décès, le poids du suicide est plus important chez les hommes (2,2 %), notamment chez les 25-39 ans. Chez les femmes, il représente 0,7 % de l'ensemble des décès et est plus élevé parmi les 20-29 ans.

Quel que soit le sexe, la part de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès a légèrement diminué depuis 2000 : 2,8 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes de la région sur la période 2000-2002. Elle a plus particulièrement diminué chez les 30-39 ans (de 20,7 % sur la période 2000-2002 à 16,6 % en 2013-2015) et chez les 20-29 ans (de 18,0 % sur la période 2000-2002 à 15,4 % en 2013-2015).

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2013-2015

	Masculin	Féminin	Total général
10-14 ans	7,9 %	10,2 %	8,8 %
15-19 ans	12,1 %	7,7 %	10,9 %
20-24 ans	14,1 %	12,7 %	13,7 %
25-29 ans	18,0 %	13,5 %	16,9 %
30-34 ans	19,7 %	9,6 %	16,7 %
35-39 ans	20,8 %	8,4 %	16,5 %
40-44 ans	14,9 %	9,1 %	12,9 %
45-49 ans	10,6 %	7,3 %	9,5 %
50-54 ans	7,6 %	5,5 %	6,9 %
55-59 ans	4,0 %	3,3 %	3,8 %
60-64 ans	2,5 %	2,0 %	2,4 %
65-69 ans	1,8 %	1,6 %	1,7 %
70-74 ans	1,3 %	0,8 %	1,1 %
75-79 ans	1,2 %	0,4 %	0,9 %
80-84 ans	0,8 %	0,2 %	0,5 %
85 ans et plus	0,5 %	0,1 %	0,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes*	2,2 %	0,7 %	1,5 %
France Métropolitaine *	2,5 %	0,8 %	1,6 %

Guide de lecture : chez les 25-29 ans, 16,9 % de l'ensemble des décès sont des décès par suicide.

** Tous âges*

Source : Inserm-CépiDc 2013-2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les courbes représentant les taux spécifiques de mortalité (cf. sources de données et méthode p. 33) par suicide par tranche d'âge suivent globalement la même tendance en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figures 5 et 6).

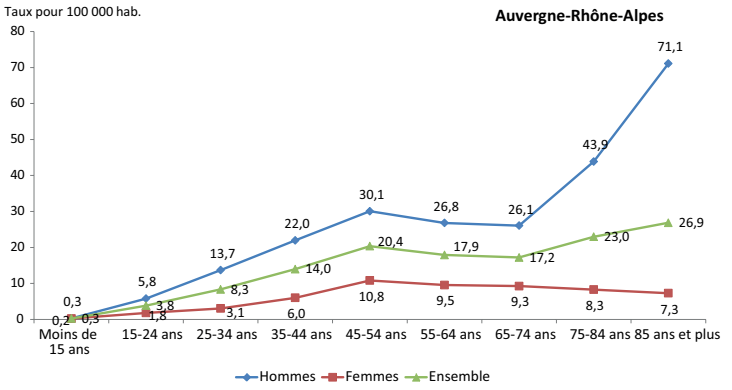
Sur la période 2013-2015, chez les hommes, le taux spécifique de mortalité par suicide augmente fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. Dans la région, il varie de 14 décès par suicide pour 100 000 hommes de 25-34 ans à 71 pour 100 000 hommes de 85 ans et plus.

Chez les femmes de la région, les taux sont beaucoup moins élevés et diminuent avec l'âge. Ainsi, il est de 11 décès par suicide pour 100 000 femmes de la tranche des 45-54 ans et baisse à 7 pour 100 000 femmes de 85 ans et plus.

En France métropolitaine, un pic est également enregistré à 45-54 ans (11 pour 100 000 femmes), mais le taux se stabilise ensuite, atteignant 12 décès pour 100 000 femmes chez les 85 ans et plus.

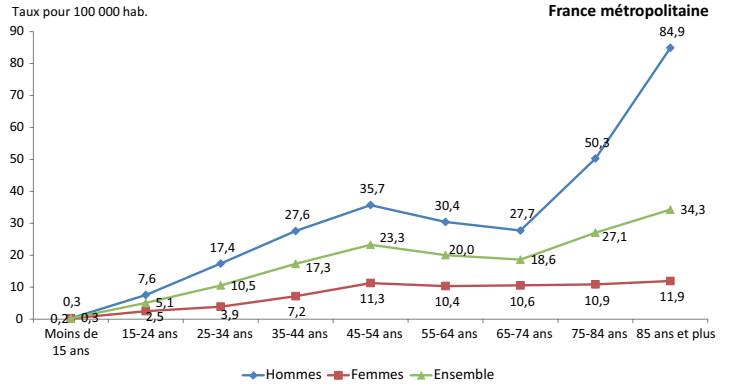
Ces différents constats doivent être pris en compte dans la mise en place d'actions de prévention, les problématiques étant différentes entre les sexes et les tranches d'âge.

Figure 5 - Taux spécifiques de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes par tranche d'âge et par sexe, 2013-2015



Sources : Inserm-CépiDc 2013-2015, Insee (RP 2013-2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 6 - Taux spécifiques de mortalité par suicide en France métropolitaine par tranche d'âge et par sexe, 2013-2015

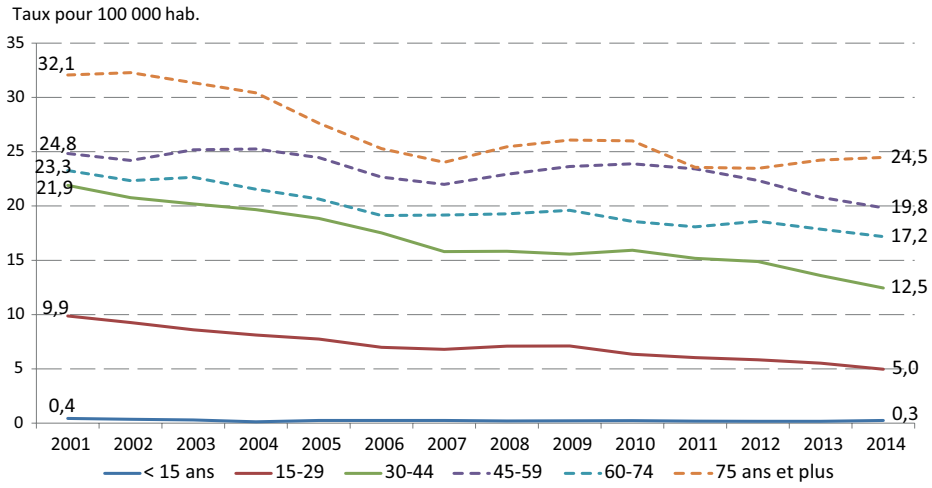


Sources : Inserm-CépiDc 2013-2015, Insee (RP 2013-2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans la région comme sur le territoire national, toutes les tranches d'âge sont globalement concernées par la baisse de la mortalité par suicide depuis les années 2000 (cf. figure 7).

Une légère augmentation du taux spécifique de mortalité par suicide chez les 75 ans et plus (23,5 en 2011-2013 à 24,5 pour 100 000 en 2013-2015) est observée ces dernières années en région Auvergne-Rhône-Alpes et non en France métropolitaine.

Figure 7 - Évolution des taux* spécifiques de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2015

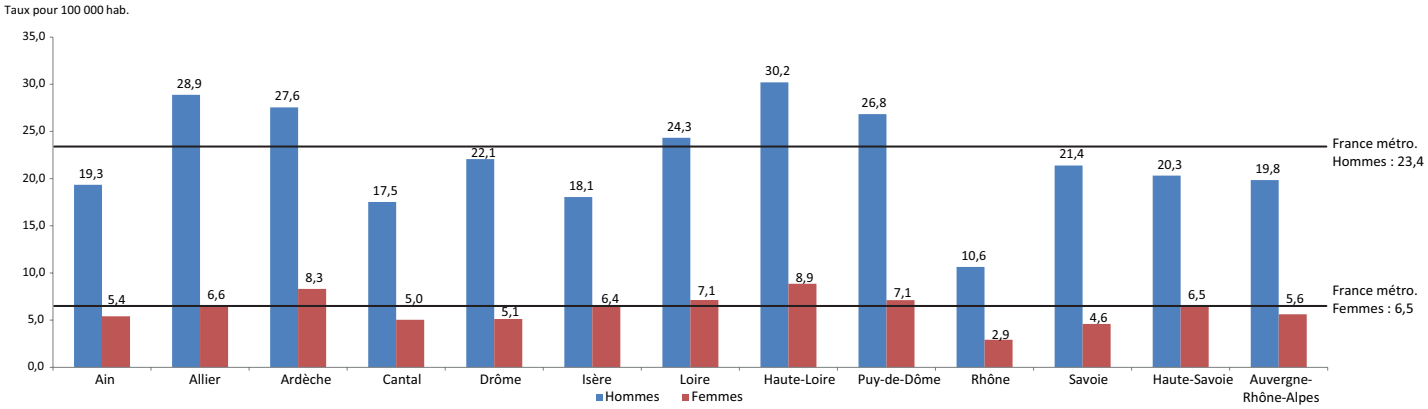


** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

De fortes disparités départementales

Globalement, la région Auvergne-Rhône-Alpes enregistre un taux annuel standardisé de mortalité par suicide inférieur au taux national. Cependant, des écarts importants persistent entre les départements : historiquement, quel que soit le sexe, ces taux annuels demeurent élevés dans les départements de l'Ardèche, la Haute-Loire, la Loire et le Puy-de-Dôme (cf. figure 8). Chez les hommes, ils sont aussi élevés dans le département de l'Allier.

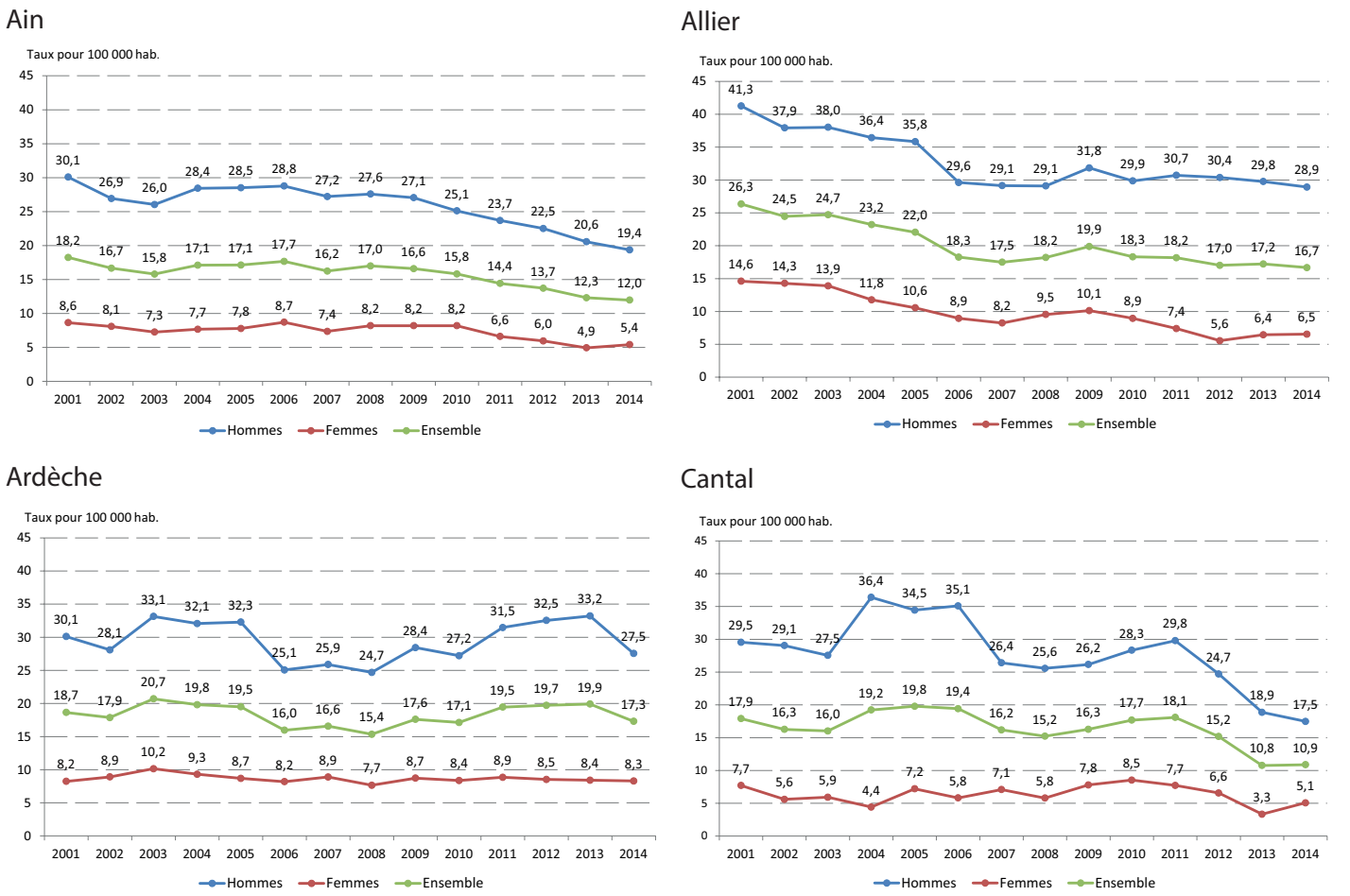
Figure 8 - Taux annuels standardisés de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine, 2013-2015



Sources : Inserm-CépiDc 2013-2015, Insee (RP 2013-2015), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les graphiques qui suivent présentent l'évolution des taux annuels standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2015 (cf. figure 9). La tendance globale à la baisse des taux annuels standardisés de mortalité par suicide constatée au niveau régional et national s'observe dans la plupart des départements de la région. Certains départements font exception, comme l'Ardèche (augmentation chez les hommes du taux jusqu'en 2013, puis une baisse en 2014), la Loire (légère augmentation chez les hommes en 2014) et la Haute-Savoie (légère augmentation chez les hommes en 2014). Les effectifs de décès par suicide par sexe pouvant parfois être faibles dans certains départements, il convient d'interpréter ces résultats avec prudence.

Figure 9 - Évolution des taux* annuels standardisés de mortalité par suicide selon les départements

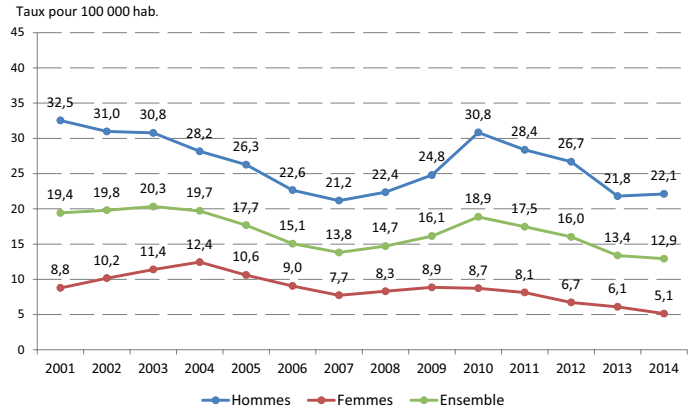


** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

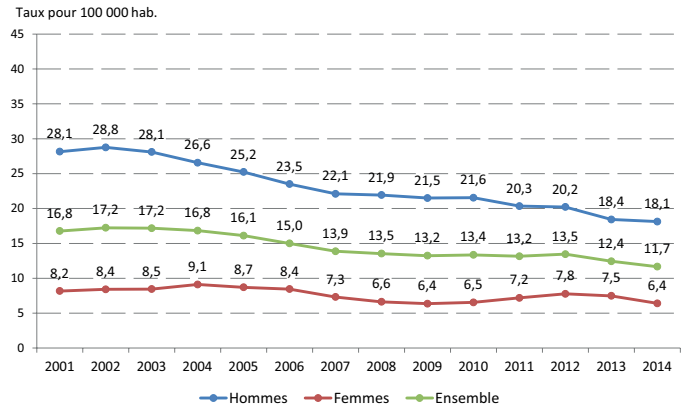
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 9 - Évolution des taux* annuels standardisés de mortalité par suicide selon les départements (suite)

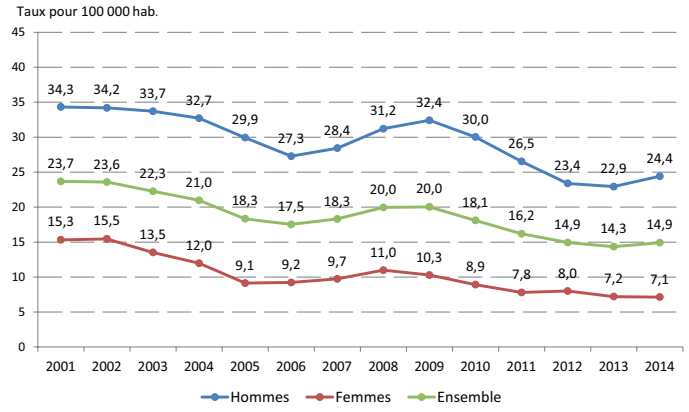
Drôme



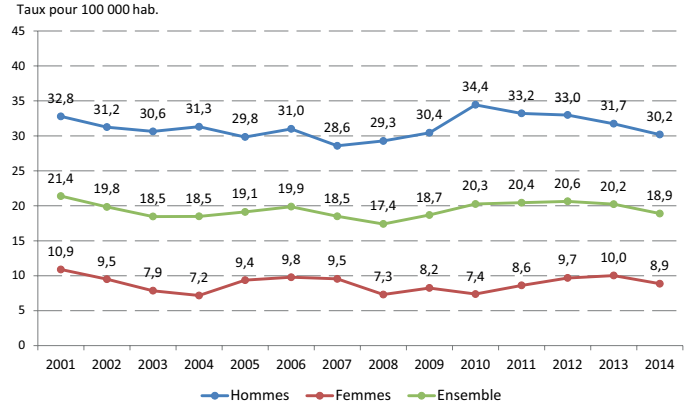
Isère



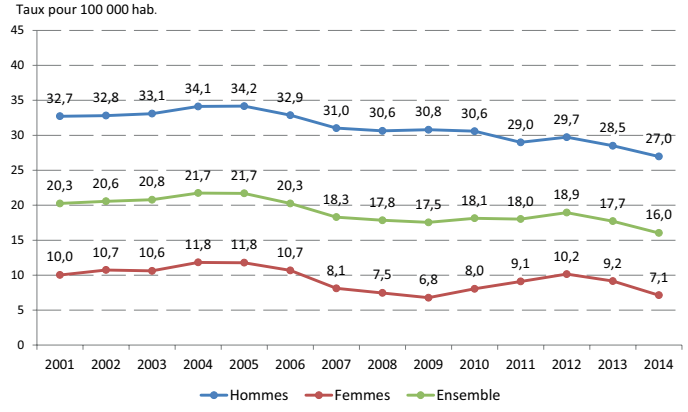
Loire



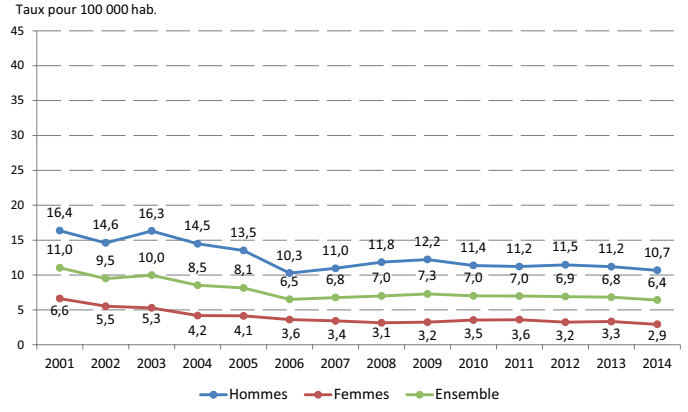
Haute-Loire



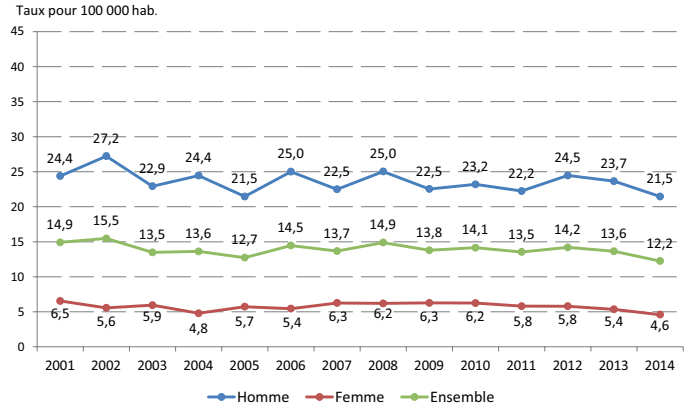
Puy-de-Dôme



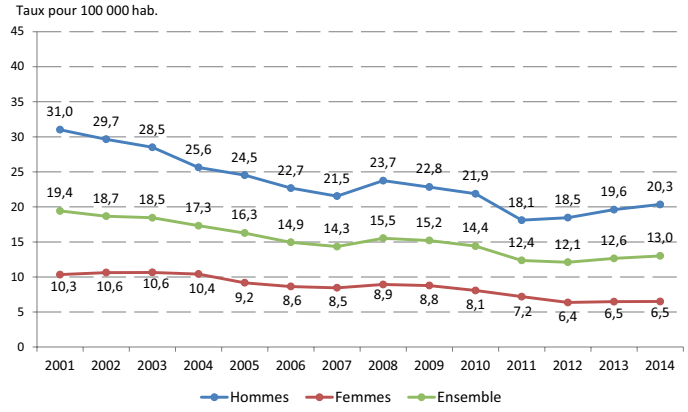
Rhône



Savoie



Haute-Savoie



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

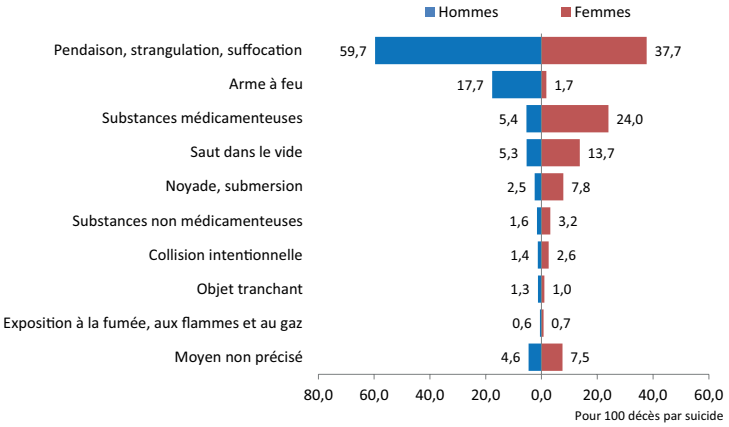
La pendaison : 1er mode opératoire quel que soit le sexe

Depuis plusieurs années, la pendaison est, de loin, le mode opératoire le plus utilisé, quel que soit le sexe (cf. figure 10). Des différences apparaissent toutefois entre hommes et femmes quant aux autres moyens : les hommes utilisent ensuite plus souvent les armes à feu alors que les femmes ont ensuite plus fréquemment recours aux substances médicamenteuses, puis au saut dans le vide. Chez les hommes, la part des décès par arme à feu est plus élevée chez les 65 ans et plus (30 %) qu'en population générale. Ainsi, les décès par pendaison ne représentent plus que 46 % des suicides.

Chez les hommes, la part des décès par pendaison parmi les décès par suicide n'a cessé d'augmenter depuis 2000.

Chez les femmes, le mode de suicide a évolué : jusqu'en 2005-2007, le mode le plus fréquent était la prise de substances médicamenteuses. Après cette période, la pendaison devient le principal mode de suicide.

Figure 10 - Répartition des suicides selon le mode opératoire – Période 2013-2015 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Inserm-CépiDc 2013-2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

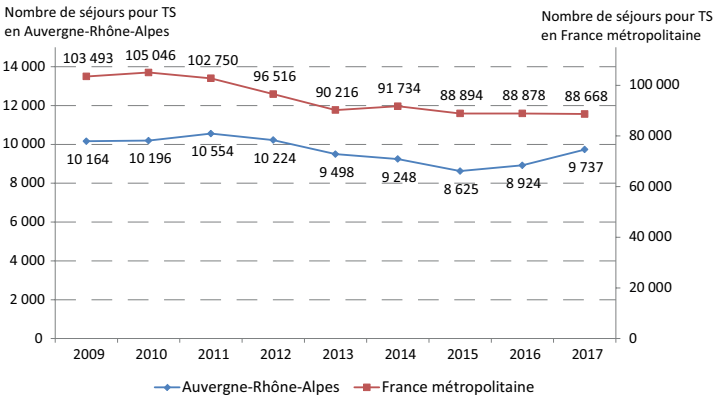
Des taux de séjours hospitaliers MCO pour TS inférieurs dans la région par rapport au taux national

Sur la période 2015-2017, 9 095 séjours hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (TS) (cf. sources de données et méthode p. 33) ont été recensés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes.

Dans la région, après avoir augmenté jusqu'en 2011, puis baissé jusqu'en 2015, l'augmentation du nombre de séjours constatée en 2016 se poursuit en 2017 (cf. figure 11). En France métropolitaine, ce nombre de séjours semble se stabiliser depuis 2015.

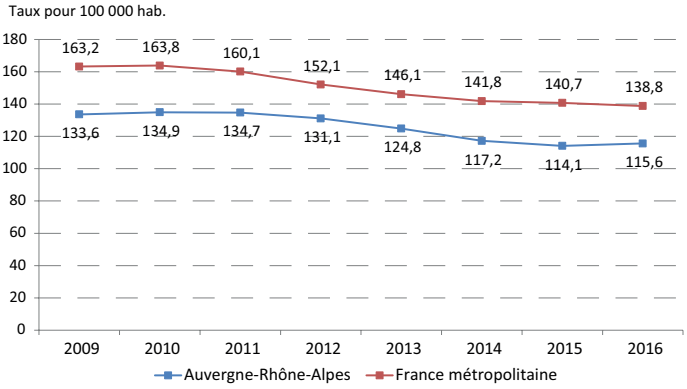
Les séjours hospitaliers en MCO pour TS sont majoritairement recensés chez les femmes : sur la période 2015-2017, 62 % de ces séjours concernent des femmes.

Figure 11 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2009-2017



Source : PMSI-MCO 2009-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 12 - Évolution des taux* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2008-2017



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : PMSI-MCO 2008-2017, Insee, estimation population 2008-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

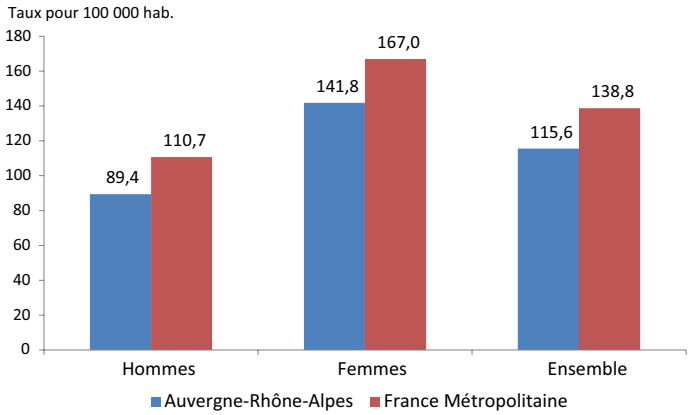
En rapportant le nombre de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide à la population, il est constaté, dans la région, après une légère hausse entre 2008 et 2011 puis une baisse, une stabilisation du taux annuel standardisé (cf. sources de données et méthode p. 33) sur la période 2015-2017 avec 115,6 séjours pour 100 000 personnes sur cette période (cf. figure 12). En France métropolitaine, ce taux diminue progressivement depuis 2009.

L'amélioration du codage, amorcée depuis plusieurs années dans les établissements de la région (cf. encadré sur « les consignes de codage et amélioration de la codification » p. 35), est probablement à mettre en lien avec la stabilisation constatée en 2015-2017 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Sur la période 2015-2017, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, en région Auvergne-Rhône-Alpes ou sur le territoire national : 142 séjours pour 100 000 femmes ont été enregistrés dans la région sur la période 2015-2017 contre 89 séjours pour 100 000 hommes (cf. figure 13).

Concernant les séjours hospitaliers pour tentative de suicide, la situation en région Auvergne-Rhône-Alpes semble globalement plus favorable qu'en France métropolitaine : quel que soit le sexe, les taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide y sont plus faibles. Des disparités persistent toutefois selon les départements de la région.

Figure 13 - Taux annuels standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017



Sources : PMSI-MCO 2015-2017, Insee, estimation population 2015-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

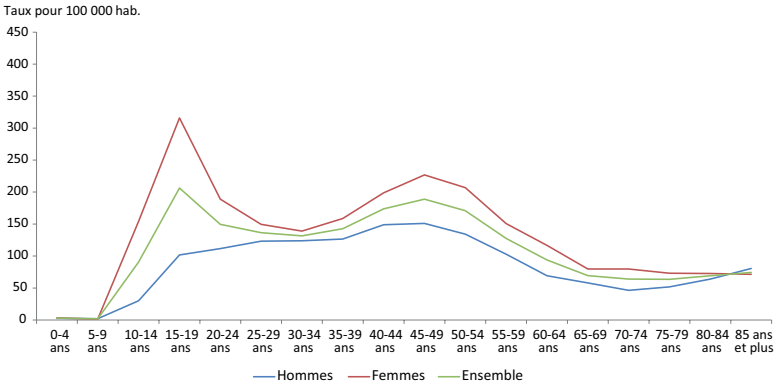
Des taux de séjours hospitaliers MCO pour TS particulièrement élevés chez les femmes de 15-19 ans

Sur la période 2015-2017, les courbes représentant, en MCO, les taux spécifiques de séjours hospitaliers pour tentative de suicide par tranche d'âge suivent globalement la même tendance en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figures 14 et 15).

Deux pics particulièrement élevés sont constatés chez les femmes : l'un chez les 15-19 ans (316 pour 100 000 habitantes) et l'autre chez les 45-49 ans (227 pour 100 000 habitantes).

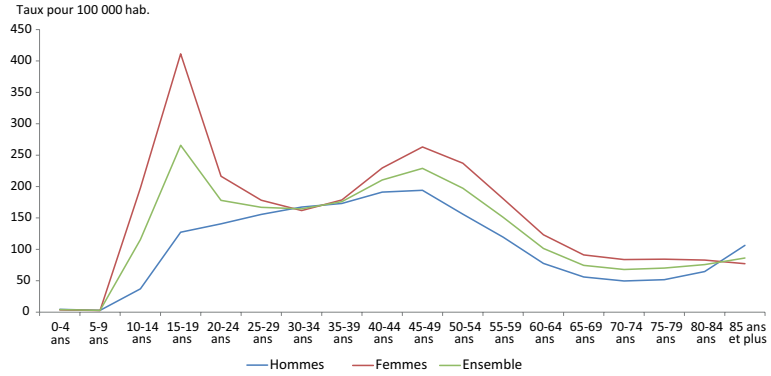
Chez les hommes, les taux sont moins élevés dans presque toutes les tranches d'âge. Ils sont proches de ceux des femmes pour les 30-34 ans et les 80 ans et plus.

Figure 14 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers MCO pour TS par tranche d'âge et par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes, 2015-2017



Sources : PMSI-MCO 2015-2017, Insee, estimation population 2015-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 15 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers MCO pour TS par tranche d'âge et par sexe, en France métropolitaine, 2015-2017



Sources : PMSI-MCO 2015-2017, Insee, estimation population 2015-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

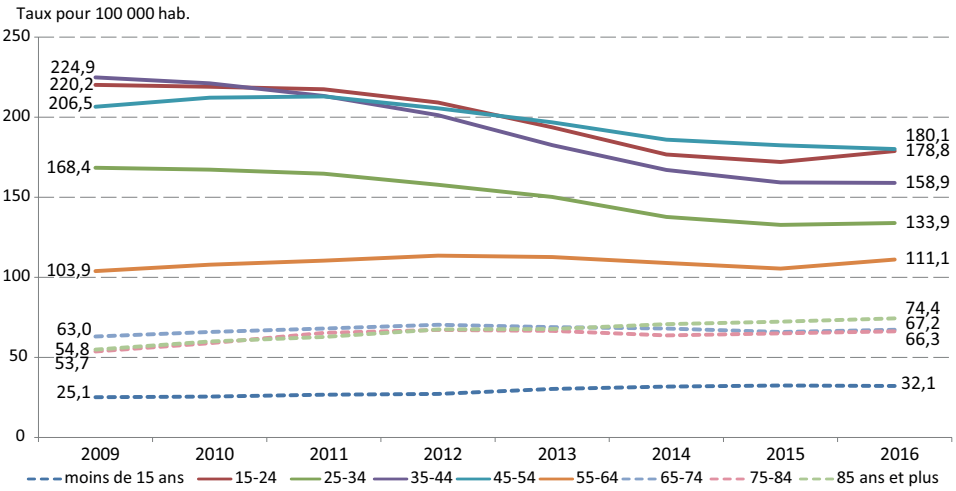
Dans la région, chez les personnes âgées entre 45 et 84 ans, l'évolution des taux spécifiques de séjours hospitaliers pour TS suit globalement la courbe régionale depuis 2008, à savoir une légère augmentation des taux jusqu'en 2011, suivie d'une légère baisse et d'une stabilisation en 2015-2017 (cf. figure 16).

Chez les jeunes adultes (15-44 ans), la courbe a plutôt tendance à diminuer depuis 2009.

Enfin, chez les personnes les plus jeunes (moins de 15 ans) et les plus âgées (85 ans et plus), ce taux a tendance au contraire à augmenter sensiblement depuis une dizaine d'années.

Les mêmes évolutions sont constatées sur le territoire national.

Figure 16 - Évolution des taux* spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les groupes d'âge entre 2008 et 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes



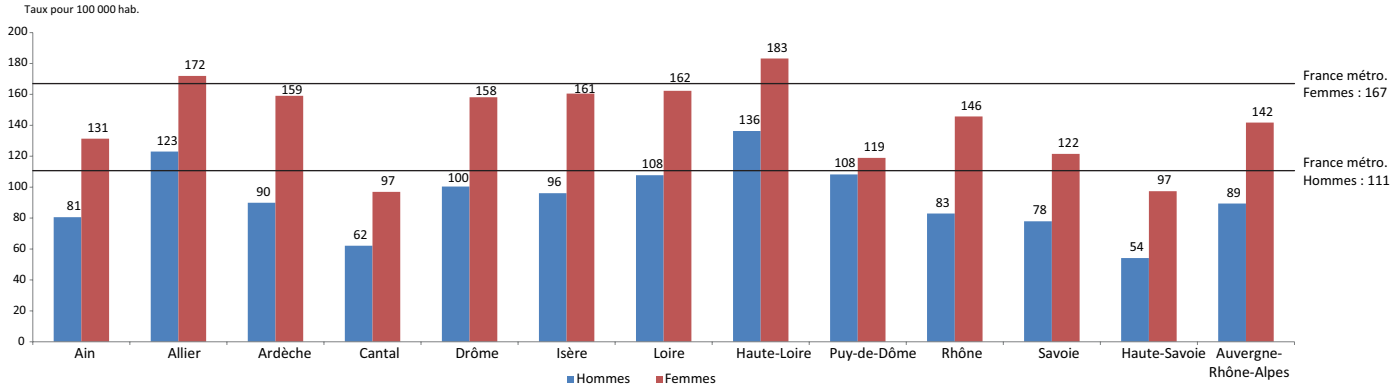
** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : PMSI-MCO 2008-2017, Insee, estimation population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Une situation hétérogène selon les départements

Les taux standardisés de séjours hospitaliers pour TS sont hétérogènes selon les départements : l'Allier et la Haute-Loire ont, indépendamment du sexe, des taux supérieurs aux taux nationaux tandis que l'Ardèche (chez les femmes), le Puy-de-Dôme (chez les hommes), la Drôme, l'Isère et la Loire ont des taux supérieurs aux taux régionaux (cf. figure 17).

À l'inverse, les départements du Cantal, de la Savoie et de la Haute-Savoie enregistrent des taux faibles comparativement au territoire national. Les données du Cantal qui peuvent surprendre seront à explorer courant 2019.

Figure 17 - Taux annuels standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017



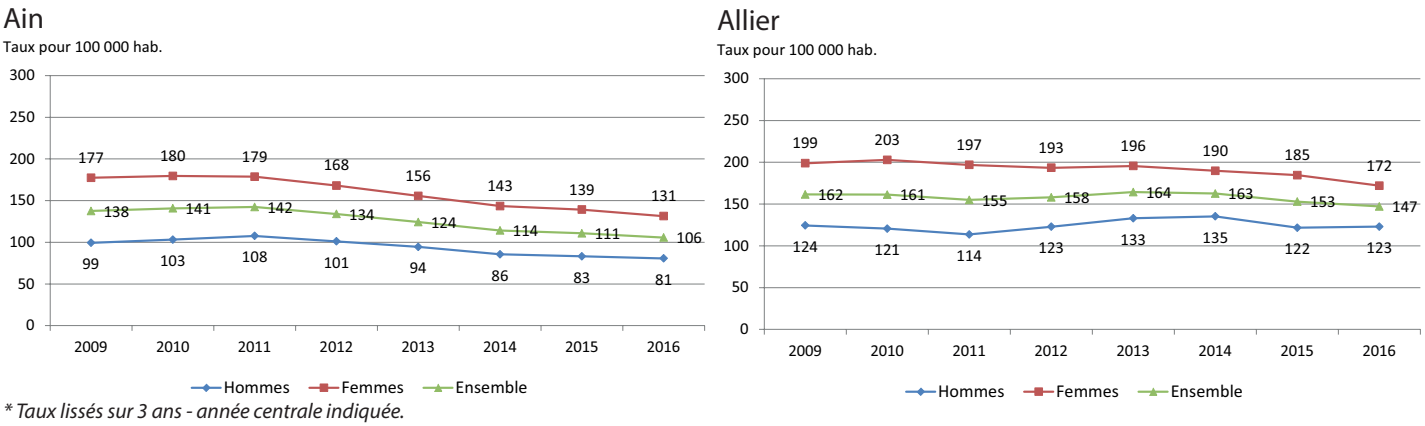
Sources : PMSI-MCO 2015-2017, Insee, estimation population 2015-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les graphiques qui suivent présentent l'évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par département de 2008 à 2017 (cf. figure 18).

Ces taux ont augmenté dans le département du Puy-de-Dôme. Cela traduit l'amélioration des méthodes de codage (cf. encadré « Consignes de codage et amélioration de la codification » p. 35). Ce département se distingue également par un faible écart des taux annuels standardisés entre les hommes et les femmes. Une des hypothèses explicatives pourrait être le dépistage et l'exploration systématique de toute intoxication éthylique aiguë chez les patients requérant le service d'urgence médico-chirurgicale du CHU de Clermont-Ferrand (surreprésentation masculine) par les psychiatres des urgences à la recherche d'une intentionnalité auto-agressive directe et/ou associée.

Certains départements n'enregistrent pas d'augmentation sur la période 2015-2017 et connaissent une baisse continue du taux depuis plusieurs années : l'Ain et la Savoie (quel que soit le sexe), l'Allier (chez les femmes), l'Ardèche (chez les hommes) et la Haute-Loire (chez les femmes).

Figure 18 - Évolution des taux* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les départements de 2008 à 2017



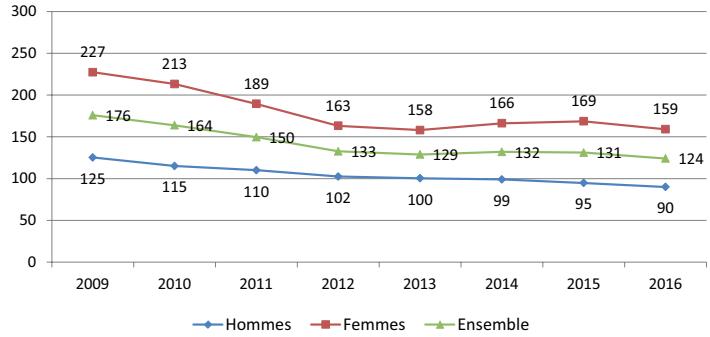
** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

Sources : PMSI-MCO 2008-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 18 - Évolution des taux* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les départements (suite)

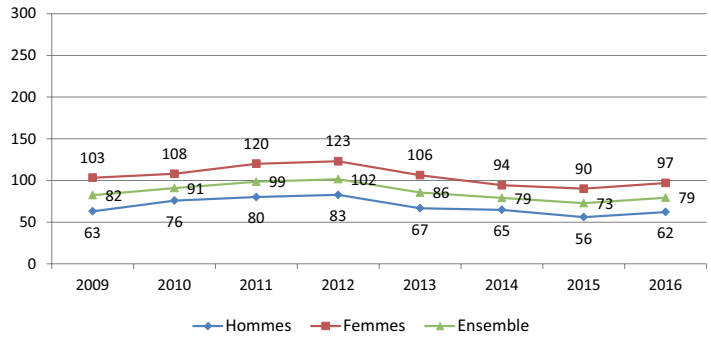
Ardèche

Taux pour 100 000 hab.



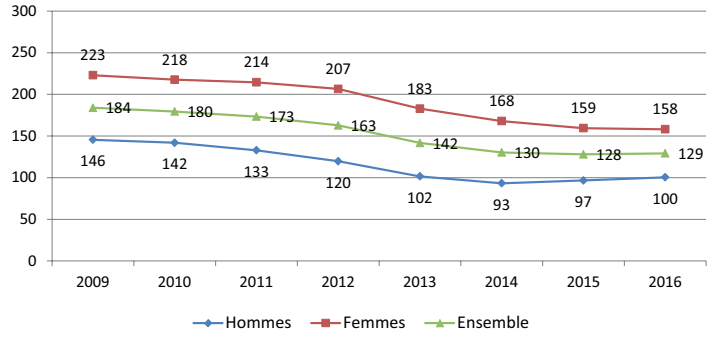
Cantal

Taux pour 100 000 hab.



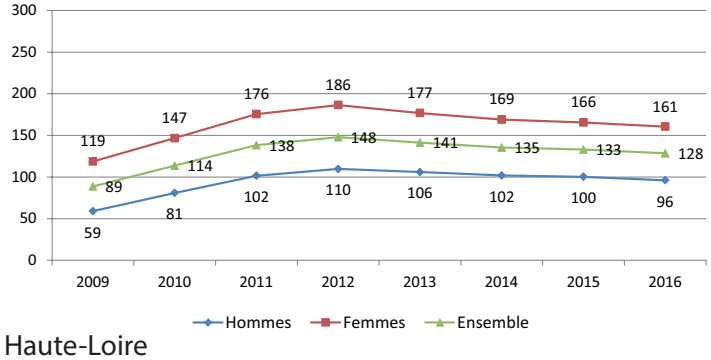
Drôme

Taux pour 100 000 hab.



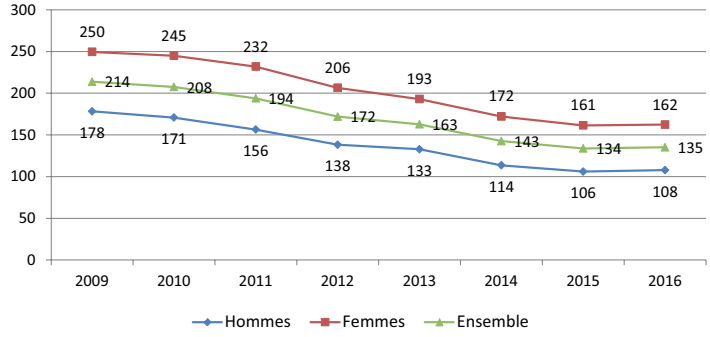
Isère

Taux pour 100 000 hab.



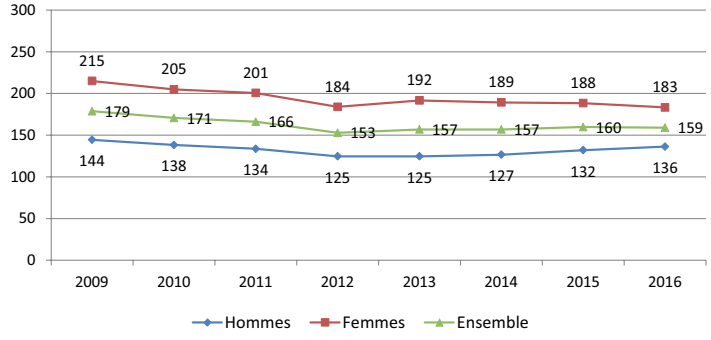
Loire

Taux pour 100 000 hab.



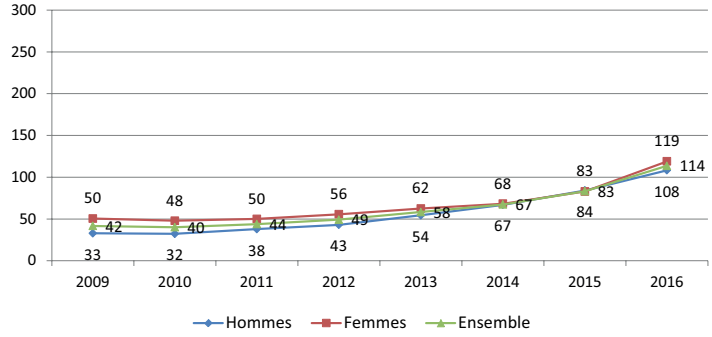
Haute-Loire

Taux pour 100 000 hab.



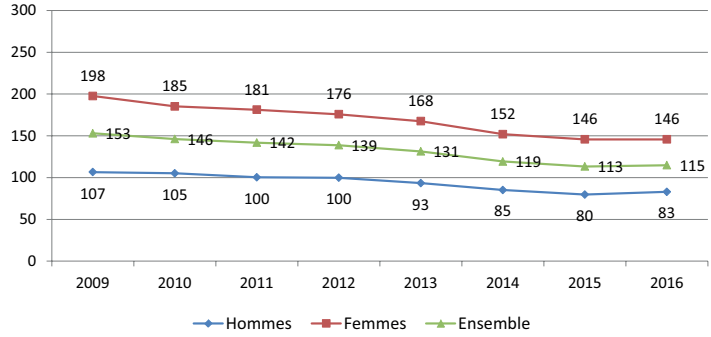
Puy-de-Dôme

Taux pour 100 000 hab.



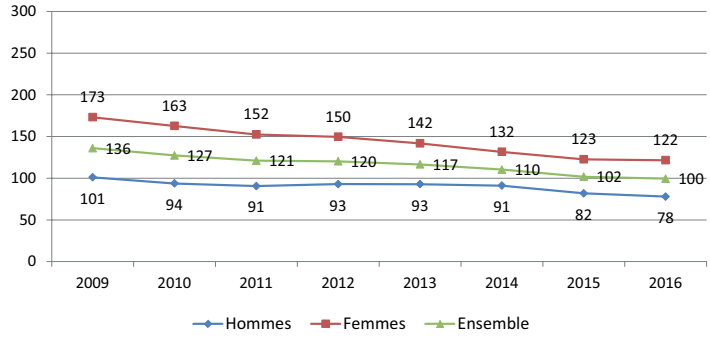
Rhône

Taux pour 100 000 hab.



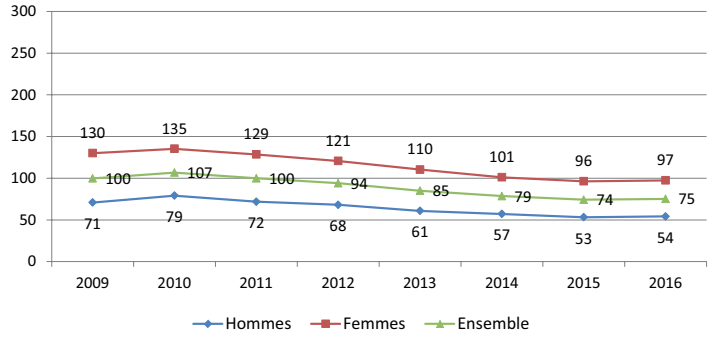
Savoie

Taux pour 100 000 hab.



Haute-Savoie

Taux pour 100 000 hab.



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

Sources : PMSI-MCO 2008-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'absorption de substances médicamenteuses : 1er mode opératoire chez les hommes et les femmes

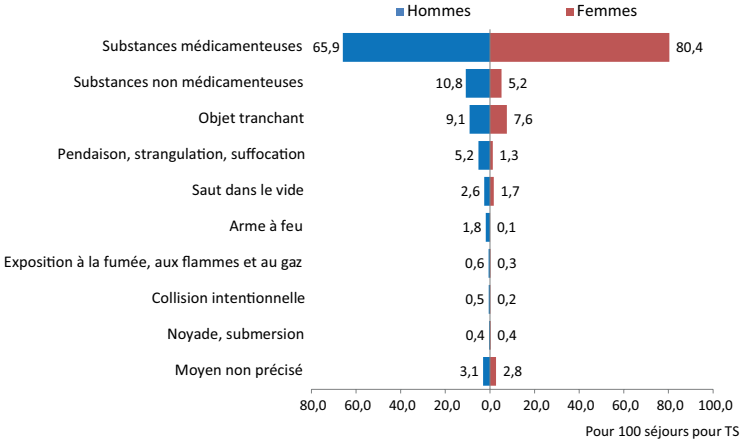
Concernant les modes opératoires recensés parmi les séjours hospitaliers faisant suite à une tentative de suicide, l'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire de loin le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les hommes (66 %) que chez les femmes (80 %) (cf. figure 19). La consommation de substances non médicamenteuses et l'utilisation d'un objet tranchant sont ensuite les modes opératoires les plus fréquemment retrouvés.

La répartition des modes opératoires semble différente chez les jeunes de 10-14 ans[1]. La prise de substances médicamenteuses est majoritaire, mais d'une manière moins fréquente qu'en population générale : 50 % des séjours chez les garçons de 10-14 ans. Viennent ensuite l'utilisation d'un objet tranchant (19 %) et la pendaison (12 %).

De même, chez les jeunes filles de cette tranche d'âge, 65 % des séjours pour TS sont dûs à la prise de substances médicamenteuses et 24 % à l'utilisation d'un objet tranchant.

Chez les hommes comme chez les femmes, toutes tranches d'âge confondues, la part des séjours pour TS par absorption de substances médicamenteuses a légèrement diminué au cours des dernières années (70 % chez les hommes et 85 % chez les femmes sur la période 2013-2015) au profit de l'absorption de substances non médicamenteuses (9 % chez les hommes et 3 % chez les femmes sur la période 2013-2015) et des objets tranchants (7 % chez les hommes et 5 % chez les femmes sur la période 2013-2015).

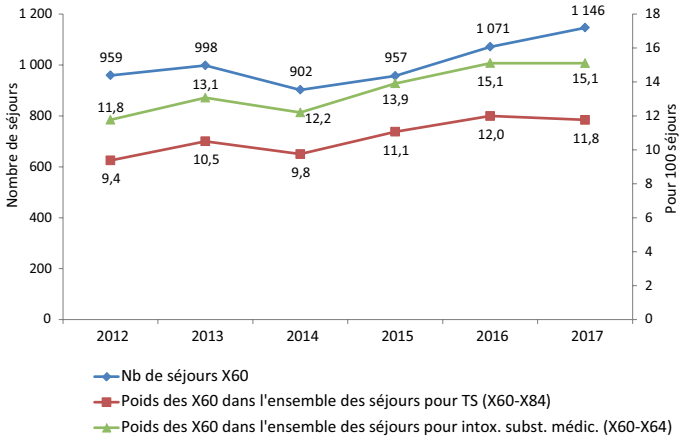
Figure 19 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon le mode opératoire sur la période 2015-2017 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : PMSI-MCO 2015-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

[1]77 séjours pour TS en moyenne par an chez les garçons de cette tranche d'âge et 373 en moyenne par an chez les filles sur la période 2015-2017.

Figure 20 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2012 et 2017



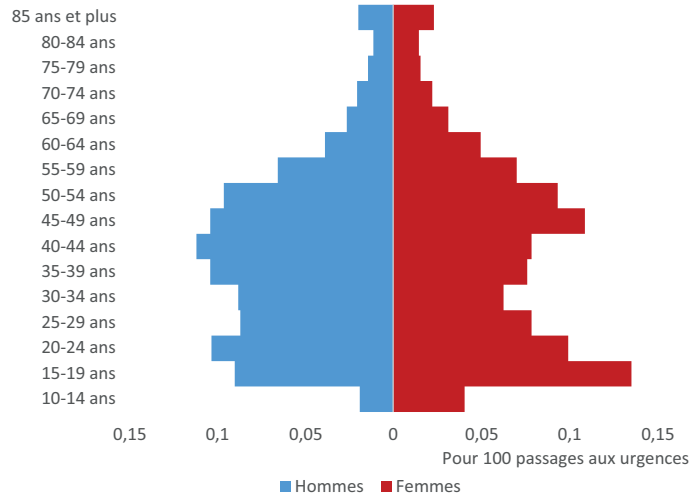
Source : PMSI-MCO 2012-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Un zoom a été réalisé sur les séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (cf. figure 20) suite au ressenti de différents psychiatres sur l'augmentation des prises en charge des tentatives de suicide dûes à cette cause.

Ce mode de tentative de suicide, parmi l'ensemble des séjours pour tentative de suicide, a augmenté depuis 2014, passant de 10 % en 2014 à 12 % en 2017. Ce phénomène est constaté dans tous les groupes d'âge. Cependant, chez les moins de 15 ans, après une augmentation entre 2014 (28 %) et 2016 (33 %), il a diminué en 2017 (24 %).

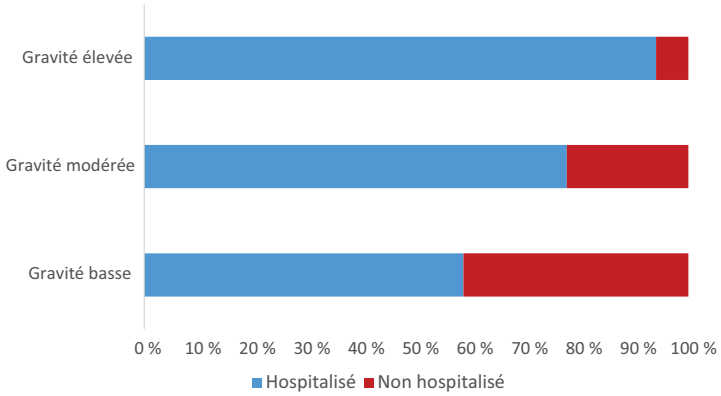
La surveillance des tentatives de suicide a été analysée à partir des résumés des passages aux urgences transmis par le réseau Oscour® (cf. sources de données et méthode p. 34). En 2017, 63 % des passages aux urgences pour tentative de suicide, en Auvergne-Rhône-Alpes, concernaient des femmes. La majorité des tentatives de suicide était recensée, quel que soit le sexe, entre 15 et 64 ans (cf. figure 21). Cependant, chez les femmes, deux pics étaient observés : chez les 15-19 ans puis chez les 45-49 ans. Chez les hommes, la majorité des passages concernait la tranche des 15-54 ans.

Figure 21 - Répartition des tentatives de suicide enregistrées aux urgences, par classe d'âge et sexe, Auvergne-Rhône-Alpes 2017 (N = 7 042)



Source : Santé publique France (Oscour®), exploitation Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 22 - Part des tentatives de suicide hospitalisées, après passage aux urgences, selon la gravité, Auvergne-Rhône-Alpes 2017 (N = 6 738)

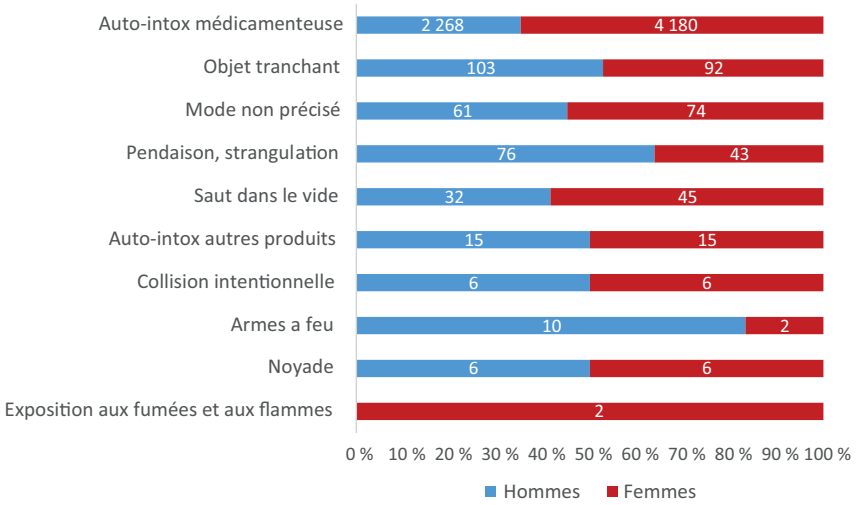


Source : Santé publique France (Oscour®), exploitation Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Quel que soit le degré de gravité observé (cf. sources de données et méthode p. 34), les tentatives de suicide donnaient majoritairement lieu à une hospitalisation lors de leur prise en charge aux urgences (cf. figure 22). Pour celles classées en gravité basse (CCMU 1, 2 ou P), 60 % d'entre elles étaient hospitalisées.

L'auto-intoxication médicamenteuse était majoritairement utilisée quel que soit le sexe (cf. figure 23). Ce mode représentait 94 % des tentatives de suicide chez les femmes et 88 % chez les hommes, indépendamment de la classe d'âge.
Par ailleurs, les femmes avaient plus souvent recours au saut dans le vide alors que les hommes utilisaient plus fréquemment des modes tels que la pendaison et les armes à feu.

Figure 23 - Distribution par sexe des tentatives de suicide, enregistrées aux urgences, selon le mode utilisé, Auvergne-Rhône-Alpes 2017 (N = 7 042)



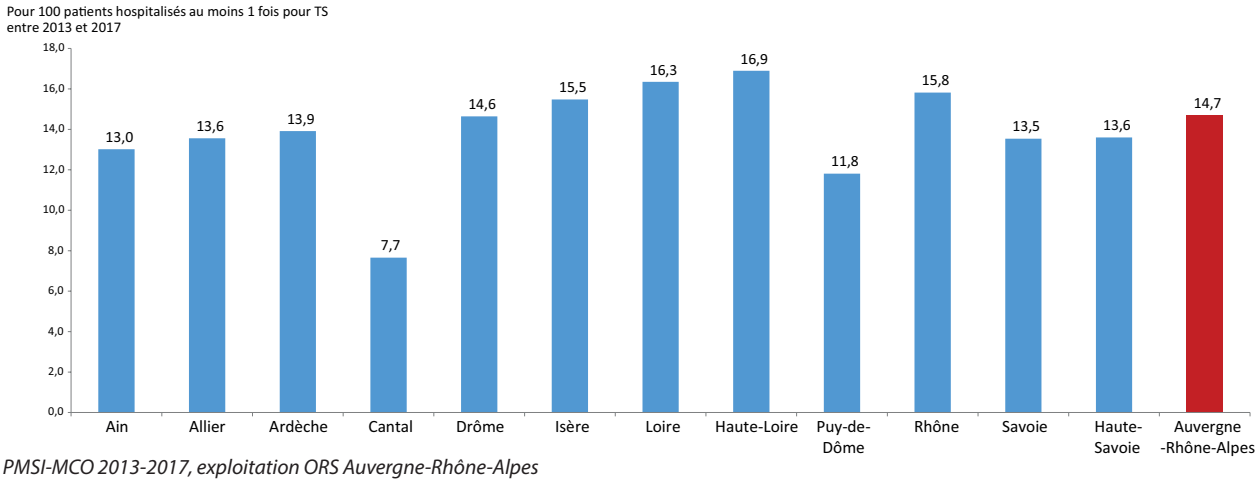
Source : Santé publique France (Oscour®), exploitation Cire Auvergne-Rhône-Alpes

Pour enrichir la réflexion sur la question des tentatives de suicide, une analyse des ré-hospitalisations pour tentative de suicide entre 2013 et 2017 a été réalisée à partir des données du PMSI MCO. Celle-ci vise à observer, sur une période de 5 ans, tous les patients ayant eu au moins deux séjours liés à une tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes au cours de cette période (cf. sources de données et méthode p. 33).

En Auvergne-Rhône-Alpes, sur la période 2013-2017, 14,7 % des patients hospitalisés pour une tentative de suicide ont eu au moins 2 séjours pour tentative de suicide sur cette période (cf. figure 24). L'analyse montre une grande hétérogénéité départementale. Les taux de ré-hospitalisation pour tentative de suicide sont plus élevés dans les départements de l'Isère, de la Loire, de la Haute-Loire et du Rhône alors qu'il reste plus faible dans le Cantal.

Enfin, la part de ré-hospitalisation pour tentative de suicide constatée dans le Puy-de-Dôme semble difficilement interprétable, des observations quant à la qualité du codage des tentatives de suicide ayant été signalées dans ce département avant 2016 (cf. consignes de codage et amélioration de la codification p. 35).

Figure 24 - Part de patients ayant eu une ré-hospitalisation pour tentative de suicide sur la période selon le département entre 2013 et 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes

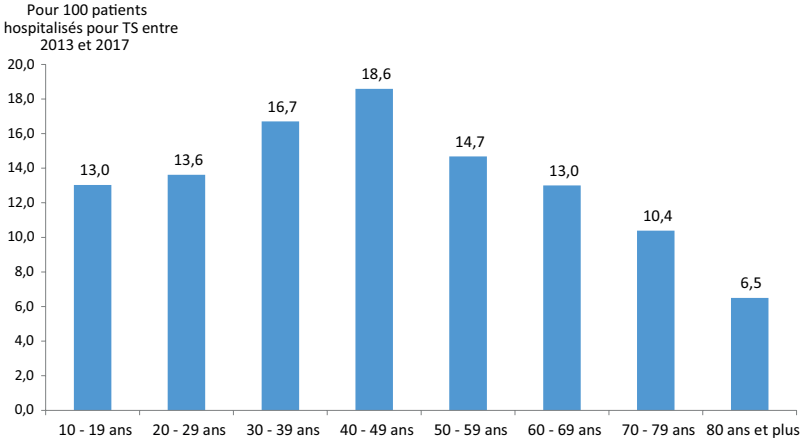


Source : PMSI-MCO 2013-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La part de patients ayant eu une ré-hospitalisation pour tentative de suicide augmente avec l'âge pour atteindre son maximum chez les 40-49 ans : 18,6 % des patients de cette tranche d'âge hospitalisés pour une tentative de suicide entre 2013 et 2017 ont eu au moins 2 séjours sur cette période (cf. figure 25). Cette part diminue ensuite progressivement avec l'âge.

Cette analyse sur les ré-hospitalisations pour tentative de suicide sera approfondie en 2019, avec un travail centré sur les réitérations suicidaires, en lien avec la mise en place de la stratégie de recontact en région.

Figure 25 - Part de patients ayant eu une ré-hospitalisation pour tentative de suicide sur la période selon la tranche d'âge entre 2013 et 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : PMSI-MCO 2013-2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

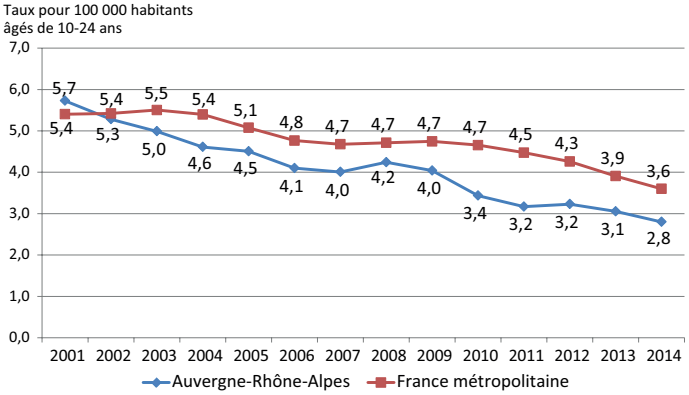
Sur la période 2013-2015, 40 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont recensés en moyenne par an dans la région : 40 en 2015, 34 en 2014 et 45 en 2013. Chez les 10-14 ans, les décès par suicide (n<5) constituent la 2ème cause de décès après les tumeurs.

Dans la région, 75 % des décès chez les 10-24 ans concernent des jeunes hommes (30 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 12 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les jeunes de 10-24 ans et constitue la 3ème cause de décès après les accidents de la route et les tumeurs. Depuis les années 2000, chez les 10-24 ans, la part des décès par suicide oscille entre 11,7 % et 13,7 %.

Chez les 15-24 ans (36 décès en moyenne par an soit 3,8 décès par suicide pour 100 000 sur la période 2013-2015), ces décès représentent 13 % de l'ensemble des décès et constituent la 2ème cause de décès après les accidents de la route.

Le taux spécifique de décès par suicide chez les 10-24 ans sur la période 2013-2015 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 2,8 pour 100 000 (4,1 chez les garçons et 1,4 chez les filles) versus 3,6 pour 100 000 en France métropolitaine (5,2 chez les garçons et 1,9 chez les filles) (cf. figure 26). Ce taux spécifique a globalement diminué depuis 2001, que ce soit dans la région ou en France métropolitaine.

Figure 26 - Évolution des taux* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans de 2000 à 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

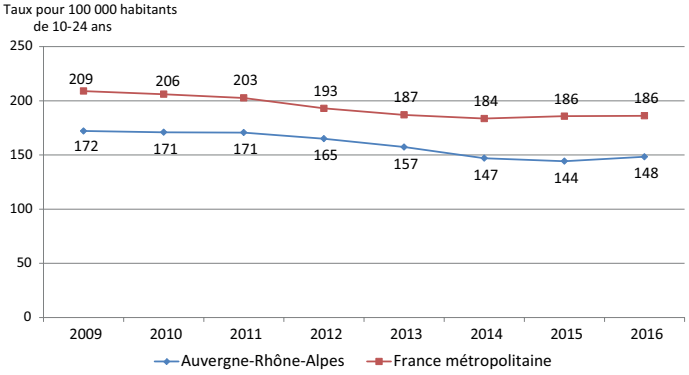
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les jeunes de 10-24 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

Sur la période 2015-2017, 2 135 séjours hospitaliers MCO pour TS ont été comptabilisés en moyenne par an chez les jeunes de 10-24 ans dans la région : 2 359 en 2017, 2 086 en 2016 et 1 959 en 2015. Soixante-douze pour cent de ces séjours concernent les jeunes femmes (1 546 séjours en moyenne par an). Parmi ces séjours, 21 % ont concerné les jeunes âgés de 10 à 14 ans (449 séjours en moyenne par an soit 91 pour 100 000 sur la période 2015-2017) et 79 % les 15-24 ans (1 685 séjours en moyenne par an soit 179 pour 100 000 sur la période 2015-2017).

Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans sur la période 2015-2017 s'élève à 148 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (80 chez les garçons et 220 chez les filles) versus 186 pour 100 000 en France métropolitaine (100 chez les garçons et 276 chez les filles) (cf. figure 27). Ce taux spécifique a globalement diminué depuis 2008 dans la région comme en France métropolitaine, même s'il a tendance à stagner depuis 2013.

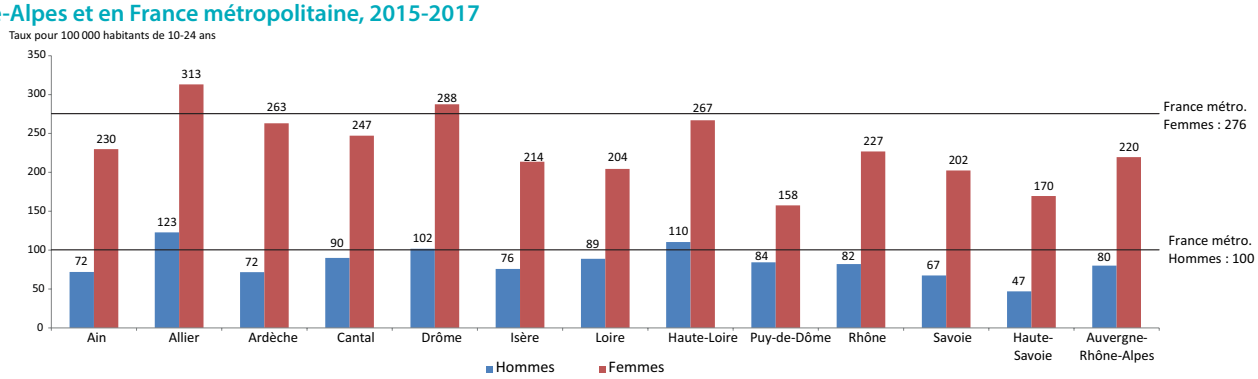
Figure 27 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans de 2008 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*

Sources : PMSI-MCO, données 2008-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 28 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les jeunes de 10 à 24 ans, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017



Sources : PMSI-MCO 2015-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

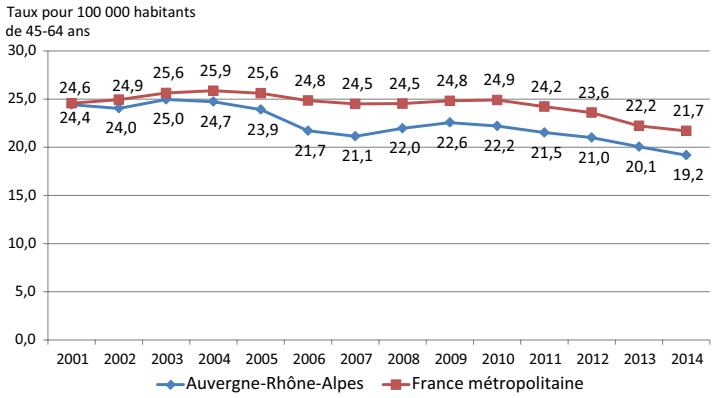
Trois départements présentent, chez les jeunes de 10-24 ans, des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide supérieurs au taux national : l'Allier pour les 2 sexes, la Haute-Loire, pour les hommes et la Drôme pour les jeunes femmes (cf. figure 28).

Les décès par suicide chez les personnes de 45-64 ans par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

Sur la période 2013-2015, 387 décès par suicide ont été recensés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : près de trois quarts de ces décès concernent les hommes (282 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 5 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette tranche d'âge. La part des décès par suicide dans l'ensemble des décès est restée stable dans cette population depuis les années 2000.

Le taux spécifique de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2013-2015 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 19,2 pour 100 000 (28,5 chez les hommes et 10,2 chez les femmes) versus 21,7 pour 100 000 en France métropolitaine (33,2 chez les hommes et 10,8 chez les femmes) (cf. figure 29). Après avoir augmenté entre 2008 et 2009, ce taux spécifique diminue depuis 2010, que ce soit dans la région ou en France métropolitaine.

Figure 29 - Évolution des taux* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 45-64 ans de 2000 à 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



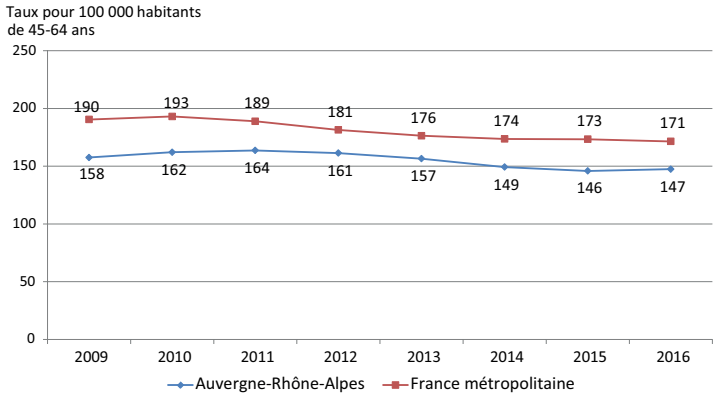
** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les personnes âgées de 45 à 64 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

Sur la période 2015-2017, 3 000 séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide ont été comptabilisés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans dans la région : 3 215 en 2017, 2 930 en 2016 et 2 855 en 2015. La majorité de ces séjours hospitaliers (61 %) concernent des femmes (1 839 séjours en moyenne par an).

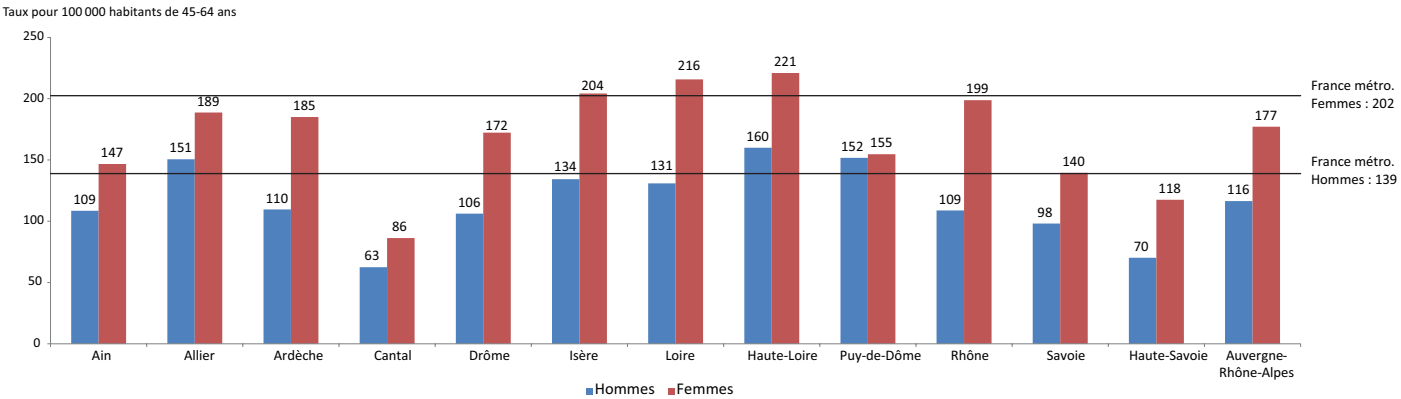
Le taux spécifique de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans sur la période 2015-2017 est plus faible dans la région qu'en France métropolitaine : il s'élève à 147 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (116 chez les hommes et 177 chez les femmes) versus 171 pour 100 000 en France métropolitaine (139 chez les hommes et 202 chez les femmes) (cf. figure 30). Ce taux spécifique a légèrement diminué depuis 2011 dans la région comme en France métropolitaine.

Figure 30 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide chez les personnes de 45-64 ans de 2008 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : PMSI-MCO, données 2008-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 31 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017



Sources : PMSI-MCO, 2015-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

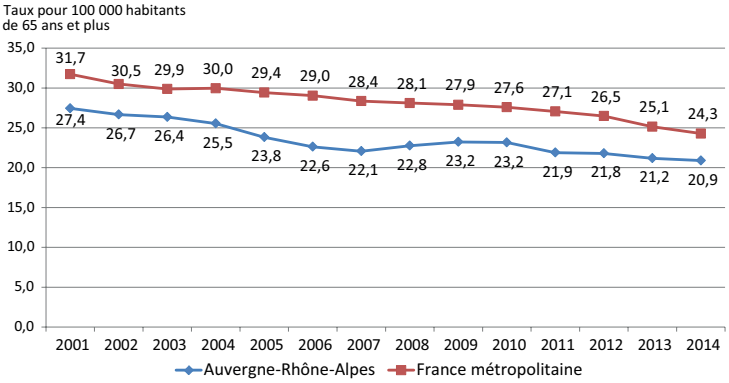
Comme pour l'ensemble de la population, le département de la Haute-Loire enregistre un taux spécifique annuel de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide supérieur au taux national chez les 45-64 ans, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (cf. figure 31). Chez les hommes, les départements de l'Allier et du Puy-de-Dôme se distinguent également par des taux plus élevés alors que chez les femmes, le département de la Loire compte un taux supérieur au taux national. Il est constaté de très faibles taux annuels spécifiques chez les 45-64 ans dans les départements du Cantal et de Haute-Savoie.

Les décès par suicide chez les personnes de 65 ans et plus par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2013-2015

Sur la période 2013-2015, 296 décès par suicide ont été recensés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes : plus des trois quarts de ces décès concernent les hommes (226 décès en moyenne par an). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les décès par suicide représentent 1 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette classe d'âge. La part des décès par suicide dans l'ensemble des décès est restée stable dans cette population depuis les années 2000.

Le taux spécifique de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2013-2015 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 21 pour 100 000 (37 chez les hommes et 9 chez les femmes) versus 24 pour 100 000 en France métropolitaine (42 chez les hommes et 11 chez les femmes) (cf. figure 32). Ce taux spécifique a globalement diminué depuis 2000, que ce soit dans la région ou en France métropolitaine. Chez les 65-74 ans, une diminution du taux spécifique de mortalité est constatée alors qu'une légère augmentation est remarquée chez les personnes âgées de 75 ans et plus depuis 2012 (cf. figure 7).

Figure 32 - Évolution des taux* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus de 2000 à 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



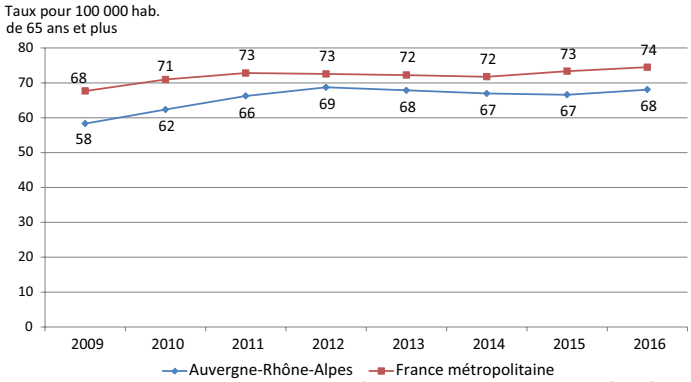
** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

Sur la période 2015-2017, 1 019 séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide ont été comptabilisés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région : 1 064 en 2017, 1 011 en 2016 et 982 en 2015. La majorité de ces séjours hospitaliers (64 %) concernent des femmes (648 séjours en moyenne par an).

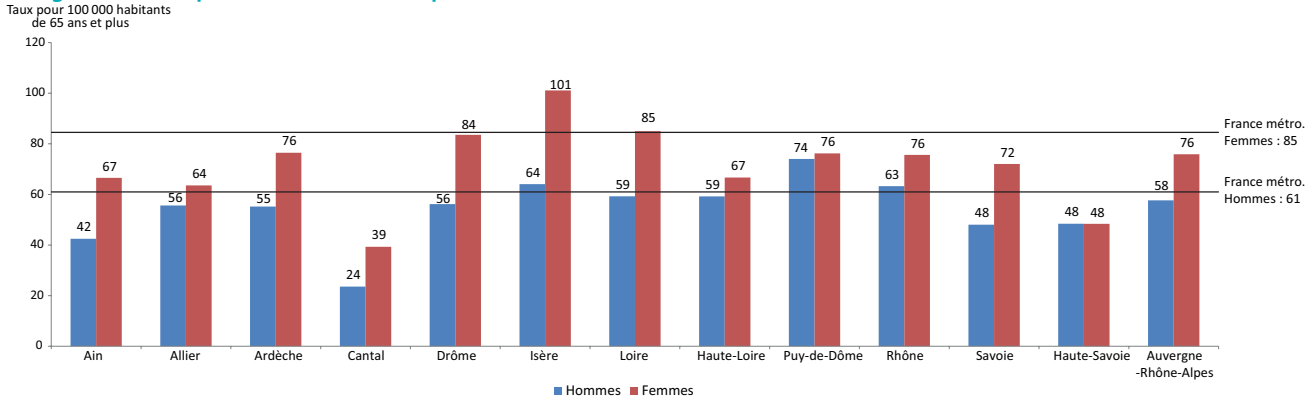
Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2015-2017 est légèrement plus faible dans la région qu'en France métropolitaine : il s'élève à 68 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (58 chez les hommes et 76 chez les femmes) versus 74 pour 100 000 en France métropolitaine (61 chez les hommes et 85 chez les femmes) (cf. figure 33). Ce taux spécifique a augmenté entre 2008 et 2012 dans la région comme en France métropolitaine, puis s'est stabilisé. L'évolution de ce taux est toutefois hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus (cf. figure 16).

Figure 33 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide chez les personnes de 65 ans et plus de 2008 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



** Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée.*
Sources : PMSI-MCO, données 2008-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 34 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017



Sources : PMSI-MCO, 2015-2017, Insee, estimation de population, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le département de l'Isère se démarque par des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers pour TS supérieurs à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. Les taux élevés en Isère, observés depuis plusieurs années, ont fait l'objet d'une analyse approfondie présentée dans l'encadré sur « les consignes de codage et amélioration de la codification » (p. 35). Chez les hommes, les taux sont également plus élevés dans les départements du Puy-de-Dôme et du Rhône. Comme chez les 45-64 ans, il est constaté de très faibles taux annuels spécifiques dans le département du Cantal.

Les chiffres et les points clés de la région Auvergne-Rhône-Alpes au regard des données disponibles

La mortalité par suicide

- Diminution globale de la mortalité par suicide depuis 2000. Vigilance à avoir pour les 75 ans et plus pour lesquels le taux spécifique de mortalité par suicide augmente légèrement depuis 2012.
- Des taux de mortalité par suicide toujours supérieurs chez les hommes.
- Un quart des décès par suicide concernent les 45-54 ans.
- Première cause de mortalité chez les 25-34 ans.
- Deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- Les territoires les plus impactés par la mortalité par suicide sont l'Allier, l'Ardèche, la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme.
- La pendaison : 1er mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.

Les tentatives de suicide

Les séjours hospitaliers MCO

- Après une baisse entre 2011 et 2015, le taux de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide s'est stabilisé.
- Les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS sont plus élevés chez femmes que chez les hommes.
- Deux pics s'observent, notamment chez les femmes (15-19 ans et 45-49 ans).
- Les territoires les plus impactés sont l'Ardèche (chez les femmes), le Puy-de-Dôme (chez les hommes) et l'Allier, la Loire, la Haute-Loire, la Drôme et l'Isère quel que soit le sexe.
- L'absorption de substances médicamenteuses : 1er mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.

Les passages aux urgences

- Trois passages sur cinq concernent des femmes, avec 2 pics chez les 15-19 ans et les 45-49 ans.
- L'auto-intoxication médicamenteuse : 1er mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.

Les ré-hospitalisations pour tentative de suicide entre 2013 et 2017

- 14,7 % des patients hospitalisés pour une tentative de suicide sur la période 2013-2017 ont eu au moins 2 séjours pour tentative de suicide sur cette période.

L'hétérogénéité observée au sein de la région, tant en termes de mortalité que de tentative de suicide, mérite d'être explorée plus finement dans les années à venir, plus particulièrement pour objectiver les inégalités sociales vis à vis du suicide.

Le suicide chez les agriculteurs

Santé publique France et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) se sont associées depuis 2007 pour étudier la mortalité par suicide au sein de la population agricole. Une première étude sur la surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants entre 2007 et 2009, parue en 2013 [6], a mis en lumière la surmortalité par suicide de cette population (plus de 20 % au-dessus de la moyenne nationale). Une seconde étude [7] sur les caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 a mis en évidence des différences entraînant une surmortalité selon les caractéristiques socioprofessionnelles suivantes :

- un âge compris entre 45 et 54 ans par rapport à ceux âgés de moins de 35 ans ;
- une exploitation à titre individuel par rapport au fait d'avoir une exploitation à titre sociétaire ;
- une activité d'exploitant à titre exclusif par rapport au fait d'avoir une activité d'exploitant à titre non exclusif ;
- une surface agricole utile (SAU) comprise entre 20 et 49 hectares par rapport au fait d'avoir une SAU de plus de 200 hectares ;
- une exploitation située en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne et dans les Hauts-de-France par rapport au fait d'avoir une exploitation située dans le Grand Est.

Au regard de ces résultats, une extraction des données de la région Auvergne-Rhône-Alpes a été effectuée par Santé publique France afin de caractériser les hommes agriculteurs exploitants décédés par suicide durant cette période. Entre 2007 et 2011, 125 décès par suicide d'hommes agriculteurs exploitants ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes : plus de la moitié de ces décès ont pour mode opératoire la pendaison et plus d'un tiers les armes à feu ou explosifs.

La classe d'âge des 45-54 ans reste la plus représentée (42 % des décès par suicide alors qu'ils ne représentent que 35 % des hommes agriculteurs exploitants étudiés). En Auvergne-Rhône-Alpes, les trois quarts des hommes agriculteurs décédés par suicide sont des exploitants à titre individuel (74 %) alors que ces derniers représentent 60 % de l'ensemble des hommes agriculteurs exploitants étudiés dans la région. Enfin, 88 % des hommes agriculteurs décédés par suicide ont une activité d'exploitant à titre exclusif (84 % des hommes agriculteurs exploitants étudiés dans la région). Tous ces résultats sont concordants avec les résultats observés au niveau national.

Pour compléter l'étude sur les agriculteurs exploitants, Santé publique France a publié, en juillet 2018, un article sur la mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 [8]. Cette étude décrit la mortalité par suicide des salariés agricoles affiliés à la MSA en activité entre 2007 et 2013 et la compare à celle de la population générale française. Les résultats montrent une sous-mortalité par suicide des salariés en activité affiliés à la MSA par rapport à la population générale. Cette sous-mortalité par rapport à la population générale est classiquement observée dans la surveillance des cohortes professionnelles. Elle s'explique par un ensemble de mécanismes de sélection regroupés sous le nom d'effet du « travailleur sain », mais ne permet pas de conclure à l'absence d'excès de risque de certains groupes de ces salariés vis-à-vis du suicide.

[6] Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants : premiers résultats, InVS, septembre 2013, 26p.]
[7] Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva-Canu I, Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011. Santé publique France ; 2017. 10p.
[8] Klingelschmidt J, Chastang JF, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L, Niedhammer I. Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(27):549-55.

PROFILS DE TERRITOIRE ET CARTES RESSOURCES

Dans la lignée des efforts réalisés pour renforcer la prévention du suicide, nous souhaitons disposer d'informations, qui, aux côtés des données épidémiologiques présentées, permettent aussi de rendre lisibles les ressources de nos territoires dont on a vu combien ils étaient contrastés dans la première partie de ce bulletin.

Les profils de territoires sont rappelés ici. Les travaux de l'année 2019 permettront de les préciser.

Dans la même optique, sont mis à disposition du lecteur une série de cartes ressources pour mieux comprendre le maillage de nos territoires, en les interrogeant sous un angle différent que la seule épidémiologie. Nous commençons cette année à présenter une série de ressources qui sera complétée au fil du temps, avec l'ambition de faire apparaître celles qui contribuent aussi bien en matière de prévention que de prise en charge de la problématique du suicide. Le champ des addictions pourra aussi être précisé dans les prochains travaux. Ces ressources pourront être combinées à des focus populationnels que nous avons initiés selon les classes d'âge ou encore en milieu agricole. D'autres focus peuvent être envisagés. Enfin, nous souhaiterions avancer sur les inégalités sociales de santé en matière de suicide de manière à les objectiver et à adapter les actions de prévention. Les cartes représentant les ressources, doivent être interprétées les unes au regard des autres dans une vision stratégique des ressources à mobiliser de façon complémentaire sur les territoires afin de consolider la prévention du suicide en région.

LES PROFILS DE TERRITOIRE

Pour rappel, dans le précédent bulletin [2], des profils de territoire ont été réalisés à partir d'une typologie produite à l'échelle des Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) 2017. Dix-sept indicateurs en lien avec la thématique du suicide ont été retenus pour construire ces profils de territoire (cf. méthodologie des profils de territoire p. 36). Cette typologie a permis d'identifier 6 classes regroupant des EPCI au profil similaire :

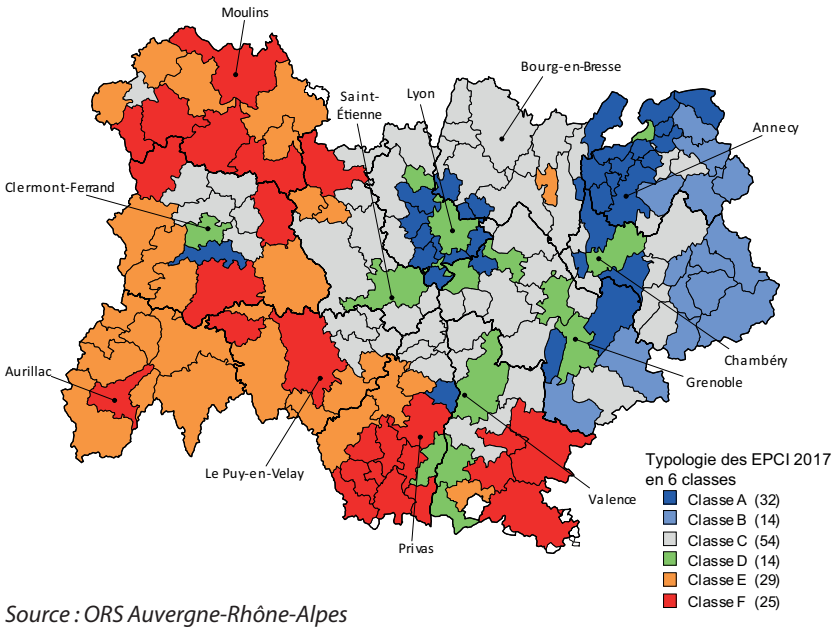
- les 2 premières classes (A et B) regroupent des EPCI situés à l'est de la région ou autour de la Métropole lyonnaise. Ils se caractérisent par une population socialement favorisée. Les indicateurs de « santé mentale » retenus sont plutôt favorables dans ces 2 classes ;

- la 3ème classe (C) regroupe des EPCI comprenant une population plutôt ouvrière, peu âgée, avec des indicateurs de « santé mentale » retenus dans la moyenne régionale ;

- la 4ème classe (D) comprend les grandes agglomérations de la région. Dans cette classe, la population est plutôt jeune et, du fait de la composition de cette classe, la situation sociale ainsi que « l'état de santé mentale » y sont contrastés ;

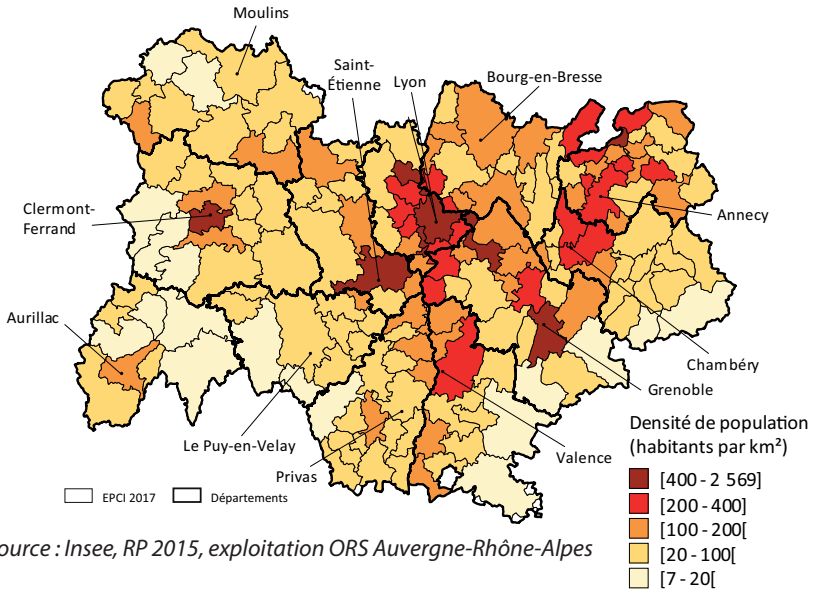
- les 2 dernières classes (E et F) regroupent les EPCI principalement présents dans les départements auvergnats ainsi que dans l'Ardèche et la Drôme. Les EPCI de ces classes sont plutôt marqués par une population âgée, avec des indicateurs sociaux et « d'état de santé mentale » moins favorables. La densité de population est plutôt faible dans les EPCI de ces 2 classes.

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



Source : ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Carte 2 - Densité de population des EPCI de la région Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Insee, RP 2015, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les médecins généralistes

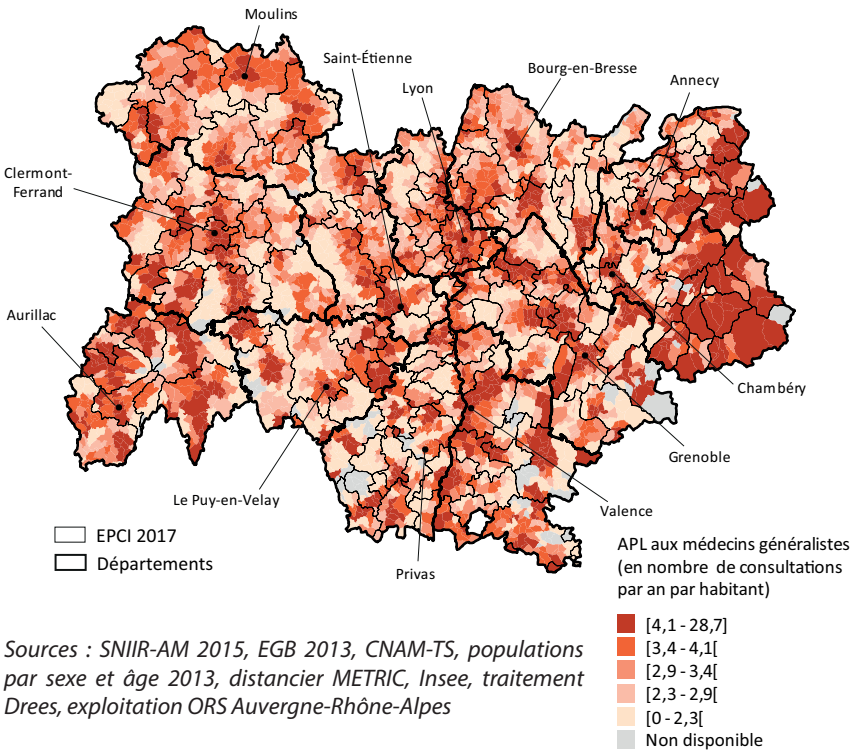
Afin de mettre en évidence les disparités d'offre de soins des médecins généralistes, l'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes a été représentée pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. Cet indicateur a été développé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Calculée à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges, aura tendance à masquer.

L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins (cf. sources de données et méthode p. 34). L'APL est calculée en nombre de consultations par an par habitant. Les communes sous denses sont celles qui enregistrent moins de 2,5 consultations par an par habitant.

La représentation de l'APL aux médecins généralistes par commune de la région fait apparaître certaines zones du territoire comme étant sous denses : plusieurs communes de la Haute-Loire, de l'Ardèche, de l'Allier ou de l'Ain (cf. carte 3).

Il est à noter que la population touristique n'est pas prise en compte dans le calcul de l'APL. Ainsi, le nombre annuel élevé de consultations par habitant dans les communes de la Savoie notamment, est à interpréter avec prudence.

Carte 3 - Accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune - Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : SNIIR-AM 2015, EGB 2013, CNAM-TS, populations par sexe et âge 2013, distancier METRIC, Insee, traitement Drees, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les maisons de santé pluriprofessionnelles

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 175 maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes en juillet 2018 (financées ou non par l'ARS). Ces maisons de santé sont réparties sur toute la région (cf. carte 4).

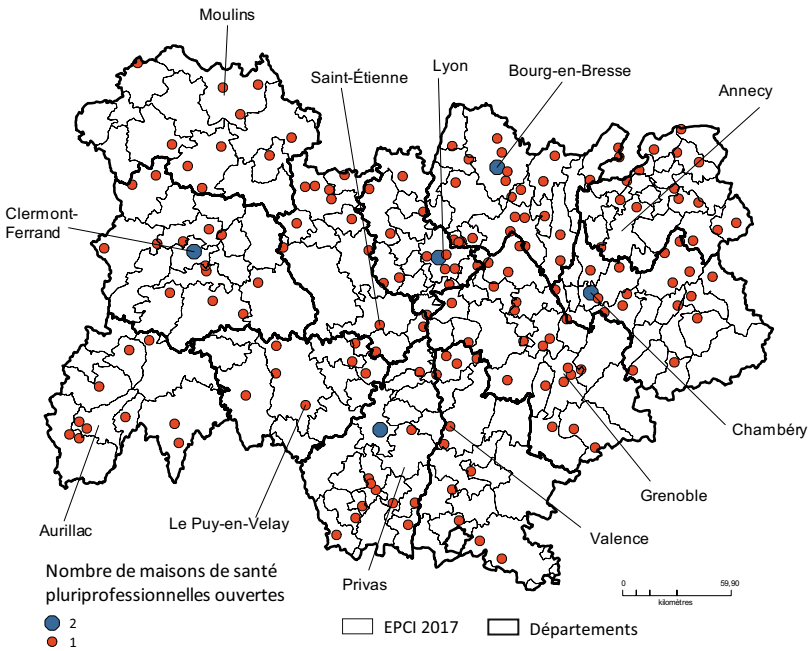
Les textes réglementaires

Article L6323-3 – Code de la santé publique.

Instruction N°DGOS/PF3/DREES/DMSI/2012/135 du 28 mars 2012 relative à l'enregistrement des maisons de santé dans Finess et à l'ouverture de l'observatoire des maisons de santé.

Instruction interministérielle N°DGOS/SG-CIV/PF3/2012/351 du 28 septembre 2012 relative à l'appui apporté aux professionnels de santé porteurs de projets de création de structures pluriprofessionnelles d'exercice coordonné de soins de premier recours (centres et maisons de santé) en zones urbaines sensibles (ZUS) ou dans les quartiers prioritaires de la ville.

Carte 4 - Maisons de santé pluriprofessionnelles ouvertes et renseignées dans Finess - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Finess, extraction Atlasanté 04/12/2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

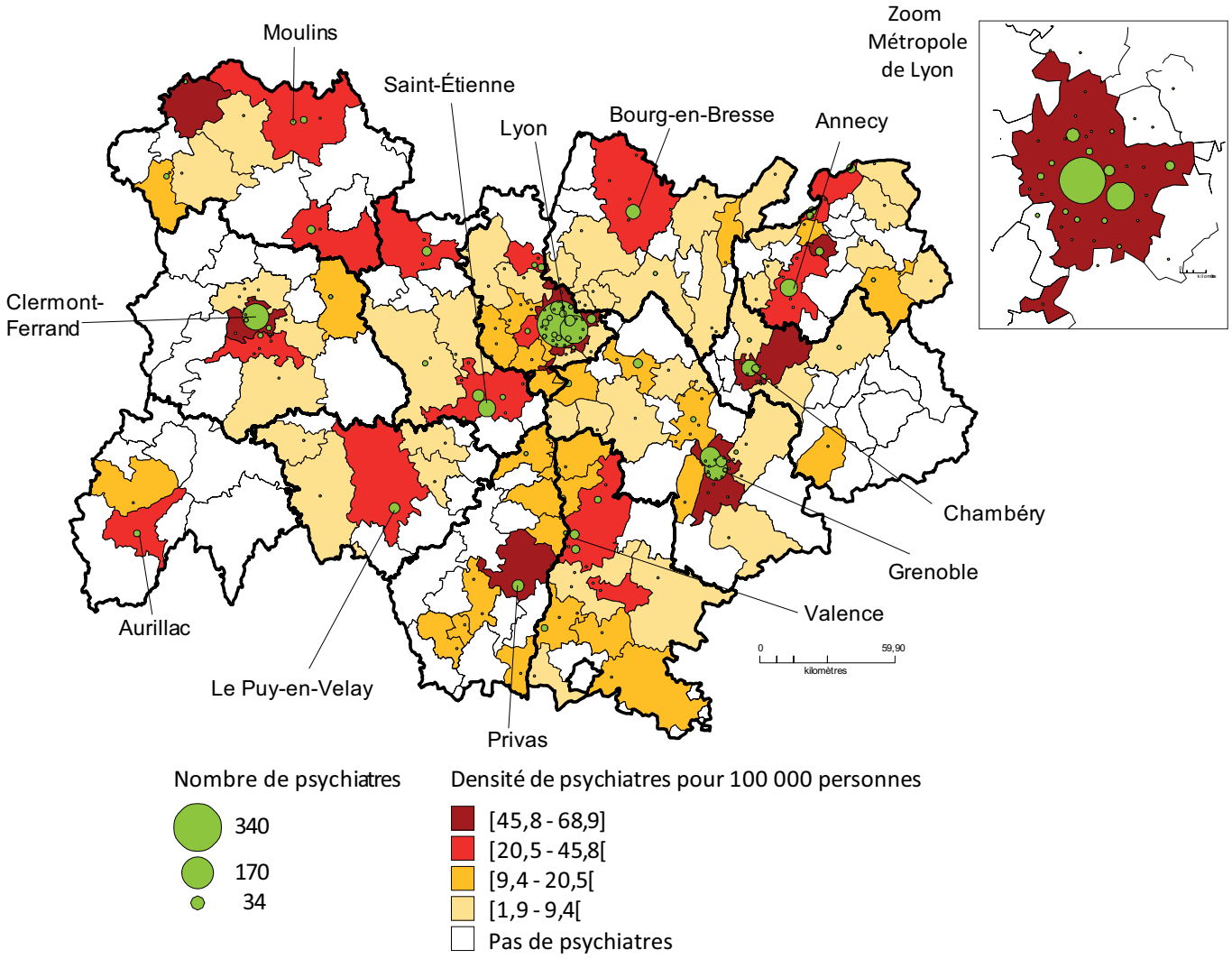
Les psychiatres

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 1 813 psychiatres en activité au 1er janvier 2017, quel que soit leur mode d'exercice, soit une densité de 23,0 psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité est comparable à celle enregistrée en France métropolitaine (23,4 pour 100 000 habitants).

La carte 5 représente le nombre de psychiatres par commune (et non le nombre d'équivalents temps plein) selon leur activité la plus récente et la densité par EPCI. Les psychiatres, qu'ils soient salariés, libéraux ou mixtes, sont essentiellement localisés dans les grandes agglomérations de la région.

Ce premier degré de lecture des ressources concernant les psychiatres est déjà important à prendre en compte dans la prévention du suicide et les différents axes stratégiques de la politique en région.

Carte 5 - Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1er janvier 2017 (quel que soit le mode d'exercice)- Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : RPPS 2017, Insee RP, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

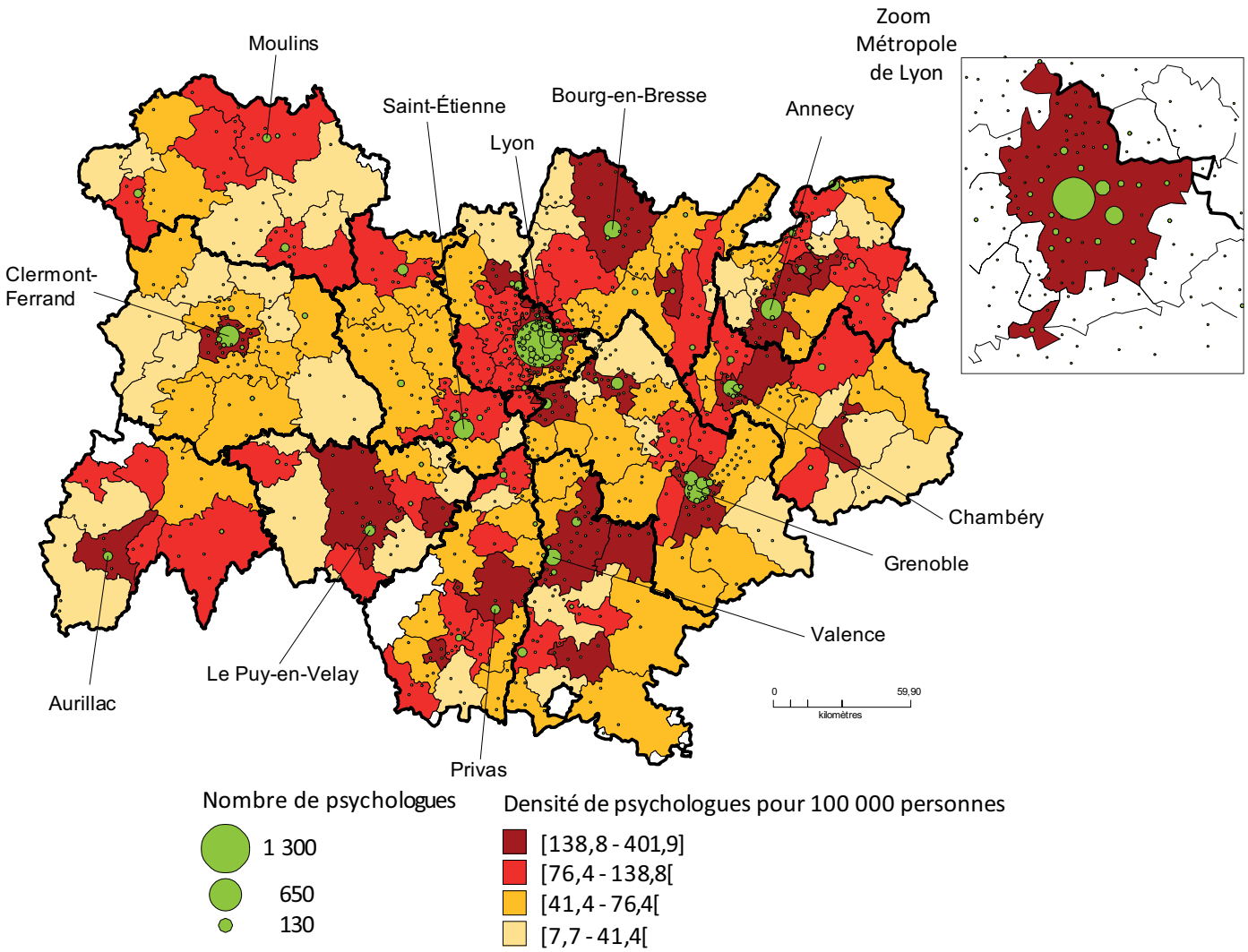
Les psychologues

Au 1er janvier 2017, 7 516 psychologues en activité sont comptabilisés en Auvergne-Rhône-Alpes (quel que soit le mode d'exercice), soit une densité de 95,4 psychologues pour 100 000 habitants. Cette densité est identique à celle enregistrée sur le territoire national (94,0 pour 100 000 habitants).

Comme pour la carte des psychiatres, la carte 6 représente le nombre de psychologues par commune (et non le nombre d'équivalents temps plein) et la densité par EPCI.

Contrairement aux psychiatres, les psychologues, qu'ils soient libéraux, salariés ou mixtes, sont présents dans presque tous les EPCI de la région.

Carte 6 - Nombre et densité de psychologues en activité au 1er janvier 2017 (quel que soit le mode d'exercice)* - Auvergne-Rhône-Alpes



*Tous les lieux d'exercice du psychologue sont représentés sur la carte mais les psychologues ne sont comptabilisés qu'une fois dans le total régional.

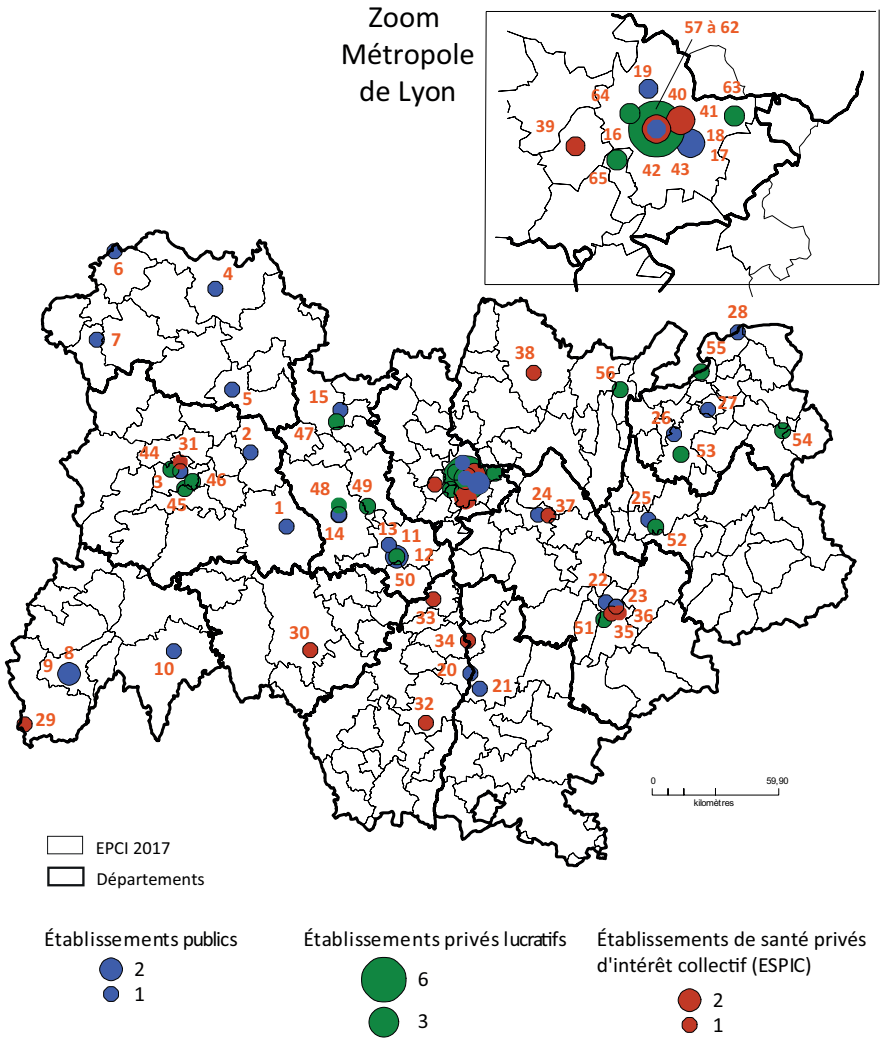
Sources : ADELI 2017, Insee RP, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie

Les établissements de santé constituent un ensemble de structures qui se différencient par leurs statuts juridiques, leurs activités et leurs modes de financement. Selon l'article R. 6122-25 du code de la santé publique, la psychiatrie fait partie des activités soumises à autorisation.

En 2017, 65 établissements de santé ont une autorisation en psychiatrie en Auvergne-Rhône-Alpes selon la Statistique annuelle des établissements (SAE) (cf. carte 7). Parmi ces établissements, 28 sont des établissements publics, 22 des établissements privés lucratifs et 15 sont des Établissements de santé privé d'intérêt collectif (Espic) (cf. glossaire p. 38).

Carte 7 - Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement en 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes



Liste des établissements* (n=65) :

Établissements publics (n=28) :
1. CH d'Ambert
2. CH de Thiers
3. CHU de Clermont-Ferrand
4. CH de Moulins
5. CH de Vichy
6. CHS d'Ainay-le-Château
7. CH Montluçon
(serv. psy Saint-Angel)
8. CH d'Aurillac
9. CH d'Aurillac Annexe Cueilhes
10. CH de Saint-Flour
11. Hôpital de Bellevue - Saint-Étienne
12. Hôpital de la Charité - Saint-Étienne
13. Hôpital Nord Saint-Priest-en-Jarez
14. CH du Forez - Site de Montbrison
15. CH de Roanne
16. Hôpital d'instruction des armées
(HIA) Desgenettes - Lyon
17. CH Le Vinatier
18. Hôpital Femme Mère Enfant - HCL
19. CH de Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
20. CH Drôme Vivarais - Guilherand-Granges
21. CH Drôme Vivarais - Montéléger
22. CH Alpes Isère - Saint-Égrève
23. CHU de Grenoble Alpes - La Tronche
24. CH de Bourgoin-Jallieu
25. CHS de la Savoie - Bassens
26. Unité d'hosp. psy. adulte Épagny
27. EPSM de la Vallée d'Arve - La Roche-sur-Foron
28. Hôpitaux du Léman - Thonon-les-bains

ESPIC (n=15) :
29. Centre de réadaptation de Maurs
30. CH Sainte-Marie - Le Puy-en-Velay
31. CH Sainte-Marie - Clermont-Ferrand
32. Hôpital Sainte-Marie - Privas
33. Clinique Joseph Chiron - Annonay
34. Établissement médical La Teppe - Tain-L'hermitage
35. Établissement de santé mentale de Grenoble (MGEN)
36. Clinique du Grésivaudan - La Tronche
37. Fondation Georges Boissel - Bourgoin-Jallieu
38. Centre psychothérapique de l'Ain - Bourg-en-Bresse
39. Clinique de Vaugneray
40. Santé mentale et communauté - Villeurbanne
41. Clinique Notre-Dame - Villeurbanne
42. Centre de santé mentale MGEN - Lyon
43. Fondation ARHM - Lyon

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

Source : SAE 2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Établissements privés lucratifs (n=22) :
44. Clinique psy. le Grand Pré - Durtol
45. Clinique psy. de l'Auzon - La Roche-Blanche
46. Clinique psy. les Queyriaux - Cournon d'Auvergne
47. Clinique des Monts du Forez
48. Centre de post-cure la Musardière - Montbrison
49. Korain le Clos Montaigne - Montrond-les-Bains
50. Clinique de Saint-Victor - Saint-Étienne
51. Clinique du Dauphiné - Seyssins
52. Clinique médical le Sermay - Challes-les-Eaux
53. Clinique psy. Régina - Sévrier
54. Clinique psy. Parassy - Passy
55. Clinique nouvelle des Vallées - Ville-la-Grand
56. Clinique du Chatillon - Châtillon-en-Michaille
57. Hôpital privé Natecia - Lyon
58. Centre lyonnais de psychiatrie ambulatoire - INICEA - Lyon
59. Addipsy - Lyon
60. Clinique médical de Champvert - Lyon
61. Clinique Villa des roses - Lyon
62. Clinique Saint-Vincent-de-Paul - Lyon
63. Clinique Lyon Lumière - Meyzieu
64. SAS clinique Mon repos - Écully
65. Clinique la Chavannerie - Chaponost

Les textes réglementaires

Articles L6122-25, R6123-1 et suivants – Code de la santé publique.

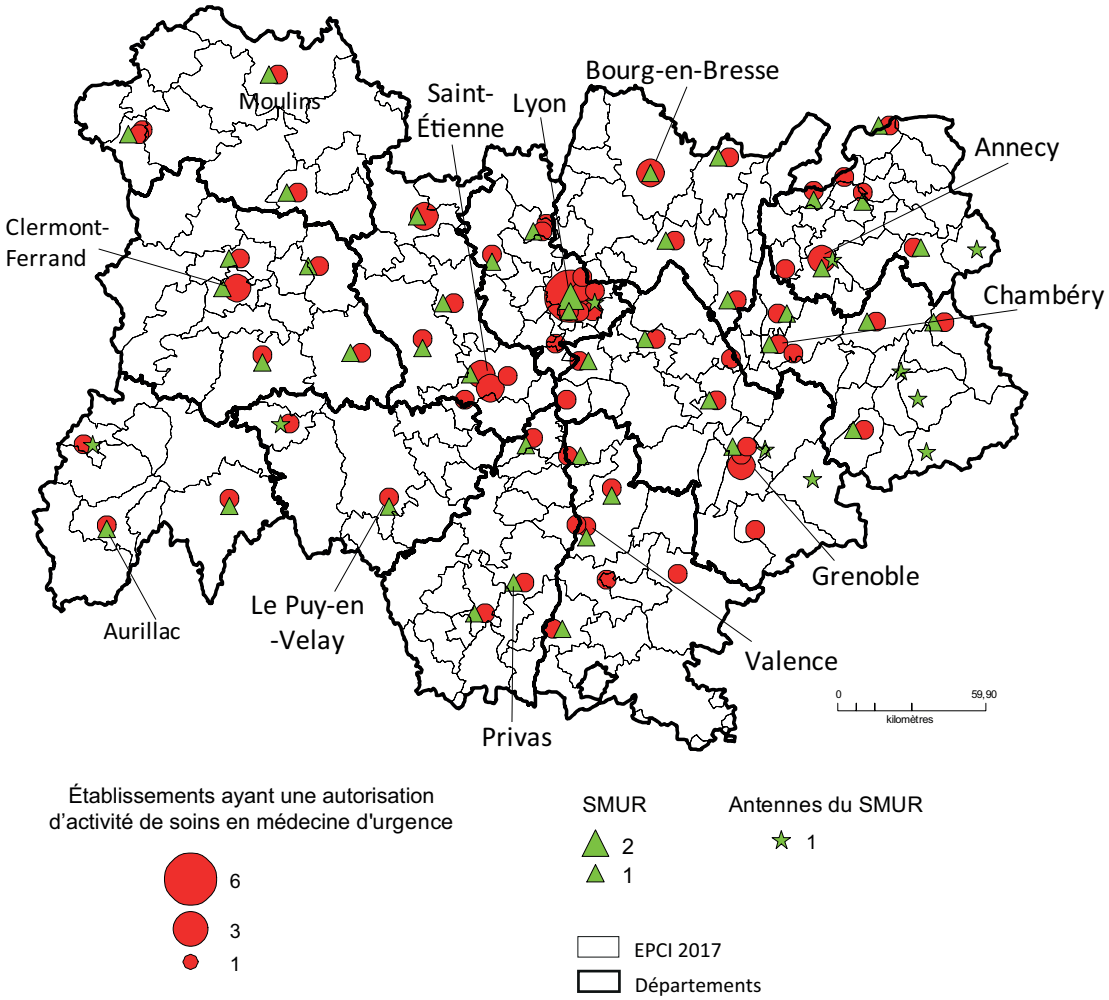
Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins de médecine d'urgence et structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur)

Selon l'article L6122-25 du code de la santé publique, la médecine d'urgence appartient aux activités soumises à autorisation.

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 84 services ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence répartis sur tout le territoire (cf. carte 8), dont quatre services d'urgences pédiatriques (dans chacun des CHU).

De plus, 45 Smur sont présents dans la région ainsi que 10 antennes du Smur.

Carte 8 - 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 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes



Sources : Finess, Arhgos 2/10/2017 (rapprochement de la localisation des établissements issus de Finess et des autorisations issues d'Arhgos pour les modalités 23-SU Structure des urgences et 26-SMUR), extraction Atlasanté 26/05/2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les textes réglementaires

Articles L6122-25, R6123-1 et suivants – Code de la santé publique.

Les Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) et les structures de rattachement des Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP)

La permanence d'accès aux soins de santé (Pass) est un dispositif opérationnel créé par la loi du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre l'exclusion. Elle vise à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier, aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Le plan pluriannuel adopté le 21 janvier 2013 à l'issue de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale souligne l'intérêt de développer une offre de soins de proximité et la pertinence des Pass. Cette permanence est située dans un établissement public de santé ou un établissement privé assurant une ou plusieurs des missions de service public définies à l'article L61121 du Code de la santé publique (art. L6112-6 du CSP) ; elle peut également être installée hors de l'établissement.

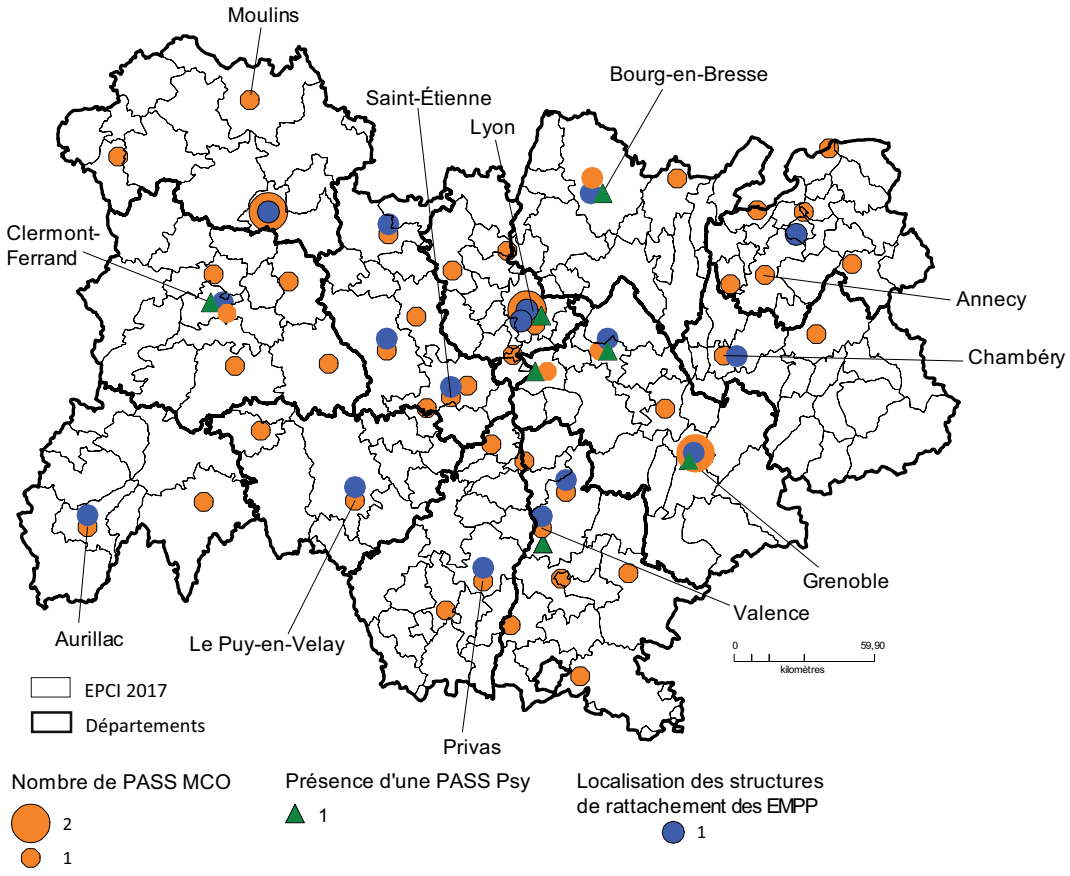
Les Pass proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Elles sont implantées au sein des hôpitaux afin de disposer d'un accès aux plateaux techniques (service de radiologie, laboratoire de biologie médicale, pharmacie…).

Les Pass travaillent avec un réseau de professionnels médicaux et sociaux : caisses d'assurance maladie, médecins généralistes, Samu social, centres de santé ou de vaccination, services municipaux de santé et centres communaux d'action sociale, centres spécialisés (hébergement, obésité, cancer, VIH, soins d'accompagnement et de prévention en addictologie), services de protection maternelle et infantile et planning familial, centres médico-psychologiques, ateliers santé ville, opérateurs privés (laboratoires, sociétés d'imagerie), associations humanitaires, etc. **Les missions des permanences d'accès aux soins de santé s'inscrivent au programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) du projet régional de santé.**

En 2018, 50 Pass MCO sont recensées et réparties sur tout le territoire régional, ainsi que 7 Pass psychiatriques (cf. carte 9). Ces dernières sont présentes dans l'Ain, la Drôme, l'Isère, le Puy-de-Dôme et le Rhône.

Carte 9 - Permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ARS, septembre 2018 (PASS), décembre 2017 (EMPP), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'objet des **équipes mobiles « psychiatrie et précarité » (EMPP)** est d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion. Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de la psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et de la réadaptation.

Elles ont pour mission :
- d'aller au-devant des personnes en situation de précarité et d'exclusion, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées dans un quartier, accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- d'assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes sanitaires et sociales œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 17 établissements disposent d'équipe mobile psychiatrie précarité réparties et intervenant sur le territoire concerné.

Les textes réglementaires

• PASS

Loi d'orientation et de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998

Circulaire N° DGOS/R4/2013/246 du 18 juin 2013 relative à l'organisation et le fonctionnement des permanences d'accès aux soins de santé (PASS).

• EMPP

Loi d'orientation et de lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 (article 67 de la loi n° 98-657 du 29 Juillet 98 relative à la lutte contre les exclusions).

Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B no 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

Les maisons des adolescents et leurs antennes

La première Maison des adolescents (MdA) a vu le jour en 1999 au Havre (76). Un programme national de soutien aux maisons des adolescents a été lancé à l'issue de la conférence de la famille de 2004, pour assurer sur la période 2006-2010 un maillage satisfaisant du territoire en structures d'accueil et d'accompagnement des adolescents en difficulté tandis que l'Association nationale des MdA (www.anmda.fr) est créée en 2008.

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.).

Le cahier des charges de 2016 des MdA précise les objectifs généraux suivants :

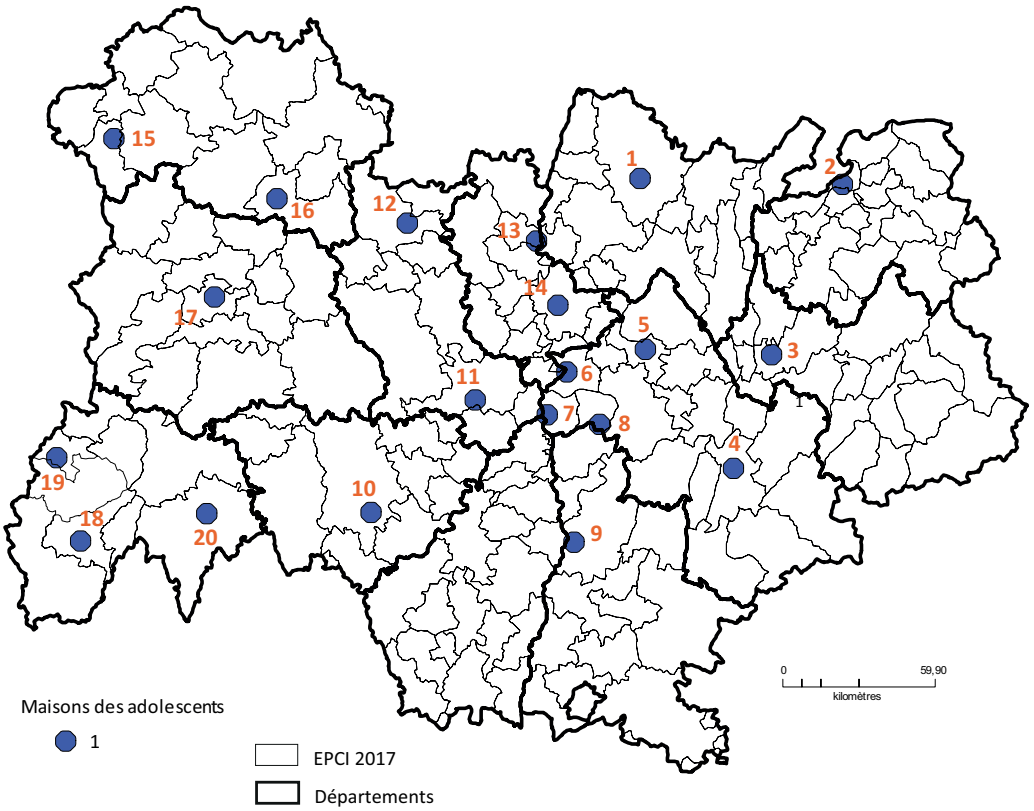
1. Apporter des réponses pertinentes et adaptées aux besoins des adolescents, notamment en ce qui concerne leur santé et leur bien-être, en articulation et en complémentarité avec les dispositifs existants sur le territoire,
2. Offrir un accueil généraliste en continu et ouvert à tous les jeunes par des professionnels des domaines sanitaire, médico-social, social, éducatif ou judiciaire intervenant dans le champ de l'adolescence,
3. Offrir une prise en charge multidisciplinaire généralement de courte durée,
4. Fournir aux adolescents un soutien, un accompagnement et les informations nécessaires au développement de leur parcours de vie,
5. Développer la prévention et promouvoir des modes de vie impactant favorablement la santé et le bien-être,
6. Contribuer au repérage des situations à risques (violences, usage de substances psychoactives et pratiques addictives, comportements sexuels à risques...) et à la prévention de la dégradation de situations individuelles (échec scolaire, déscolarisation, radicalisation...),
7. Garantir la continuité et la cohérence des prises en charge et des accompagnements, en contribuant à la coordination des parcours de santé,
8. Favoriser l'élaboration d'une culture commune sur l'adolescence, le décloisonnement des différents secteurs d'intervention et les pratiques coordonnées sur un territoire,
9. Contribuer au renforcement d'une médecine de l'adolescence.

Source : extrait de www.anmda.fr

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).

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 20 maisons des adolescents et antennes, réparties dans presque tous les départements de la région (cf. carte 10). Seul le département de l'Ardèche ne dispose pas de ce type de structure.

Carte 10 - Les maisons des adolescents et leurs antennes* en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes



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

Source : ANMDA, consulté le 25/06/2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des maisons des adolescents (n=20) :

n°1. MDA de l'Ain - Bourg-en-Bresse
n°2. MDA de la Haute-Savoie - Rouge Cargo - Vétraz-Monthoux
n°3. MDA de la Savoie - Chambéry
n°4. MDA de l'Isère (sud) - Grenoble
n°5. MDA de l'Isère (Nord) - Bourgoin-Jailleux
n°6. MDA de l'Isère (Rhôdanienne) - Vienne
n°7. MDA de l'Isère (Rhôdanienne) - Le péage de Roussillon
n°8. MDA de l'Isère (Rhôdanienne) - Beaurepaire
n°9. MDA de la Drôme - Valence
n°10. MDA de la Haute-Loire - Le Puy-en-Velay
n°11. MDA de la Loire - Saint-Étienne
n°12. MDA de la Loire - Roanne
n°13. MDA de Villefranche-sur-Saône
n°14. MDA du Rhône - Lyon
n°15. MDA de l'Allier - Montluçon
n°16. MDA de l'Allier - CAPADO - Vichy
n°17. MDA du Puy-de-Dôme - Clermont-Ferrand
n°18. MDA du Cantal - Aurillac
n°19. MDA du Cantal - Mauriac (antenne)
n°20. MDA du Cantal - Saint-Flour (antenne)

Les textes réglementaires
Circulaire n° 5899-SG du 28 novembre 2016 relative à l'actualisation du cahier des charges des maisons des adolescents.
Guide pratique des maisons des adolescents.

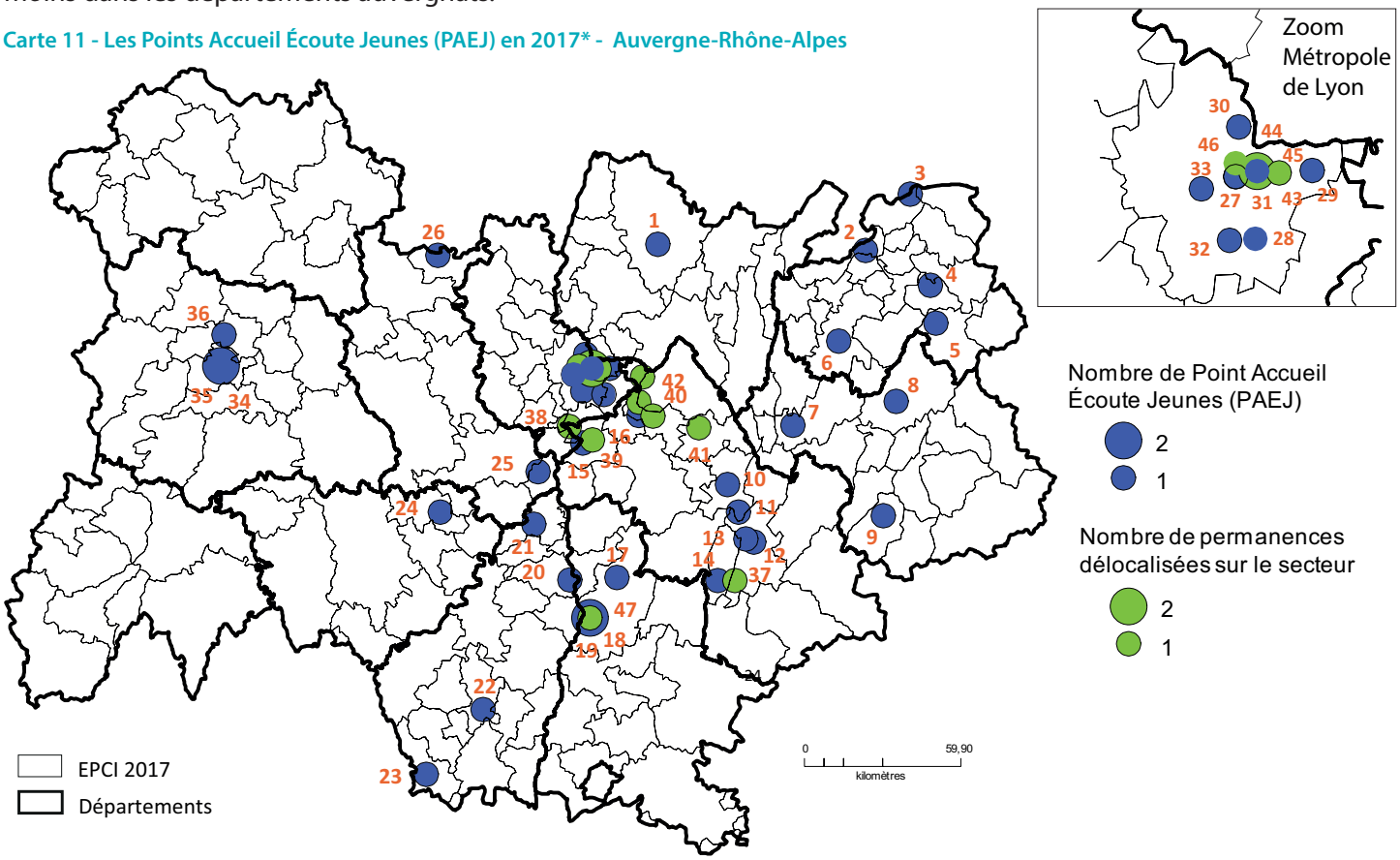
Les Points Accueil Écoute Jeunes

Les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) sont des structures de proximité qui s'adressent aux jeunes âgés de 12 à 25 ans en situation de vulnérabilité, de souffrances psychiques ou avec des difficultés particulières : conflits familiaux, fugue, décrochage, rupture, radicalisation... Ils s'adressent également aux parents et à tous les professionnels au contact de ces jeunes. L'accueil des jeunes est inconditionnel, gratuit et confidentiel, sans rendez-vous. Le jeune peut venir seul ou en groupe.

Les PAEJ sont complémentaires et s'articulent avec les maisons des adolescents. Ils peuvent être adossés à des structures associatives ou municipales selon le contexte local. Les PAEJ sont en partie financés par l'État (Cohésion Sociale).

En 2017, 36 Points Accueil Écoute Jeunes sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. carte 11). Ces PAEJ peuvent avoir des permanences délocalisées. Le dispositif des PAEJ est bien présent dans l'est de la région mais beaucoup moins dans les départements auvergnats.

Carte 11 - Les Points Accueil Écoute Jeunes (PAEJ) en 2017* - Auvergne-Rhône-Alpes



*Les numéros des PAEJ sont indiqués en orange sur la carte.

Source : ARS, données 2017, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des PAEJ (n=36) :

PAEJ

n°1. PAEJ « Chocolat chaud » - Bourg-en-Bresse
n°2. Point écoute jeunes de Vétraz-Monthoux
n°3. PAEJ de Thonon-les-bains
n°4. Point écoute jeunes de Cluses
n°5. Point écoute jeunes de Sallanches
n°6. Point écoute jeunes d'Annecy
n°7. PAEJ de Chambéry
n°8. PAEJ Tarentaise - Albertville
n°9. PAEJ de Saint-Jean-de-Maurienne
n°10. Parol'Écoute jeunes - Voiron
n°11. Parol'Écoute jeunes - Voreppe
n°12. Point accueil jeunes AREPI l'étape - Grenoble
n°13. PAEJ de Fontaines
n°14. PAEJ Massif du Vercors - Villars-de-Lans
n°15. PAEJ - Relais Oxyjeunes - Vienne
n°16. Association Médian - Dyna'mots - Villefontaine
n°17. PAEJ La Parenthèses - Romans-sur-Isère
n°18. ANEF Vallée du Rhône - PAEJ Valence
n°19. Point relais Oxygène - Valence
n°20. PAEJ de Tournon-sur-Rhône
n°21. PAEJ d' Annonay - Anpaa 07
n°22. PAEJ d'Aubenas
n°23. Planning familial 07 - Bus sud-Ardèche - Les Vans
n°24. Association ACIJA - PAEJ Monistrol-sur-Loire
n°25. Le Chapi - Pélussin
n°26. PAEJ Le Cocon - Charlieu
n°27. Espace Santé Jeunes - Lyon
n°28. PEPS'Lyade - Saint-Priest
n°29. PAEJ - Ville de Meyzieux
n°30. PEPS'Lyade - Rilleux-la-Pape
n°31. Lieu écoute adolescence - Vaulx-en-Velin
n°32. PEPS'Lyade Sud-Est Lyonnais - Vénissieux
n°33. PAEJ de Villeurbanne
n°34. PAEJ de Clermont-Ferrand
n°35. L'Ecoutille - ADSEA 63 - Clermont-Ferrand
n°36. L'Endroit - ADSEA 63 - Riom

Permanences

n°37. PAEJ Massif du Vercors - Villars-de-Lans (antenne de la cité scolaire)
n°38. PAEJ - Relais Oxyjeunes - Chasse-sur-Rhône
n°39. PAEJ - Relais Oxyjeunes - Pont-Êveque
n°40. PAEJ - Dyna'mots bus itinérant L'isle-d'Abeau
n°41. PAEJ - Dyna'mots bus itinérant La Tour-du-Pin
n°42. PAEJ - Dyna'mots bus itinérant Pont-de-Chéruy
n°43. PAEJ - Ville de Meyzieux (antenne de Décines-Charpieu)
n°44. Lieu écoute adolescence Vaulx-en-Velin (permanence Vaulx-sud)
n°45. Lieu écoute adolescence Vaulx-en-Velin (permanence Vaulx-village)
n°46. Maison de quartier des Brosses - Villeurbanne
n°47. Point relais Oxygène - Valence (relais santé prévention)

Les textes réglementaires

Circulaire DAS n°96-378 du 14 juin 1996 relative à la mise en place de points d'accueil pour les jeunes.
Circulaire DGS-DGAS n° 2002/145 du 12 mars 2002 relative à la mise en œuvre d'un dispositif unifié des points d'accueil et d'écoute jeunes (éléments minimaux pour un cahier des charges des points d'accueil et d'écoute jeunes).
Circulaire N°DGAS/LCE1A/2005/12 du 6 janvier 2005 relative au plan triennal de création de 300 points d'accueil et d'écoute jeunes (2005-2007) dans le cadre du plan de cohésion sociale.
Instruction N°DGCS/SD2B/2016/189 du 4 juin 2016 relative aux orientations stratégiques et principes de gestion 2016 des points d'accueil et d'écoute jeunes (PAEJ).

Les Missions locales et les temps de psychologues financés par l'ARS

Les missions locales remplissent une mission de service public pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en risque d'exclusion (articles L.322-4-17-1 et 2 du Code du travail) : « Toute personne de seize à vingt-cinq ans révolus en difficulté et confrontée à un risque d'exclusion professionnelle a droit à un accompagnement […] mis en œuvre par les Missions locales » (accueil, information, orientation, accompagnement). Les Missions locales sont des associations ou groupements d'intérêts publics (GIP) créées par des communes ou des groupements de communes. À ce titre, présidées par un élu d'une collectivité territoriale, elles réunissent des élus des collectivités territoriales, des représentants des services de l'État ainsi que des représentants des partenaires économiques, sociaux et associatifs (par exemple établissements scolaires, centres d'information et d'orientation, pôle emploi, réseau d'information jeunesse, service de protection judiciaire, organismes de formations professionnelles, prévention...).

Santé et emploi sont des déterminants qui s'influencent réciproquement et les missions locales doivent informer sur la santé, l'accès aux droits et aux soins. Un certain nombre de missions locales bénéficient notamment d'un temps de psychologue. Celui-ci a pour objectif de soutenir le jeune rencontrant des difficultés psychologiques au cours de son parcours d'insertion en :

- proposant une écoute et un accompagnement de durée limitée dans le cadre d'entretiens plus ou moins réguliers, sur un rythme ajusté à la problématique du jeune (mal-être, repérage de pathologie, rupture de soins, etc.). Dans la mesure du possible, développer des actions groupales ;
- soutenant les équipes de la Mission locale (écoute, analyse des difficultés potentielles, approche globale et accompagnement des jeunes) ;
- facilitant les interfaces entre les équipes de la Mission locale et les partenaires de santé mentale.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 61 Missions locales existent avec 652 points d'accueil en région. L'Association régionale des Missions locales Auvergne-Rhône-Alpes (AMILAURA), rassemble les 61 président(e)s des Missions locales. Il existe par ailleurs une union nationale des Missions locales.

En 2018, 33 Missions locales de la région disposent de temps de psychologue financé par l'ARS, à hauteur de 6,38 équivalents temps plein au total (cf. carte 12 et tableau 2). Ces psychologues interviennent en Mission locale et dans certaines de leurs antennes du territoire en fonction du temps disponible. Les 28 Missions locales restantes peuvent avoir un dispositif de psychologues en dehors des financements ARS.

Tableau 2 - Nombre de Missions locales bénéficiant de temps de psychologues financés par l'ARS et équivalents temps plein par département

Départements	Nombre de missions locales	dont missions locales bénéficiant de temps de psychologues	Équivalents temps plein de psychologues
Ain	3	3	0,50
Allier	3	0	0,00
Ardèche	3	3	0,54
Cantal	2	1	0,05
Drôme	5	4	0,85
Isère	11	7	1,20
Loire	5	3	0,50
Haute-Loire	3	3	0,84
Puy-de-Dôme	6	1	0,10
Rhône	12	5	1,45
Savoie	4	2	0,25
Haute-Savoie	4	1	0,10
Auvergne-Rhône-Alpes	61	33	6,38

Source : ARS 2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les textes réglementaires

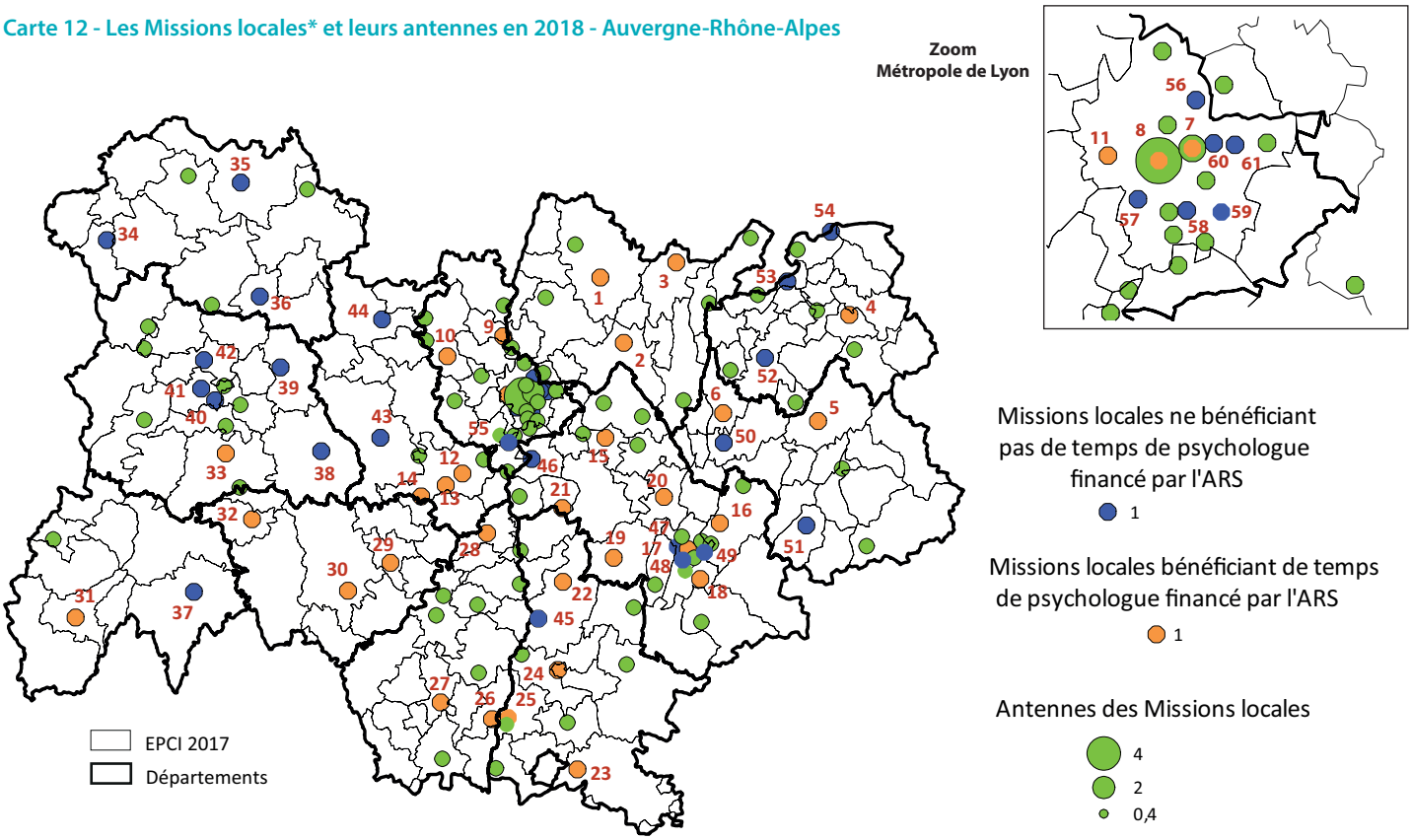
- Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale

Sites pouvant être consultés

- Association régionale des Missions Locales Auvergne-Rhône-Alpes

- Union nationale des Missions Locales

Carte 12 - Les Missions locales* et leurs antennes en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes



*Les numéros des missions locales sont indiqués en rouge sur la carte.

Source : ARS 2018, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des Missions locales bénéficiant de temps de psychologue financé par l'ARS en 2018 (n=33)

Structures employant le(s) psychologue(s) et/ou reversant une partie de la subvention à un ou plusieurs employeurs	Mission(s) locale(s) concernée(s) par le dispositif psychologue
Centre psychotérapique de l'Ain (CPA)	Mission Locale Jeunes Bresse, Dombes, Côtière - Bourg-en-Bresse (n°1)
	Mission Locale Jeunes Bugey Plaine de l'Ain - Ambérieu-en-Bugey (n°2)
	Mission Locale Oyonnax, Bellegarde, Gex - Oyonnax (n°3)
Établissement public de santé mentale (EPSM) de la Vallée de l'Arve	Mission Locale Jeunes Faucigny Mont Blanc - Cluses (n°4)
CHS de la Savoie	Mission Locale de la Tarentaise - Albertville (n°5)
	Mission Locale jeunes Aix les Bains Lac du Bourget-Albanais-Chautagne (n°6)
Réseau de santé mutualiste RESAMUT	Mission Locale de Villeurbanne (n°7)
	Mission Locale de Lyon (n°8)
	Mission Locale Rurale Nord Ouest Rhône - Tarare (n°10)
	Mission Locale des Monts d'Or et des Monts du Lyonnais - Tassin-la-Demi-Lune (n°11)
Hopital Saint Cyr au Mont d'Or	Mission Locale Avenir Jeunes Villefranche-Beaujolais (n°9)
CHU de Saint-Étienne	Mission Locale Gier Pilat - Saint-Chamond (n°12)
	Mission Locale de Saint-Étienne et de la Couronne Stéphanoise (n°13)
	Mission Locale Ondaine et Haut Pilat - Firminy (n°14)
Association MEDIAN	Mission Locale Nord Isère - Bourgoin-Jallieu (n°15)
Centre hospitalier Alpes Isère	Mission Locale du Grésivaudan - Crolles (n°16)
	Mission Locale de Grenoble (n°17)
	Mission Locale Alpes Sud Isère - Vizille (n°18)
	Mission Locale « Jeunes » Saint-Marcellin Vercors Isère (n°19)
	Mission Locale du Pays Voironnais - Voiron (n°20)
	Mission Locale de la Bièvre - Beaurepaire (n°21)
Centre hospitalier Drôme Vivarais	Mission Locale Drôme des Collines-Royans-Vercors - Romans-sur-Isère (n°22)
	Mission Locale Drôme Provençale - Nyons (n°23)
	Mission Locale Vallée de la Drôme - Crest (n°24)
	Mission Locale Portes de Provence - Montélimar (n°25)
	Mission Locale Nord Ardèche (n°28)

Liste des Missions locales bénéficiant de temps de psychologue financé par l'ARS en 2018 (n=33) (suite)

Structures employant le(s) psychologue(s) et/ou reversant une partie de la subvention à un ou plusieurs employeurs	Mission(s) locale(s) concernée(s) par le dispositif psychologue
Centre hospitalier Sainte-Marie (Privas)	Mission Locale Centre Ardèche - Le Teil (n°26)
	Mission Locale Ardèche Méridionale - Aubenas (n°27)
Misson locale jeunes de la Loire et ses rivières	Mission Locale jeunes de la Loire et ses rivières - Yssingeaux (n°29)
Misson locale du Velay	Mission Locale du Velay - Le Puy-en-Velay (n°30)
Mission Locale de l'arrondissement d'Aurillac	Mission Locale de l'arrondissement d'Aurillac (n°31)
Mission Locale pour les jeunes du bassin d'emploi de Brioude	Mission Locale pour les jeunes du bassin d'emploi de Brioude (n°32)
Centre hospitalier Sainte-Marie	Mission Locale pour les jeunes du Val d'Allier - Issoire (n°33)

Liste des Missions locales ne bénéficiant pas de temps de psychologue financé par l'ARS en 2018 (n=28)

n°34. Mission Locale du bassin montluçonnais
n°35. Mission Locale de Moulins et sa région
n°36. Mission Locale de Vichy et sa région
n°37. Mission Locale des Hautes Terres et du Nord-Ouest Cantal
n°38. Mission Locale du Livradois-Forez
n°39. Mission Locale de l'arrondissement de Thiers
n°40. Mission Locale du secteur de Cournon
n°41. Mission Locale de Clermont métropole et volcans
n°42. Mission Locale de Riom, de la Limagne et des Combrailles
n°43. Mission Locale du Forez
n°44. Mission Locale du Roannais
n°45. Mission Locale Agglomération et Territoire du Valentinois
n°46. Mission Locale de l'Isère Rhodanienne
n°47. Mission Locale Isère Drac Vercors
n°48. Mission Locale Sud Isère
n°49. Mission Locale de Saint Martin d'Hères
n°50. Mission Locale du Bassin Chambérien
n°51. Mission Locale Jeunes Pays de Maurienne
n°52. Mission Locale du Bassin Annécien
n°53. Mission Locale du Genevois
n°54. Mission Locale du Chablais
n°55. Mission Locale Rhône Sud - MIFIVA
n°56. Mission Locale du Plateau Nord Val de Saône
n°57. Mission Locale du Sud Ouest Lyonnais
n°58. Mission Locale de Vénissieux
n°59. Mission Locale Rhône Sud Est Siège
n°60. Mission Locale de Vaulx en Velin
n°61. Mission Locale de Bron, Décines, Meyzieu

Sources de données et méthode

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 récupère 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 données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens de décès par suicide calculés sur une période de trois ans [2013-2015]. 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 pour une classe d'âge spécifique rapporté à la population d'Auvergne-Rhône-Alpes de cette même classe d'âge.

Les taux annuels standardisés de mortalité par suicide ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France métropolitaine 2012 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 0-4 ans, 5-9 ans,..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

Les données d'hospitalisation

Les données d'hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (TS) 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 TS dans les établissements MCO publics et privés de France ont été sélectionnés). Les suicides sont enregistrés sous les codes de la CIM10 X60-X69 « auto intoxication » et X70-X84 « lésion auto infligée » en diagnostic associé. Les données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens de séjours hospitaliers calculés sur la période 2015-2017. L'historique des données reprend les données depuis 2008.

L'analyse concerne les tentatives de suicide des personnes hospitalisées dans les services de médecine et chirurgie, 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 hospitalisées après l'acte suicidaire.

Les taux spécifiques d'hospitalisation pour TS par âge ont été calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers d'une classe d'âge donnée à la population de cette même classe d'âge.

Les taux standardisés annuels moyens d'hospitalisation pour TS ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France métropolitaine 2012 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 0-4 ans, 5-9 ans,..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

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

- X60-X64 : auto-intoxication par substances médicamenteuses ;
- X65-X69 : auto-intoxication par substances non médicamenteuses ;
- 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.

L'analyse des ré-hospitalisations pour tentative de suicide entre 2013 et 2017 vise à observer, sur une période de 5 ans, tous les patients ayant eu au moins deux séjours pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Les séjours contigus ont été supprimés de l'analyse. Ainsi, les séjours dont la date d'entrée était égale à la date de sortie du séjour précédent n'ont pas été considérés comme des ré-hospitalisations pour tentative de suicide. Pour l'analyse par âge, ce dernier pouvant avoir évolué entre 2 hospitalisations pour tentative de suicide, l'âge lors de la 1ère hospitalisation pour tentative de suicide a été pris en compte.

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

Le dispositif de surveillance non spécifique Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), mis en œuvre par Santé publique France a servi de support pour étudier les résumés de passages aux urgences (RPU). En Auvergne-Rhône-Alpes, 84 services d'urgence sont autorisés. Parmi ceux-ci, seuls 54 services ont fourni des données d'une qualité jugée suffisante pour être exploitées (codage des diagnostics principaux > 70 % et absence d'interruption de transmission).

Les variables de diagnostic dans les résumés de passages aux urgences sont codées à partir de la CIM10. Pour la surveillance des tentatives de suicide, les codes sélectionnés sont X60 à X84 (à l'exclusion de X65) : lésons 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 1er examen clinique, éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade, abstention d'actes complémentaires ou thérapeutiques*
P	*Idem que 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable*
2	*État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade*
3	*État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital*
4	*Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences*
5	*Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences*
D	*Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation*

L'accessibilité potentielle localisée (APL) : indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, tenant compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes. Calculée à l'échelle communale, l'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins. Les médecins pris en compte sont :
- des cabinets de médecins généralistes libéraux, cabinets secondaires inclus, les omnipraticiens et les médecins à exercice particulier suivants : homéopathes, acupuncteurs, gériatres et médecine physique ;
- des consultations effectuées dans les centres de santé ;
- l'activité des remplaçants est prise en compte, de manière agrégée à celle des médecins remplacés.

L'APL prend aussi en compte dans son calcul :
- un recours dégressif avec la distance entre 0 et 20 minutes ;
- le nombre de consultations et visites (ou « nombre d'actes ») réalisées sur une année. Pour tenir compte du lien entre niveau d'activité des médecins et densité médicale locale, le nombre d'actes pris en compte dans le calcul de l'indicateur est borné à 6 000 actes par cabinet libéral. Inversement, un niveau d'activité minimal de 3 600 actes par an est affecté aux libéraux (sauf cabinets secondaires) ;
- La demande de soins : les besoins de recours à un médecin généraliste varient notamment en fonction de l'âge. Pour tenir compte de ces variations, chaque personne est affectée d'un poids qui dépend de la consommation moyenne observée de sa classe d'âge.

Pour l'APL aux médecins généralistes, les médecins sont pris en compte quel que soit leur âge car il s'agit de donner un état de la situation à l'instant t.
L'indicateur est calculé en nombre de consultations/visites accessibles par habitant standardisé. C'est-à-dire que l'APL rend comparable l'accessibilité de communes ayant des populations d'âges très différents : il n'y a donc plus lieu de tenir compte ultérieurement de ces différences. L'APL est calculé à l'aide du distancier Metric de l'Insee.

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 TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus semblent élevée au regard des autres départements. Il semble que cela corresponde à une pratique de codage de bonne qualité et plus homogène que sur d'autres établissements. À l'inverse, dans le Puy-de-Dôme, les taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS paraissaient sous-évalués par rapport aux autres départements depuis plusieurs années. Une réunion a eu lieu avec les centres hospitaliers correspondants 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 annuel standardisé a augmenté de manière significative sur la période 2015-2017, traduisant ainsi l'amélioration des méthodes de codage.

Le guide méthodologique du PMSI [3] 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 CIM10 (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 régional 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 [4], 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 [5], 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 sensibilisation auprès de l'IML de Lyon devraient permettre d'améliorer la qualité des données de mortalité par suicide au cours des prochaines années dans le Rhône et les résultats pourraient en être impactés.

Méthodologie des profils de territoire

Les précisions ci-dessous concernent les indicateurs utilisés pour la typologie des EPCI en région Auvergne-Rhône-Alpes.

Part de la population âgée de 15 à 24 ans / de 45 à 64 ans / de 65 ans et plus
- Période : 2014
- Méthode de calcul : Population au 1er janvier 2014 des personnes âgées de 15 à 24 ans / de 45 à 64 ans / de 65 ans et plus rapportée à la population totale du territoire multipliée par 100.
- Source : Insee (RP 2014)

Part d'agriculteurs exploitants/artisans, commerçants, chefs d'entreprise/cadres et professions intellectuelles supérieures/professions intermédiaires/employés/ouvriers/retraités/autres inactifs
- Période : 2014
- Méthode de calcul : Nombre d'agriculteurs exploitants/artisans, commerçants, chefs d'entreprise/cadres et professions intellectuelles supérieures/professions intermédiaires/employés/ouvriers/retraités/autres inactifs au 1er janvier 2014 rapporté à la population âgée de 15 ans et plus du territoire multiplié par 100.
- Source : Insee (RP 2014)

Part de familles monoparentales
- Période : 2014
- Méthode de calcul : Nombre de familles monoparentales au 1er janvier 2014 rapporté au nombre de ménages multiplié par 100.
- Source : Insee (RP 2014)

Part de personnes vivant seules
- Période : 2014
- Méthode de calcul : Nombre de personnes vivant seules au 1er janvier 2014 rapporté au nombre de ménages multiplié par 100.
- Source : Insee (RP 2014)

Taux de chômage
- Période : 2014
- Méthode de calcul : Nombre de chômeurs au sens du recensement au 1er janvier 2014 rapporté à la population âgée de 15 ans et plus multiplié par 100.
- Source : Insee (RP 2014)

Part de la population couverte à bas revenu
- Période : 31/12/2015
- Méthode de calcul : Nombre de personnes couvertes par les allocataires de moins de 65 ans et non étudiants à bas revenus au 31/12/2015 rapporté à la population totale du territoire multiplié par 100.
- Sources : Cnaf, CCMSA

Taux standardisé de mortalité par suicide
- Période : 2010-2014
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de mortalité est le taux qui serait observé dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population France métropolitaine de 2012). La structure par âge utilisée est : 10-14 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population au centre de la période considérée (RP 2012).
- Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en cause initiale) retenus pour les décès par suicide : X60-X84
- Sources : Inserm CépiDc, Insee (RP 2012)

Taux standardisé de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide
- Période : 2016
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO est le taux qui serait observé dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population France métropolitaine de 2012). La structure par âge utilisée est : 10-14 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population disponible la plus récente (RP 2014).
- Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en diagnostic associé) retenus pour les séjours pour tentative de suicide : X60-X84
- Sources : PMSI MCO 2016, Insee (RP 2014)

Taux standardisé de prévalence d'ALD pour affection psychiatrique de longue durée pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires
- Période : 2014
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de prévalence d'ALD est le taux qui serait observé dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population France métropolitaine de 2012). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population au RP 2014.
- Les ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23) pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires ont été prises en compte. Les codes CIM 10 retenus sont : F30-F34/F40-F43/F20-F29/F60, F68, F69/F10-F13, F19.
- Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee (RP 2014)

Taux standardisé de recours aux médicaments psychotropes (au moins 3 remboursements dans l'année)
- Période : 2015
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de recours aux médicaments psychotropes est le taux qui serait observé dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population France métropolitaine de 2012). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population couverte en 2015.
- Source : Régime général de l'assurance maladie - ARS

Taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux

- Période : 2015
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux est le taux qui serait observé dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population France métropolitaine de 2012). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population couverte en 2015.
- Source : Régime général de l'assurance maladie - ARS

Typologie des EPCI 2017

- Méthode : La typologie présentée repose sur l'analyse de 17 indicateurs décrivant la situation socio-sanitaire et sur 3 indicateurs supplémentaires. Sur les 175 EPCI de la région, 166 ont en totalité leur territoire dans la région et 9 sont constitués, en partie, de communes en dehors de la région. Parmi ces derniers, seuls les EPCI ayant plus de communes dans la région qu'à l'extérieur ont été pris en compte dans cette analyse (2 EPCI). Pour certains indicateurs, les variables permettant de les calculer ne sont disponibles que pour la région Auvergne-Rhône-Alpes. C'est pourquoi, seules les données relatives aux communes situées dans la région sont analysées. Une analyse en composantes principales (ACP) permet de décrire l'ensemble des 168 EPCI (individus actifs) à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant des nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales (ici les 17 indicateurs actifs). Cette première analyse a permis de définir quatre axes factoriels restituant près de 75 % de l'information. Ce sont ces quatre axes factoriels de nature socio-sanitaire qui ont permis, via une classification ascendante hiérarchique (CAH), de regrouper les EPCI en classes homogènes. Trois indicateurs ont été mis en illustratifs (ils n'ont pas participé à la constitution des classes, mais ont ensuite été analysés pour compléter la description des différentes classes) :
  - le taux standardisé de mortalité par suicide : cette variable a été ajoutée en illustrative dans le modèle car la majorité des EPCI avait de très faibles effectifs de décès annuel moyen par suicide (moins de 10) ;
  - la part de retraités : cette variable a été ajoutée en illustrative dans le modèle car elle était fortement corrélée avec la part de personnes âgées de 65 ans et plus ;
  - le taux de recours à un psychiatre libéral : cette variable a été ajoutée en illustrative car elle ne représente que partiellement le recours à un psychiatre, les psychiatres salariés n'étant pas pris en compte ici.

Glossaire

ADELI : L'arrêté du 12 juillet 2012 fonde la mise en place d'un traitement de données à caractère personnel, dénommé ADELI, de gestion de l'enregistrement et des listes départementales de certaines professions et usages de titres professionnels. Adeli (Automatisation DEs Listes) est un système d'information national portant sur les professionnels de santé. Un numéro Adeli est attribué à tous les praticiens salariés ou libéraux et leur sert de numéro de référence pour les professionnels hors RPPS. C'est ce numéro qui est indiqué sur leurs cartes CPS. Les professions contenues dans le répertoire Adeli basculent progressivement vers le RPPS. Actuellement (octobre 2017) les professions suivantes sont enregistrées dans Adeli : assistants de service social, audioprothésistes, diététiciens, épithésistes, ergothérapeutes, infirmiers, infirmiers psychiatriques, manipulateurs en radiologie, ocularistes, opticiens-lunetiers, orthopédistes-orthésistes, orthophonistes, orthoprothésistes, orthoptistes, podo-orthésistes, psychomotriciens, psychologues, techniciens de laboratoire.

Arhgos : Applicatif de gestion des autorisations d'activités de soins des structures sanitaires.

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) : Depuis 50 ans, l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) est en charge de la production de la statistique sur les causes médicales de décès. Le CépiDc est une unité de service en charge de cette mission pour l'Inserm depuis 1968. Il dirige le Centre Collaborateur OMS (CCOMS) sur les classifications internationales en santé en langue française.

Établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) : Les ESPIC supplantent les établissements participant au service public hospitalier (PSPH), au terme du vote de la loi Hôpital, patients, santé et territoire (HPST). Les ESPIC recouvrent le champ du secteur privé non lucratif. Les établissements privés à but non lucratif peuvent être qualifiés d'ESPIC dès lors qu'ils assurent le service public hospitalier. En effet, selon l'article L6161-5, « sont qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif les centres de lutte contre le cancer définis à l'article L6162-1 et les établissements de santé privés gérés par les personnes morales de droit privé mentionnées au 1° du II de l'article 1er de la loi n°2014-856 du 31 juillet 2014, relative à l'économie sociale et solidaire, remplissant les conditions et ayant obtenu l'habilitation mentionnée à l'article L6112-3 du présent code et qui poursuivent un but non lucratif ».

Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) : Le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux est un répertoire national géré par le Ministère des solidarités et de la Santé. Ce fichier constitue la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation aux professions de ces secteurs. Il est mis en œuvre et maintenu par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les données de ce répertoire sont actualisées de façon continue par des agents en service dans les agences régionales de santé et dans les services déconcentrés de l'État et mises à disposition du public sur un site internet dédié. Sur ce site internet, le grand public dispose d'une fonction de recherche multicritère sur les données du répertoire. Les informations disponibles concernent les seuls établissements et entités juridiques ouverts. Sa consultation est gratuite mais nécessite l'approbation de conditions générales d'utilisation.

Hot-spot : Un hot-spot suicidaire, aussi connu comme un « site emblématique », est un site spécifique, généralement public, fréquemment utilisé comme lieu de suicide compte tenu de sa facilité d'accès et de sa létalité perçue.
(source : https://papageno-suicide.com)

Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) : Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information. Il comporte 4 « champs » : « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO), « soins de suite ou de réadaptation » (SSR), « psychiatrie » sous la forme du RIM-Psy (recueil d'information médicale en psychiatrie), « hospitalisation à domicile » (HAD). Le PMSI est obligatoire depuis la loi du 31 juillet 1991 qui oblige les établissements de santé à procéder à l'évaluation et à l'analyse de leur activité. Il a été généralisé dans le secteur hospitalier public en 1994 et dans le secteur hospitalier privé en 1996.

Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de Santé (RPPS) : Institué par l'arrêté du 6 février 2009 modifié en dernier lieu par l'arrêté du 18 avril 2017, le Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) est le répertoire unique de référence qui rassemble et publie des informations permettant d'identifier les professionnels de santé, sur la base d'un « numéro RPPS » attribué au professionnel toute sa vie. C'est un référentiel opposable : les données enregistrées sont réputées fiables et tiennent lieu de pièces justificatives. Le RPPS intègre ce jour les données d'identification des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes (décembre 2016) et pédicures-podologues (octobre 2017) fournies et certifiées par les ordres professionnels et par le service de santé des armées. Le RPPS regroupera à terme l'ensemble des professionnels de santé. L'intégration est progressive, en fonction des possibilités des autorités d'enregistrement (ordre professionnel, agence régionale de santé, service de santé des armées).

Statistique annuelle des établissements (SAE) : La Statistique annuelle des établissements de santé est une enquête administrative exhaustive et obligatoire auprès des établissements de santé installés en France (métropole et DROM), y compris les structures qui ne réalisent qu'un seul type d'hospitalisation ou qui ont une autorisation pour une seule activité de soins. Les données sont collectées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), direction du ministère des Solidarités et de la Santé. Elle produit deux types de données : une base dite « administrative » restituant les déclarations des établissements et une base dite « statistique » destinée aux études.

Liste des abréviations

Adeli : Automatisation des listes

ADSEA : Association départementale de sauvegarde enfance et adolescence

ANMDA : Association nationale des maisons des adolescents

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie

APL : Accessibilité potentielle localisée

ARS : Agence régionale de santé

ASV : Atelier santé ville

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CeGIDD : Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic

Cire : Cellule d'intervention de Santé Publique France en région

CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole

CCMU : Classification clinique des malades aux urgences

CH : Centre hospitalier

CHS : Centre hospitalier spécialisé

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cim : Classification internationale des maladies

CLS : Contrat local de santé

CLSM : Conseil local de santé mentale

Cnaf : Caisse national d'allocation familiale

Cnam-TS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EGB : Échantillon généraliste de bénéficiaires

EMPP : Équipe mobile psychiatrie-précarité

EPCI : Établissement public de coopération intercommunale

ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : Équivalent temps plein

Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

HCL : Hospices civils de Lyon

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

IML : Institut médico-légal

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

Irdes : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MdA : Maison des adolescents

MSA : Mutualité sociale agricole

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONS : Observatoire national du suicide

ORS : Observatoire régional de la santé

Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PAEJ : Point Accueil Écoute Jeunes

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information

PTSM : Projet territorial de santé mentale

PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins

RP : Recensement de la population

RPPS : Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé

RPU : Résumé de passage aux urgences

RSI : Régime social des indépendants

SAE : Statistique annuel des établissements

Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation

SNIIR-AM : Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie

SPF : Santé publique France

TS : Tentative de suicide

Bibliographie

[1] Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3ème rapport. Paris: Drees; fév. 2018, 218p.
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf]

[2] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin N°4, Janvier 2018, 27p.
[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull4_2018.pdf]

[3] Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Version provisoire. ATIH ; décembre 2017.

[4] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris: Drees; fev. 2016, 481p.
[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf]

[5] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jougla E. Convention d'étude INSERM – DREES – N° 1 du 10 juillet 2008 - Rapport final (décembre 2009) - Amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide (études des causes inconnues de décès, des causes indéterminées quant à l'intention et des suicides) - France métropolitaine – Année 2006

[6] Bossard C, Santin G, Guseva Canu I. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants : premiers résultats, InVS, septembre 2013, 26p.
[http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/content/download/77471/284015/version/1/file/rapport_surveillance_mortalite_suicide_agriculteurs_exploitants.pdf]

[7] Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva-Canu I, Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011. Santé publique France ; 2017. 10p.
[http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2017/Caracteristiques-associees-a-la-mortalite-par-suicide-parmi-les-hommes-agriculteurs-exploitants-entre-2007-et-2011]

[8] Klingelschmidt J, Chastang JF, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L, Niedhammer I. Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(27):549-55. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/27/2018_27_2.html]

[9] Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Mars 2016, 72p. [https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554]

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin N°5, janvier 2019, 40p.

Ont contribué à la rédaction de ce bulletin (par ordre alphabétique) :
Dr Bienassis C. (CH Sainte-Marie de Privas), Casamatta D. (Cire - Auvergne-Rhône-Alpes, Santé publique France), Dr Courty E. (CHU Clermont-Ferrand, Unité Pass'Aje), Crozatier M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Durand AM. (Directrice DSP, ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Dubuc M. (CHU de Grenoble), Duchen C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07-26), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques), Dr Godechot B. (CHAI Grenoble), Guisard-Lecomte K. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Lingk D. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 38), Lubryka S. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Mannoni C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Marquis F. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07-26), Pr Massoubre C. (CHU de Saint-Étienne), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Poujol de Molliens I. (Cire - Auvergne-Rhône-Alpes, Santé publique France), Pr Poulet E. (Psychiatrie des Urgences des HCL Pavillon N, PsyR2 – CRNL (INSERM U1028 / CNRS UMR 5292 / UCBL1), CH Le Vinatier), Pouzet M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Saura C. (Responsable Cire - Auvergne-Rhône-Alpes Santé, publique France), Pr Terra JL. (CH le Vinatier), Tournier M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Venzac M. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes)