

L'observatoire régional du suicide, mis en place et piloté par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes depuis 2012, présente dans ce 6<sup>ème</sup> bulletin régional des données toujours plus précises sur le suicide et les tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette thématique constitue une des priorités de santé publique inscrite comme l'un des six axes majeurs du schéma régional de santé en cours dans la région.

Ce nouveau bulletin reprend les données précédentes en les actualisant. Le travail réalisé en particulier avec les établissements de santé améliore grandement la qualité des données issues du PMSI et des taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide. Il convient donc d'interpréter avec beaucoup de prudence les évolutions des chiffres de ces dernières années liées notamment à cette meilleure qualité.

Cette fiabilité permet d'avoir une vision de plus en plus précise de la situation dans la région même si des efforts restent à faire.

L'observation a permis cette année de croiser la mortalité par suicide et les inégalités sociales de santé. Un chapitre du document est dédié à cette analyse spécifique. Elle met en lumière les déterminants sociaux sur lesquels la complémentarité des acteurs institutionnels et associatifs de différents champs (sanitaire, social, médicosocial) doit faire l'objet d'un renforcement important. C'est de cette complémentarité que l'efficacité en matière de prévention du risque suicidaire sera améliorée. Cet axe sera un des points essentiels de la lutte contre le suicide.

Dans le champ de l'organisation du parcours de soins, le dispositif Vigilans, évoqué dans le dernier bulletin, constitue un élément majeur de la prévention de la récurrence suicidaire auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide. Les liens à conforter entre les services des urgences et le dispositif Vigilans après la sortie des malades constituent un enjeu important. Mais ce maintien du lien, sans réseau externe, avec les professionnels de la santé mentale, formés spécifiquement au repérage, à la prise en charge, à l'accompagnement des personnes suicidaires, ne serait qu'un support isolé et insuffisant.

Ainsi, le déploiement du dispositif repose sur l'ensemble de ces points et la fragilité d'un seul met à mal l'ensemble de l'édifice.

Les premières équipes seront déployées à partir des quatre CHU de la région et du réseau professionnel qui les entoure. Elles interviendront en priorité et progressivement dans les secteurs prioritaires, notamment les zones de difficultés sociales. Ces éléments mériteront d'être portés au sein des CLSM, CLS et PTSM couvrant les territoires particulièrement défavorisés et mis en évidence dans le document.

Que l'ensemble des professionnels ayant participé aux travaux inscrits dans ce 6<sup>ème</sup> bulletin soient remerciés et encouragés à exploiter les informations communiquées pour permettre la mise en œuvre d'actions préventives les plus probantes et les mieux adaptées aux besoins de chaque habitant de la région dans son cadre et son contexte de vie personnel.

Anne-Marie Durand, Directrice de la Direction Santé Publique, ARS Auvergne-Rhône-Alpes

## SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes .....	2
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes .....	3
Les passages aux urgences pour tentative de suicide.....	9
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	10
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	11
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes.....	12
Mortalité par suicide et inégalités sociales de santé en Auvergne-Rhône-Alpes.....	13
Les chiffres et les points clés.....	15
Profils de territoire.....	16
Cartes ressources.....	20
Sources de données et méthode.....	26
Consignes de codage et amélioration de la codification.....	28
Précisions méthodologiques sur le chapitre « Mortalité par suicide et Inégalités sociales de santé ».....	29
Méthodologie de la typologie des territoires.....	30
Liste des abréviations.....	33
Bibliographie.....	34

## 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 décès toutes les heures en moyenne. Le décès par suicide touche davantage les hommes que les femmes.

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

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

### Les tentatives de suicide

En 2018, selon les données du PMSI, plus de 90 500 séjours hospitaliers ont été enregistrés dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique après une tentative de suicide en France métropolitaine. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes (61 %), avec un premier pic chez les jeunes filles de 15-19 ans et un second pic chez les femmes de 45-49 ans.

Le taux standardisé d'hospitalisation pour tentative de suicide en France métropolitaine est passé de 16,3 pour 10 000 habitants en 2009 à 13,9 pour 10 000 personnes sur la période 2016-2018. Après une baisse régulière entre 2009 et 2013, ce taux semble se stabiliser à partir de 2014.

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide présente des disparités régionales. Ainsi, selon le 3<sup>ème</sup> rapport de l'ONS [1], en 2015, la Guadeloupe présente les taux régionaux les plus bas tandis que les taux les plus élevés sont retrouvés dans les Hauts-de-France. Des disparités territoriales existent également entre départements d'une même région avec des taux allant du simple au quadruple par exemple en région Grand-Est.

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

Les données de mortalité du CépiDc pour l'année 2016 ne sont pas disponibles au moment de rédiger ce bulletin. Une synthèse des principales données de mortalité par suicide présentées antérieurement par l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes est proposée ci-dessous. Pour avoir plus d'informations sur la mortalité par suicide, veuillez consulter : Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes - Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin n°5 – Janvier 2019 : [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull5\\_2019.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull5_2019.pdf). [2]

### Baisse des taux de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

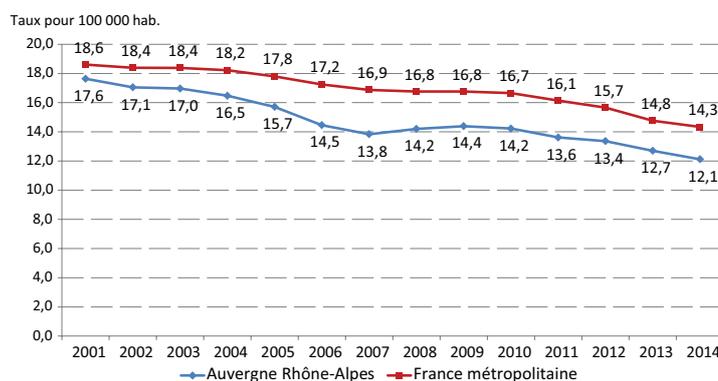
Depuis 2009, le nombre de décès par suicide diminue en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine.

Sur la période 2013-2015, 946 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région. Plus des trois quarts de ces décès concernent des hommes.

En rapportant le nombre de décès par suicide à la population, une tendance à la baisse du taux annuel standardisé de mortalité par suicide est observée dans la région ainsi qu'en France métropolitaine, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (cf. figure 1). Les données disponibles ne permettent pas d'analyser les taux de mortalité et leur évolution dans le temps par catégorie socio-professionnelle.

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

Figure 1 - 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 – standardisation directe sur âge et sexe  
Sources : Inserm-CépiDc, données 2000-2015 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 1 - Nombre de décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine de 2011 à 2015

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

Source : Inserm-CépiDc, données 2011-2015 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Le taux standardisé de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, à l'échelle régionale et métropolitaine. Pour les hommes, sur la période 2013-2015 en Auvergne-Rhône-Alpes, les taux spécifiques de mortalité par suicide sont plus élevés chez les personnes âgées par rapport aux jeunes. Chez les femmes de la région, sur cette même période, les taux spécifiques sont nettement moins élevés et diminuent avec l'âge.

Sur la période 2013-2015, les décès par suicide représentent 1,5 % de l'ensemble des décès enregistrés dans la région. Chez les jeunes de 15-24 ans, le suicide est la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route : 13 % des décès de cette classe d'âge sont causés par suicide. Chez les jeunes adultes de 25-34 ans, le suicide constitue la première cause de décès juste devant les cancers.

**La diminution des taux de mortalité observée ces dernières années ne concerne pas les personnes âgées de 75 ans et plus.**

## De fortes disparités selon les départements

Historiquement, quel que soit le sexe, les taux annuels standardisés de mortalité par suicide sont plus élevés en Ardèche, en Haute-Loire, dans la Loire et le Puy-de-Dôme. Chez les hommes, ces taux sont élevés dans l'Allier. Concernant les évolutions, la tendance globale à la baisse des taux standardisés de mortalité par suicide constatée aux niveaux régional et national est observée dans la plupart des départements de la région. Ainsi, ces disparités selon les départements sont stables.

Depuis plusieurs années, la pendaison est le mode opératoire le plus fréquent (60 % des décès par suicide pour les hommes et 38 % pour les femmes).

### Faits marquants sur la mortalité par suicide

- Diminution globale de la mortalité par suicide depuis 2000 mais vigilance à avoir : les 75 ans et plus ont un taux spécifique de mortalité par suicide qui augmente légèrement depuis 2012.
- 4 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 41 % concernent les 45-64 ans et 31 % les 65 ans et plus.
- Taux de mortalité par suicide toujours supérieurs chez les hommes.
- Quel que soit le sexe, les taux standardisés de mortalité par suicide sont historiquement élevés dans les départements de l'Ardèche, la Haute-Loire, la Loire et le Puy-de-Dôme. Chez les hommes, ils sont élevés dans l'Allier.
- Première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- La pendaison, 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.

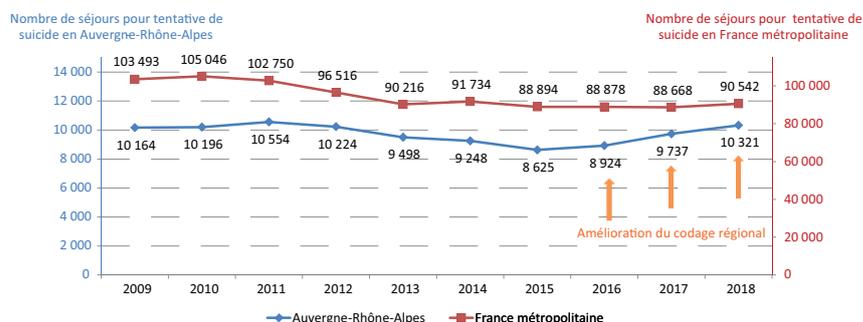
## LES SÉJOURS HOSPITALIERS EN MCO POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

### Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes inférieurs aux taux nationaux mais en augmentation en 2018

Sur la période 2016-2018, 9 660 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (cf. sources de données et méthodes p. 26) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes. Après avoir enregistré une baisse jusqu'en 2015, le nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide continue à augmenter dans la région en 2018 (+ 6,0 %) (cf. figure 2). La majorité (61 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes concerne des femmes sur la période 2016-2018.

L'amélioration du codage, amorcée dans plusieurs établissements de la région (cf. « Les consignes de codage et l'amélioration de la codification » p. 28) est à mettre en lien avec cette augmentation constatée du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide. En effet, l'augmentation régionale de 6 % du nombre de séjours en 2018 est majoritairement imputable à la forte augmentation constatée dans quelques établissements où un effort important a été fourni sur la qualité du codage : le CH d'Anney-Genevois (+ 165 % en 2018 suite à une période de sous-codage entre 2014 et 2017), les CHU de Saint-Étienne et de Clermont-Ferrand qui poursuivent leurs efforts d'amélioration du codage engagés ces dernières années (respectivement + 80 % et + 29 % en 2018).

Figure 2 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2009-2018



Source : PMSI-MCO 2009-2018 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2013-2018, le nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes augmente en moyenne annuellement de 1,7 % (0,07 % en France métropolitaine). En excluant les CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne, l'évolution annuelle moyenne du nombre de séjours correspond à une baisse de 0,5 % sur cette même période. À titre de comparaison, l'évolution des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide dans les établissements isérois, reconnus pour avoir une bonne qualité de codage depuis de nombreuses années, correspond à une baisse sur la période 2013-2018 (- 0,6 % de baisse moyenne annuelle).

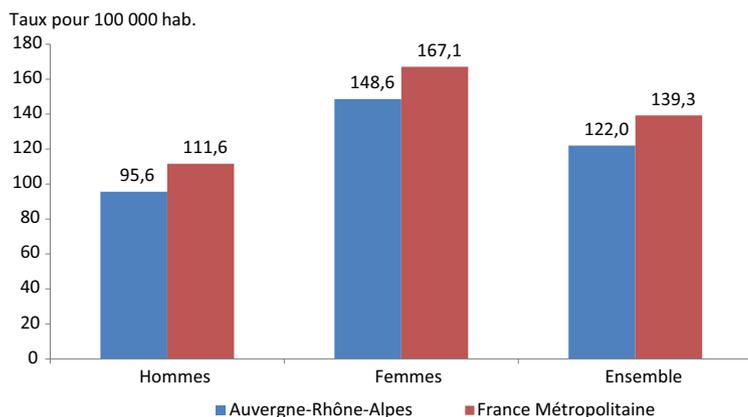
Après une baisse du taux annuel standardisé (cf. « Sources de données et méthode » p. 26) de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observée depuis 2010 en Auvergne-Rhône-Alpes, une tendance à la hausse semble s'opérer depuis 2015 (cf. figure 3). Cette hausse est liée à l'amélioration du codage observée ces dernières années dans certains établissements de la région. L'augmentation enregistrée entre 2015 et 2016 (+1,3 %) se confirme et s'accroît entre 2016 et 2017 (+ 5,5 %). En France métropolitaine, le taux annuel standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, en diminution progressive depuis 2009, semble se stabiliser à partir de 2014.

Figure 3. Évolution des taux\* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2008-2018



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée - standardisation directe sur âge et sexe  
Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 4. Taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018



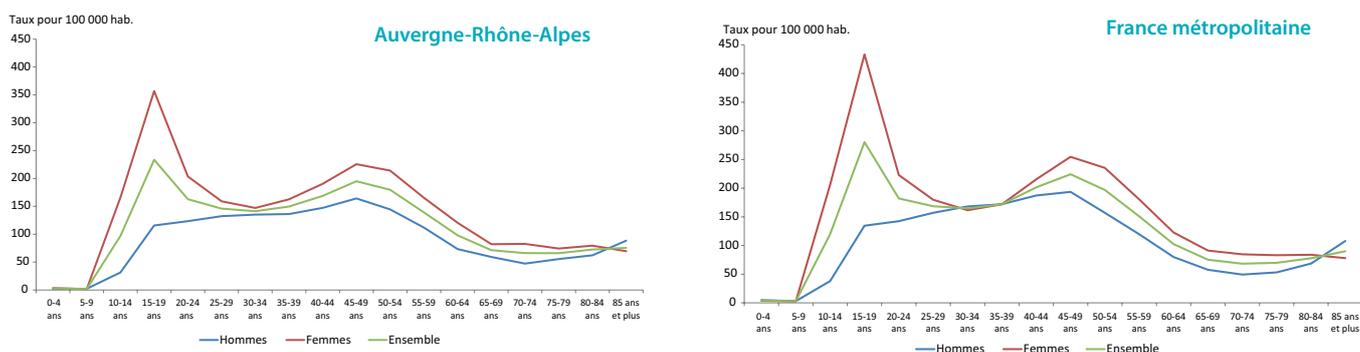
\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée - standardisation directe sur âge et sexe  
Sources : PMSI-MCO 2016-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Comme sur la période précédente, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2016-2018 sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, aussi bien en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine. Ainsi, 149 séjours suite à une tentative de suicide pour 100 000 femmes sont enregistrés dans la région sur la période 2016-2018 contre 96 séjours pour 100 000 hommes (cf. figure 4). La situation semble plus favorable en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine où les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont inférieurs aux taux nationaux, quel que soit le sexe. Toutefois, les écarts entre les taux régionaux et nationaux se resserrent par rapport à la période précédente. Ce constat est en partie lié aux efforts fournis dans la région pour améliorer le codage (cf. « Les consignes de codage et l'amélioration de la codification » p. 28) sans que nous ayons toutefois d'information sur l'amélioration du codage au niveau de la France métropolitaine.

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

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2016-2018, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par classe d'âge présentent deux pics marqués chez les femmes (cf. figures 5 et 6) : l'un chez les 15-19 ans (357 séjours pour 100 000 femmes, en augmentation par rapport à la période précédente 2015-2017 où ce taux était de 316 pour 100 000) et l'autre chez les 45-49 ans (226 pour 100 000 femmes, stable par rapport à la période précédente où ce taux s'élevait à 227 pour 100 000 habitantes). Il est à noter que l'amélioration du codage amorcée ces dernières années dans les CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne a contribué à l'augmentation annuelle des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre 2015 et 2018, quelle que soit la classe d'âge.

Figures 5 et 6. Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS, par classe d'âge et par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018

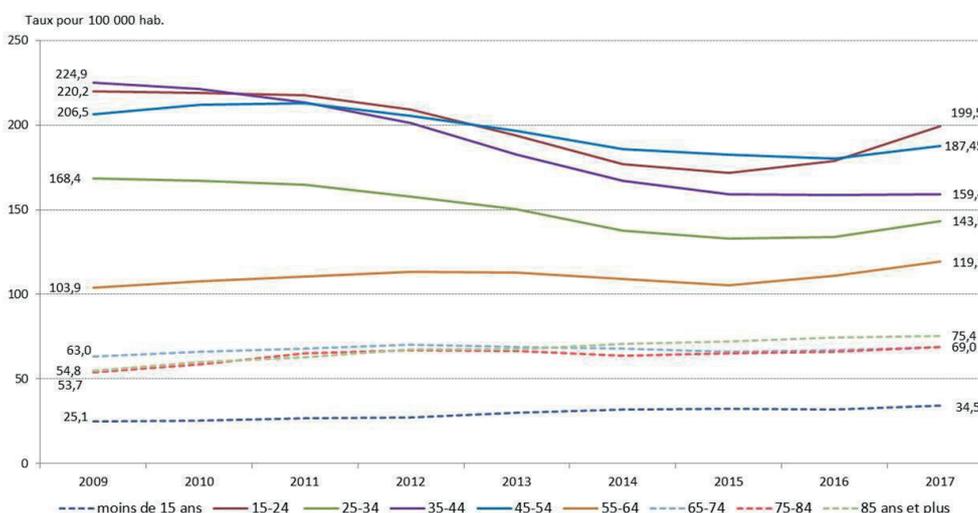


Sources : PMSI-MCO 2016-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide n'évoluent pas de manière identique selon les classes d'âge (cf. figure 7). Après une longue période de baisse, une hausse des taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est observée chez les 15-24 ans (+ 8,0 % d'augmentation annuelle en moyenne depuis 2015), chez les 25-34 ans (+ 4,0 % d'augmentation annuelle depuis 2015) et chez les 45-54 ans (+ 4,1 % depuis 2016). Chez les moins de 15 ans et les 85 ans et plus, ces taux spécifiques n'ont cessé d'augmenter depuis 2009 (respectivement + 4,6 % et + 4,7 % en moyenne annuelle). Pour les 35-44 ans, le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide a baissé jusqu'en 2014 et semble se stabiliser depuis. Enfin, pour les personnes âgées entre 55 et 84 ans, la tendance globale est une hausse des taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2009, avec toutefois une légère baisse observée entre 2013 et 2015.

La hausse marquée depuis 2015 chez les 15-35 ans ainsi que chez les 55-64 ans et, dans une moindre mesure, chez les 65-74 ans peut s'expliquer par l'amélioration du codage dans les CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne où une hausse particulière des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est observée dans ces classes d'âge. Il convient donc de rester vigilant sur l'analyse des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les classes d'âge et de suivre les évolutions une fois la qualité des codages stabilisée.

Figure 7. Évolution des taux\* spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour TS, selon les groupes d'âge entre 2008 et 2018 en Auvergne-Rhône-Alpes



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée - standardisation directe sur âge et sexe

Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

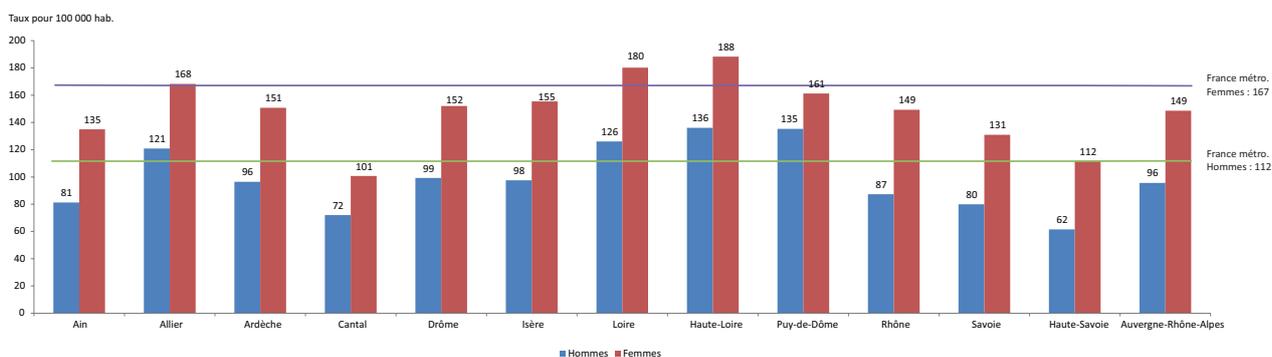
## Une situation hétérogène selon les départements

Sur la période 2016-2018, des écarts importants de taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide subsistent selon les départements (cf. figure 8).

L'Allier, la Loire et la Haute-Loire ont des taux supérieurs aux taux régional et national, quel que soit le sexe. La Drôme, l'Isère et le Puy-de-Dôme ont des taux supérieurs au taux régional pour les hommes comme pour les femmes et l'Ardèche pour les femmes uniquement.

Au contraire, le Cantal, la Savoie et la Haute-Savoie et, dans une moindre mesure, l'Ain ont des taux relativement faibles par rapport aux taux régionaux et nationaux. Le Rhône a un taux inférieur aux taux régional et national pour les hommes. Les données du Cantal, surprenantes, feront l'objet d'une analyse plus précise en 2020.

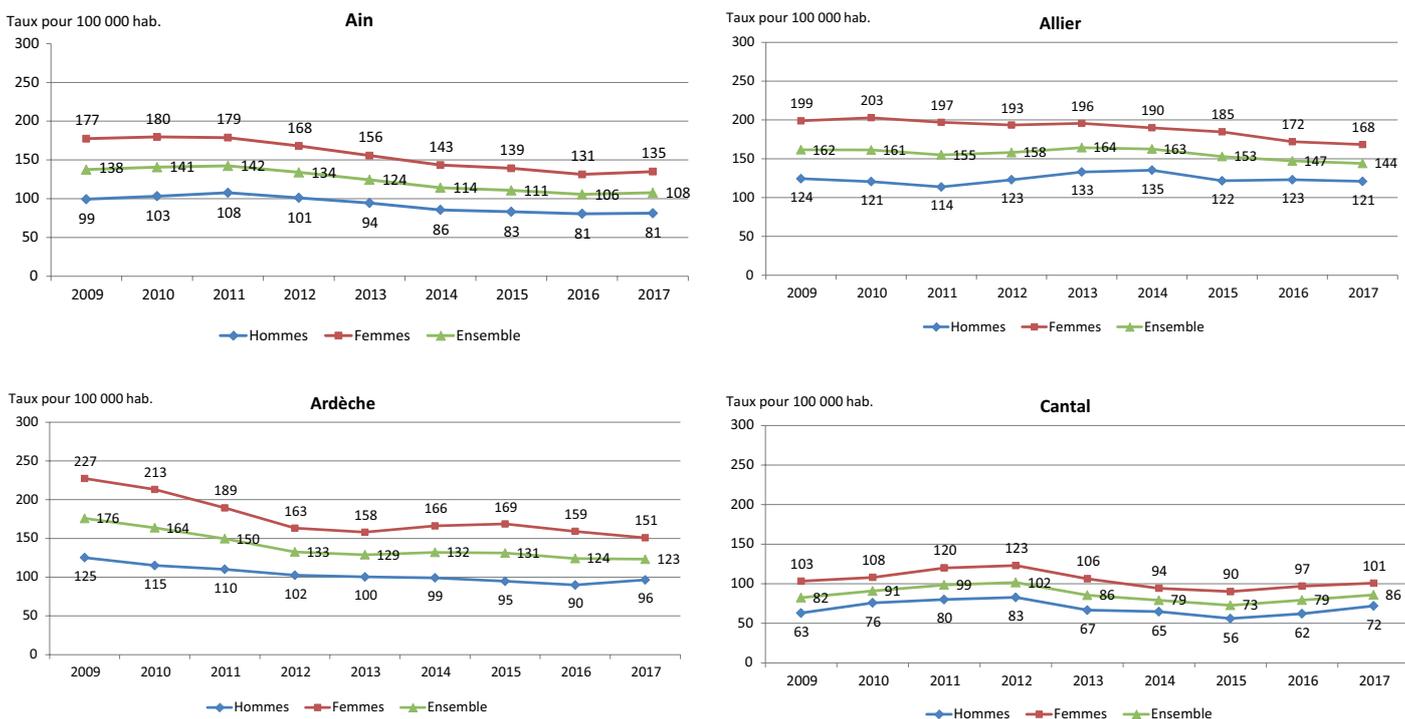
Figure 8. Taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018



Sources : PMSI-MCO 2016-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les graphiques présentant l'évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par département de 2008 à 2018 illustrent l'hétérogénéité des situations (cf. figure 9). Sur la période 2016-2018, l'Allier et la Drôme (quel que soit le sexe) et l'Ardèche et l'Isère (pour les femmes) enregistrent une diminution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, cette tendance à la baisse étant observée depuis quelques années dans ces départements. Au contraire, dans la Loire, le Puy-de-Dôme et la Haute-Savoie, les taux sont en augmentation, probablement en lien avec l'amélioration de la qualité du codage dans les établissements hospitaliers de Saint-Étienne, Clermont-Ferrand et Annecy. Le faible écart des taux annuels standardisés entre les hommes et les femmes dans le Puy-de-Dôme pourrait être lié à une pratique de dépistage et d'exploration systématique des intoxications éthyliques aiguës chez les patients requérant le service d'urgence médico-chirurgicale du CHU de Clermont-Ferrand (surreprésentation masculine) par les psychiatres des urgences à la recherche d'une intentionnalité auto-agressive directe et/ou associée.

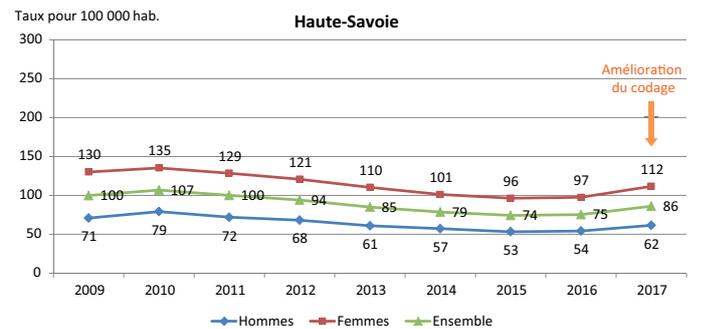
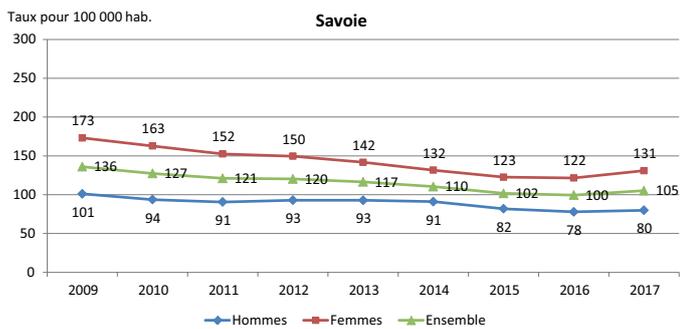
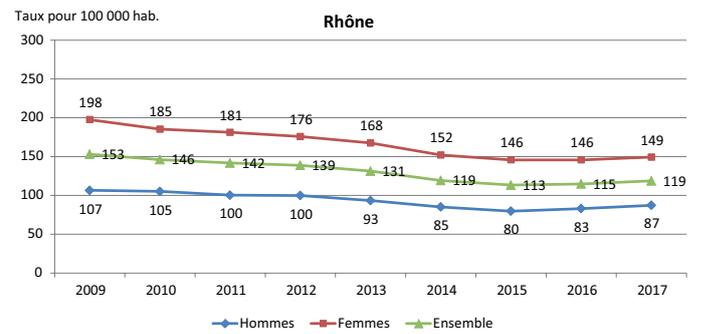
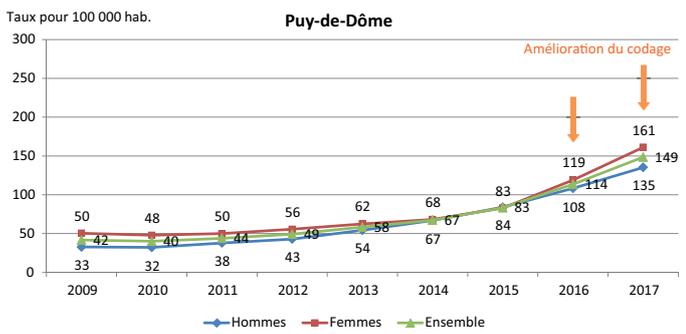
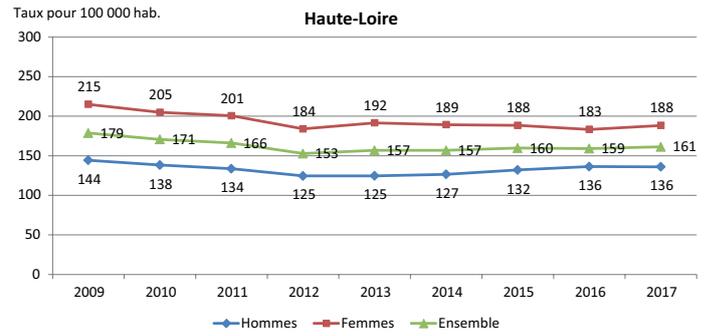
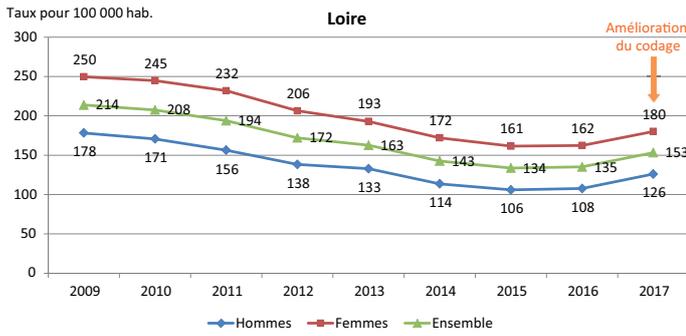
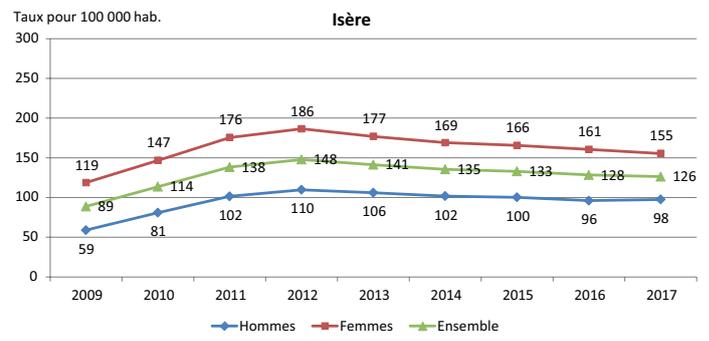
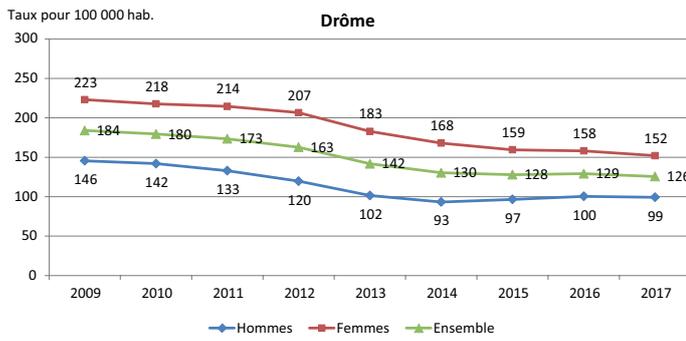
Figure 9 - Évolution des taux\* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les départements de 2008 à 2017



\* Taux lissés sur 3 ans – année centrale indiquée – standardisation directe sur âge et sexe

Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 9. Évolution des taux\* annuels standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS selon les départements de 2008 à 2018 (suite)

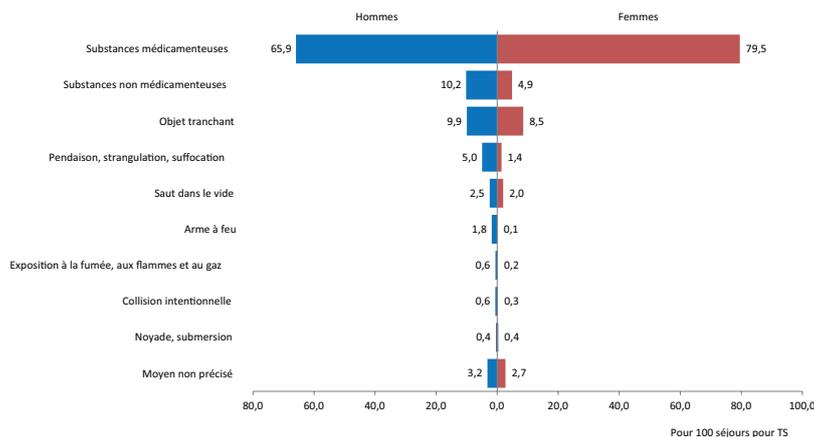


\* Taux lissés sur 3 ans – année centrale indiquée – standardisation directe sur âge et sexe  
Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## L'absorption de substances médicamenteuses demeure le 1<sup>er</sup> mode opératoire

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les hommes (65,9 %) que chez les femmes (79,5 %) hospitalisés en MCO suite à une tentative de suicide sur la période 2016-2018 (cf. figure 10). Toutefois, une légère baisse de ce mode opératoire est à noter par rapport à la période précédente chez les femmes, baisse compensée par une hausse des objets tranchants et des sauts dans le vide (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 26). Pour les hommes comme pour les femmes, la part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par absorption de substances non médicamenteuses a également diminué par rapport à la période précédente.

Figure 10. Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon le mode opératoire, 2016-2018 – Auvergne-Rhône-Alpes

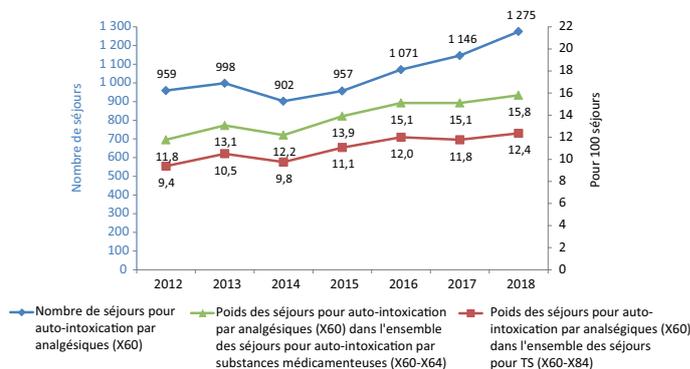


Source : PMSI-MCO 2016-2018 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les jeunes de 10-14 ans, la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire (60 %), pour les garçons (50 %) comme pour les jeunes filles (61 %) mais elle est moins fréquente qu'en population générale. Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par cette classe d'âge est l'objet tranchant, en augmentation par rapport à la période précédente, quel que soit le sexe (22 % pour les garçons et 25 % pour les filles). Le troisième mode opératoire est la pendaison (8,8 % pour les garçons et 2,8 % pour les jeunes filles) en diminution pour les premiers par rapport à la période précédente et en augmentation pour les secondes.

Suite aux observations de terrain réalisées par des psychiatres évoquant des tentatives de suicide plus nombreuses par intoxication au paracétamol, une analyse des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques a été produite (cf. figure 11). En effet, les intoxications au paracétamol ne faisant pas l'objet d'un code spécifique de la CIM-10, l'analyse de ce mode de tentative de suicide est réalisée à partir des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques. La tendance se confirme : ce mode de tentative de suicide parmi l'ensemble des séjours hospitaliers pour tentative de suicide est en augmentation depuis 2014. Chez les moins de 15 ans, ce mode de tentative de suicide a légèrement augmenté en 2018 (25,5 %) par rapport à 2017 (24,0 %).

Figure 11. Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2012 et 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : PMSI-MCO 2012-2018 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

À l'avenir, ces constats sont amenés à évoluer. En effet, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a décidé de retirer les spécialités administrées par voie orale à base de paracétamol, d'ibuprofène et d'acide acétylsalicylique (aspirine) du libre accès aux patients dans les pharmacies : ces médicaments seront placés derrière le comptoir tout en restant disponibles sans ordonnance médicale obligatoire.

### Faits marquants sur les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

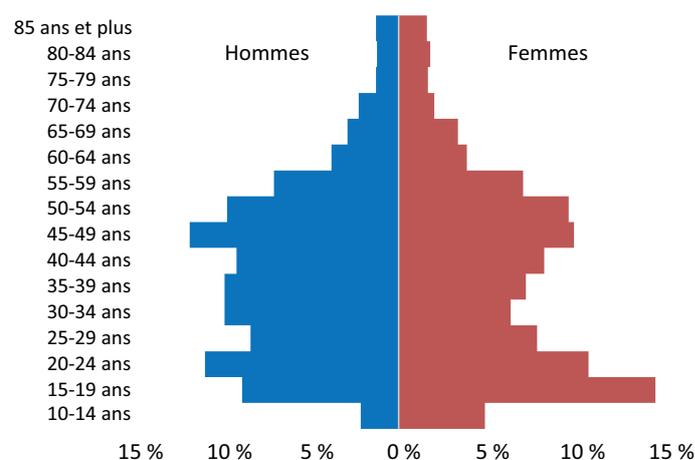
- 24,6 % des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent les 10-24 ans, 32,9 % concernent les 45-64 ans et 11,1 % concernent les 65 ans et plus.
- Après une baisse depuis 2010 du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, une tendance à la hausse semble s'opérer depuis 2015. Elle est probablement liée à l'amélioration du codage observée ces dernières années dans certains établissements de la région (CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne et CH Annecy-Genevois).
- Les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.
- Deux pics sont observés, notamment chez les femmes, à 15-19 ans et à 45-49 ans.
- Toutes classes d'âge confondues, les départements les plus impactés sont l'Allier, la Loire, la Haute-Loire, la Drôme, l'Isère et le Puy-de-Dôme (quel que soit le sexe) et l'Ardèche (pour les femmes).
- L'absorption de substance médicamenteuse : 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient l'âge et le sexe.

## LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN 2018

La surveillance des tentatives de suicide a été analysée à partir des résumés des passages aux urgences transmis par le réseau Oscour® (cf. méthodologie p. 27).

En 2018, 64 % des passages aux urgences pour tentative de suicide, en Auvergne-Rhône-Alpes, concernaient des femmes, proportion similaire à celle observée en 2017. La majorité des tentatives de suicide recensées étaient entre 15 et 59 ans, quel que soit le sexe. Pour les deux sexes, deux pics étaient observés : chez les 15-24 ans puis chez les 45-54 ans. Bien que le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide soit supérieur en 2018 par rapport à 2017, la part d'activité qu'il représente reste stable.

Figure 12. Répartition des tentatives de suicide enregistrées aux urgences, par classe d'âge et sexe, Auvergne-Rhône-Alpes 2018 (N = 7 839)

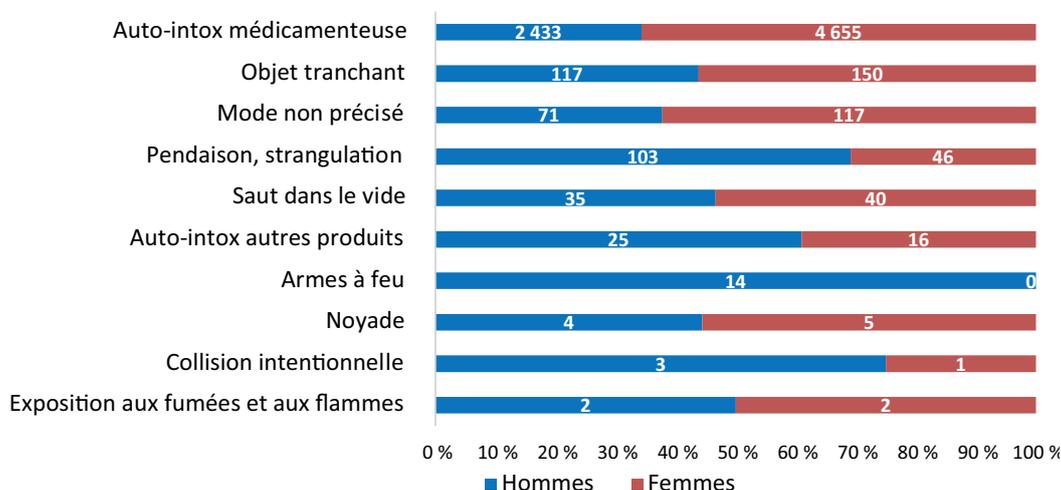


Source : Santé publique France (Oscour®) – Exploitation Santé publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

L'auto-intoxication médicamenteuse était le principal mode opératoire, quel que soit le sexe. Ce mode représentait 93 % des tentatives de suicide chez les femmes et 87 % chez les hommes, indépendamment de la classe d'âge.

Il était à noter par ailleurs que les femmes avaient plus souvent recours à un objet tranchant que les hommes. Ces derniers utilisaient plus fréquemment que les femmes des modes tels que la pendaison et l'usage des armes à feu.

Figure 13. Répartition par sexe des recours pour tentative de suicide, enregistrés dans les structures d'urgences d'Auvergne-Rhône-Alpes participant au réseau Oscour®, selon le mode utilisé, 2018 (N = 7 839)



Source : Santé publique France (Oscour®) – Exploitation Santé publique France en Auvergne-Rhône-Alpes

Les observations effectuées sur la répartition par sexe et âge, ainsi que sur le mode opératoire sont similaires à celles de l'année précédente.

### Faits marquants sur les passages aux urgences pour tentative de suicide en 2018

- Trois passages sur cinq concernent des femmes, avec deux pics chez les 15-19 ans et les 45-49 ans.
- L'auto-intoxication médicamenteuse : 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Les observations sur les répartitions par sexe et par âge et sur les modes opératoires des tentatives de suicide passées aux urgences sont similaires à celles de l'année précédente.

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

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

Pour rappel<sup>1</sup>, sur la période 2013-2015, 40 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes. Trois quarts de ces décès concernent des jeunes hommes (30 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 12 % de l'ensemble des décès recensés chez les 10-24 ans et ils constituent la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité après les accidents de la route et les tumeurs. Chez les 15-24 ans, les décès par suicide (36 décès en moyenne par an) représentent 13 % de l'ensemble des décès des 15-24 ans et constituent la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité 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 à 2,8 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes versus 3,6 pour 100 000 en France métropolitaine. Ce taux est en diminution depuis 2001 dans la région comme en France métropolitaine.

<sup>1</sup> Les données de mortalité du CépiDc pour l'année 2016 ne sont pas disponibles au moment de rédiger ce bulletin. Les principales données de mortalité par suicide chez les jeunes de 10-24 ans présentées antérieurement par l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes sont reprises ici. Pour avoir plus d'informations sur la mortalité par suicide, consulter : Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin n°5, Janvier 2019, 40p. [[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull5\\_2019.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull5_2019.pdf)] [2]

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018

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

Sur la période 2016-2018, 2 376 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les jeunes de 10-24 ans dans la région : 2 086 en 2016, 2 359 en 2017 et 2 684 en 2018. En 2018, les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide des jeunes de 10-24 ans représentent 26 % de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide de la région. Comme observé précédemment, 72 % des séjours des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (1 718 séjours en moyenne par an). Un séjour sur cinq (20 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (485 séjours en moyenne par an sur la période 2016-2018, soit un taux de 97 pour 100 000) et 80 % les 15-24 ans (1 892 séjours en moyenne par an sur la période 2016-2018, soit un taux de 199 pour 100 000). Cette répartition des séjours selon la classe d'âge est similaire à celle observée sur la période précédente.

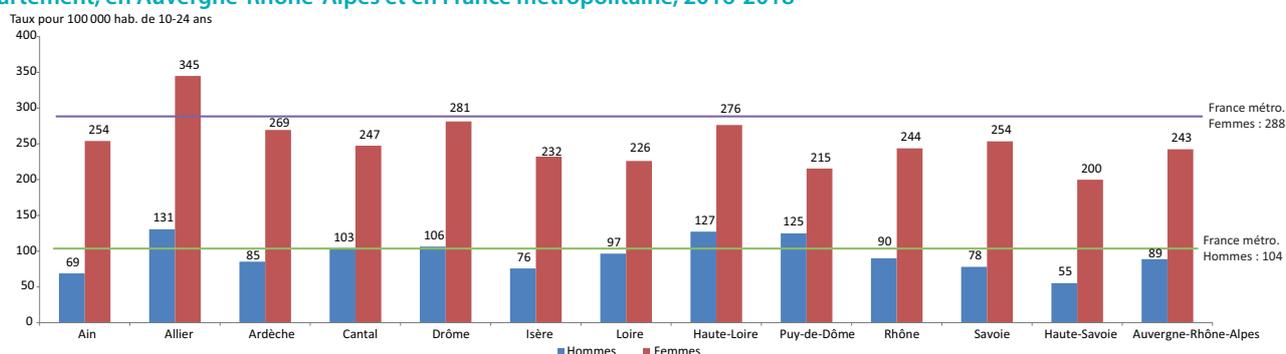
### Les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

Une augmentation des taux spécifiques est constatée chez les 10-14 ans comme chez les 15-24 ans par rapport à la période précédente (respectivement + 6,6 % et + 11,2 %).

Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans sur la période 2016-2018 s'élève à 164 pour 100 000 (89 chez les garçons et 242 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 14). Ce taux demeure inférieur à la valeur nationale (194 pour 100 000 en France métropolitaine, 104 pour les garçons et 208 pour les filles). Il a toutefois fortement augmenté en Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à la période précédente (+ 10,5 % contre 4,3 % d'augmentation pour la France métropolitaine).

Cette augmentation régionale s'explique en partie par l'amélioration du codage engagée dans les établissements hospitaliers de Clermont-Ferrand, Saint-Étienne et Annecy au sein desquels une hausse marquée des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est observée chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans.

## Figure 15. Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018



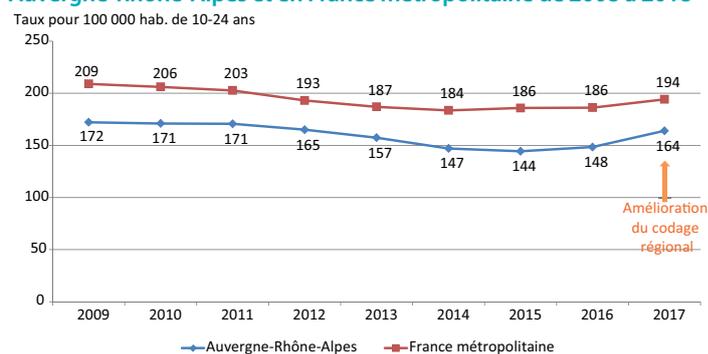
Sources : PMSI-MCO 2016-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans l'Allier, les taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide sont supérieurs aux taux nationaux chez les jeunes âgés de 10 à 24 ans pour les deux sexes (cf. figure 15). En Haute-Loire, dans le Puy-de-Dôme et, dans une moindre mesure, dans la Drôme ces taux sont supérieurs au taux national pour les hommes.

### Faits marquants chez les 10-24 ans

- Les décès par suicide chez les 10-24 ans concernent majoritairement les garçons (75 %) et constituent la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité.
- Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans en 2016-2018 augmentent par rapport à la période précédente en effectifs et en taux (rapportés à la population des 10-24 ans), en lien notamment avec l'amélioration du codage.
- Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent majoritairement les jeunes filles (72 %).

## Figure 14. Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les jeunes de 10 à 24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine de 2008 à 2018



\*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

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

Pour rappel<sup>1</sup>, sur la période 2013-2015, 387 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes. Le taux spécifique de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2013-2015 s'élève à 19,2 pour 100 000 (28,5 pour les hommes et 10,2 pour les femmes) versus 21,7 pour 100 000 en France métropolitaine (33,2 pour les hommes et 10,8 pour les femmes). Ce taux diminue depuis 2010 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

<sup>1</sup> Les données de mortalité du CépiDc pour l'année 2016 ne sont pas disponibles au moment de rédiger ce bulletin. Les principales données de mortalité par suicide chez les jeunes de 10-24 ans présentées antérieurement par l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes sont reprises ici. Pour avoir plus d'informations sur la mortalité par suicide, consulter : Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin n°5, Janvier 2019, 40p. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\_Bull5\_2019.pdf] [2]

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45 à 64 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018

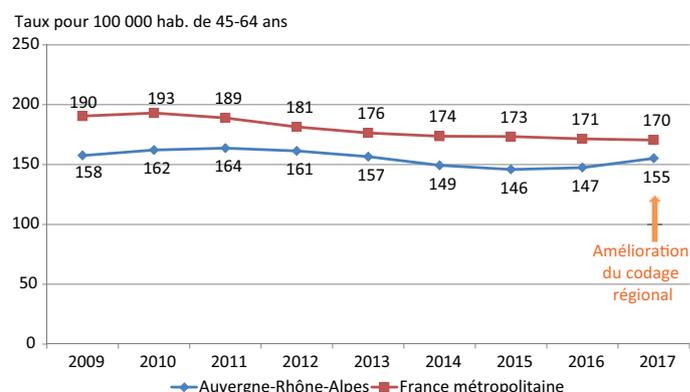
### Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

Sur la période 2016-2018, 3 177 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont comptés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 2 930 en 2016, 3 215 en 2017 et 3 386 en 2018. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours concerne des femmes (1 913 séjours, soit 60 %).

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

Après une période de baisse de 2010 à 2015 puis une stagnation, le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans augmente en 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes (+ 5,4 %) (cf. figure 16). Cette augmentation est en partie expliquée par l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers. Le taux régional qui s'élève à 155 pour 100 000 en 2017 (126 chez les hommes et 183 chez les femmes) reste toutefois inférieur au taux national de 170 pour 100 000 (140 chez les hommes et 200 chez les femmes).

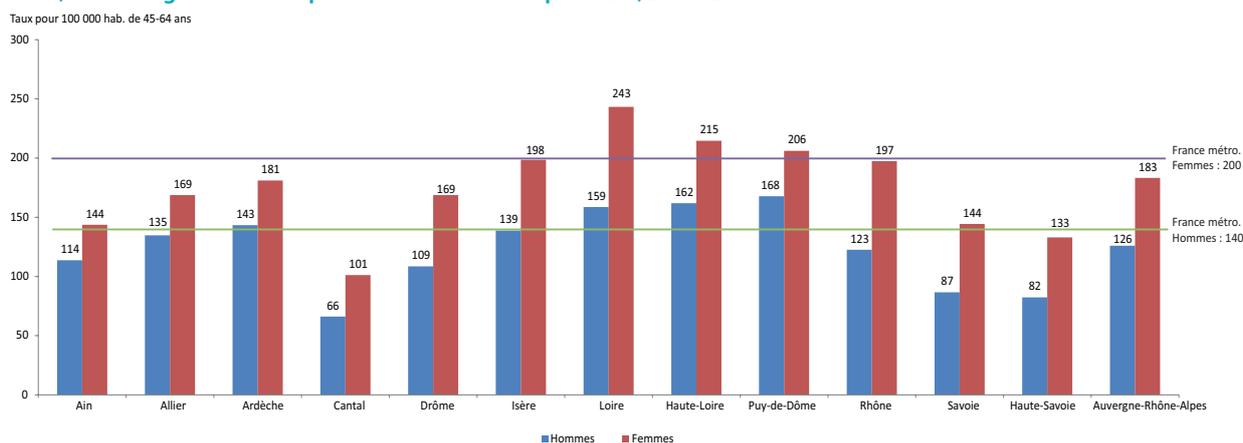
Figure 16. Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45-64 ans de 2008 à 2018 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 17. Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45-64 ans, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018



Sources : PMSI-MCO 2016-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les départements de la Loire, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme présentent des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide supérieurs aux taux nationaux chez les 45-64 ans, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (cf. figure 17). Pour le Puy-de-Dôme et la Loire, l'amélioration de la qualité du codage constatée explique en partie les taux élevés. L'Ardèche se distingue également chez les hommes par un taux supérieur au taux national. Au contraire, les départements du Cantal et de la Haute-Savoie, malgré l'amélioration du codage du CH d'Annecy-Genève, ont des taux spécifiques annuels très faibles, comme cela avait été constaté sur la période précédente.

### Faits marquants chez les 45-64 ans

- Quatre décès par suicide sur dix (40,9 %) concernent les 45-64 ans sur la période 2013-2015.
- Un séjour sur trois (32,9 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2016-2018.
- Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans en 2016-2018 augmentent par rapport à la période précédente en effectifs et en taux (rapportés à la population des 45-64 ans), en lien notamment avec l'amélioration du codage.

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

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

Pour rappel<sup>1</sup>, sur la période 2013-2015, 296 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes. Plus de trois décès sur quatre concernent des hommes (226 décès en moyenne par an). 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). Ce taux a globalement diminué depuis 2000 dans la région comme en France métropolitaine.

<sup>1</sup> Les données de mortalité du CépiDc pour l'année 2016 ne sont pas disponibles au moment de rédiger ce bulletin. Les principales données de mortalité par suicide chez les jeunes de 10-24 ans présentées antérieurement par l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes sont reprises ici. Pour avoir plus d'informations sur la mortalité par suicide, consulter : Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin n°5, Janvier 2019, 40p. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\_Bull5\_2019.pdf] [2]

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018

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

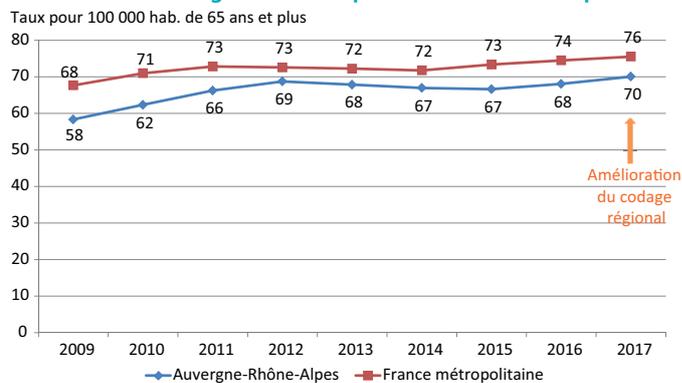
Sur la période 2016-2018, 1 075 séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne annuelle chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région : 1 011 en 2016, 1 064 en 2017 et 1 150 en 2018. L'augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observée chez les 65 ans et plus entre 2017 et 2018 est en grande partie liée à la hausse des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrée dans les établissements hospitaliers de Clermont-Ferrand, Saint-Étienne et Annecy où des efforts d'amélioration du codage ont été entrepris. Près des deux tiers des séjours concernent des femmes (63 %, soit 681 séjours en moyenne par an).

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

De 2008 à 2012, le taux spécifique de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus avait augmenté dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 18). Après une période de stabilisation de 2013 à 2015, une tendance à la hausse semble se dessiner depuis 2015 (+ 2,2 % d'augmentation annuelle moyenne). L'évolution de ce taux est toutefois hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus.

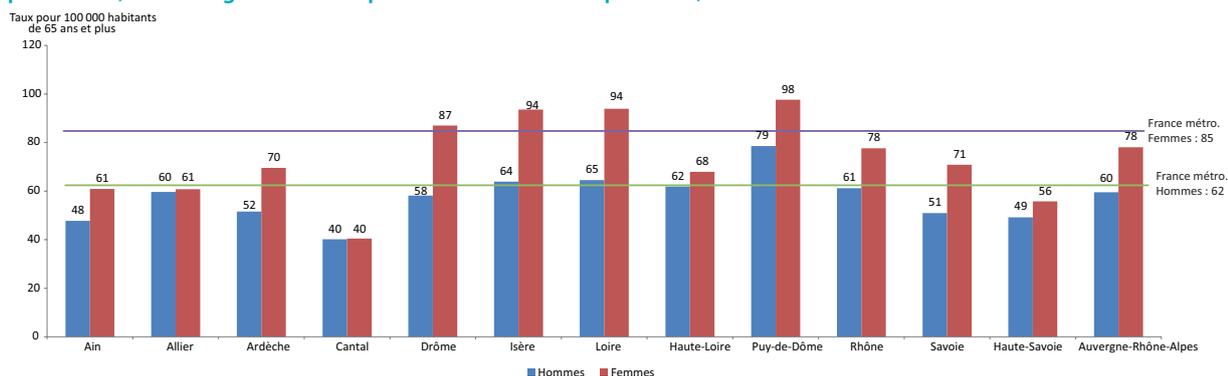
En 2018, ce taux spécifique s'élève à 70 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (60 chez les hommes et 78 chez les femmes) versus 76 pour 100 000 en France métropolitaine (62 chez les hommes et 85 chez les femmes). Ce taux régional reste inférieur à la valeur nationale mais a augmenté en 2018 du fait de l'amélioration du codage constatée dans certains établissements.

Figure 18. Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées 65 ans et plus de 2008 à 2018 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : PMSI-MCO 2008-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 19. Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016-2018



Sources : PMSI-MCO 2016-2018, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2016-2018, l'Isère n'est plus le seul département à se distinguer par des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide supérieurs au taux national, chez les hommes comme chez les femmes (cf. figure 19). La Loire et le Puy-de-Dôme sont également concernés. Chez les femmes, les taux sont plus élevés dans la Drôme. Ces observations sont à mettre en lien avec la qualité et l'homogénéité du codage clairement identifiées depuis plusieurs années en Isère et en amélioration plus récemment dans la Loire et le Puy-de-Dôme (CHU de Saint-Étienne et Clermont-Ferrand) où des augmentations de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont été enregistrées, en particulier chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Les taux du Cantal restent à explorer comme mentionné précédemment.

### Faits marquants chez les 45-64 ans

- Près d'un tiers des décès par suicide (31,3 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus en 2016-2018 augmentent par rapport à la période précédente en effectifs et en taux (rapportés à la population des 65 ans ou plus), en lien notamment avec l'amélioration du codage.

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

Les **inégalités sociales de santé** sont définies par l'Organisation mondiale de la santé [3] comme « d'évitables injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays ». Les inégalités sociales de santé reflètent les inégalités entre groupes populationnels pouvant être observées au sein d'une société ou entre différentes sociétés. Les inégalités sociales d'espérance de vie sont un des exemples les plus marquants d'inégalités sociales de santé. En France, l'espérance de vie des ouvriers est, par exemple, inférieure de 6 ans à celle des cadres et de 16 ans inférieure pour les personnes sans emploi non retraitées comparée à celle des cadres [4].

La **crise économique de 2007-2008** a entraîné une **augmentation des inégalités sociales** au sein de la plupart des pays industrialisés. L'indice de Gini, qui mesure les inégalités de salaires (revenus, niveaux de vie...) au sein d'un pays sur une échelle de 0 (absence d'inégalités) à 100 (très fortes inégalités), a ainsi augmenté de 29,92 à 33,78 entre 2006 et 2010 en France [5].

La question des inégalités sociales concernant le suicide traverse les préoccupations de l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes, tout comme le fait de ne pas se contenter des taux moyens de mortalité en région. En effet, ces taux moyens cachent des écarts qu'il convient de prendre en compte dans les stratégies de prévention. Ainsi, il a été possible d'analyser l'évolution de la mortalité par suicide en fonction des inégalités sociales sur la période 2000-2015, à partir de l'indice écologique de défavorisation Fdep13 [6] (cf. précisions méthodologiques p. 29).

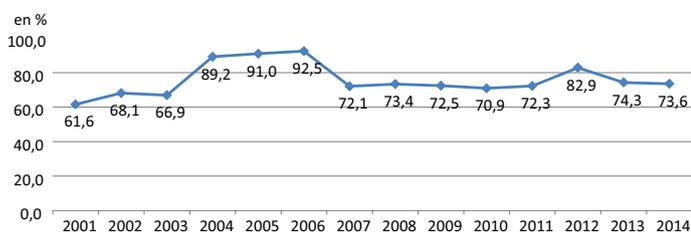
**Les données 2000-2015 démontrent l'existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide significatives en Auvergne-Rhône-Alpes sur la période de l'étude.**

En effet, les taux standardisés de mortalité par suicide des personnes résidant dans les communes les plus favorisées (Quintile 1) sont, chaque année, significativement inférieurs<sup>1</sup> aux taux standardisés de mortalité par suicide des personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (Quintile 5) (cf. figure 20).

Malgré une augmentation du taux de suicide entre 2007 et 2009 pour l'ensemble des quintiles, la crise économique de 2007-2008 n'a pas eu d'impact significatif sur la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.

<sup>1</sup> (p<0,00005)

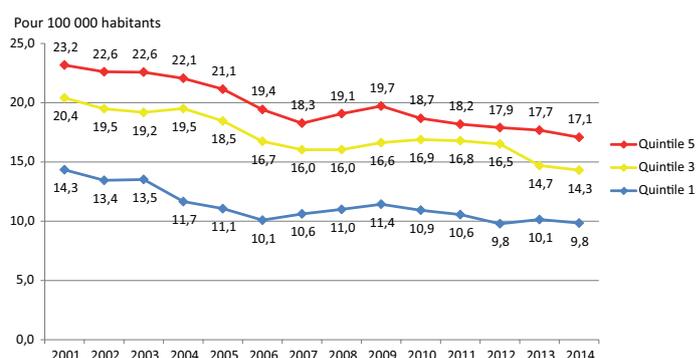
**Figure 21 – Écarts de taux annuels standardisés\* de mortalité par suicide entre les quintiles 1 et 5 de 2000 à 2015**



\* taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée - standardisation directe sur âge et sexe  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015 ; Insee, estimation de population 2000-2005, Recensement de la population 2006-2016 - Exploitation ORS-Auvergne-Rhône-Alpes

Ce travail régional devra être approfondi, notamment au travers d'une modélisation de l'évolution de la mortalité par suicide dans le temps en fonction de l'indice de défavorisation. En outre, si les données le permettent, il serait important d'affiner l'analyse des inégalités sociales de mortalité par suicide selon le sexe et par classes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes.

**Figure 20 – Taux annuels standardisés\* de mortalité par suicide pour les quintiles 1, 3 et 5 de 2000 à 2015**



\* taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée - standardisation directe sur âge et sexe  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2015 ; Insee, estimation de population 2000-2005, Recensement de la population 2006-2016 - Exploitation ORS-Auvergne-Rhône-Alpes

Comme le montre la figure 21, les populations des communes les plus défavorisées (Quintile 5) présentaient un taux de mortalité par suicide supérieur de 61,6 % par rapport aux personnes des communes les plus favorisées (Quintile 1) en 2001, cette différence était de 73,6 % en 2014. L'écart de taux standardisé de mortalité par suicide entre les populations des communes les plus défavorisées et celles des communes les plus favorisées est stable (+ 0,2 % par an) sur la période 2000-2015.

**Ainsi, même si les taux de mortalité par suicide baissent de manière significative pour l'ensemble des quintiles sur la période 2000-2015, les inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide persistent sur cette période.**

Dans la **littérature internationale**, plusieurs études ont démontré une augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide au cours des dernières années en Europe [7], en Australie [8], en Suède [9], au Québec [10] et en Corée du Sud [11]. Concernant l'effet de la crise économique, plusieurs études ont également trouvé une augmentation des taux de suicide dans les suites de la récession de 2007-2008 [12] [13].

Les causes des inégalités de santé sont multiples et complexes. Selon le modèle de Elkeles et Mielck (1997) [14], quatre processus principaux sont décrits : exposition à des facteurs de risque (sociaux, environnementaux, professionnels...), difficultés d'accès aux soins et aux services de santé, à la prévention, comportements liés à la santé (comportements à risque), stratégies de coping (stratégies d'ajustement à une situation aversive) et stratégies de résilience (soutien social, loisirs...).

Le caractère complexe et plurifactoriel des inégalités de santé ne doit cependant pas constituer un frein à leur prévention et appelle à la mise en place de mesures de santé publique dédiées à cette problématique centrale et orientées vers la justice sociale, ce dans l'ensemble des champs de la prévention du suicide (détection et prise en charge des personnes suicidaires, accès aux soins en santé mentale, recontact des personnes suicidantes, postvention...).

Il s'agit notamment de préciser les déterminants sociaux sur lesquels les institutions, notamment les ARS, peuvent agir directement, ceux pour lesquels des partenariats (institutionnels/associatifs) doivent être consolidés. Les stratégies doivent renforcer les articulations entre les champs du social et du sanitaire. De nombreux partenaires sont d'ores et déjà impliqués mais les efforts doivent être renforcés et plus soutenus.

La complexité des déterminants sociaux et leur impact sur le suicide impliquent que chaque acteur, de sa place, intègre ces inégalités dans ses propres stratégies. Ceci rend également impératif de compléter la stratégie multimodale en cours de déploiement en région pour tenir compte de ces constats.

#### *Faits marquants sur la mortalité par suicide et les inégalités sociales en Auvergne-Rhône-Alpes*

- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide significatives sur la période 2000-2015 : mortalité par suicide supérieure dans les communes défavorisées par rapport aux communes favorisées.
- Baisse de la mortalité par suicide sur la période 2000-2015 dans les communes favorisées comme dans les communes défavorisées mais persistance des inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide.

## 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 mais vigilance à avoir : les 75 ans et plus ont un taux spécifique de mortalité par suicide qui augmente légèrement depuis 2012.
- 4 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 41 % concernent les 45-64 ans et 31 % les 65 ans et plus.
- Taux de mortalité par suicide toujours supérieurs chez les hommes.
- Quel que soit le sexe, les taux standardisés de mortalité par suicide sont historiquement élevés dans les départements de l'Ardèche, la Haute-Loire, la Loire et le Puy-de-Dôme. Chez les hommes, ils sont élevés dans l'Allier
- Première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- La pendaison, 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.

### Les tentatives de suicide

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

- 24,6 % des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent les 10-24 ans, 32,9 % concernent les 45-64 ans et 11,1 % concernent les 65 ans et plus.
- Après une baisse depuis 2010 du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, une tendance à la hausse semble s'opérer depuis 2015. Elle est probablement liée à l'amélioration du codage observée ces dernières années dans certains établissements de la région (CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne et CH Annecy-Genève). Une attention particulière sera portée à ces évolutions qui ne peuvent se confirmer que dans la durée.
- Les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.
- Deux pics sont observés, notamment chez les femmes, à 15-19 ans et à 45-49 ans.
- Toutes classes d'âge confondues, les départements les plus impactés sont l'Allier, la Loire, la Haute-Loire, la Drôme, l'Isère et le Puy-de-Dôme (quel que soit le sexe) et l'Ardèche (pour les femmes).
- L'absorption de substances médicamenteuses : 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient l'âge et le sexe.

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

- Trois passages sur cinq concernent des femmes, avec deux pics chez les 15-19 ans et les 45-49 ans.
- L'auto-intoxication médicamenteuse : 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Les observations sur les répartitions par sexe et par âge et sur les modes opératoires des tentatives de suicide passées aux urgences sont similaires à celles de l'année précédente.

### Mortalité par suicide et inégalités sociales

- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide significatives sur la période 2000-2015 : mortalité par suicide supérieure dans les communes défavorisées par rapport aux communes favorisées.
- Baisse de la mortalité par suicide sur la période 2000-2015 dans les communes favorisées comme dans les communes défavorisées mais persistance des inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide.

Des profils de territoire avaient été réalisés en 2017 [15] pour enrichir la réflexion sur la question du suicide et des tentatives de suicide et sur les stratégies de prévention. Afin de disposer de profils de territoires actualisés à la géographie des Établissements publics de coopération intercommunale 2019 (EPCI) et construits sur des données plus récentes, une nouvelle typologie a été produite en 2019.

Une vingtaine d'indicateurs démographiques, sociaux et sur l'état de santé mentale de la population, en lien avec la problématique du suicide, ont été retenus pour construire ces profils de territoire (cf. méthodologie p. 30-32). Une analyse en composante principale (ACP), réalisée à partir de 21 indicateurs, a permis de décrire les 165 EPCI de la région<sup>1</sup>. À l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), des groupes homogènes d'EPCI ont été construits avec comme principe, au sein d'un même groupe, des caractéristiques les plus similaires possibles et entre les groupes, des différences les plus nettes possibles. La typologie met en évidence six classes d'EPCI en Auvergne-Rhône-Alpes.

Cette typologie permet de donner une image synthétique de la problématique du suicide en caractérisant les EPCI d'une classe par rapport à la moyenne de l'ensemble des 165 EPCI, **dénommée par simplification dans ce chapitre « moyenne des EPCI »**. Les valeurs des indicateurs utilisés pour construire la typologie (cf. tableau p. 32) sont différentes de celles présentées dans les chapitres précédents car les indicateurs ne couvrent pas la région dans son intégralité (165 EPCI, soit 7 910 511 personnes) et parce que les méthodes de calcul de certains indicateurs diffèrent (cf. méthodologie p. 30-32).

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

<sup>1</sup> Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, la région Auvergne-Rhône-Alpes compte 172 EPCI. Parmi eux, 7 EPCI sont majoritairement implantés hors de la région Auvergne-Rhône-Alpes et n'ont que quelques communes dans la région (11 communes au total) : ces EPCI ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui porte donc sur 165 EPCI (7 910 511 personnes).

### Quelle utilité pour les décideurs et les acteurs de terrain ?

Une première lecture régionale de ces profils permet de mieux objectiver les inégalités sociales et territoriales en matière de suicide au sein de notre grande région : sept départements sur douze sont ainsi concernés plus particulièrement par le suicide. Des efforts sont à produire dans les années à venir sur ces territoires sans relâcher ceux menés sur les territoires où les indicateurs sont plus favorables grâce aux actions menées.

Une deuxième lecture, départementale et surtout infra-départementale, permet de mieux cerner les grands enjeux en termes de prévention : quels sont les publics les plus touchés et sur quelle partie du territoire ? Des problématiques différentes apparaissent-elles ainsi sur certains territoires (comme l'Ardèche à titre d'illustration) ? Quelles actions serait-il pertinent de combiner tout spécifiquement ? Il sera ainsi plus opérant sur certains territoires d'organiser des formations visant à toucher un public plutôt qu'un autre, de créer ou renforcer des partenariats ajustés par rapport à ce public, d'animer des réseaux de proximité *ad hoc*, etc. Quels seraient donc les acteurs institutionnels, libéraux et associatifs à mobiliser autour d'un projet infra-départemental partagé ? Toutes ces questions traversent les dynamiques engagées dans les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) en construction sur l'année 2020. Ces profils de territoire apportent un éclairage supplémentaire pour renforcer les dynamiques locales.

Cette typologie ne peut être utilisée isolément des autres informations. Elle permet de réfléchir à nos actions en croisant ces résultats avec d'autres données statistiques disponibles comme la densité populationnelle (puisque les stratégies vont varier selon les densités observées) (cf. carte 2 p. 17) et la densité des ressources du territoire (cf. cartes ressources p. 20). Cette typologie complète aussi le chapitre précédent sur les inégalités sociales et vient renforcer notre compréhension des enjeux autour de la réduction des inégalités de santé en matière de suicide (cf. chapitre p. 13-14).

Il est bien entendu nécessaire et incontournable de croiser ces éléments de connaissance avec l'expertise des acteurs de terrain ; les EPCI constituent aussi une maille assez large, les données objectivées ne disent pas tout d'une réalité territoriale. Enfin, des situations de non-recours au système de soins existent sur les territoires. Elles ne sont pas prises en compte dans cette typologie faute d'indicateurs pour les quantifier. Nous devons rester attentifs à ce constat.

## Présentation synthétique des classes

Il est nécessaire de se référer à la description détaillée des classes (cf. p. 18-19) pour éviter des erreurs d'interprétation.

**Classe A** - 31 EPCI – 1 422 234 habitants (18 % de la population des EPCI de la région<sup>1</sup>)

Population plus jeune et socialement favorisée par rapport à la moyenne des EPCI. Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide favorables par rapport à la moyenne des EPCI.

**Classe B** - 49 EPCI – 1 584 995 habitants (20 % de la population des EPCI de la région<sup>1</sup>)

Part d'ouvriers plus élevée, population plus jeune et peu isolée par rapport à la moyenne des EPCI.

Indicateurs de santé mentale en lien avec le suicide situés dans la moyenne des EPCI, à l'exception du taux de mortalité par suicide, supérieur à la moyenne des EPCI.

**Classe C** – 16 EPCI – 203 437 habitants (3 % de la population des EPCI de la région<sup>1</sup>)

Population socialement favorisée, avec plus de personnes âgées de 45 à 64 ans et moins de retraités et d'inactifs par rapport à la moyenne des EPCI.

État de santé mentale globalement favorable, avec la majorité des indicateurs plus favorables que pour la moyenne des EPCI et deux indicateurs équivalents à la moyenne des EPCI.

**Classe D** - 14 EPCI – 3 445 028 habitants (44 % de la population des EPCI de la région<sup>1</sup>)

Population dense, urbaine ou péri-urbaine, plus jeune par rapport à la moyenne des EPCI et avec des caractéristiques sociales contrastées.

État de santé mentale en lien avec le suicide contrasté avec certains indicateurs supérieurs à la moyenne des EPCI et d'autres inférieurs.

**Classe E** - 28 EPCI – 326 305 habitants (4 % de la population des EPCI de la région<sup>1</sup>)

Population plus âgée, résidant majoritairement en milieu rural, avec plus d'agriculteurs que pour la moyenne des EPCI. Certains indicateurs de l'état de santé mentale en lien avec le suicide défavorables : mortalité par suicide et prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires.

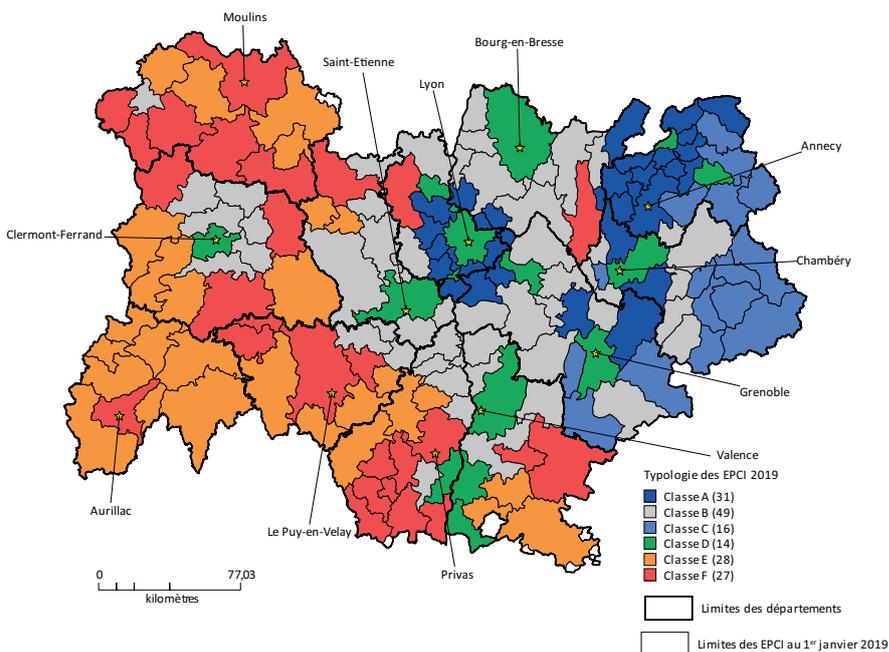
**Classe F** - 27 EPCI – 928 512 habitants (12 % de la population des EPCI de la région<sup>1</sup>)

Population plus âgée, isolée, socialement défavorisée par rapport à la moyenne des EPCI.

Tous les indicateurs de l'état de santé mentale en lien avec le suicide défavorables, à l'exception du recours aux psychiatres libéraux.

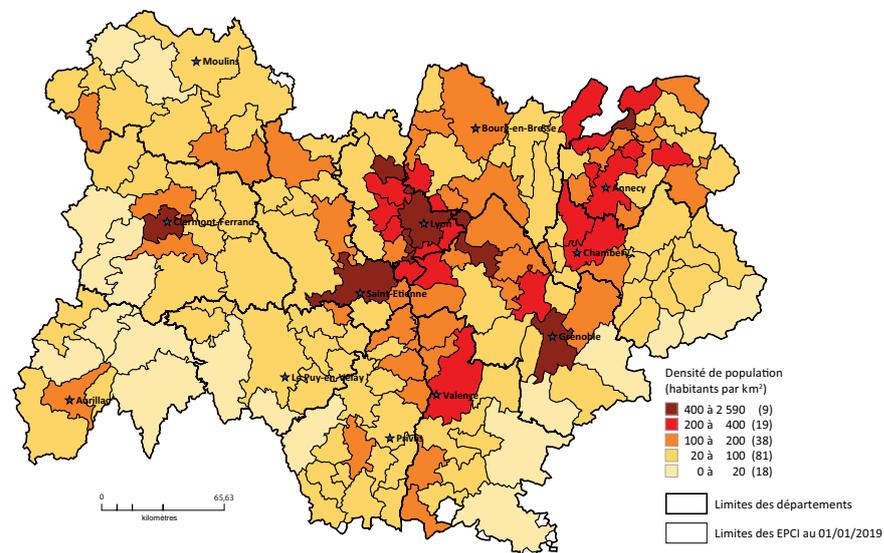
<sup>1</sup> Population des 165 EPCI : 7 910 511 personnes.

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



Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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



Source : Insee, RP 2016 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Description détaillée des classes

Les valeurs des indicateurs utilisés pour construire la typologie (cf. tableau p. 36) permettent de caractériser les six classes d'EPCI et de situer chaque classe par rapport à la « **moyenne des EPCI** » (calculée sur 165 EPCI de la région, soit 7 910 511 personnes).

### Classe A - Population jeune, socialement favorisée, avec des indicateurs de santé mentale favorables par rapport à la moyenne des EPCI

31 EPCI - 1 422 234 habitants (18,0 % de la population des EPCI)<sup>1</sup>

#### Situation socio-démographique

Cette classe regroupe les périphéries des métropoles de Lyon et Grenoble ainsi que des EPCI situés autour d'Annecy ou à proximité du bassin Genevois.

Ces EPCI comptent une population plus jeune, avec une part de 15-24 ans plus élevée que la moyenne des EPCI et des parts plus faibles de personnes âgées de 45-64 ans et de 65 ans et plus.

Les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires sont surreprésentés par rapport à la moyenne des EPCI. Au contraire, les ouvriers, agriculteurs et retraités sont moins présents.

La part de population vivant dans un ménage à bas revenus est inférieure à la moyenne des EPCI. Les

familles monoparentales sont plus présentes que dans l'ensemble des EPCI mais les personnes isolées le sont moins.

#### « État de santé mentale » de la population

Les indicateurs sur l'état de santé mentale sont favorables dans les EPCI de cette classe par rapport à la moyenne des EPCI : le taux de mortalité par suicide, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, la prévalence de la dépression, la prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de recours aux médicaments psychotropes sont inférieurs à la moyenne des EPCI. Seul le taux de recours aux psychiatres libéraux est supérieur à la moyenne des EPCI. Toutefois, cet indicateur est à interpréter avec précaution puisqu'il ne tient pas compte du recours à la psychiatrie hospitalière et qu'il est lié à la présence de psychiatres libéraux sur les territoires.

### Classe B - Population ouvrière, jeune, peu isolée, avec des indicateurs de santé mentale dans la moyenne des EPCI

49 EPCI - 1 584 995 habitants (20,0 % de la population des EPCI)<sup>1</sup>

#### Situation socio-démographique

Cette classe rassemble les EPCI proches des métropoles ou des agglomérations de taille moyenne (Annonay, Riom, Haut-Bugey, Loire-Forez, Arlysère, Arche...).

Les EPCI de cette classe présentent des parts de personnes âgées de 45-64 ans et de 65 ans et plus inférieures à la moyenne des EPCI. Les personnes vivant seules et

les familles monoparentales sont moins nombreuses que dans l'ensemble des EPCI. La part d'ouvriers dans cette classe est supérieure à la moyenne des EPCI. Au contraire, les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et les agriculteurs sont proportionnellement moins nombreux par rapport à la moyenne des EPCI.

#### « État de santé mentale » de la population

Concernant les indicateurs sur l'état de santé mentale de la population, ils sont comparables à la moyenne des EPCI, à l'exception du taux de mortalité par suicide dont la valeur est supérieure.

### Classe C - Population socialement favorisée avec des indicateurs de santé mentale globalement favorables par rapport à la moyenne des EPCI

16 EPCI - 203 437 habitants (2,6 % de la population des EPCI)<sup>1</sup>

#### Situation socio-démographique

Cette classe est composée d'EPCI majoritairement frontaliers avec la Suisse et l'Italie, situés exclusivement en Savoie, en Haute-Savoie et en Isère.

Ces territoires sont caractérisés par une part de 45-64 ans supérieure à la moyenne des EPCI. Les artisans, commerçants, chefs d'entreprise et les employés sont également surreprésentés par rapport à la moyenne des EPCI. Au contraire, les parts de retraités et d'inactifs sont inférieures à la moyenne des EPCI. La population des

EPCI de cette classe est socialement favorisée avec un taux de chômage et une part de la population couverte à bas revenus plus faibles que la moyenne des EPCI.

#### « État de santé mentale » de la population

Concernant les indicateurs de santé mentale, les taux de mortalité par suicide et de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ne sont pas différents de la moyenne des EPCI. Les autres indicateurs sont favorables avec des niveaux inférieurs à la moyenne des EPCI, à savoir le taux de prévalence de la dépression, le taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires, le taux de recours aux médicaments psychotropes et le taux de recours aux psychiatres libéraux.

<sup>1</sup> Population des 165 EPCI : 7 910 511 personnes.

**Classe D - Population dense, urbaine ou péri-urbaine, jeune, présentant une situation sociale et des indicateurs de santé mentale contrastés par rapport à la moyenne des EPCI**

14 EPCI - 3 445 028 habitants (43,6 % de la population des EPCI<sup>1</sup>)

**Situation socio-démographique**

La classe D, la plus peuplée, est composée des quatre métropoles de la région et de grandes agglomérations comme Annemasse, Montélimar, Valence, Chambéry, Bourg-en-Bresse...

La population des territoires de cette classe est dense et jeune : la part des 15-24 ans est supérieure à la moyenne des EPCI et les parts de 45-64 ans et de 65 ans et plus sont inférieures à la moyenne des EPCI. Les familles monoparentales et les personnes vivant seules sont surreprésentées dans cette classe.

La situation sociale est contrastée avec une part de la population couverte à bas revenus et un taux de chômage supérieurs à la moyenne des EPCI, des parts de cadres et

d'inactifs plus élevées et des parts de retraités, d'agriculteurs et d'artisans inférieures à la moyenne des EPCI.

**« État de santé mentale de la population »**

L'état de santé mentale de la population des EPCI de cette classe est également contrasté, avec un taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, des taux de prévalence de la dépression et de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et un taux de recours aux psychiatres libéraux supérieurs à la moyenne des EPCI, mais des taux de mortalité par suicide et de recours aux médicaments psychotropes inférieurs.

Comme cela a été évoqué précédemment, des disparités locales peuvent être observées au sein même d'un EPCI où peuvent cohabiter des quartiers prioritaires de la politique de la ville défavorisés (QPV) et des quartiers socialement plus favorisés. Le taux de recours aux psychiatres libéraux élevé peut aussi s'expliquer par une présence importante de ces professionnels dans ces territoires urbains et denses.

**Classe E - Population âgée, agricole, résidant majoritairement en milieu rural et avec certains indicateurs de santé mentale défavorables par rapport à la moyenne des EPCI**

28 EPCI - 326 305 habitants (4,1 % de la population des EPCI<sup>1</sup>)

**Situation socio-démographique**

Les territoires de cette classe sont majoritairement ruraux et agricoles, situés dans les départements auvergnats, en Ardèche et dans le sud de la Drôme.

La population de ces territoires est plus âgée : les parts de personnes âgées de 45-64 ans et de 65 ans et plus sont supérieures et la part des 15-24 ans est inférieure à la moyenne des EPCI. Les agriculteurs exploitants sont surreprésentés au contraire des employés, des cadres et professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires.

La situation sociale dans ces territoires peu densément peuplés est contrastée. La part de retraités est supérieure à la moyenne des EPCI. Les personnes isolées, vivant seules, sont plus présentes contrairement aux familles

monoparentales moins nombreuses. Le taux de chômage et la part d'inactifs sont inférieurs à la moyenne des EPCI mais la part de personnes vivant dans une famille à bas revenus est plus élevée.

**« État de santé mentale » de la population**

Certains indicateurs de l'état de santé mentale de la population, en lien avec le suicide, sont défavorables. Le taux de mortalité par suicide et la prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires sont plus élevés que la moyenne des EPCI. La prévalence de la dépression et le recours aux psychiatres libéraux sont plus faibles, ce qui peut paraître contradictoire. Ces résultats s'expliquent dans la mesure où la prévalence de la dépression ne prend pas en compte la population agricole affiliée à la MSA (cf. méthodologie p. 30-32) et le recours aux psychiatres libéraux est en lien avec la faible densité de ces professionnels de santé sur ces territoires. Enfin, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide et le taux de recours aux médicaments psychotropes sont équivalents à la moyenne des EPCI.

**Classe F - Population âgée, isolée, socialement défavorisée, avec des indicateurs de santé mentale défavorables par rapport à la moyenne des EPCI**

27 EPCI - 928 512 habitants (11,7 % de la population des EPCI<sup>1</sup>)

**Situation socio-démographique**

Les territoires de cette classe sont des agglomérations de taille moyenne, situées majoritairement dans les départements auvergnats, en Drôme et en Ardèche : Issoire, Thiers, Aurillac, Le Puy-en-Velay, Brioude, Montluçon, Moulins, Vichy, Privas, Aubenas, Roanne...

La population de cette classe est plus âgée, avec une part de personnes âgées de 65 ans et plus et une part de retraités plus élevées que la moyenne des EPCI. Les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires sont sous-représentés par rapport à la

moyenne des EPCI. La situation sociale est défavorable avec un taux de chômage et une part de population vivant dans un foyer à bas revenus plus élevés que la moyenne des EPCI. La part de personnes isolées, vivant seule, est également plus élevée dans cette classe.

**« État de santé mentale » de la population**

Tous les indicateurs de l'état de santé mentale en lien avec le suicide sont défavorables, à l'exception du taux de recours aux psychiatres libéraux qui est similaire à la moyenne des EPCI. Ainsi, le taux de mortalité par suicide, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, la prévalence de la dépression, la prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et le taux de recours aux médicaments psychotropes sont supérieurs à la moyenne des EPCI.

<sup>1</sup> Population des 165 EPCI : 7 910 511 personnes.

Depuis 2017, aux côtés de la description statistique de la problématique du suicide en région, les ressources des territoires sont mises en valeur dans le bulletin. Leurs typologies, leur densité, variables selon les territoires, vont influencer les stratégies et les actions de prévention possibles à mettre en œuvre. Ces informations seront désormais mises à jour avant l'élaboration du schéma régional de santé de notre région.

Un certain nombre de cartes ont déjà été mises à disposition et sont consultables dans le bulletin précédent [2] (cf. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull5\\_2019.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull5_2019.pdf) p. 21-32) à savoir :

- L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes et renseignées dans Finess - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1<sup>er</sup> janvier 2017 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychologues en activité au 1<sup>er</sup> janvier 2017 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement en 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) en 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons des adolescents et leurs antennes en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) en 2017 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les missions locales et leurs antennes en 2018 - Auvergne-Rhône-Alpes

De nouvelles cartes ressources sont proposées cette année.

### *Les ressources en addictologie*

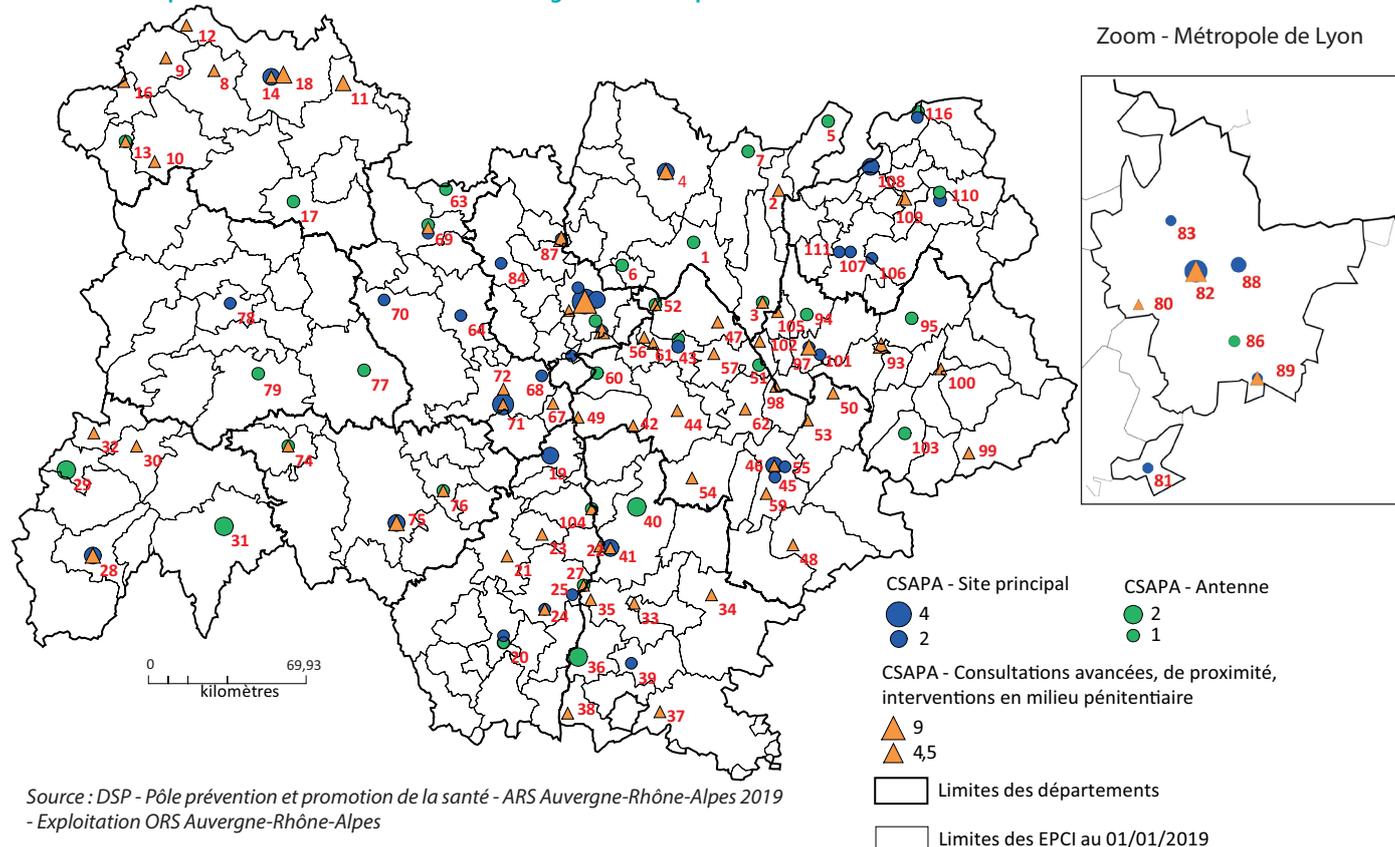
Csapa, Caarud, Consultations jeunes consommateurs, Elsa sont présentés ci-dessous de manière à identifier les ressources mobilisables au niveau infra-départemental et dans les réseaux visant à renforcer la prévention du suicide.

### **Les Csapa et leurs antennes en 2019 – Auvergne-Rhône-Alpes**

Les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) sont des structures ambulatoires proposant un accompagnement vers l'arrêt, la consommation modérée de substances psychoactives ou un traitement de substitution pour les personnes présentant une dépendance ainsi que leur entourage. La pluridisciplinarité des équipes qui y travaillent (médecins, infirmiers, psychothérapeutes, assistants sociaux, aides éducatives...) permet une prise en charge globale. L'accueil et le suivi peuvent se faire avant, pendant et après le sevrage des substances, afin de consolider l'arrêt. Ces structures gratuites garantissent l'anonymat. Ces centres peuvent intervenir tant en ville (centres hospitaliers, associations) que dans des lieux de privation de liberté tels que les prisons. Les Csapa sont habilités à prendre en charge également des addictions comportementales (dites addictions sans produit), ils peuvent recevoir les personnes présentant une anorexie mentale, une addiction aux jeux d'argent ou un trouble du jeu vidéo par exemple [16].

En 2019, 49 Csapa sont recensés (sites principaux) en Auvergne-Rhône-Alpes. Ces Csapa peuvent avoir des antennes (36 antennes dans la région) et proposer des consultations avancées, des consultations de proximité ou des interventions en milieu pénitentiaire (80 consultations ou interventions en Auvergne-Rhône-Alpes).

### Carte 3. Les Csapa et leurs antennes en 2019 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : DSP - Pôle prévention et promotion de la santé - ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

#### Liste des Csapa - Site principal

4. Csapa Anpaa 01 - Bourg-en-Bresse
4. Csapa Saliba - Bourg-en-Bresse
14. Csapa Anpaa 03 - Moulins
14. Csapa CH - Moulins
19. Csapa Anpaa Résonance - Annonay
19. Csapa CHAN La Cordée - Annonay
20. Csapa Charme - Aubenas
24. Csapa CH des Vals d'Ardèche - Privas
25. Csapa La Cersaie - Rompon
28. Csapa Anpaa 15 - Aurillac
28. Csapa APT Oppelia - Aurillac
39. Csapa CTR Le Gué - Le Poët-Laval
41. Csapa Anpaa 26 - Valence
41. Csapa Tempo Oppelia - Valence
43. Csapa Sitoni - Bourgoin-Jallieu
45. Csapa Pénitentiaire Maison d'arrêt Varcas - Échirolles
46. Csapa Point Virgule - Grenoble
46. Csapa SAM des Alpes - Grenoble
55. Csapa du CHU Grenoble Alpes - Saint-Martin-d'Hères
64. Csapa Feurs
68. Csapa du Gier - Rive-de-Gier
69. Csapa CH Roanne
71. Csapa Rimbaud - Saint-Étienne
71. Csapa CH Le Corbusier - Saint-Étienne
71. Csapa UTDT - Saint-Étienne
75. Csapa Anpaa 43 - Le Puy-en-Velay
75. Csapa CH Émile Roux - Le Puy-en-Velay
78. Csapa Anpaa 63 - Clermont-Ferrand
81. Csapa Anpaa - Givors
82. Csapa ARHM-Lyade Garibaldi - Lyon
82. Csapa ARHM-Lyade - Lyon
82. Csapa Hôpital Édouard Herriot HCL - Lyon
82. Csapa Hôpital Croix-Rousse HCL - Lyon
83. ARHM-Lyade CTR La Fucharnière - Saint-Didier-au-Mont-d'Or
83. Communauté Thérapeutique « Les Portes de l'imaginaire » - Saint-Didier-au-Mont-d'Or
84. Csapa Anpaa Jean-Charles Sournia - Tarare
87. Csapa Jonathan Aria Oppelia - Villefranche-sur-Saône
88. Csapa Anpaa - Villeurbanne
88. Csapa du Griffon Aria Oppelia - Villeurbanne
89. Csapa Pénitentiaire - Corbas
97. Csapa Le Pélican - Chambéry
101. Csapa Anpaa 73 - La Ravoire
106. CTR Chalet du Thianty - Alex
107. Csapa Le Lac d'argent Oppelia - Annecy
108. Csapa Anpaa 74 Annemasse
108. Csapa Apreto - Annemasse
110. Csapa Anpaa 74 - Cluses
111. Csapa Anpaa 74 - Cran-Gevrier
116. Csapa Anpaa 74 - Thonon-Les-Bains

#### Liste des Csapa - Antennes

1. Csapa Anpaa 01 Antenne Ambérieu-en-Bugey
3. Csapa Anpaa 01 Antenne Belley
5. Csapa Saliba Antenne Gex
5. Csapa Anpaa 01 Antenne Montluel
7. Csapa Anpaa 01 Antenne Oyonnax
13. Csapa Anpaa 03 Fil à Fil Antenne Montluçon
17. Csapa Anpaa 03 La Source Antenne Vichy
20. Csapa Anpaa Résonance Antenne Aubenas
27. Csapa CH des Vals d'Ardèche Antenne La Voulte-sur-Rhône
29. Csapa Anpaa 15 Antenne Mauriac
29. Csapa APT Oppelia Antenne Mauriac
31. Csapa Anpaa 15 Antenne Saint-Flour
31. Csapa APT Oppelia Antenne Saint-Flour
36. Csapa Anpaa 26 Antenne Montélimar
36. Csapa Tempo Oppelia Antenne Montélimar
40. Csapa Anpaa 26 Antenne Romans-sur-Isère
40. Csapa Tempo Oppelia Antenne Romans-sur-Isère
43. Csapa SAM des Alpes Antenne Bourgoin-Jallieu
51. Csapa Anpaa 73 Antenne Le-Pont-de-Beauvoisin
52. Csapa Sitoni Antenne Pont-de-Chéry
60. Csapa SAM Des Alpes Antenne Vienne
63. Csapa CH Roanne Antenne Charlieu
69. Csapa Rimbaud Antenne Roanne
74. Csapa Anpaa 43 Antenne Brioude
76. Csapa Anpaa 43 Antenne Yssingeaux
77. Csapa Anpaa 63 Antenne Ambert
79. Csapa Anpaa 63 Antenne Issoire
86. Csapa ARHM-Lyade Antenne Venissieux
94. Csapa Le Pélican Antenne Aix-Les-Bains
95. Csapa Le Pélican Antenne Tarentaise - Albertville
103. Csapa Anpaa 73 Antenne Saint-Jean-de-Maurienne
104. Csapa Anpaa Résonance Antenne Tournon
110. Csapa Apreto Antenne Cluses
116. Csapa Apreto Antenne Thonon-les-Bains

#### Liste des Csapa – Consultations avancées, de proximité, interventions en milieu pénitentiaire

2. Csapa Saliba Consultation Oyonnax
3. Csapa Le Pélican Consultation CPAM Bellay
4. Csapa Anpaa 01 Consultation CP Bourg-En-Bresse
4. Csapa Anpaa 01 Csapa Référent CP Bourg-En-Bresse
8. Csapa Anpaa 03 Consultation Bourbon-l'Archambault
9. Csapa Anpaa 03 Consultation Cérilly
10. Csapa Anpaa 03 Consultation Commeny
11. Csapa Anpaa 03 Consultation Dompierre-sur-Besbre
11. Csapa CH Moulins Consultation Dompierre-sur-Besbre
12. Csapa Anpaa 03 Consultation Lurcy-Lévis
13. Csapa CH Moulins Consultation Maison d'arrêt Montluçon
14. Csapa CH Moulins Consultation Moulins
16. Csapa Anpaa 03 Consultation Vallon-en-Sully
18. Csapa CH Moulins Consultation CH Yzeure
18. Csapa CH Moulins Consultation CP Yzeure
18. Csapa CH Moulins Csapa Référent CP Yzeure
21. Csapa Anpaa Résonance Consultation Le Cheylard
22. Csapa Anpaa Résonance Consultation Guilhaud-Grange
23. Csapa Anpaa Résonance Consultation Lamastre
24. Csapa CH Des Vals d'Ardeche Csapa Référent Maison d'arrêt Privas
27. Csapa Anpaa Résonance Consultation La Voulte-sur-Rhône
28. Csapa APT Oppelia Csapa Référent Maison d'arrêt Aurillac

#### Liste des Csapa – Consultations avancées, de proximité, interventions en milieu pénitentiaire (suite)

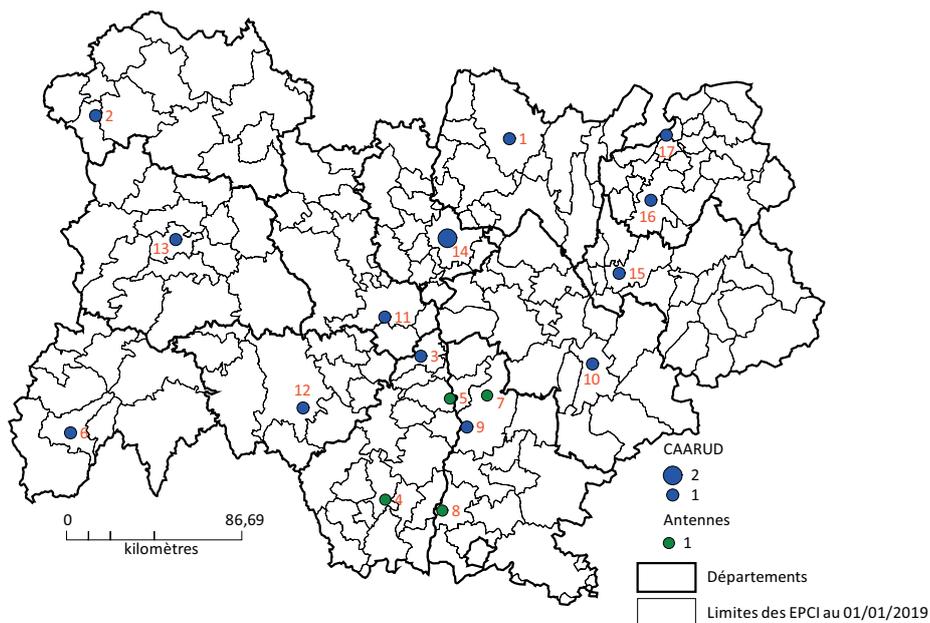
28. Csapa APT Oppelia Consultation Maison d'arrêt Aurillac
30. Anpaa 43 Consultation Riom-ès-Montagne
32. Csapa APT Oppelia Consultation Ydes
33. Csapa Anpaa 26 Consultation Crest
34. Csapa Anpaa 26 Consultation Die
35. Csapa Anpaa 26 Consultation Loriol-sur-Drôme
37. Csapa Anpaa 26 Consultation Nyons
38. Csapa Anpaa 26 Consultation Pierrelatte
41. Csapa Tempo Oppelia Valence
42. Csapa SAM des Alpes Consultation Beaurepaire
44. Csapa SAM des Alpes Consultation La-Cote-Saint-André
46. Csapa Pénitentiaire Maison d'arrêt Varcas - Grenoble
47. Csapa SAM des Alpes Consultation Morestel
48. Csapa SAM des Alpes Consultation La Mure
49. Csapa SAM des Alpes Consultation Le Péage-du-Roussillon
50. Csapa SAM des Alpes Consultation Pontcharra
52. Csapa SAM des Alpes Consultation Pont-de-Chéry
53. Csapa Pénitentiaire Maison d'arrêt Varcas
54. Csapa Point Virgule Consultation Saint-Marcellin
56. Csapa Sitoni Csapa Référent CP Saint-Quentin-Fallavier
57. Csapa SAM des Alpes Consultation La-Tour-du-Pin
59. Csapa Pénitentiaire Maison d'arrêt Varcas-Allières-et-Risset
61. Csapa SAM des Alpes Consultation Villefontaine
62. Csapa SAM des Alpes Consultation Voiron
67. Csapa Anpaa Résonance Consultation Pélussin
69. Csapa Rimbaud Csapa Référent Centre Détention Roanne
71. Csapa CH Le Corbusier Saint-Étienne
72. Csapa Rimbaud Csapa Référent Maison d'arrêt La Talaudière
74. Csapa CH Émile Roux Consultation Brioude
75. Csapa CH Émile Roux Consultation Maison d'arrêt Le-Puy-en-Velay
75. Csapa CH Émile Roux Référent Maison d'arrêt Le-Puy-en-Velay
76. Csapa CH Émile Roux Consultation Yssingeaux
80. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation Francheville
80. Csapa Hôpital Croix-Rousse HCL Consultation CSS Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation CHRS Riboud Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation CHRS La Cité Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation CHRS Carteret Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia CHRS Cleberg Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation CHRS Train de nuit Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation Maison Relais Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation Centre Gabriel Rosset Lyon
82. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation LAM Lyon
87. Csapa Jonathan Csapa Oppelia Consultation Maison d'arrêt Villefranche-Sur-Saône
87. Csapa Jonathan Csapa Oppelia Csapa Référent Maison d'arrêt Villefranche-sur-Saône
89. Csapa Pénitentiaire Corbas
89. Csapa du Griffon Aria Oppelia Consultation Maison d'arrêt Corbas
92. Csapa Anpaa 73 Consultation Aiguebelle
93. Csapa Le Pélican Consultation CP Aiton
93. Csapa Le Pélican Csapa Référent CP Aiton
97. Csapa Anpaa 73 Consultation CPAM Chambéry
97. Csapa Le Pélican Consultation Maison d'arrêt Chambéry
98. Csapa Anpaa 73 Consultation Les Écheltes
99. Csapa Anpaa 73 Consultation Modane
100. Csapa Le Pélican Consultation Moutiers
102. Csapa Le Pélican Consultation Saint-Genis-sur-Guiers
104. Csapa CHAN Consultation CH Tournon-sur-Rhône
105. Csapa Anpaa 73 Consultation Yenne
109. Csapa Anpaa 74 Csapa Référent Maison d'arrêt Bonneville
109. Csapa Apreto Consultation Maison d'arrêt Bonneville

## Les Caarud en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes

Les Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud) reçoivent des usagers de substances psychoactives qui ne sont pas engagés dans l'arrêt de leur consommation mais qui sont exposés à des risques majeurs de contamination (VIH, hépatites) et d'infection (plaies, abcès). Ces centres proposent à ces usagers un lieu où ils peuvent échanger avec des professionnels qui délivrent à la fois des conseils mais aussi du matériel de réduction des risques : seringues stériles, préservatifs, pailles propres, dépistages... [16].

En 2019, 14 Caarud sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes et quatre antennes dans la Drôme et l'Ardèche. Chaque département dispose d'un Caarud, sauf le Rhône et la Haute-Savoie qui comptent chacun deux Caarud.

Carte 4. Les Caarud en 2019 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : DSP - Pôle prévention et promotion de la santé - ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des Caarud

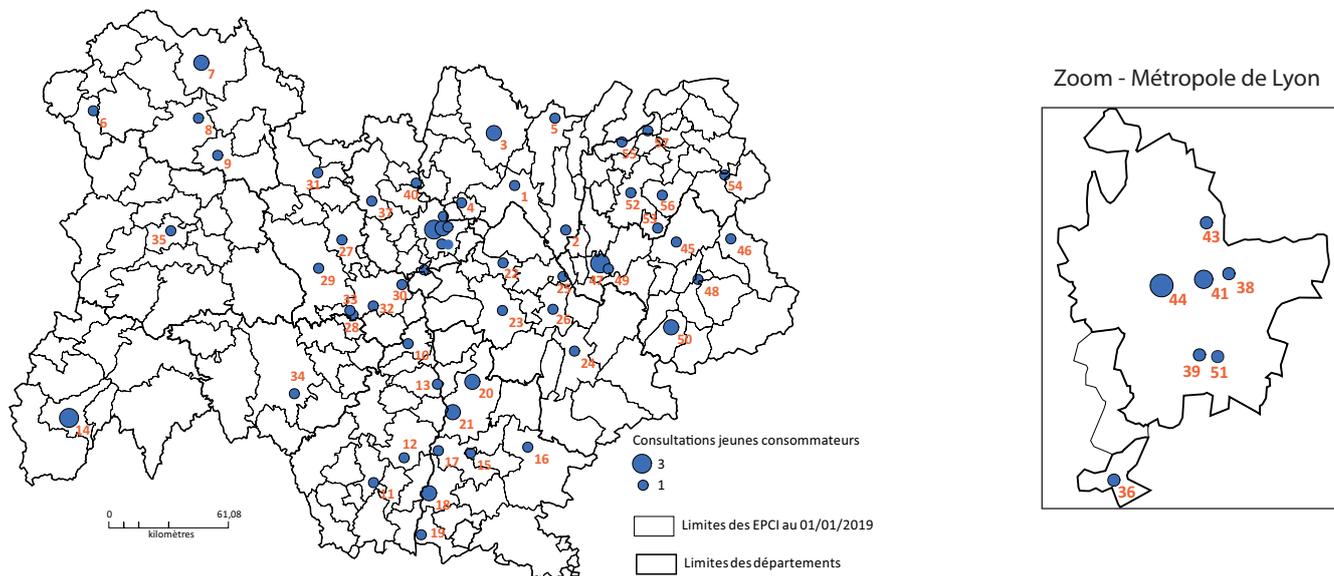
- |                                                    |                                                |
|----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 1. Caarud Aides 01 - Bourg-en-Bresse               | 10. Caarud Aides 38 - Grenoble                 |
| 2. Caarud La Passerelle - Montluçon                | 11. Caarud Rimbaud - Saint-Étienne             |
| 3. Caarud Anpaa 07 Le Sémaphore - Annonay          | 12. Caarud Anpaa 43 La Plage - Le Puy-en-Velay |
| 4. Caarud Anpaa 07 Le Sémaphore - Antenne Aubenas  | 13. Caarud Aides 63 - Clermont-Ferrand         |
| 5. Caarud Anpaa 07 Le Sémaphore - Antenne Tournon  | 14. Caarud Pause Diabolo - Lyon                |
| 6. Caarud APT Oppelia - Aurillac                   | 15. Caarud Ruptures Oppelia - Lyon             |
| 7. Caarud Tempo Oppelia - Antenne Romans-sur-Isère | 16. Caarud Le Pélican - Chambéry               |
| 8. Caarud Tempo Oppelia - Antenne Montélimar       | 17. Caarud Apreto - Annemasse                  |
| 9. Caarud Tempo Oppelia - Valence                  |                                                |

## Les consultations jeunes consommateurs en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes

Une consultation jeunes consommateurs (CJC) est un dispositif anonyme, gratuit et pluridisciplinaire de prévention et de soins en addictologie mis en place, en 2004, par les autorités publiques. Les principaux objectifs de ce dispositif sont l'écoute sans stigmatisation et la réduction des risques. Les familles peuvent faire appel de façon spontanée à ce dispositif ou y être orientées par les professionnels de santé. Ces structures prennent en compte toutes les substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, cocaïne...), mais aussi les addictions sans produit (jeux d'argent, jeux vidéo, Internet...) [16].

En 2019, 71 CJC sont recensées en Auvergne-Rhône-Alpes. Les CJC sont peu présentes dans le Puy-de-Dôme, le Cantal et la Haute-Loire et, au contraire, bien implantées dans le Rhône, la Savoie et la Drôme.

Carte 5. Les consultations jeunes consommateurs en 2019 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : DSP - Pôle prévention et promotion de la santé - ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des CJC

- |                                                        |                                                  |                                                              |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| 1. CJC Anpaa 01 Ambérieu-en-Bugey                      | 18. CJC Csapa Tempo Oppedia Montélimar           | 40. CJC Csapa Jonathan Aria Oppedia Villefranche-sur-Saône   |
| 2. CJC Anpaa 01 Belley                                 | 19. CJC Csapa Anpaa 26 Pierrelatte               | 41. CJC Csapa Anpaa Villeurbanne                             |
| 3. CJC Anpaa 01 Bourg-en-Bresse                        | 20. CJC Csapa Anpaa 26 Romans-sur-Isère          | 41. CJC Csapa du Griffon Aria Oppedia Villeurbanne           |
| 3. Csapa Saliba Consultation Oyonnax - Bourg-en-Bresse | 20. CJC Csapa Tempo Oppedia Romans-sur-Isère     | 43. CJC Csapa du Griffon Aria Oppedia Rilleux-la-Pape        |
| 4. CJC Anpaa 01 Montluel                               | 21. CJC Csapa Anpaa 26 Valence                   | 44. CJC Gambetta Csapa ARHM-Lyade Garibaldi Lyon             |
| 5. CJC Anpaa 01 Oyonnax                                | 21. CJC Csapa Tempo Oppedia Valence              | 44. CJC Csapa ARHM-Lyade Ainay Lyon                          |
| 6. Csapa Anpaa 03 Montluçon                            | 22. CJC Csapa Sition Bourgoin-Jallieu            | 44. CJC Post-Urgences Csapa Hôpital Édouard Herriot HCL Lyon |
| 7. CJC Csapa CH Moulins Mission Locale Moulins         | 23. Csapa SAM Des Alpes La Côte-Saint-André      | 45. CJC Csapa Le Pélican Tarentaise Albertville              |
| 7. CJC Csapa CH Moulins                                | 24. CJC Csapa Point Virgule Grenoble             | 46. CJC Csapa Le Pélican Bourg-Saint-Maurice                 |
| 8. CJC Csapa CH Moulins St-Pourçain-sur-Sioule         | 25. Csapa Anpaa 73 Antenne Le-Pont-de-Beauvoisin | 47. CJC Csapa Anpaa 73 Chambéry                              |
| 9. Csapa Anpaa 03 Vichy                                | 26. CJC Csapa Point Virgule Voiron               | 47. CJC Csapa Le Pélican Chambéry                            |
| 10. CJC Csapa Anpaa Résonance Annonay                  | 27. Csapa Feurs                                  | 47. CJC Csapa Le Pélican Maison des ados Chambéry            |
| 11. CJC Csapa Anpaa Résonance Aubenas                  | 28. CJC Csapa Rimbaud Firminy                    | 48. CJC Csapa Le Pélican Tarentaise Moutiers                 |
| 12. Csapa CH des Vals d'Ardèche CJC Privas             | 29. CJC Csapa Rimbaud Montbrison                 | 49. CJC Csapa Anpaa 73 La Ravoire                            |
| 13. CJC Csapa Anpaa Résonance - Tournon                | 30. CJC Csapa du Gier Rive-de-Gier               | 50. CJC Csapa Anpaa 73 Saint-Jean-de-Maurienne               |
| 14. CJC Anpaa Aurillac                                 | 31. CJC Csapa Rimbaud Roanne                     | 50. CJC Csapa Anpaa 73 Saint-Jean-de-Maurienne               |
| 14. CJC Anpaa Maison des ados Aurillac                 | 32. CJC Csapa Rimbaud Saint-Étienne              | 51. CJC Csapa ARHM-Lyade Saint-Priest                        |
| 14. CJC APT Aurillac                                   | 33. CJC Csapa Rimbaud Unieux                     | 52. CJC Le Lac d'argent Oppedia Annecy                       |
| 15. CJC Csapa Anpaa 26 Crest                           | 34. CJC Csapa CH Émile Roux Le Puy-en-Velay      | 53. CJC Le Lac d'argent Faverges                             |
| 16. CJC Csapa Anpaa 26 Die                             | 35. CJC Csapa Anpaa 63 Clermont-Ferrand          | 54. CJC Le Lac d'argent Passy                                |
| 17. CJC Csapa Anpaa 26 Loriol-sur-Drôme                | 36. CJC Csapa Anpaa Givors                       | 55. CJC Apreto Saint-Julien-en-Genevois                      |
| 18. CJC Csapa Anpaa 26 Montélimar                      | 37. CJC Csapa Anpaa Tarare                       | 56. CJC Csapa Anpaa 74 Thones                                |
|                                                        | 38. CJC Csapa ARHM-Lyade Vaulx-en-Velin          | 57. CJC Apreto Vétraz-Monthoux                               |
|                                                        | 39. CJC Csapa ARHM-Lyade Vénissieux              |                                                              |

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

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

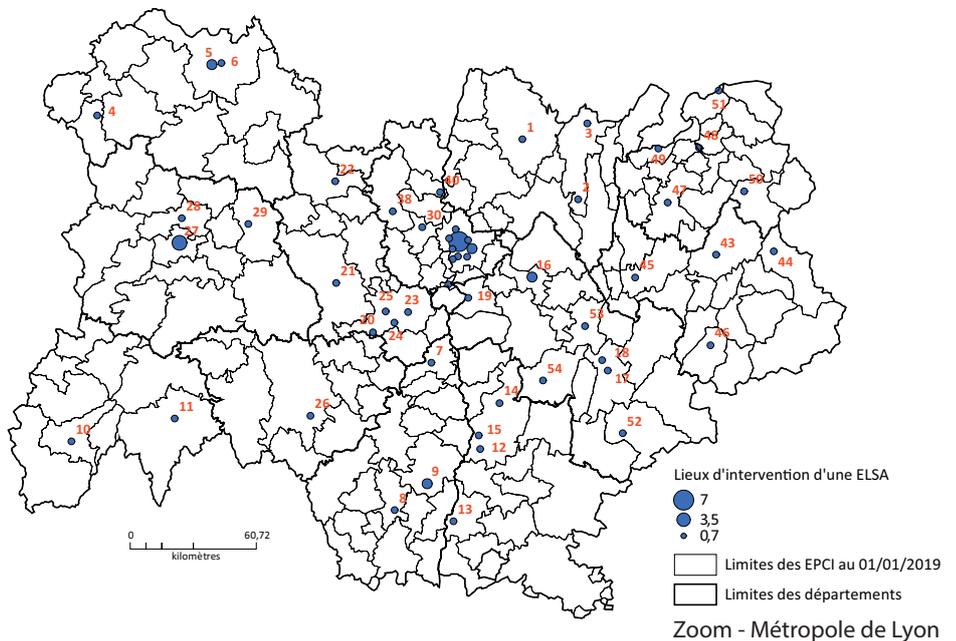
Les équipes de liaison sont des équipes pluridisciplinaires dont les missions principales sont de [17] :

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

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

En 2019, 67 établissements où intervient une Elsa sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes.

Carte 6. Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : DSP - Pôle prévention et promotion de la santé - ARS Auvergne-Rhône-Alpes 2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des Elsa

- |                                                            |                                                      |                                                        |                                                         |
|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 1. CH Fleury - Bourg-en-Bresse                             | 16. CH Pierre Oudot - Bourgoin-Jallieu               | 31. CH Le Vinatier - Bron                              | 42. Hôpital Édouard Herriot - HCL - Lyon                |
| 2. CH Hauteville - Unité Espérance - Plateau d'Hauteville  | 17. CHU de Grenoble Alpes - Grenoble                 | 31. Hôpital Femme Mère Enfant - HCL - Bron             | 43. CH Albertville et Moutiers - Albertville            |
| 3. CH Haut Bugey - Oyonnax                                 | 18. CH Alpes Isère - Saint-Égrève                    | 32. CH Montgelas - Givors                              | 44. CH Bourg-Saint-Maurice                              |
| 4. CH Montluçon                                            | 19. CH Lucien Hussel - Vienne                        | 33. Clinique du Val d'Ouest - Écully                   | 45. CH Métropole Savoie - Chambéry                      |
| 5. CH Moulins Yzeure - Moulins                             | 20. CH Le Corbusier - Firminy                        | 34. Hôpital Lyon Sud - HCL - Pierre-Bénite             | 46. CH Saint-Jean-de-Maurienne                          |
| 5. Polyclinique Saint Odilon - Moulins                     | 21. CH Forez - Montbrison                            | 35. CH Saint-Cyr-au-Mont-d'Or                          | 47. CH Annecy                                           |
| 6. CH Moulins Yzeure - Yzeure                              | 22. CH Roanne                                        | 36. Clinique Charcot - Sainte-Foy-Lès-Lyon             | 48. CH Alpes Léman - Contamine-sur-Arve                 |
| 7. CH Ardèche Nord - Annonay                               | 23. CH Gier - Saint-Chamond                          | 37. Hôpital Henry Gabrielle - Saint-Genis-Laval        | 49. CH Saint-Julien-en-Genevois                         |
| 8. CH Ardèche Méridional - Aubenas                         | 24. CHU de Saint-Étienne Tabacologie - Saint-Étienne | 38. CH Nord Ouest Tarare                               | 50. CHI des Hôpitaux du Pays du Mont Blanc - Sallanches |
| 9. Hôpital Sainte Marie - Privas                           | 25. ICLN - Saint-Priest-en-Jarez                     | 39. Gpe Hosp Mutualiste Les Portes du Sud - Vénissieux | 51. CHI Les Hôpitaux du Léman - Thonon-les-Bains        |
| 9. CH Vals d'Ardèche - Privas                              | 26. CH Le Puy-en-Velay                               | 40. CH Nord Ouest Villefranche-sur-Saône               | 52. CH Alpes Isère - La Mure d'Isère                    |
| 10. CH Aurillac                                            | 27. CHU Clermont-Ferrand                             | 41. Médipole - Villeurbanne                            | 53. CH Alpes Isère - Voiron                             |
| 11. CH Saint-Flour                                         | 27. CRLCC - Centre Jean Perrin - Clermont-Ferrand    | 42. CH Saint Jean de Dieu ARHM - Lyon                  | 54. CH Alpes Isère - Saint-Marcellin                    |
| 12. CH Drôme Vivarais - Montlégier                         | 27. Pôle de santé République - Clermont-Ferrand      | 42. CH St Joseph St Luc - Lyon                         |                                                         |
| 13. Groupement hospitalier Portes de Provence - Montélimar | 27. CH Sainte Marie - Clermont-Ferrand               | 42. Clinique de la Sauvegarde - Lyon                   |                                                         |
| 14. Hôpitaux Drôme Nord - Romans-sur-Isère                 | 28. CH Riom                                          | 42. CRLCC - Centre Léon Bérard - Lyon                  |                                                         |
| 15. CH Valence                                             | 29. CH Thiers                                        | 42. Hôpital Croix Rousse - HCL - Lyon                  |                                                         |
| 16. ESMPI Site Bourgoin-Jallieu                            | 30. Hôpital de l'Arbresle le Ravatel - l'Arbresle    |                                                        |                                                         |

## Les conseils locaux de santé mentale - Auvergne-Rhône-Alpes

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des dispositifs de concertation et de coordination en santé mentale mis en place à l'initiative des élus locaux et des acteurs de la santé mentale et de la psychiatrie d'un territoire réunissant ainsi les personnes concernées, les aidants familiaux et les représentants des usagers. [18]

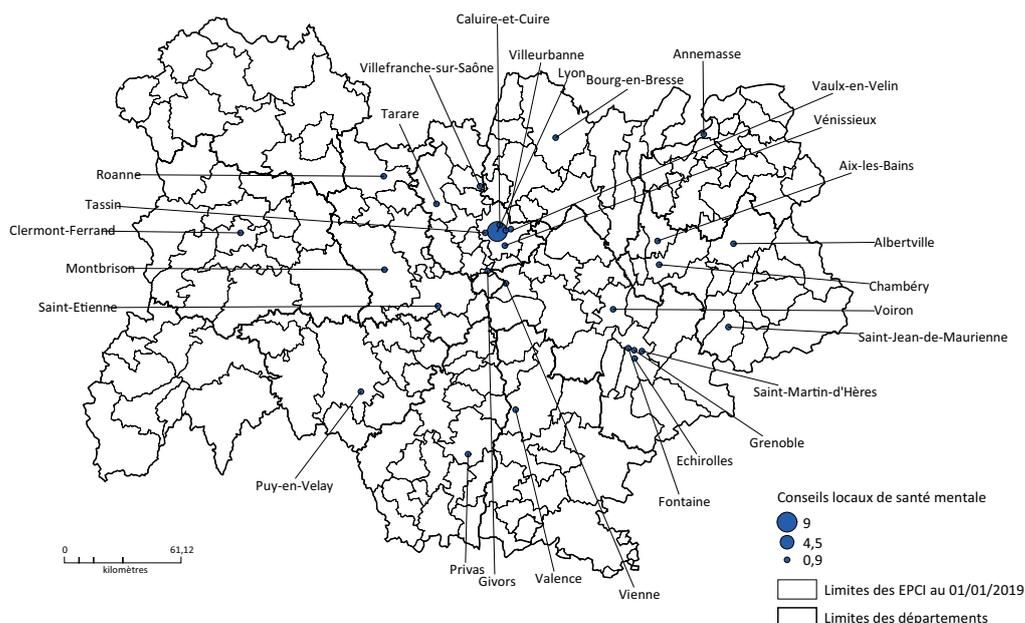
Ils permettent à travers la promotion de la santé mentale et la prévention, de favoriser l'inclusion sociale, l'autonomie et la pleine citoyenneté des personnes concernées et de participer

aux actions de lutte contre la stigmatisation et les discriminations. Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées. [19]

Le CLSM permet une approche locale et participative concernant la promotion de la santé mentale, la prévention et le parcours de soins, il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire et définit des objectifs stratégiques et opérationnels.

En 2019, 35 CLSM sont recensés en Auvergne-Rhône-Alpes. Ils sont inégalement répartis sur le territoire, deux départements en sont dépourvus (Allier, Cantal) et d'autres sont bien dotés (Rhône, Isère, Savoie).

Carte 7. Les conseils locaux en santé mentale (CLSM) - Auvergne-Rhône-Alpes

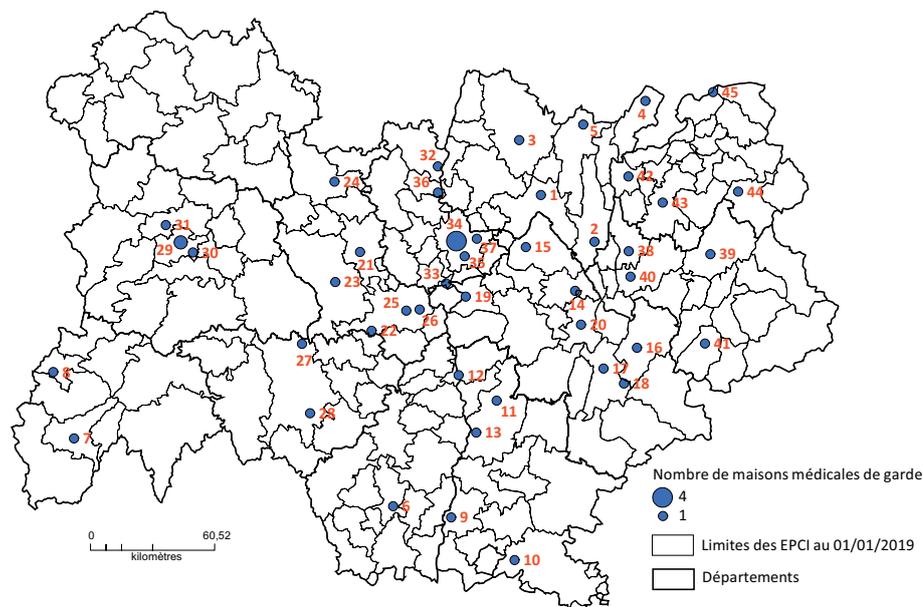


Source : Centre national de ressources et d'appui aux CLSM, 26/08/2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Les maisons médicales de garde - Auvergne-Rhône-Alpes

Les maisons médicales de garde (MMG) constituent un dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins en organisant une structure de garde pour les médecins de ville. Elles conjuguent prise de gardes, travail en équipe, diminution du sentiment d'insécurité pour les médecins, diminution des délais d'attente et efficacité pour les patients. Leur fonctionnement et leur organisation sont très variables et s'adaptent aux différents bassins de population qu'elles desservent. Certaines ne réalisent que des consultations sur site, d'autres assurent en plus les visites à domicile indispensables. Elles peuvent être hébergées dans des locaux d'un hôpital ou d'une clinique ou bien, au contraire, être éloignées des centres de soins. En dehors du personnel médical, certaines MMG s'adjoignent, pour leur fonctionnement, d'autres catégories professionnelles paramédicales ou administratives (secrétaires, infirmières, travailleurs sociaux, agents de sécurité...). Certaines MMG sont en relation avec le centre 15 et se chargent parfois elles-mêmes de réguler les appels relevant de la médecine générale libérale (il s'agit dans ce cas de Centre 15 bis) [20].

Carte 8. Les maisons médicales de garde - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Atlasanté, ARS Auvergne-Rhône-Alpes, extraction des données le 15/05/2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2019, il existe 45 maisons médicales de garde en Auvergne-Rhône-Alpes. L'Allier ne dispose pas actuellement de maison médicale de garde. Un projet est en cours dans le secteur de Vichy.

### Liste des maisons médicales de garde

1. Association Maison médicale de la Plaine de l'Ain - Ambérieu-en-Bugey
2. Association Maison médicale de garde - Belley
3. Association Bourg urgence médicale (BUM) - Bourg-en-Bresse
4. Maison médicale de garde du Pays de Gex - Gex
5. Maison médicale de garde d'Oyonnax
6. Maison médicale de garde d'Aubenas
7. Maison médicale Jean Paul Roquetanière - Aurillac
8. Cabinet médical le Bourg - Mauriac
9. Montélimar
10. Nyons
11. Romans-sur-Isère
12. Saint-Vallier
13. Valence
14. Association pour la permanence des soins en Nord Dauphiné (APSN) - Les Abrets en Dauphiné
15. Crémieu
16. Maison médicale de garde du Grésivaudan - Froges
17. Grenoble
18. Association pour la permanence des soins du Sud-Isère - Vaulnaveys-le-haut
19. Association des médecins généralistes de Vienne et environs - Vienne
20. Voiron
21. Feurs
22. Firminy
23. Montbrison
24. Roanne
25. Saint-Chamond
26. Association des médecins de garde de Saint-Étienne - Saint-Priest-en-Jarez
27. Association pour la qualité des soins de la ville de Craponne-sur-Arzon
28. Association des médecins libéraux de Haute-Loire - Le Puy-en-Velay
29. Association de médecins d'urgence de l'agglomération clermontoise (AMUAC) - Clermont-Ferrand
29. Clermont-Ferrand
30. Cournon-d'Auvergne
31. Association des médecins de garde du terroir de Volvic
32. Belleville
33. Association des médecins de la maison médicale de garde du Sud-Ouest Lyonnais - Givors
34. Maison médicale de garde Jean-Pierre Terrien, Lyon 8
34. Maison médicale de garde Buyer, Lyon 5
34. Maison médicale de garde Valmy, Lyon 9
34. Maison médicale de garde Sarraïl, Lyon 6
35. Maison médicale de garde de Vénissieux
36. Association professionnelle des médecins de garde et d'urgence de Villefranche-sur-Saône (APMV)
37. Associations pour la permanence des soins de l'est lyonnais (APSEL) - Décines-Charpieu
38. Aix-les-Bains
39. Maison médicale de garde d'Albertville
40. Chambéry
41. Saint-Jean-de-Maurienne
43. Maison médicale de garde d'Annecy - Frangy
42. Association des médecins généralistes de la région Aixoise (AMGRA) - Pringy
44. Association des médecins généralistes du Mont-Blanc - Sallanches
45. Maison médicale de garde de Thonon-les-Bains

### Liste des établissements réalisant des soins sans consentement - Auvergne-Rhône-Alpes

Nom de l'établissement	Type d'établissement	Département
Centre Psychothérapique de l'Ain	ESPIC ou autre EBNL	01
CH Moulins Yzeure	CH	03
CH Montluçon	CH	03
CH Vichy	CH	03
Hôpital Sainte Marie de Privas	ESPIC ou autre EBNL	07
CH Saint-Flour	CH	15
CH Henri Mondor Aurillac	CH	15
CH Drôme-Vivarais	CH	26
ESMPI Site Bourgoin-Jallieu	ESPIC ou autre EBNL	38
CHU Grenoble	CHR	38
CH Alpes Isère	CH	38
CH du Forez	CH	42
CH de Roanne	CH	42
CHU Saint-Étienne	CHR	42
CH Sainte-Marie - Le Puy-en-Velay	ESPIC ou autre EBNL	43
CH Sainte-Marie - Clermont-Ferrand	ESPIC ou autre EBNL	63
CHU Clermont-Ferrand	CHR	63
CH Thiers	CH	63
CHS Le Vinatier	CH	69
Centre Psychothérapique Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	CH	69
CH Saint Jean de Dieu	ESPIC ou autre EBNL	69
CH de Savoie	CH	73
CH Annecy-Genevois	CH	74
E.P.S.M. Vallée d'Arve	CH	74
CHIC du Léman	CH	74

Source : e-PMSI - 31/12/2019



## Les passages aux urgences pour tentative de suicide

L'analyse des tentatives de suicide (TS) présentée ci-dessous a été réalisée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au réseau Oscour®. Le dispositif Oscour® fait partie du dispositif de surveillance syndromique SurSaUD® (Surveillance sanitaire des urgences et des décès), mis en œuvre et coordonné par Santé publique France. Il repose sur des regroupements syndromiques, définis par des groupes d'experts (cliniciens, urgentistes, épidémiologistes et spécialistes des départements d'information médicale) et constitués par des regroupements de codes diagnostiques (CIM-10) des champs « diagnostic principal » (DP) et « diagnostics associés » (DA) des résumés RPU transmis par les SU.

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

En Auvergne-Rhône-Alpes, le réseau Oscour® repose sur les 84 structures d'urgences (SU) et couvrait, en 2018, 95 % des 2 655 268 passages aux urgences répertoriés par la statistique annuelle des établissements de soins.

Si la couverture régionale en terme d'établissements participant est proche de l'exhaustivité (95 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'améliore mais demeure hétérogène entre les départements en 2018. En Haute-Loire, dans le Puy-de-Dôme et en Savoie, elle est actuellement inférieure à 50 %.

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

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

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

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

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

## Consignes de codage et amélioration de la codification

### Les données du PMSI

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

Les données présentées dans certains départements illustrent bien cette problématique. Ainsi, en Isère, la valeur des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus paraît 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. Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, les taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide paraissent sous-évalués par rapport aux autres départements depuis plusieurs années. Une réunion a eu lieu avec les centres hospitaliers concernés et des réponses précises d'amélioration du codage et de la qualité des données ont été apportées. Ainsi, dans le Puy-de-Dôme, le taux annuel standardisé a augmenté de manière significative à partir de la période 2015-2017 et il continue à augmenter, traduisant ainsi l'amélioration des méthodes de codage. Dans la Loire, cette amélioration du codage, intervenue plus récemment, impacte le taux annuel standardisé à partir de 2016.

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 CIM-10 (Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe) et en diagnostics associés (...) un code du groupe X60-X84 du chapitre XX pour enregistrer le caractère auto-infligé des lésions et le ou les moyens utilisés ». Ces consignes de codage ont été rappelées en fin d'année 2017 aux établissements par le Collège 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 [21], 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 [22], 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.

## Précisions méthodologiques sur le chapitre « Mortalité par suicide et Inégalités sociales de santé »

L'indice de défavorisation Fdep13 est défini à l'échelle communale et construit sur la base de données de recensement de la population et des déclarations fiscales, à savoir :

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

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

Les taux standardisés de mortalité par suicide sont calculés pour chaque quintile :

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

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

### Tests de comparaison des taux standardisés

Les taux standardisés de mortalité ont été comparés en faisant l'hypothèse que les effectifs de décès suivent une loi normale et que les variations aléatoires des taux de décès observés dans la population étudiée par classe d'âge sont indépendantes. Les tests sont basés sur la convergence de la loi de Poisson vers la loi normale. Ils supposent que les effectifs de décès observés sont suffisants [23].

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

## Méthodologie de la typologie des territoires

### 1- Précisions sur les indicateurs utilisés pour la typologie des EPCI 2109 en Auvergne-Rhône-Alpes

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

- Période : 2016
- Méthode de calcul : Population au 1<sup>er</sup> janvier 2016 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 2016)

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

- Période : 2016
- Méthode de calcul : Nombre d'agriculteurs exploitants / artisans, commerçants, chefs d'entreprise / cadres et professions intellectuelles supérieures / professions intermédiaires / employés / ouvriers / retraités / autres inactifs au 1<sup>er</sup> janvier 2016 rapporté à la population âgée de 15 ans et plus du territoire multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2016)

Part de familles monoparentales

- Période : 2016
- Méthode de calcul : Nombre de familles monoparentales au 1<sup>er</sup> janvier 2016 rapporté au nombre de ménages multiplié par 100
- Source : Insee (RP 2016)

Part de personnes vivant seules

- Période : 2016
- Méthode de calcul : Nombre de personnes vivant seules au 1<sup>er</sup> janvier 2016 rapporté au nombre de ménages multiplié par 100
- Source : Insee (RP 2016)

Taux de chômage

- Période : 2016
- Méthode de calcul : Nombre de chômeurs au sens du recensement au 1<sup>er</sup> janvier 2016 rapporté à la population âgée de 15 ans et plus multipliée par 100
- Source : Insee (RP 2016)

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

- Période : 31/12/2017
- Méthode de calcul : Nombre de personnes couvertes par les allocataires de moins de 65 ans et non étudiants à bas revenus pour 100 personnes de moins de 65 ans. Les personnes couvertes sont les allocataires, leurs conjoints et les personnes à charge des allocataires.
- Sources : Cnaf, CCMSA, Insee (RP 2016)

Taux standardisé de mortalité par suicide

- Période : 2011-2015 (5 années)
- 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 de la France entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 10-14 ans, ... 85 ans ou plus.  
La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population moyenne sur la période (calcul en personnes-années)  
Codes CIM-10 (Classification internationale des maladies) (en cause initiale) retenus pour les décès par suicide : X60-X84
- Sources : Inserm CépiDc, Insee (RP 2011-2016)

Taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

- Période : 2018
- Méthode de calcul : Le taux standardisé de séjours hospitaliers 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 de la France entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 10-14 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population disponible la plus récente (RP 2016).  
Codes CIM-10 (Classification internationale des maladies) (en diagnostic associé) retenus pour les séjours pour tentative de suicide : X60-X84
- Sources : PMSI MCO 2018, Insee (RP 2016)

## Méthodologie de la typologie des territoires (suite)

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

- Période : 2017
- 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 de la France entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans, ... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population au RP 2016.  
Les ALD pour affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23), pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires (code CIM-10 F30-F34/F40-F43/F20-F29/F60, F68, F69/F10-F13, F19), ont été prises en compte.
- Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee (RP 2016)

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

- Période : 2017
- 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 de la France entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifiques par âge est la population disponible la plus récente (RP 2016).
- Sources : Cnam (Sniiram DCIRS - 2017), Insee (RP 2016)

Taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux

- Période : 2017
- 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 de la France entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifique par âge est la population disponible la plus récente (RP 2016).
- Sources : Cnam (Sniiram DCIRS - 2017), Insee (RP 2016)

Taux standardisé de prévalence de la dépression (utilisation de l'algorithme dépression de l'Assurance Maladie disponible uniquement pour les affiliés du Régime général)

- Période : 2016
- Construction de l'algorithme :
  - personnes en ALD au cours de l'année n avec des codes CIM-10 de troubles névrotiques ou de l'humeur ;
  - et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (manifestation morbide principale, affection étiologique, DA) – durant au moins une des deux dernière années ;
  - et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs – dans un établissement de santé MCO (DP ou DR) et/ou psychiatrique (DP ou DA) et/ou SSR (manifestation morbide principale, affection étiologique, DA) – durant au moins une des cinq dernières années ET ayant reçu au moins trois délivrances d'antidépresseurs ou de lithium, DépakoteR ou DépamideR au cours de l'année n (à différentes dates).

Codes CIM-10 utilisés : PMSI-MCO, RIM-P et SSR et ALD :

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

Codes ATC utilisés :

- Antidépresseur codes ATC commençant par N06A ;
- Lithium Code ATC = N05AN01 ;
- DépakoteR. Code ATC = N03AG01, seulement les codes CIP 13 : 3400934876233, 3400934876691, 3400935444271 ;
- DépamideR. Code ATC = N03AG02
- Exclusion de la levotonine (CIP13 = 3400933338022).

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

- Méthode de calcul : Le taux standardisé de prévalence de la dépression est le taux qui serait observé dans chaque EPCI si celui-ci avait la même structure par âge qu'une population de référence (ici la population de la France entière au RP 2015). La structure par âge utilisée est : 0-4 ans, 5-9 ans,... 85 ans ou plus. La population utilisée pour le calcul des taux spécifique par âge est la population disponible la plus récente (RP 2016).

## Méthodologie de la typologie des territoires (suite)

### 2- Typologie des EPCI 2019 : méthode

La typologie repose sur l'analyse des 18 indicateurs décrivant la situation socio-sanitaire et démographique et sur 3 indicateurs complémentaires. Au 1<sup>er</sup> janvier 2019, la région Auvergne-Rhône-Alpes compte 172 EPCI. Parmi eux, 7 EPCI sont majoritairement implantés hors de la région Auvergne-Rhône-Alpes et n'ont que quelques communes dans la région (11 communes au total) : ces EPCI ne sont pas pris en compte dans l'analyse qui porte donc sur 165 EPCI, soit 7 910 511 personnes.

Une analyse en composante principale (ACP) permet de décrire l'ensemble des 165 EPCI à partir des 18 indicateurs actifs en construisant de nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales. Cinq axes factoriels ont été définis synthétisant 79 % de l'information. Ce sont ces axes factoriels de nature socio-sanitaires qui permettent, à l'aide d'une classification ascendante hiérarchique (CAH), de regrouper les EPCI en classes homogènes. Trois indicateurs sont utilisés comme des variables illustratives : ils ne participent pas à la constitution des classes mais ils sont analysés pour compléter la description des différentes classes.

Il s'agit :

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

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

	Moyenne des EPCI*	Classes					
		A	B	C	D	E	F
Nombre d'EPCI	165	31	49	16	14	28	27
Population au RP 2016	7 910 511	1 422 234	1 584 995	203 437	3 445 028	326 305	928 512
Part des 15-24 ans (en %)	9,6	10,7	9,6	9,3	12,4	7,7	9,1
Part des 45-64 ans (en %)	27,8	26,7	27,4	28,8	25,0	30,3	28,4
Part des 65 ans et plus (en %)	21,0	15,8	19,7	18,7	17,9	28,0	25,1
Part des agriculteurs exploitants (en %)	1,9	0,7	1,3	1,0	0,4	5,4	1,9
Part des artisans, commerçants, chefs d'entreprise (en %)	4,7	4,5	4,3	7,3	3,5	5,0	4,5
Part des cadres et professions intellectuelles supérieures (en %)	6,6	11,1	6,1	6,7	8,5	3,5	4,5
Part des professions intermédiaires (en %)	14,4	18,3	14,7	17,9	15,3	9,6	11,7
Part des employés (en %)	15,9	16,3	15,9	17,5	16,2	14,5	15,5
Part des ouvriers (en %)	14,0	12,8	16,0	12,7	13,8	13,2	13,6
Part des autres inactifs (en %)	12,5	13,0	12,3	10,5	16,7	10,8	13,2
Part de retraités (en %)	30,0	23,4	29,4	26,2	25,6	38,2	35,0
Part de la population couverte à bas revenu (en %)	14,1	8,6	12,5	9,5	19,0	17,4	20,2
Taux de chômage (en %)	6,0	5,6	6,0	3,7	8,3	5,1	7,5
Part des familles monoparentales (en %)	8,0	8,7	7,8	8,2	9,3	6,7	8,3
Part de personnes vivant seules (en %)	32,9	27,7	30,1	34,6	36,9	36,3	37,1
TS de mortalité par suicide**	18,6	12,5	20,3	19,0	13,2	21,8	21,8
TS de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide**	138,1	116,4	137,1	118,6	175,3	121,6	174,4
TS de recours aux médicaments psychotropes**	9 548,8	8 739,4	9 831,5	7 365,6	10 246,3	9 865,9	10 568,1
TS de prévalence d'une ALD 23***	2 025,1	1 367,0	1 848,8	1 128,1	2 453,0	2 439,3	2 980,9
TS de recours aux psychiatres libéraux (en %)	1 426,3	1 670,4	1 451,0	1 000,2	2 091,8	1 027,3	1 422,5
TS de prévalence de la dépression**	1 375,4	1 195,5	1 371,8	937,7	1 654,8	1 217,9	1 866,3

TS : taux standardisé

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

\*\* Taux standardisés pour 100 000 habitants.

\*\*\* Taux standardisé de prévalence d'une ALD pour affections psychiatriques de longue durée pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires pour 100 000 habitants.

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

## Liste des abréviations

Anpaa : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie	HCL : Hospices civils de Lyon
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	IML : Institut médico-légal
ALD : Affection de longue durée	Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
APL : Accessibilité potentielle localisée	Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
APT : Accueil prévention toxicomanie	LAM : Lits d'accueil médicalisés
ARS : Agence régionale de santé	MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
ARHM : Action recherche handicap et santé mentale	MSA : Mutualité sociale agricole
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	OMS : Organisation mondiale de la santé
Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue	ONS : Observatoire national du suicide
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole	ORS : Observatoire régional de la santé
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences	Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
CH : Centre hospitalier	PAEJ : Point accueil écoute jeunes
CHAN : Centre hospitalier d'Ardèche Nord	PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
CHI : Centre hospitalier intercommunal	PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
CHRS : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale	PTSM : Projet territorial de santé mentale
CHS : Centre hospitalier spécialisé	RIM-P : Recueil d'information médicalisée en psychiatrie
CHU : Centre hospitalier universitaire	RP : Recensement de la population
CIM : Classification internationale des maladies	RPU : Résumé de passage aux urgences
CJC : Consultation jeunes consommateurs	RSI : Régime social des indépendants
CLS : Contrat local de santé	SAE : Statistique annuel des établissements
CLSM : Conseil local de santé mentale	SAM des Alpes : Service addictologie mutualiste des Alpes
Cnaf : Caisse nationale d'allocation familiale	Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation
Cnamts : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	SPF : Santé publique France
CP : Centre pénitentiaire	SSR : Soins de suite et de réadaptation
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie	SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
Craim : Collège régional de l'information médicale	TS : Tentative de suicide
Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée
CTR : Centre thérapeutique résidentiel	VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
DA : Diagnostic associé	
DP : Diagnostic principal	
DR : Diagnostic relié	
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	
EBNL : Établissement à but non lucratif	
Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie	
EMPP : Équipe mobile psychiatrie-précarité	
EPCI : Établissement public de coopération intercommunale	
ESMPI : Établissement de santé mentale Portes de l'Isère	
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif	
Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux	

## Bibliographie

- [1] Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3<sup>ème</sup> rapport. Paris: Drees;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. Janvier 2019;5:1-40. [[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull5\\_2019.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull5_2019.pdf)]
- [3] Organisation mondiale de la santé. [[https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/key\\_concepts/fr/](https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/fr/)]
- [4] Blanpain N. L'espérance de vie s'accroît, les inégalités sociales face à la mort demeurent. Insee Première. Octobre 2011;1372:1-4.
- [5] Boirin A. Évolution des inégalités de niveau de vie entre 1970 et 2013. In : Les revenus et le patrimoine des ménages. Édition 2016. Paris : Insee;2016,55-70.
- [6] Rey G, Jouglu E, Fouillet A, and Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the periode 1997-2001 : variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health. 2009;9:33.
- [7] Lorant V, de Gelder R, Kapadia D, Borrell C, Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Rodríguez-Sanz M, Wojtyniak B, Strand BH, Bopp M, Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. Br J Psychiatry. 2018;212(6):356-361.
- [8] Too LS, Law PCF, Spittal MJ, Page A, Milner A. Widening socioeconomic inequalities in Australian suicide, despite recent declines in suicide rates. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2018;53(9):969-976.
- [9] Hiyoshi A, Kondo N, Rostila M. Increasing income-based inequality in suicide mortality among working-age women and men, Sweden, 1990-2007: is there a point of trend change? J Epidemiol Community Health. 2018;72(11):1009-1015.
- [10] Burrows S, Auger N, Roy M, Alix C. Socio-economic inequalities in suicide attempts and suicide mortality in Québec, Canada, 1990-2005. Public Health. 2010;124(2):78-85.
- [11] Kim MH, Jung-Choi K, Jun HJ, Kawachi I. Socioeconomic inequalities in suicidal ideation, parasuicides, and completed suicides in South Korea. Soc Sci Med. 2010;70(8):1254-61.
- [12] Alvarez-Galvez J, Salinas-Perez JA, Rodero-Cosano ML, Salvador-Carulla L. Methodological barriers to studying the association between the economic crisis and suicide in Spain. BMC Public Health. 2017;17(1):694.
- [13] Benioudakis ES, Lykiardopoulos V, Georgiou V, Archontaki MD, Tsourounaki A, Botonaki G, Batzou A, Symiakos T, Seliniotaki T, Armagos A, Pentari A, Moiradorakis K, Darakis E, Melissari-Tzanakaki M. Suicide Attempts and Their Interrelation With the Economic Crisis in Chania, Greece: A Time-Series Analysis of the Period 2008-2015. Prim Care Companion CNS Disord. Janvier 2017;19(1).
- [14] Elkeles T, Mielck A. Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen. 1997;59:137-143.
- [15] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2018; 4:1-27. [[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull4\\_2018.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull4_2018.pdf)]
- [16] La santé des jeunes de 6 à 24 ans dans l'Ardèche et la Drôme. Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes. 2019,166p. [[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Sante%20des%20jeunes%20Ardeche%20et%20Drome%20-%202019\\_04\\_17.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Sante%20des%20jeunes%20Ardeche%20et%20Drome%20-%202019_04_17.pdf)]
- [17] Ministère des solidarités et de la santé. [<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/addictions/article/les-equipes-de-liaison-et-de-soins-en-addictologie-elsa>]
- [18] Centre national de ressources et d'appui aux Conseils locaux de santé mentale. [<http://clsm-ccoms.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/>]
- [19] Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. [<https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-conseils-locaux-de-sante-mentale-clsm>]
- [20] Gentile S, Devictor B, Amadeï E, Bouvenot J, Durand A, Sambuc R. Les maisons médicales de garde en France. Santé Publique. 2005;17(2):233-240. [<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2005-2-page-233.htm>]
- [21] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2<sup>ème</sup> rapport. Paris: Drees;2016,481p. [[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf)]
- [22] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Décembre 2011;(47-48):497-500.
- [23] Jouglu E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population, Rev. Epidem. et Santé publique. 1997;43:78-84.



### Pour citer ce bulletin :

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2020;6:1-34.

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

Dr Bénet T. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Casamatta D. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Courty E. (CHU de Clermont-Ferrand, Unité Pass'Aje), Dr Dubuc M. (CHU de Grenoble, Psychiatrie de liaison), Duchon C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07), Durand AM. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, Directrice de la Direction Santé Publique), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU de Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psycho trauma), Dr Godechot B. (CHAI Grenoble), Dr Leaune E. (CH Le Vinatier, CPS/Psymobile), Dr Lingk D. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 38), Dr Mannoni C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Marquis F. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07-26), Pr Massoubre C. (CHU de Saint-Étienne, Urgences psychiatriques), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Poulet E. (Hôpital Édouard Herriot, Urgences psychiatriques / CH Le Vinatier, Centre de prévention du suicide), Saura C. (Responsable de la Cellule Auvergne-Rhône-Alpes, Santé Publique France), Vaissade L. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes).