

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

BULLETIN N°7 - JANVIER 2021

L'Observatoire régional du suicide animé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes produit cette année son 7<sup>ème</sup> bulletin. La compréhension du suicide dans notre région avance et les travaux menés accompagnent le développement de la stratégie régionale de prévention du suicide, une des priorités du Schéma Régional de Santé 2018-2023.

Les données de mortalité (CepiDc), celles des séjours hospitaliers pour tentative de suicide (ATIH-PMSI) et les données issues des passages aux urgences (Résumés des passages aux urgences) sont ici actualisées avec des méthodes de calcul qui ont été harmonisées avec celles de Santé publique France. L'historique des données a été reconstruit de manière à identifier les tendances dans le temps des différents indicateurs présentés. L'amélioration du codage des tentatives de suicide se poursuit aussi ; les points d'attention quant à l'interprétation des données sont signalés au fil du bulletin.

Notre région reste marquée par de forts contrastes au regard du suicide. Plusieurs départements (Allier, Loire, Haute-Loire, Puy-de-Dôme ainsi que le Cantal et la Savoie pour les hommes) présentent des indicateurs de mortalité par suicide défavorables mais qui régressent entre 2000 et 2016, dernière année où les données sont disponibles. Dans d'autres départements, les taux de mortalité par suicide fluctuent sans montrer de baisse significative. Les données montrent que les taux de mortalité par suicide diminuent pour toutes les classes d'âge à l'exception des populations âgées de 75 ans et plus. En effet, dans la région, le taux de mortalité de cette classe d'âge augmente légèrement, contrairement à la tendance nationale de baisse observée à tous les âges. Enfin, le travail autour des inégalités sociales marquant la mortalité par suicide a pu être précisé ; ces inégalités concernent tout spécialement les hommes. Ces constats nous engagent à poursuivre les collaborations entre les champs du social, du sanitaire et du médico-social notamment dans les territoires défavorisés et identifiés par

l'indice de défavorisation (FDep) produit nationalement par l'Inserm.

Deux nouveaux focus populationnels ont permis par ailleurs d'explorer les vulnérabilités des chômeurs et des publics migrants précaires au regard du suicide, nous encourageant à poursuivre ou développer les actions avec les partenaires en contact avec ces populations.

Le dispositif Vigilans évoqué dans le dernier bulletin est précisé avec une dynamique amorcée en février 2020 pour un démarrage régional au 1<sup>er</sup> juillet 2020. La file active, déjà fort honorable, montre la pertinence de Vigilans dont le déploiement est prévu de manière progressive sur trois ans.

Enfin, en cette année 2020 si particulière, nous avons tenu à présenter les premières données consolidées des tentatives de suicide en période de crise sanitaire. Ces données, même si rassurantes, seront suivies dans le temps puisque la période nous incite à la plus grande prudence concernant ces chiffres qui évolueront aussi en fonction des contextes des territoires. Nous resterons en veille.

L'observation, couplée à une réflexion opérationnelle, est la pierre angulaire de la prévention du suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Elle nous permet de débattre des données avec les praticiens impliqués dans la prévention du suicide, de mieux resserrer nos efforts au fil de nos connaissances, en essayant de toujours mieux prendre en compte les disparités constatées. La prévention du suicide est désormais inscrite dans les axes de travail des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) et pourra s'appuyer sur leur dynamique.

Que tous les professionnels qui font vivre les travaux de l'observatoire régional du suicide soient une fois encore remerciés. Nous avançons grâce à ces coopérations dans le déploiement de la stratégie multimodale nationale sur nos territoires.

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

## SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes .....	2	Suicide : les chômeurs, une population fragilisée.....	21
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes .....	8	Les conduites suicidaires chez les migrants en situation de précarité.....	23
Le dispositif Vigilans.....	13	Tentatives de suicide et COVID-19.....	26
Les passages aux urgences pour tentative de suicide.....	14	Cartes ressources.....	28
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	15	Sources de données et méthode.....	37
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	16	Consignes de codage et amélioration de la codification....	39
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes.....	17	Précisions méthodologiques sur les inégalités sociales de mortalité par suicide.....	40
Évolution par sexe des inégalités sociales de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes.....	18	Liste des abréviations.....	41
Les chiffres et les points clés.....	20	Bibliographie.....	42

## Avertissement aux lecteurs

Dans un souci d'harmonisation et de comparabilité des données de l'Observatoire régional du suicide avec les indicateurs publiés désormais par Santé publique France, les méthodes de calcul des indicateurs de mortalité par suicide et de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont été modifiées (cf. Sources de données et méthode p. 37-38). Les données présentées dans ce bulletin ne sont donc pas comparables à celles publiées dans les précédents bulletins de l'Observatoire régional du suicide [3] [8] [9]. Toutefois, l'historique des indicateurs ayant été reconstitué, les évolutions des indicateurs ont pu être présentées et analysées dans ce bulletin.

## Rappel : contexte national

### Les décès par suicide

En France métropolitaine, un peu plus de 8 400 décès par suicide ont été comptabilisés en 2016, soit près d'un décès toutes les heures en moyenne. Les décès par suicide touchent les hommes trois fois plus que les femmes.

Le taux de décès par suicide a diminué en moyenne de 2,0 % par an entre 2000 et 2016 (soit 31,8 % de baisse sur l'ensemble de la période) et s'inscrit ainsi dans une tendance à la baisse depuis les années 1980. Malgré cela, la France continue de faire partie des pays d'Europe où le taux de décès par suicide est élevé selon l'Observatoire national du suicide [1].

Concernant les modes opératoires, la pendaison est, de loin, le moyen le plus utilisé. Des différences notables apparaissent toutefois entre hommes et femmes quant aux autres moyens. Les hommes 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 2019, selon les données du PMSI, près de 86 600 séjours hospitaliers ont été enregistrés dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) après une tentative de suicide chez les personnes de 10 ans et plus en France métropolitaine. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes.

Ces hospitalisations pour tentative de suicide en MCO ont diminué au niveau national de 2010 à 2013 mais semblent se stabiliser depuis [1].

Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide présente des disparités régionales : la Guadeloupe connaît les taux les plus bas tandis que les taux les plus élevés sont retrouvés dans les Hauts-de-France [2].

L'absorption de substances médicamenteuses demeure la cause d'hospitalisation la plus fréquente, aussi bien chez les hommes que chez les femmes hospitalisés en MCO suite à une tentative de suicide.

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

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

Sur la période 2014-2016, 916 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région. Plus des trois quarts de ces décès concernent des hommes (76,1 %). Le nombre de décès par suicide diminue globalement depuis 2009 dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 1). Par comparaison, le nombre de décès par suicide est deux fois plus élevé dans la région que ceux causés par accidents de la circulation (459 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes<sup>1</sup>). Pour la France métropolitaine, le nombre de décès par suicide est 2,4 fois supérieur à celui des décès par accidents de la circulation (3 477 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2016<sup>1</sup>).

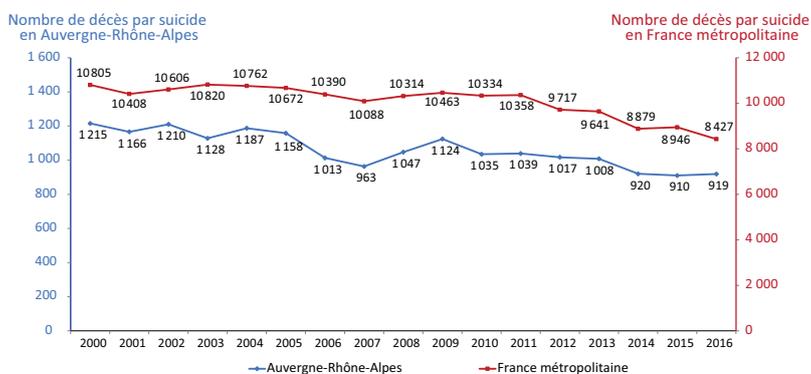
Depuis l'année 2000, une baisse globale et significative<sup>2</sup> du taux standardisé de mortalité par suicide est observée dans la région ainsi qu'en France métropolitaine (cf. figure 2). Cette tendance s'observe chez les hommes comme chez les femmes.

Entre 2000 et 2016, le taux standardisé de mortalité par suicide a baissé de 2,2 % par an dans la région (-2,0 % de baisse annuelle pour la France métropolitaine).

<sup>1</sup> Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2016.

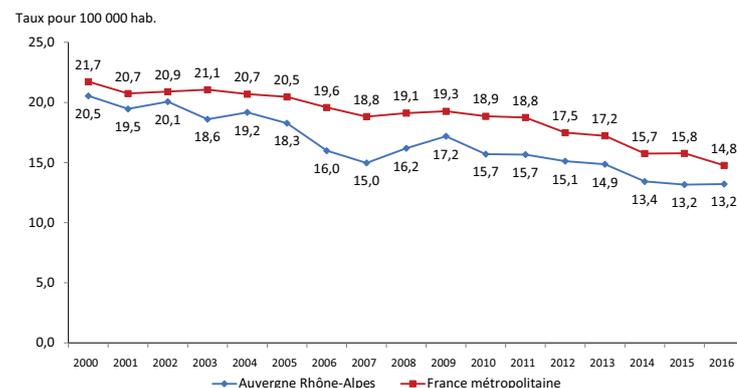
<sup>2</sup> Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 37-38).

Figure 1 - Évolution du nombre de décès par suicide de 2000 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



Source : Inserm-CépiDc 2000-2016 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 2 - Évolution des taux standardisés\* de mortalité par suicide de 2000 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Standardisation directe sur âge et sexe

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

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

Le taux standardisé de mortalité par suicide est, comme les années précédentes, plus élevé chez les hommes que chez les femmes à l'échelle régionale et métropolitaine (cf. figure 3). Cette surmortalité par suicide des hommes est observée dans tous les pays du monde selon l'Organisation mondiale de la santé, mais dans une proportion plus forte dans les pays à revenu élevé, dont la France [2].

Comme sur la période précédente, la situation de la région Auvergne-Rhône-Alpes reste globalement plus favorable que celle de la France métropolitaine avec des taux standardisés de mortalité par suicide inférieurs, chez les hommes comme chez les femmes.

Sur la période 2014-2016 comme sur la période précédente, les personnes âgées de 45 à 59 ans représentent un tiers (33,5 %) des décès par suicide recensés dans la région (cf. figure 4). Cette part est légèrement moindre pour la France métropolitaine (31,7 %).

Chez les hommes, le nombre de décès augmente, en Auvergne-Rhône-Alpes, avec l'âge jusqu'à 50-54 ans, puis il diminue jusqu'à 70-74 ans pour de nouveau augmenter à partir de 75 ans. En France métropolitaine, le nombre de décès augmente jusqu'à 45-49 ans puis l'évolution est similaire à celle de la région.

Chez les femmes de la région, le nombre de décès par suicide augmente avec l'âge jusqu'à la classe des 50-54 ans puis il diminue, comme en France métropolitaine.

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

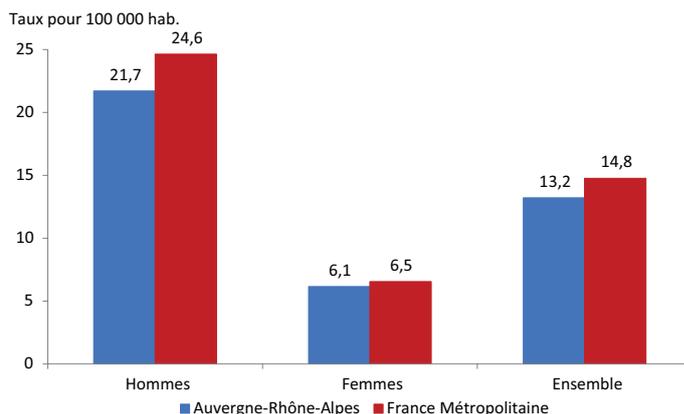
Sur la période 2014-2016, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,4% de l'ensemble des décès (*versus* 1,5% en France métropolitaine et 1,5% pour la région sur la période précédente).

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

Chez les 25-34 ans, le suicide représente, à l'échelle nationale, la première cause de mortalité devant les tumeurs. Chez les 15-24 ans, le suicide constitue la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation.

Quel que soit le sexe, la part des décès par suicide dans l'ensemble des décès a légèrement diminué depuis 2000 : sur la période 2000-2002, cette part s'élevait à 2,8 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes. Elle a plus particulièrement diminué chez les 30-39 ans : elle est passée de 20,7 % en 2000-2002 à 15,1 % en 2014-2016.

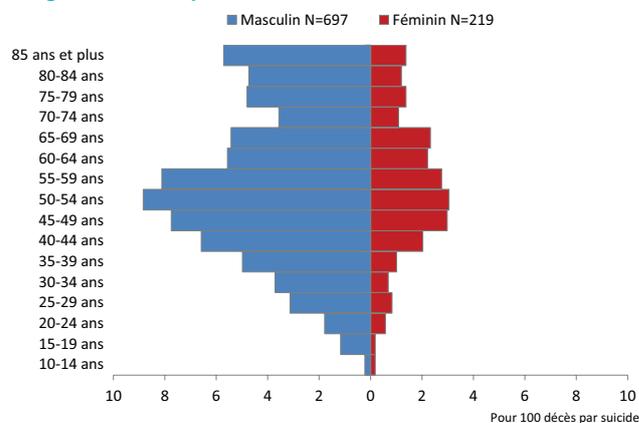
Figure 3 - Taux standardisés\* de mortalité par suicide par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine en 2016



\* Standardisation directe sur âge et sexe

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

Figure 4 - Répartition des décès par suicide par sexe et âge en Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016



Source : Inserm-CépiDc 2014-2016 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2014-2016

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

Source : Inserm-CépiDc 2014-2016 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les courbes représentant les taux spécifiques de mortalité par suicide (cf. sources de données et méthode p. 37-38) par classe d'âge et par sexe suivent, globalement, la même tendance en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figures 5 et 6).

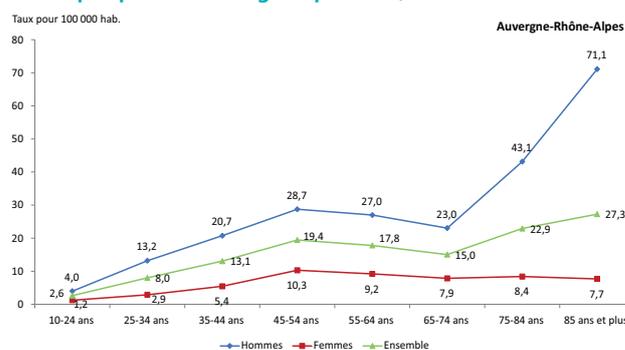
Sur la période 2014-2016, comme sur la période précédente, le taux spécifique de mortalité par suicide chez les hommes augmente fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. En Auvergne-Rhône-Alpes, il passe de 13 décès par suicide pour 100 000 hommes de 25-34 ans à 71 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. En France métropolitaine, ces taux sont plus élevés qu'en région mais ils suivent la même tendance.

Chez les femmes de la région, les taux, nettement moins élevés que ceux des hommes, augmentent jusqu'à 45-54 ans puis diminuent avec l'âge, comme cela était observé sur la période précédente. En Auvergne-Rhône-Alpes, le taux spécifique de mortalité par suicide est le plus élevé chez les femmes âgées de 45-54 ans pour lesquelles il s'élève à 10 décès pour 100 000 femmes.

Même si les taux spécifiques de mortalité par suicide des femmes dans la région demeurent inférieurs aux valeurs nationales après 75 ans, ils ont augmenté par rapport à la période précédente alors qu'en France métropolitaine tous les taux spécifiques par classe d'âge et par sexe ont diminué.

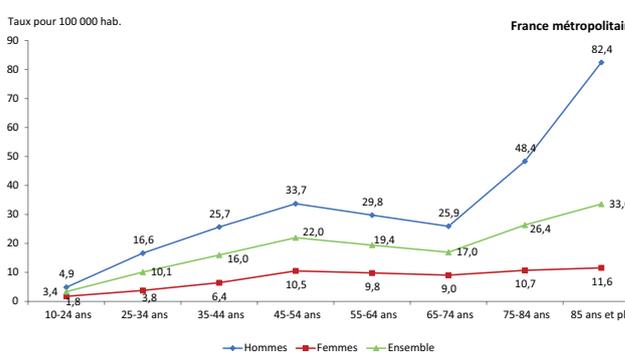
Les constats d'une mortalité par suicide différente selon le sexe et les classes d'âge doivent être pris en compte pour le développement et le suivi du déploiement des actions de prévention.

**Figure 5 - Taux spécifiques de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes par classe d'âge et par sexe, 2014-2016**



Sources : Inserm-CépiDc, données 2014-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

**Figure 6 - Taux spécifiques de mortalité par suicide en France métropolitaine par classe d'âge et par sexe, 2014-2016**

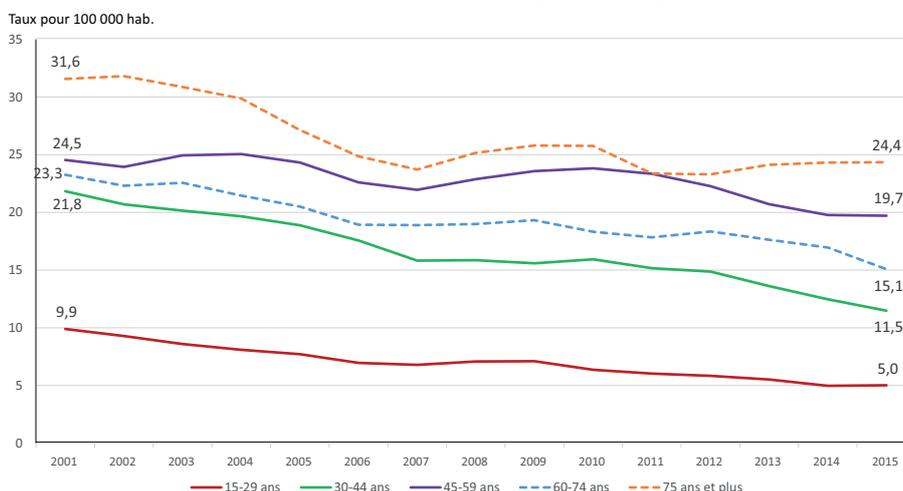


Sources : Inserm-CépiDc, données 2014-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Toutefois, une nuance mérite d'être soulignée. Ces dernières années, le taux spécifique de mortalité par suicide des personnes âgées de 75 ans et plus dans la région augmente légèrement ou stagne (23,3 pour 100 000 personnes en 2012, 24,1 en 2013, 24,3 en 2014 et 24,4 en 2015). En France métropolitaine, la tendance est différente : les taux spécifiques de mortalité par suicide poursuivent leur baisse pour tous les groupes d'âge, y compris chez les 75 ans et plus.

**Figure 7 - Évolution des taux spécifiques\* de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2016**



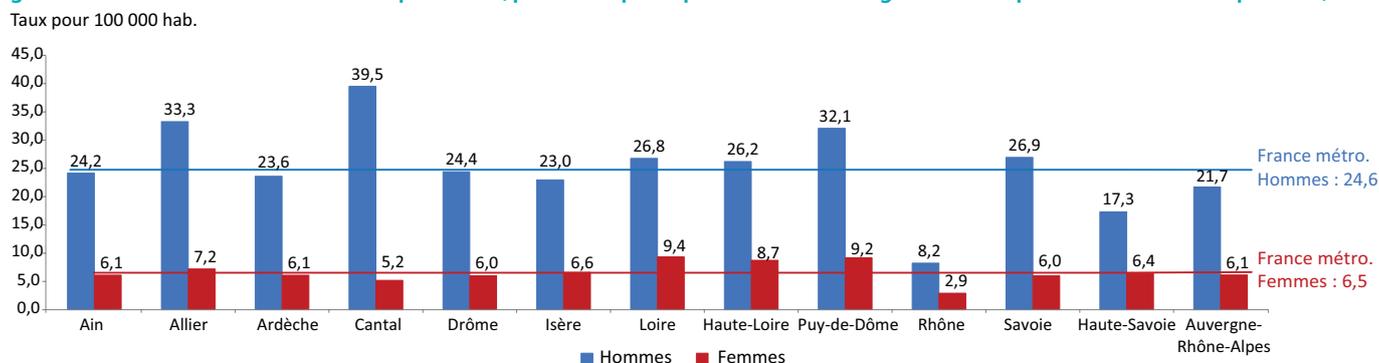
\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

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

## De fortes disparités départementales

Les taux standardisés de mortalité par suicide par sexe sont inférieurs en Auvergne-Rhône-Alpes à ceux enregistrés en France métropolitaine. Toutefois, ces moyennes régionales masquent des disparités importantes entre les départements de la région (cf. figure 8). L'Allier, la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme ont, historiquement, des taux standardisés de mortalité par suicide plus élevés qu'en France métropolitaine, quel que soit le sexe. Chez les hommes en 2016, ces taux sont également plus élevés qu'en France métropolitaine dans le Cantal et la Savoie. Pour le Cantal, ce résultat doit être interprété avec prudence dans la mesure où les taux sont calculés à partir de faibles effectifs.

Figure 8 - Taux standardisés\* de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2016



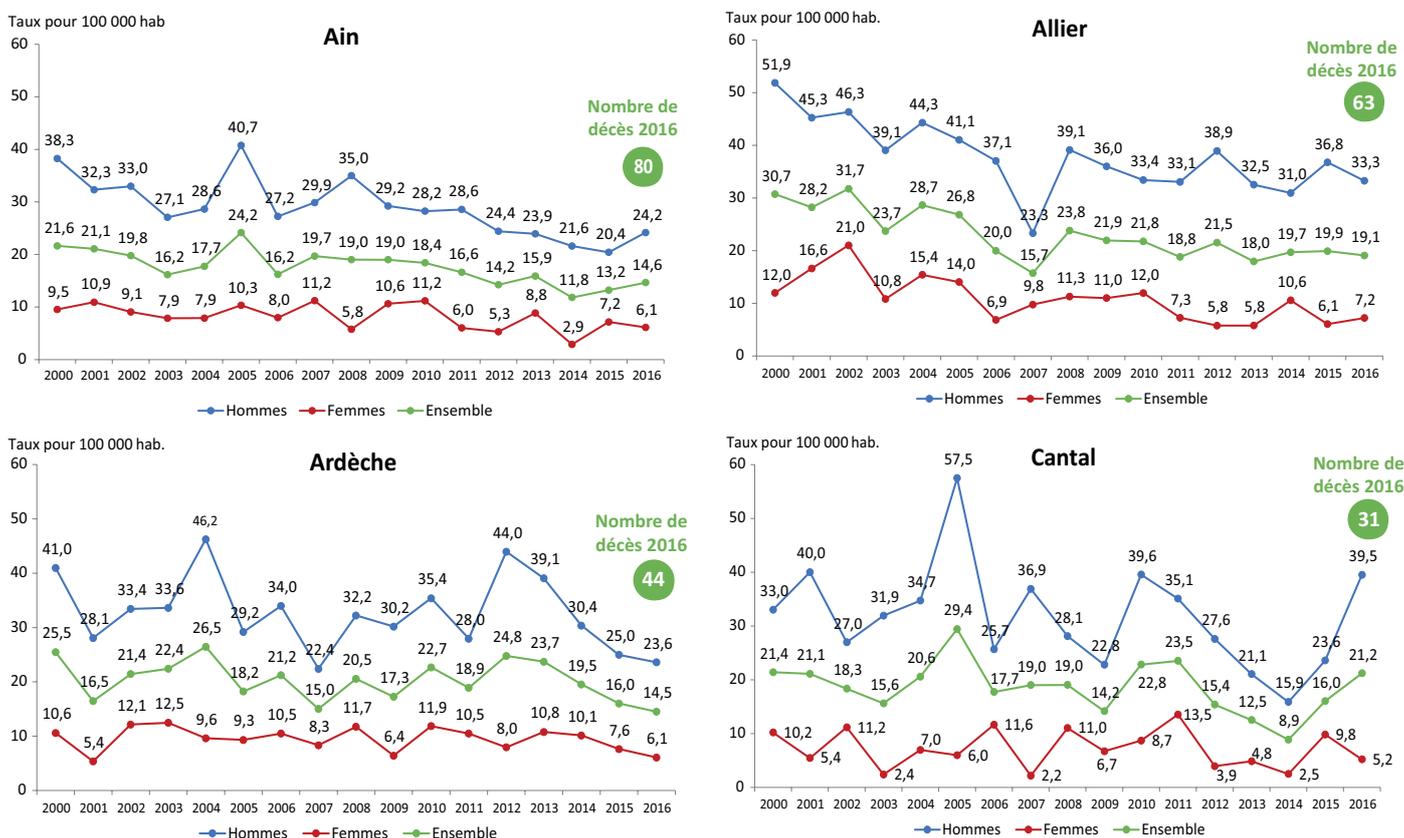
\* Standardisation directe sur âge et sexe

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

L'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2016 présentée ci-dessous (cf. figure 9) porte sur des taux calculés chaque année. Les effectifs peuvent être faibles pour certains départements. Des fluctuations annuelles importantes sont ainsi observées par rapport à l'analyse publiée dans les précédents bulletins qui portait sur des taux lissés sur trois ans [3].

Pour chaque département, une analyse par régression linéaire permet de qualifier l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide dans le temps. Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), le taux standardisé de mortalité par suicide baisse globalement de manière significative sur l'ensemble de la période (2000 à 2016), chez les hommes comme chez les femmes. Pour l'Ardèche, le Cantal, la Haute-Loire et la Savoie, l'évolution des taux standardisés de mortalité est instable sur l'ensemble de la période. Toutefois, une analyse par sous-périodes permet de mettre en évidence une baisse significative du taux standardisé de mortalité par suicide chez les hommes en Haute-Loire à partir de 2011 et en Ardèche à partir de 2012.

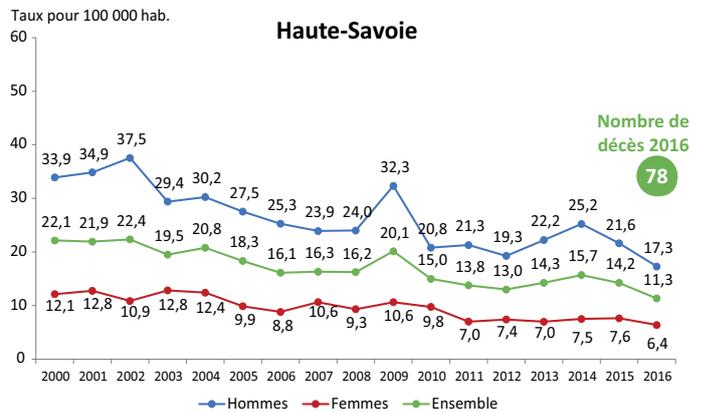
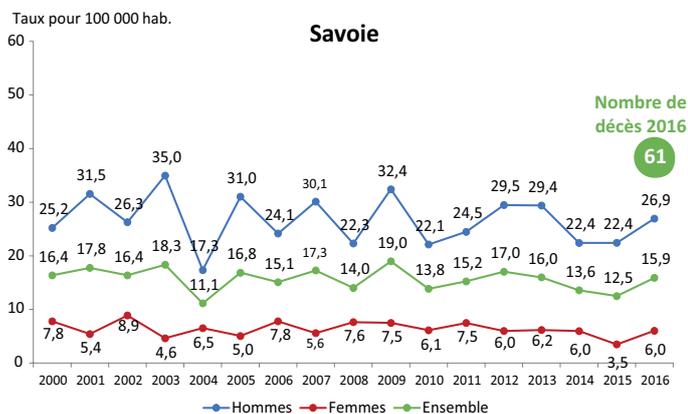
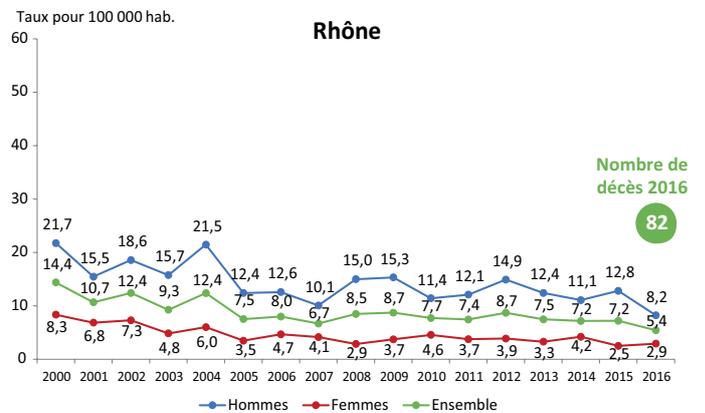
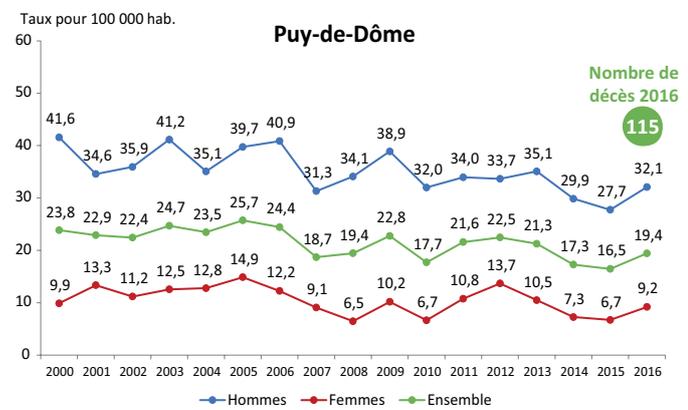
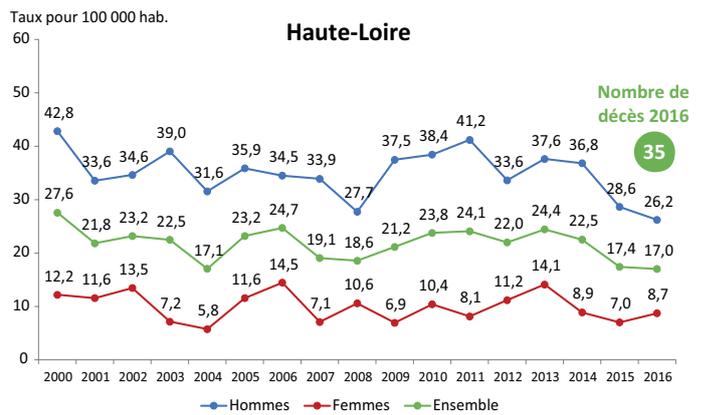
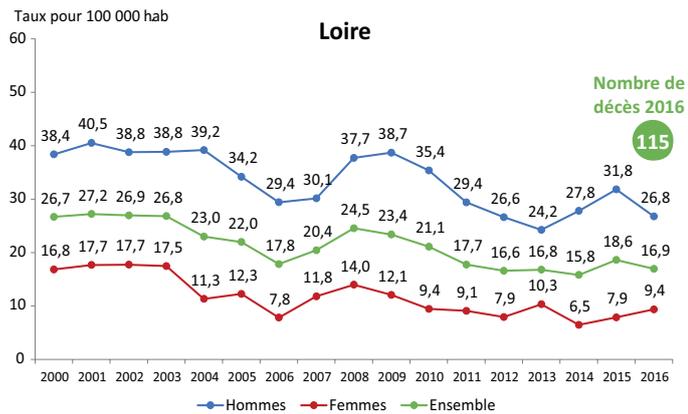
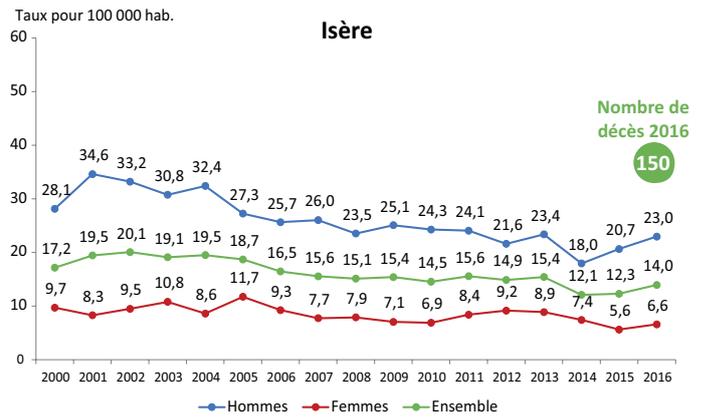
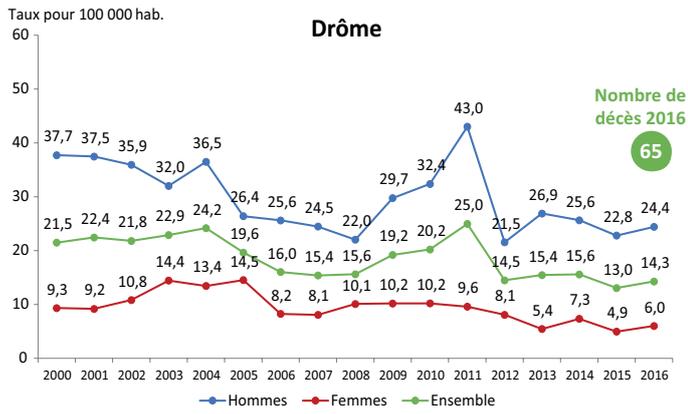
Figure 9 - Évolution des taux standardisés\* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2016



\* Standardisation directe sur âge et sexe

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

Figure 9 - Évolution des taux standardisés\* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2016 (suite)



\* Standardisation directe sur âge et sexe

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

## La pendaison, le premier mode opératoire quel que soit le sexe

Comme cela est observé depuis plusieurs années, la pendaison est le mode opératoire le plus utilisé que ce soit chez les hommes ou chez les femmes (cf. figure 10) en Auvergne-Rhône-Alpes.

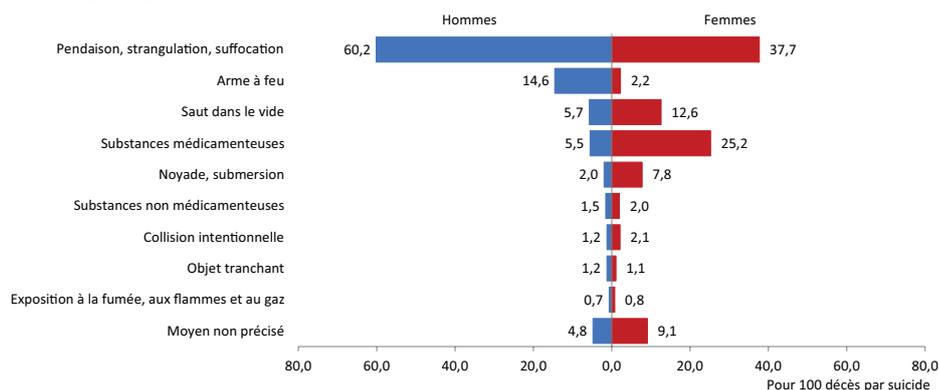
Des différences subsistent néanmoins entre hommes et femmes quant aux autres modes de suicide : les hommes font ensuite usage plus souvent des armes à feu alors que les femmes ont d'avantage recours aux substances médicamenteuses ou aux sauts dans le vide.

Par rapport à la France métropolitaine, la part des décès par saut dans le vide parmi l'ensemble des décès par suicide est supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la part des décès par substances médicamenteuses chez les femmes est supérieure en région par rapport à la France métropolitaine contrairement aux décès par pendaison dont la part est moins élevée chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à la France métropolitaine.

Chez les hommes, depuis le début des années 2000, la part des décès par pendaison parmi les décès par suicide n'a cessé d'augmenter en Auvergne-Rhône-Alpes. Au contraire, la part des décès par arme à feu est en diminution par rapport à la période précédente.

Chez les femmes, les parts de décès par substances médicamenteuses et par arme à feu parmi les décès par suicide ont légèrement augmenté par rapport à la période précédente.

Figure 10 - Répartition des suicides selon le mode opératoire en Auvergne-Rhône-Alpes - Période 2014-2016



Source : Inserm-CépiDc, données 2014-2016 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

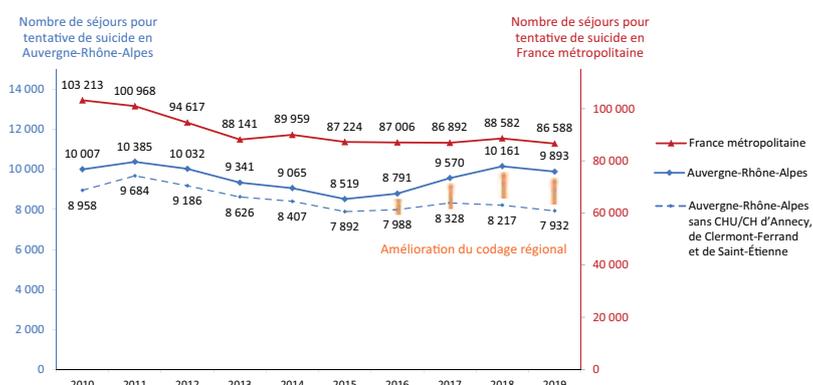
- 919 décès par suicide enregistrés dans la région en 2016, deux fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution globale de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,2 % par an).
- Point de vigilance : depuis 2012, augmentation ou stagnation du taux spécifique de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide, première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide qui se maintiennent élevés dans certains départements, quel que soit le sexe : Allier, Haute-Loire, Loire et Puy-de-Dôme. Taux élevés chez les hommes en 2016 dans le Cantal et en Savoie (analyse à affiner dans le prochain bulletin).
- Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide entre 2000 et 2016. Dans l'Ardèche, le Cantal, la Haute-Loire et la Savoie, évolution instable du taux standardisé de mortalité par suicide depuis 2000.
- La pendaison, premier mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en augmentation chez les hommes depuis le début des années 2000.
- 4 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 41 % concernent les 45-64 ans et 32 % les 65 ans et plus.

## Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes inférieurs aux taux nationaux mais en augmentation depuis 2015

Sur la période 2017-2019, 9 875 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (cf. sources de données et méthode p. 37-38) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes.

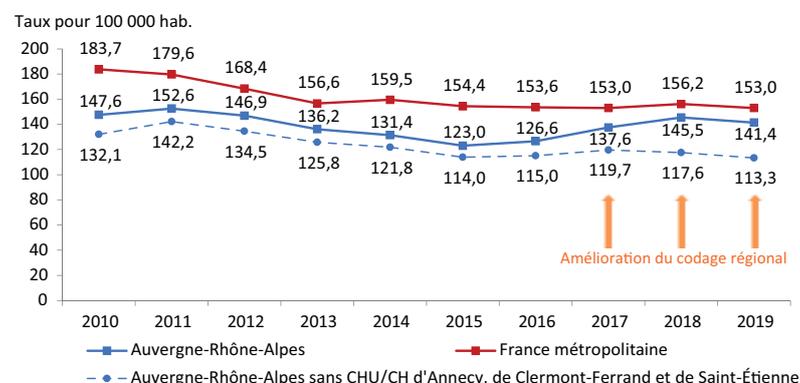
Après une augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observée dans la région de 2015 à 2018 (+ 6,4 % par an), cet effectif enregistre un léger reflux en 2019 (cf. figure 11). Cette augmentation est à mettre en lien avec l'amélioration de la qualité du codage amorcée dans plusieurs établissements de la région depuis 2015 ou 2016, notamment dans les CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne et dans le CH d'Annecy-Genevois (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 39). Sans compter ces établissements, l'augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide de 2015 à 2018 dans la région serait nettement moins prononcée (+ 1,4 % par an). Comme les années précédentes, la majorité (61 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes concerne des femmes sur la période 2017-2019.

Figure 11 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2019



Sources : ATI H PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 12 - Évolution des taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2019



\* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATI H PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

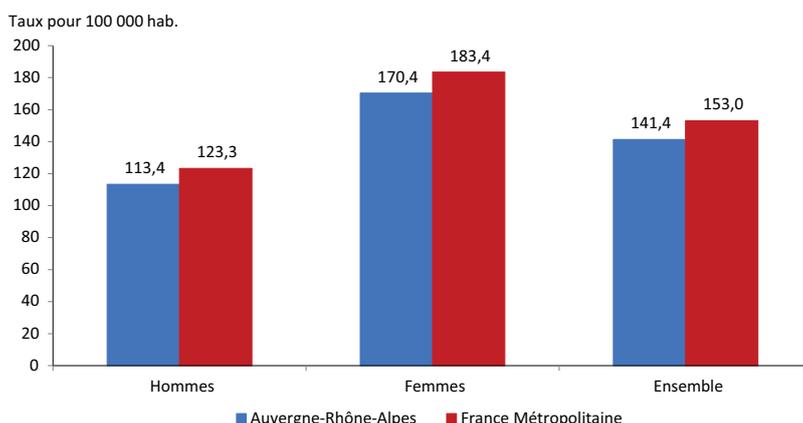
Comme les années précédentes, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont plus élevés en 2019 chez les femmes que chez les hommes, en région comme en France métropolitaine (cf. figure 13). Ainsi, 170 séjours pour 100 000 femmes sont enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes contre 113 pour 100 000 hommes.

Pour les deux sexes, les taux restent plus favorables dans la région qu'en France métropolitaine, mais les écarts se sont resserrés ces dernières années. Cette observation est probablement liée aux efforts d'amélioration du codage fournis dans la région sans toutefois avoir d'information sur l'amélioration du codage au niveau de la France métropolitaine.

Après une baisse significative jusqu'en 2015 (-3,3 % par an), le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide dans la région enregistre une hausse significative sur la période 2015-2019 (+3,7 % par an), hausse liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage constatée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. figure 12).

À l'échelle de la France métropolitaine, ce taux connaît globalement une baisse significative depuis 2010 (-1,8 % par an).

Figure 13 - Taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019



\* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATI H PMSI-MCO 2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

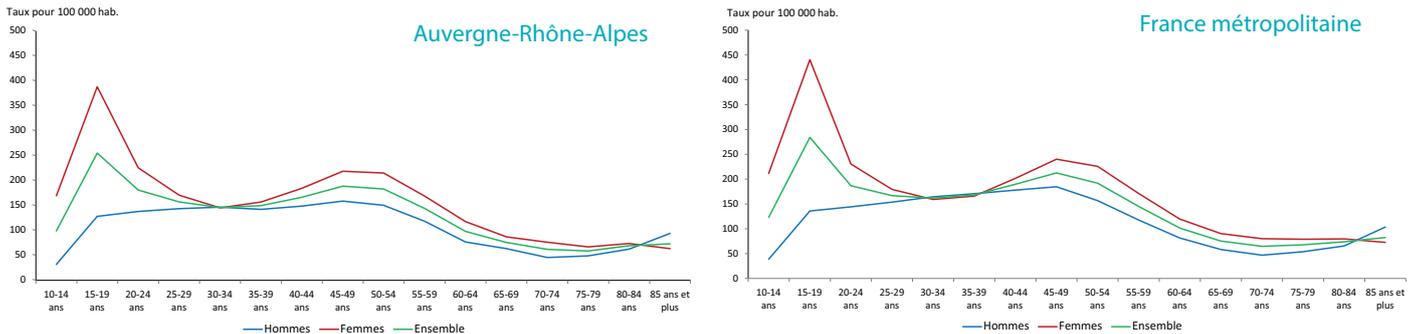
## Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide toujours particulièrement élevés chez les femmes de 15-19 ans

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2017-2019, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par classe d'âge présentent deux pics chez les femmes (cf. figures 14 et 15) :

- l'un chez les 15-19 ans avec 388 séjours pour 100 000 jeunes femmes de la région, en augmentation ces dernières années de manière plus marquée dans la région qu'en France métropolitaine (par rapport à la période précédente, +9,2 % pour la région *versus* +3,5 % pour la France métropolitaine) ;
- l'autre, moins marqué, chez les 45-49 ans avec 219 séjours pour 100 000 femmes (taux stable par rapport aux années précédentes).

Il est à noter que l'amélioration du codage a contribué à l'augmentation annuelle des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide entre 2015 et 2019, quelle que soit la classe d'âge.

**Figures 14 et 15 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par classe d'âge et par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019**



Sources : ATIH PMSI-MCO 2017-2019, 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 groupes d'âge (cf. figure 16).

Après une période de baisse ou de stagnation jusqu'en 2015, la hausse significative des taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide observée depuis 2015 se poursuit chez les 15-24 ans (+9,9 % d'augmentation annuelle moyenne), chez les 25-34 ans (+5,4 %), chez les 45-54 ans (+ 1,1 %), chez les 55-64 ans (+5,6 %) et chez les 65-74 ans (+2,4 %).

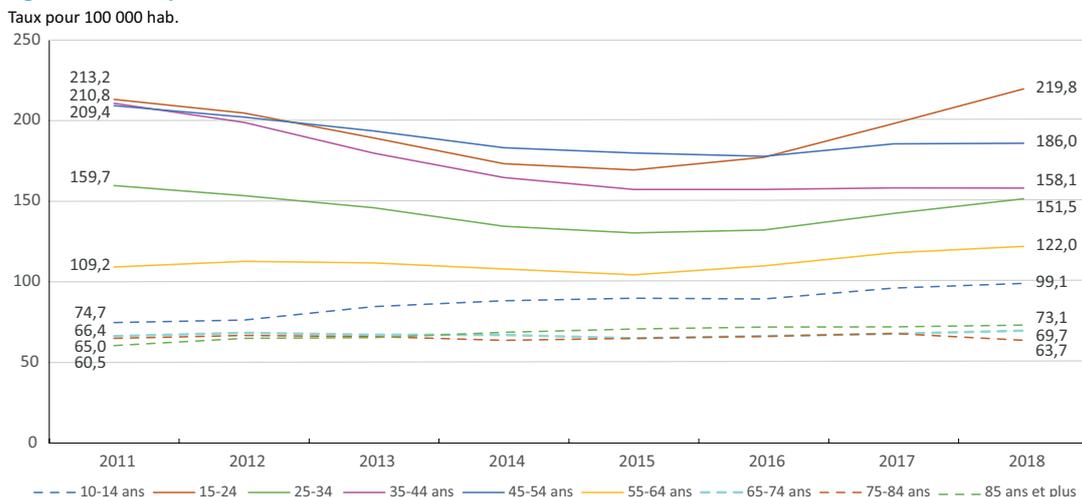
Chez les moins de 15 ans et chez les 85 ans et plus, ces taux spécifiques n'ont cessé d'augmenter depuis 2010 (respectivement +4,7 % et +3,0 % en moyenne annuelle).

Pour les 35-44 ans, le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide a baissé jusqu'en 2014 et s'est stabilisé ensuite.

Pour les personnes âgées entre 75 et 84 ans, le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est stable depuis 2011, avec toutefois une légère baisse en 2017-2019 par rapport à la période précédente.

Il convient toutefois de rester vigilant sur l'analyse des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les groupes d'âge et de suivre les évolutions une fois la qualité du codage stabilisée.

**Figure 16. Évolution des taux spécifiques\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, selon les groupes d'âge entre 2010 et 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes**



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

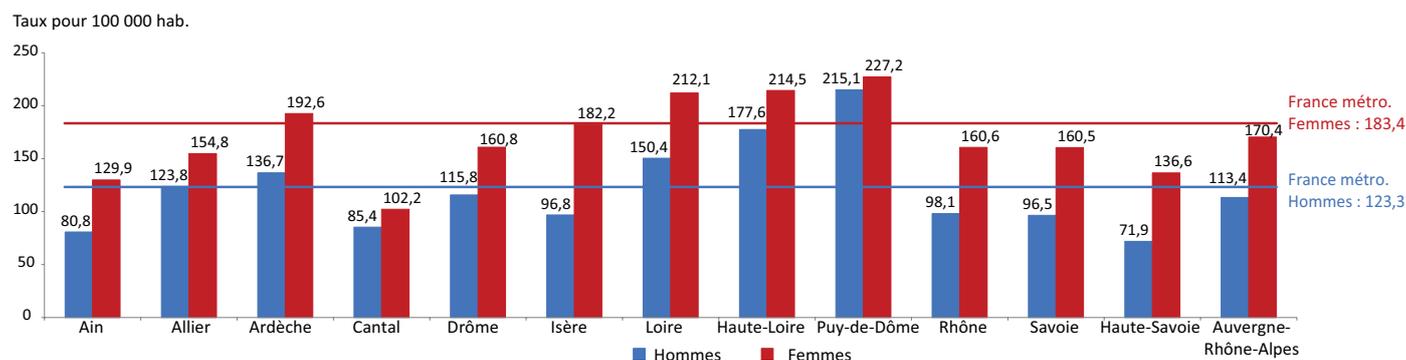
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Une situation hétérogène selon les départements

En 2019, des écarts importants de taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide subsistent selon les départements (cf. figure 17).

L'Ardèche, la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme ont des taux élevés et supérieurs aux taux régional et national, quel que soit le sexe. Au contraire, l'Ain, le Cantal et la Haute-Savoie ont les taux les plus faibles de la région avec des valeurs nettement inférieures à celles des taux nationaux et régionaux chez les hommes comme chez les femmes. Le Rhône et la Savoie pour les deux sexes, l'Isère pour les hommes, l'Allier et la Drôme pour les femmes ont des taux inférieurs aux valeurs régionales. Les données du Cantal mériteraient d'être analysées plus finement dans le prochain bulletin.

Figure 17 - Taux standardisés\* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019



\* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATIH PMSI-MCO 2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

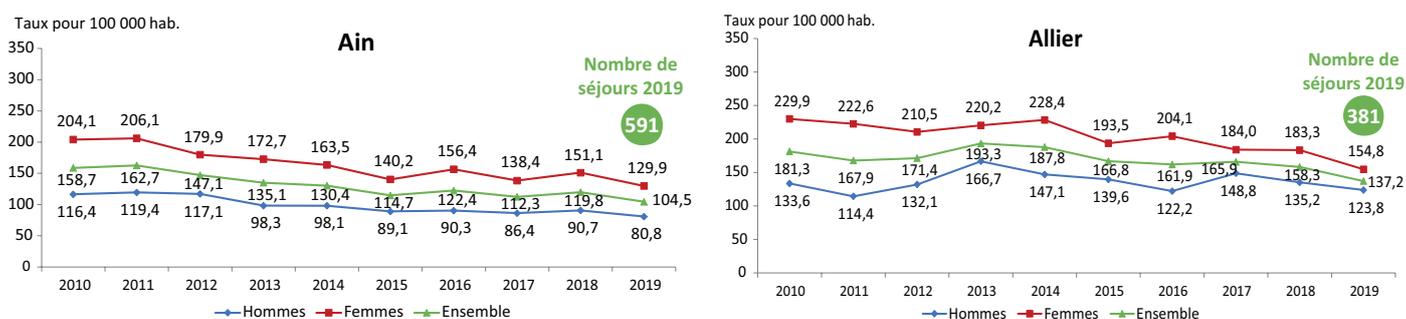
Les graphiques présentant l'évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par département de 2010 à 2019 illustrent l'hétérogénéité des situations départementales (cf. figure 18). Sur la période 2010-2019, une baisse globale significative des taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, est observée dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône.

Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, une hausse significative est observée depuis 2010.

Pour les autres départements (Ardèche, Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie), l'évolution des taux est instable, alternant entre diminution et augmentation. Une analyse par sous-périodes permet de mettre en évidence une augmentation significative des taux pour les deux sexes ensemble, depuis 2015 en Savoie, dans la Loire et la Haute-Loire et depuis 2014 dans le Cantal et la Haute-Savoie.

Pour rappel [3], le faible écart des taux annuels standardisés entre les hommes et les femmes dans le Puy-de-Dôme pourrait être lié à une pratique de dépistage et d'exploration systématique des intoxications éthyliques aiguës chez les patients requérant le service d'urgence médico-chirurgicale du CHU de Clermont-Ferrand (sur-représentation masculine) par les psychiatres des urgences à la recherche d'une intentionnalité auto-agressive directe et/ou associée.

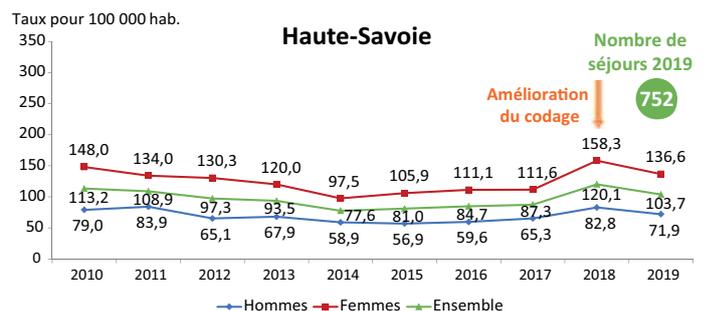
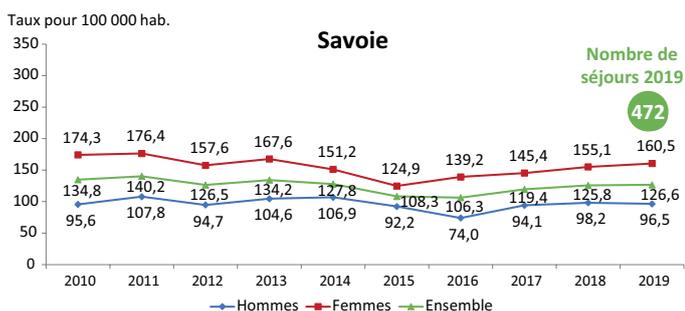
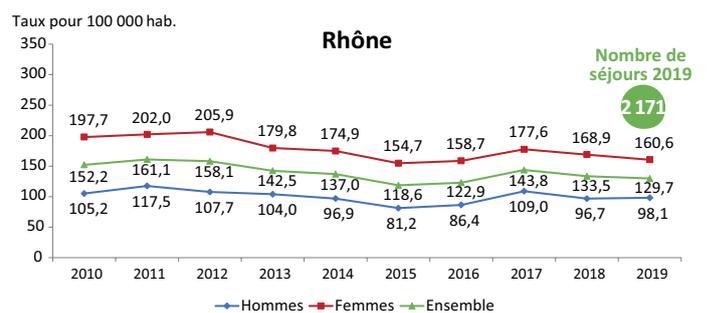
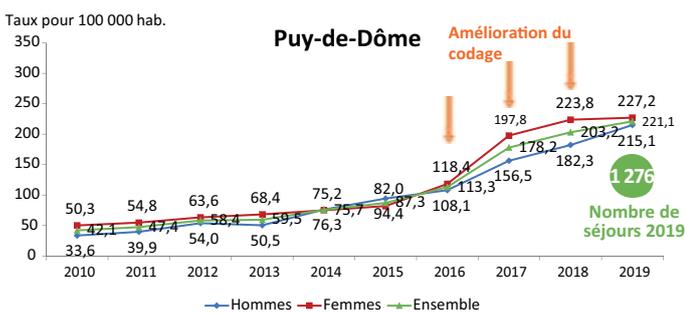
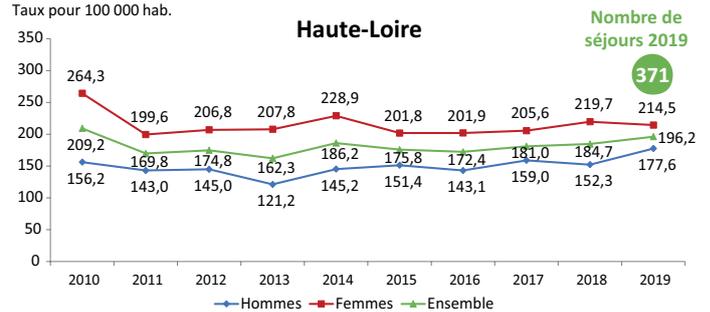
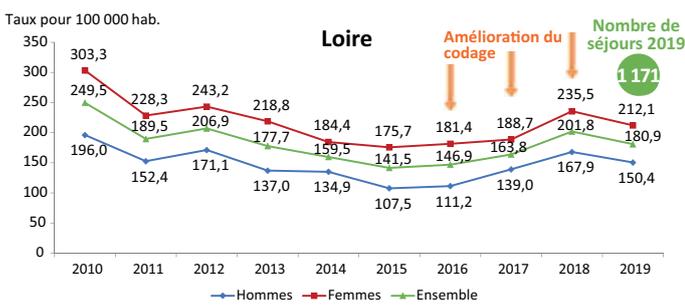
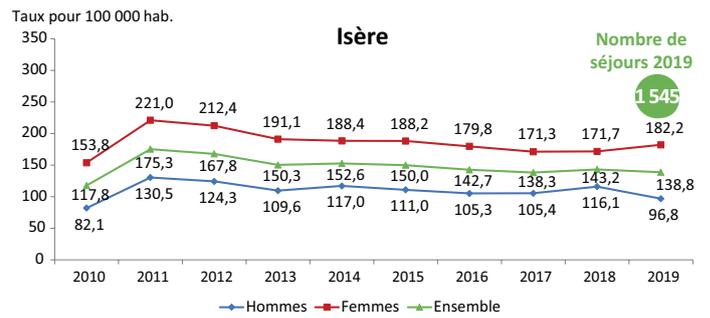
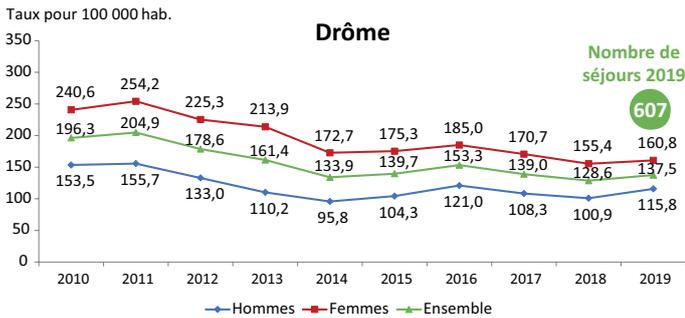
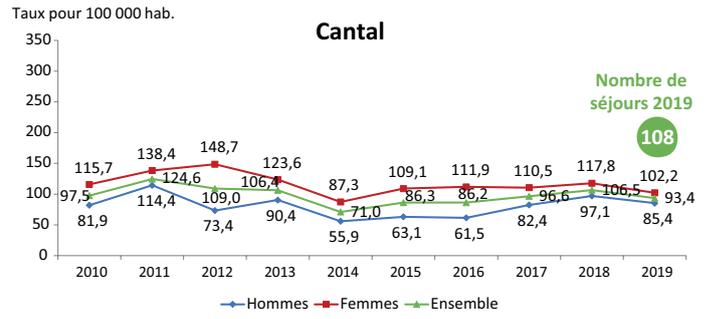
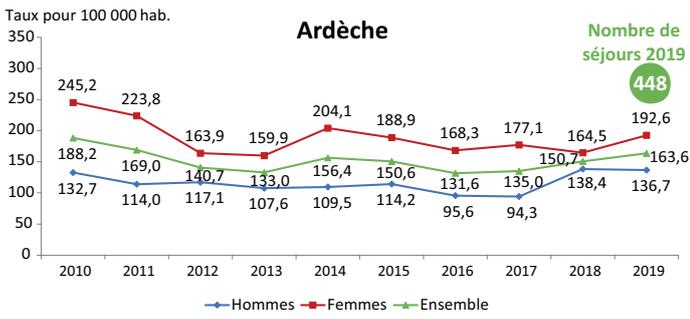
Figure 18 - Évolution des taux\* standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2019



\* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 18 - Évolution des taux\* standardisés de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2019 (suite)



\* Standardisation directe sur âge et sexe

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## L'absorption de substances médicamenteuses demeure le premier mode opératoire

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les hommes (65,5 %) que chez les femmes (78,9 %) hospitalisés dans la région en MCO suite à une tentative de suicide sur la période 2017-2019 (cf. figure 19). Toutefois, la légère baisse de ce mode opératoire chez les femmes observée précédemment [3] se poursuit, cette baisse étant compensée par une hausse des objets tranchants (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 37-38).

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 augmenté par rapport à la période précédente.

Par rapport à la France métropolitaine, la part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par saut dans le vide parmi l'ensemble des séjours en MCO pour tentative de suicide est supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes, chez les hommes comme chez les femmes. De même, la part des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par objet tranchant chez les hommes est supérieure en région par rapport à la France métropolitaine. Chez les femmes, les parts de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide par objet tranchant et par substances non médicamenteuses sont inférieures en région par rapport à ce qui est observé en France métropolitaine.

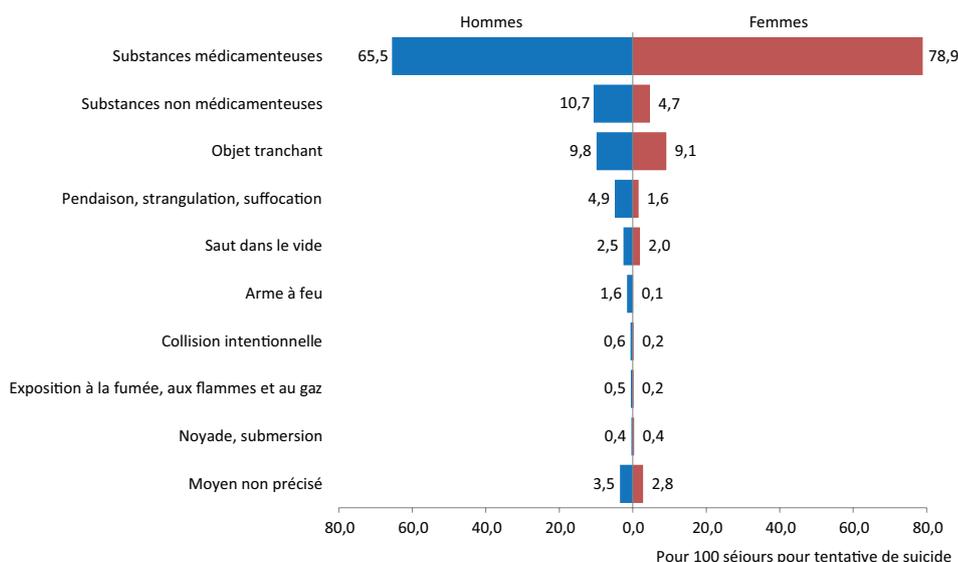
Chez les jeunes de 10-14 ans, la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire (60 %), pour les garçons (55 %, en augmentation par rapport à la période précédente) comme pour les jeunes filles (61 %) mais elle est moins fréquente qu'en population générale. Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par cette classe d'âge est l'objet tranchant, niveau équivalent à la période précédente, quel que soit le sexe (21 % pour les garçons et 26 % pour les filles). Le troisième mode opératoire est la pendaison pour les garçons (7,5 %, en diminution par rapport à la période précédente) et les substances non médicamenteuses pour les jeunes filles (3,1 %).

Une analyse spécifique des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques a été initiée pour répondre à des observations de terrain de psychiatres évoquant des tentatives de suicide plus nombreuses par intoxication au paracétamol (cf. figure 20). Ces intoxications au paracétamol ne faisant pas l'objet d'un code spécifique de la CIM-10, l'analyse est réalisée à partir des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques.

La tendance se confirme en 2019 : la part de ce mode de tentative de suicide parmi l'ensemble des séjours hospitaliers pour tentative de suicide poursuit l'augmentation observée depuis 2014. Chez les jeunes âgés de moins de 15 ans, ce mode de tentative de suicide est en augmentation ces dernières années (24,4 % en 2017, 27,8 % en 2018 et 30,3 % en 2019). La connaissance par les jeunes de la toxicité des produits grâce à des recherches sur internet pourrait favoriser la prise de ces produits et expliquer l'augmentation constatée.

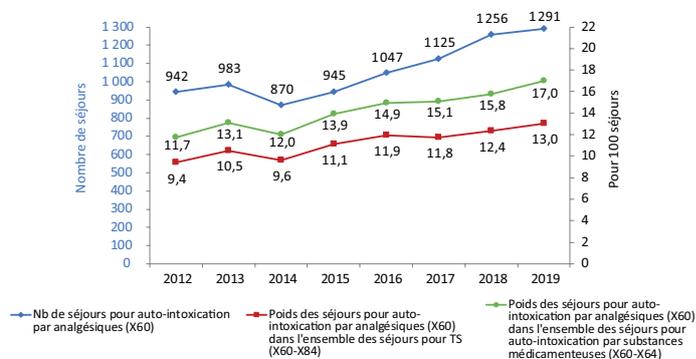
Ces observations pourraient toutefois évoluer. En effet, depuis le 15 janvier 2020, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a décidé que les médicaments contenant du paracétamol, des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou de l'alpha-amylase ne pourront plus être présentés en libre accès dans les pharmacies tout en restant disponibles sans ordonnance médicale obligatoire.

Figure 19 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon le mode opératoire, 2017-2019 – Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2017-2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 20 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2012 et 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2012-2019 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

- 9 893 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2019.
- Après une baisse jusqu'en 2015, augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2015-2019 (+3,7 % en moyenne par an), en grande partie liée à l'amélioration du codage dans certains établissements de la région (CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne et CH d'Annecy-Genève).
- La majorité (61 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concerne des femmes.
- Des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide plus élevés chez les femmes que chez les hommes avec deux pics chez les femmes de 15-19 ans (taux en augmentation ces dernières années dans la région) et chez les femmes de 45-49 ans.
- Quel que soit le sexe, l'Ardèche, la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme ont des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés.
- Dans quatre départements (Ain, Allier, Drôme et Rhône), baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2019 ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux ; pour les autres départements (Ardèche, Cantal, Haute-Loire, Loire, Isère, Savoie et Haute-Savoie), évolution instable du taux standardisé de séjours sur cette période.
- L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes, avec une légère baisse ces dernières années chez les femmes compensée par une hausse des objets tranchants.
- 26 % des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent les 10-24 ans, 32 % les 45-64 ans et 11 % les 65 ans et plus.

## LE DISPOSITIF Vigilans

Comme annoncé dans le bulletin n°6 de l'Observatoire régional du suicide [3], les quatre équipes Vigilans (Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Clermont-Ferrand) sont en cours de développement dans la région. Leur mise en place opérationnelle s'effectue depuis février 2020 pour une ouverture régionale le 1<sup>er</sup> Juillet de cette année. Ainsi, entre février et décembre 2020, ce sont 1 120 demandes de prises en charge qui ont été reçues par l'ensemble des pôles de la région, soit déjà près de 10 % du nombre de tentatives de suicide passant par un service d'urgences de la région.

### Précisions sur le dispositif

Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalière proposé à tous les suicidants de la région Auvergne-Rhône-Alpes à la sortie d'un service de soins. Il s'agit d'un dispositif national, financé par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. De nombreuses études ont démontré que les jours et semaines qui suivent un passage à l'acte suicidaire confrontent les personnes à un risque très élevé de réitération suicidaire et de décès par suicide. De plus, les personnes sorties des urgences après une tentative de suicide présentent un faible taux d'accès aux soins ambulatoires post-hospitaliers. Le dispositif Vigilans se base sur une idée simple : après une tentative de suicide, à la sortie d'une structure de soin (urgence, centre de crise, hôpital), il est important de maintenir le lien pour limiter le risque suicidaire et favoriser l'accès aux soins en santé mentale.

Dans une première phase, une carte dite "ressource" comportant un numéro vert ainsi qu'une fiche d'information sur le dispositif Vigilans est remise au

patient suicidant à sa sortie d'hospitalisation.

Le médecin traitant et le psychiatre traitant reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Ils disposent d'un numéro téléphonique dédié pour joindre l'équipe Vigilans. Dans une seconde phase, un soignant de l'équipe Vigilans, se met en contact téléphonique avec le sujet suicidant entre le 5<sup>ème</sup> et le 21<sup>ème</sup> jour après la sortie de l'hôpital, puis à 3 mois et selon les situations à 6 mois.

Lors de ces appels, la personne est soutenue, sa situation clinique et notamment l'évolution de la crise suicidaire est évaluée avec soin et un lien est fait avec l'entourage ou/et les professionnels. Un compte rendu est adressé aux professionnels qui accompagnent le patient. Des appels intermédiaires peuvent être programmés et des cartes postales peuvent être envoyées au patient.

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

### Pour aller plus loin

Les détails du dispositif, la composition des équipes, les différentes coordonnées ainsi qu'une vidéo de présentation de Vigilans en région sont disponibles sur le site de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/vigilans-en-auvergne-rhone-alpes-prevenir-et-limiter-la-reiteration-suicidaire?parent=13988>

## LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN 2019

La surveillance des tentatives de suicide a été analysée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par le réseau Oscour® (cf. Sources de données et méthode p. 37-38).

Entre 2017 et 2019, le taux de recours aux services d'urgences pour tentative de suicide est passé de 5,2 pour 1 000 passages à 4,8 pour 1 000. Cette diminution semble contradictoire avec l'augmentation constatée du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide liée toutefois en partie à l'amélioration du codage (cf. p. 8). La diminution est plus marquée chez les 45-64 ans où le taux passe de 7,5 passages pour 1 000 en 2017 à 6,4 en 2019.

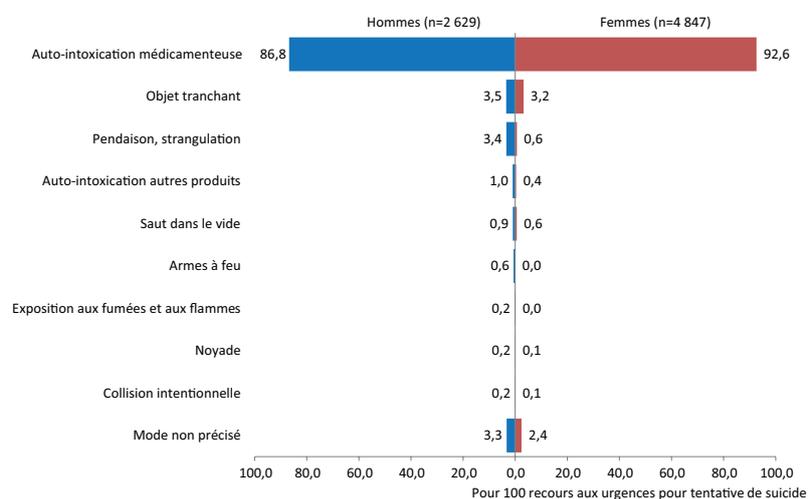
En 2019, 65 % des passages aux urgences pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes concernent des femmes. La majorité des tentatives de suicide sont recensées, quel que soit le sexe, entre 15 et 64 ans.

Cependant, chez les femmes, deux pics sont observés : chez les 15-19 ans puis, dans une moindre mesure, chez les 45-54 ans. Chez les hommes, 86 % des tentatives de suicide sont observées chez des patients âgés de 15 à 59 ans. Aucune classe d'âge ne ressort particulièrement chez ces derniers. Il est à noter que la répartition par classe d'âge et par sexe des tentatives de suicide est similaire en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine.

L'auto-intoxication médicamenteuse est le principal mode opératoire, quel que soit le sexe (cf. figure 22). Ce mode est plus souvent utilisé par les femmes. Il représente 93 % des tentatives de suicide chez les femmes et 87 % chez les hommes, indépendamment de la classe d'âge.

Par ailleurs, les hommes ont plus souvent recours à un objet tranchant, à la pendaison et à l'usage des armes à feu que les femmes.

**Figure 22 - 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, 2019 (N = 7 477)**



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

Les observations effectuées sur la répartition par sexe et par 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 2019

- 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, 2014-2016

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

Chez les 15-24 ans, les décès par suicide (34 décès en moyenne par an) représentent 12 % de l'ensemble des décès des 15-24 ans et constituent la 2<sup>ème</sup> cause de mortalité après les accidents de la circulation.

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

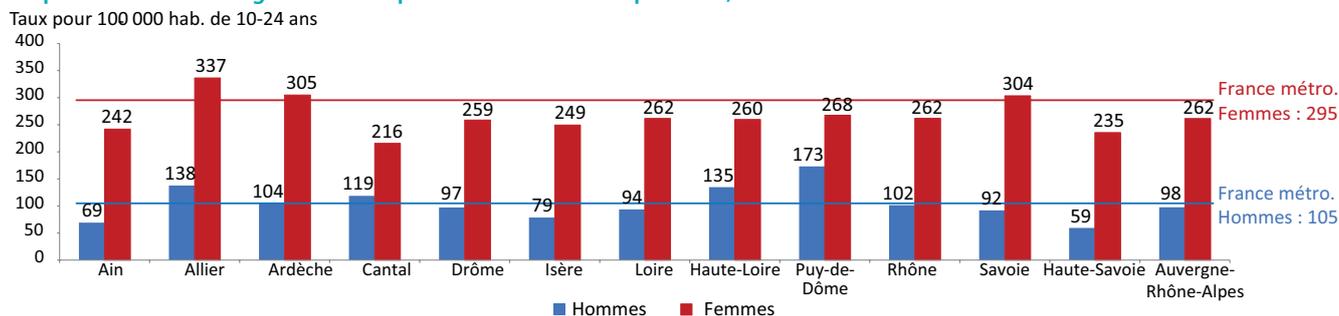
## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019

Sur la période 2017-2019, 2 560 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 : 2 320 en 2017, 2 639 en 2018 et 2 720 en 2019. Comme précédemment, 72 % des séjours des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (1 841 séjours en moyenne par an). Chez les 10-24 ans, un séjour sur cinq (19 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (496 séjours en moyenne par an sur la période 2017-2019, soit un taux de 99 pour 100 000) et 81 % les 15-24 ans (2 064 séjours en moyenne par an sur la période 2017-2019, soit un taux de 220 pour 100 000). Cette répartition des séjours selon la classe d'âge est similaire à celle observée sur la période précédente.

Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans sur la période 2017-2019 s'élève à 178 pour 100 000 (98 chez les garçons et 262 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 24).

Ce taux demeure inférieur à la valeur nationale (198 pour 100 000 en France métropolitaine, 105 pour les garçons et 295 pour les filles). Il est en augmentation significative depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes (+9,2 % par rapport à la période précédente ; +4,3 % pour la France métropolitaine). Cette augmentation régionale s'explique en partie par l'amélioration du codage engagée dans certains établissements hospitaliers de la région 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 (cf. Consignes de codages et amélioration de la codification p. 39).

## Figure 25 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019



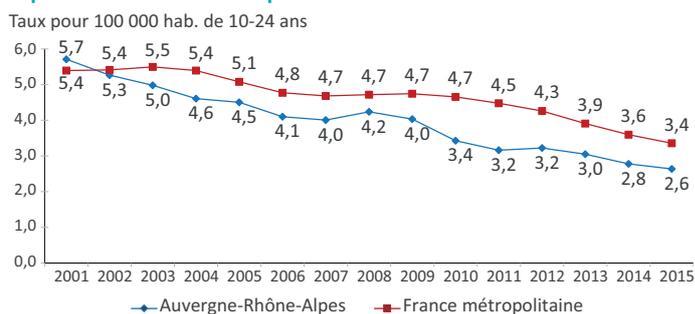
Sources : ATIH PMSI-MCO 2017-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans l'Allier, comme sur la période précédente, les taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en 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 25). En Haute-Loire, dans le Puy-de-Dôme et le Cantal, ces taux sont supérieurs au taux national pour les jeunes hommes ; en Ardèche et en Savoie, ils sont supérieurs au taux national pour les jeunes femmes.

## Faits marquants chez les 10-24 ans

- Les décès par suicide chez les 10-24 ans concernent majoritairement les garçons (77 %) et constituent la 3<sup>ème</sup> cause de mortalité.
- Un quart de l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide (26 %) concerne un jeune de 10-24 ans.
- Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans continuent d'augmenter depuis 2015 en effectifs et en taux (rapportés à la population des 10-24 ans), en lien notamment avec l'amélioration du codage.

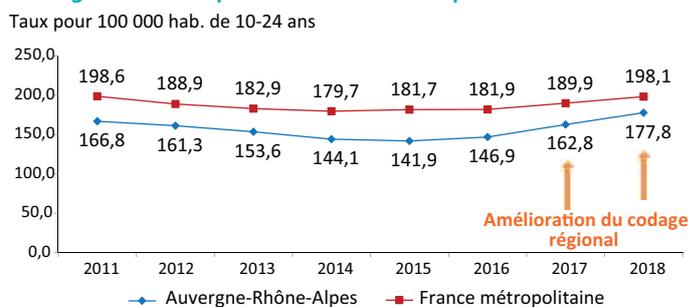
## Figure 23 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 10-24 ans de 2000 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

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

## Figure 24 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 10-24 ans de 2010 à 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

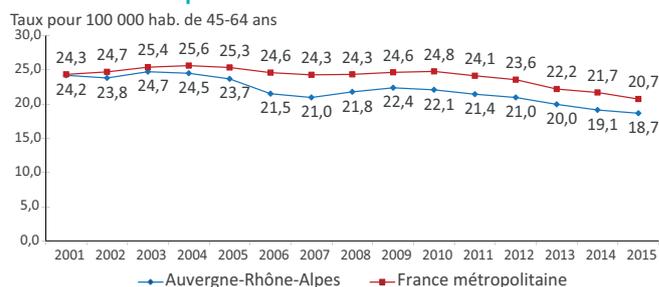
# LES PERSONNES DE 45-64 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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

Sur la période 2014-2016, 378 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 369 en 2014, 381 en 2015 et 385 en 2016. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes (73 %, soit 277 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 4,5 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette classe d'âge, proportion stable par rapport aux années précédentes mais légèrement supérieure à celle de la France métropolitaine (4,2 %).

Le taux spécifique de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2014-2016 s'élève à 18,7 pour 100 000 (27,9 pour les hommes et 9,8 pour les femmes) versus 20,7 pour 100 000 en France métropolitaine (31,8 pour les hommes et 10,2 pour les femmes). Ce taux diminue globalement et de manière significative depuis 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine (cf. figure 26).

Figure 26 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 45-64 ans de 2000 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



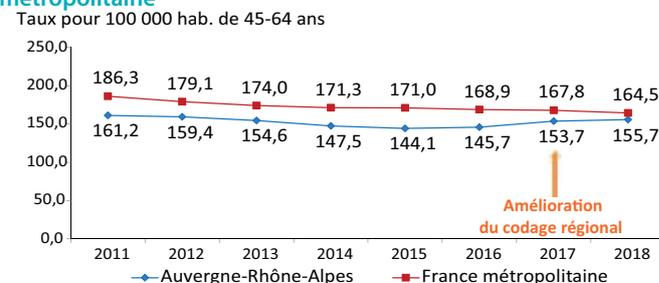
\*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45 à 64 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019

Sur la période 2017-2019, 3 196 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont comptés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 3 179 en 2017, 3 349 en 2018 et 3 061 en 2019. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours (59 %) concerne des femmes (1 900 séjours en moyenne par an).

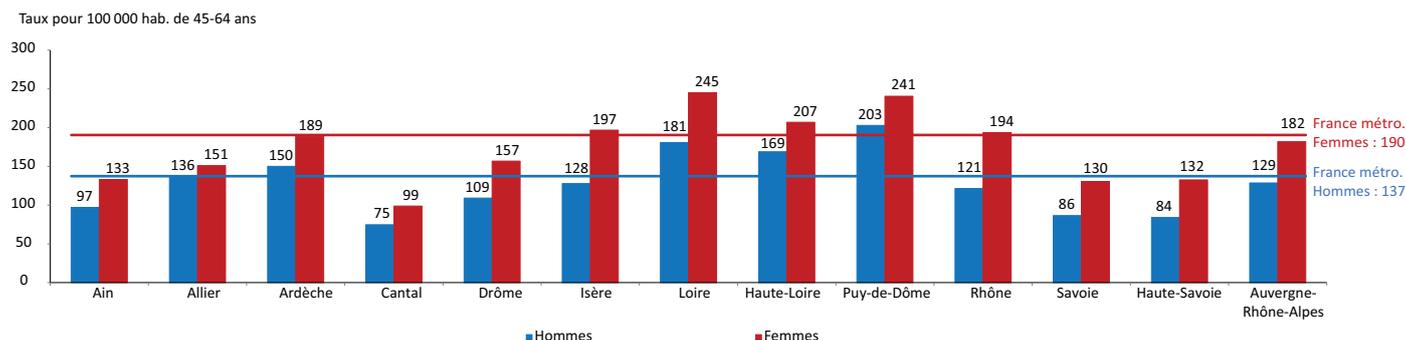
Après une baisse de 2011 à 2015, le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans augmente en Auvergne-Rhône-Alpes à partir de 2015 (+ 2,7 % par an) (cf. figure 27). Cette augmentation est en partie expliquée par l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 39). Le taux régional s'élève à 156 pour 100 000 en 2017 (129 chez les hommes et 182 chez les femmes) et reste toutefois inférieur au taux national de 164 pour 100 000 (137 chez les hommes et 190 chez les femmes) qui n'a cessé de diminuer depuis 2011.

Figure 27 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans de 2010 à 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Figure 28 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019



Sources : ATIH PMSI-MCO 2017-2019, 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 au taux national chez les 45-64 ans, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, comme cela était observé sur la période précédente (cf. figure 28). Pour le Puy-de-Dôme et la Loire, l'amélioration de la qualité du codage constatée explique en partie les taux élevés. L'Ardèche chez les hommes, l'Isère et le Rhône chez les femmes se distinguent par des taux légèrement supérieurs au taux national. Au contraire, le Cantal et les départements savoyards ont des taux spécifiques annuels faibles, ce constat ayant déjà été fait sur les périodes précédentes pour le Cantal et la Haute-Savoie.

### Faits marquants chez les 45-64 ans

- Quatre décès par suicide sur dix (41 %) concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans.
- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur trois (32 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2017-2019.
- Augmentation du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans depuis 2015 (+2,7 % en moyenne par an), en lien notamment avec l'amélioration du codage.

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

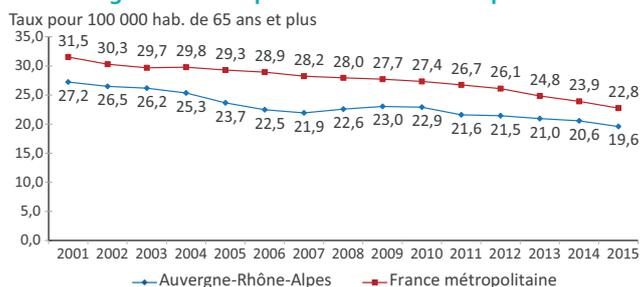
## Les décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016

Sur la période 2014-2016, 290 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes. Plus de trois décès sur quatre (77 %) concernent des hommes (222 décès en moyenne par an). Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les décès par suicide représentent 0,5 % de l'ensemble des décès de cette classe d'âge (0,6 % pour la France métropolitaine).

Le taux spécifique de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2014-2016 s'élevait en Auvergne-Rhône-Alpes à 20 pour 100 000 (35 chez les hommes et 8 chez les femmes) versus 23 pour 100 000 en France métropolitaine (40 chez les hommes et 10 chez les femmes). Ce taux a globalement diminué depuis 2000 dans la région (-2,0 %) comme en France métropolitaine (-2,0 %) (cf. figure 29).

Chez les personnes de 65-74 ans, ce taux diminue depuis 2012 alors qu'il augmente pour les personnes âgées de 75 ans et plus (cf. figure 7 p. 4).

Figure 29 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus de 2000 à 2016 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



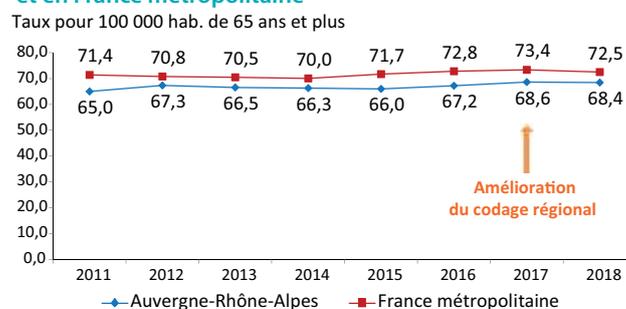
\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2016 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019

Sur la période 2017-2019, 1 087 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région : 1 053 en 2017, 1 137 en 2018 et 1 070 en 2019. L'augmentation du nombre de séjours est en partie liée à l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 39). La majorité des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus (62 %) concernent des femmes (676 séjours en moyenne par an).

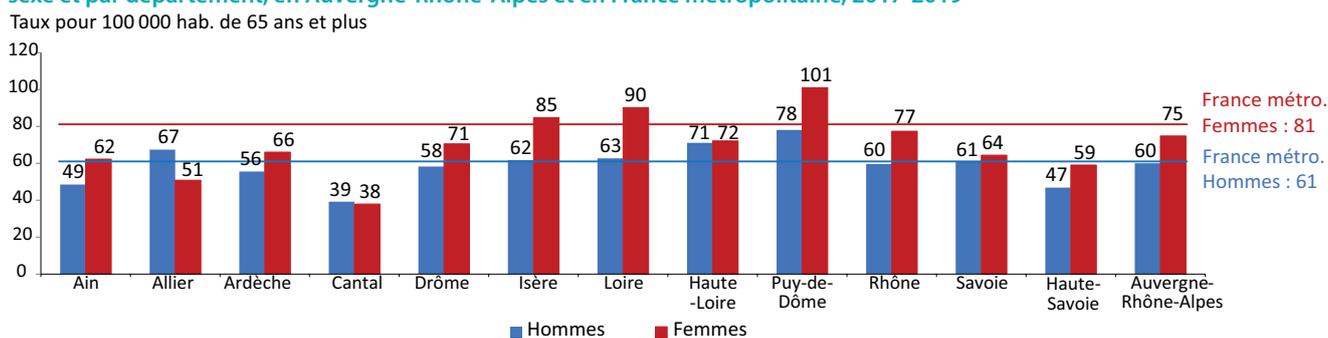
Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2017-2019 s'élevait à 68 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (60 chez les hommes et 75 chez les femmes) versus 72,5 pour 100 000 en France métropolitaine (61 chez les hommes et 81 chez les femmes). Le taux régional, en augmentation depuis 2015 (+ 1,2 % par an), demeure cependant inférieur à la valeur nationale (cf. figure 30) et son évolution est hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus (cf. figure 16 p. 9).

Figure 30 - Évolution des taux\* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus de 2010 à 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



\* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée  
Sources : PMSI-MCO 2010-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Figure 31 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017-2019



Sources : ATIHS PMSI-MCO 2017-2019, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2017-2019, le Puy-de-Dôme présente des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés et supérieurs aux taux nationaux chez les hommes et chez les femmes (cf. figure 31). Chez les hommes, les taux sont supérieurs au taux national dans l'Allier et la Haute-Loire et proches de la valeur nationale dans l'Isère, la Loire, le Rhône et la Savoie. Chez les femmes, les taux sont supérieurs au taux national dans la Loire et l'Isère. Ces observations sont à mettre en lien avec l'amélioration de la qualité du codage identifiée depuis plusieurs années en Isère et plus récemment dans la Loire et le Puy-de-Dôme. Les taux du Cantal, comme pour les autres groupes d'âge, restent faibles et à explorer. Les taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans l'Allier et le Cantal s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers faibles présentant peu d'écart entre les hommes et les femmes. Ce constat peut refléter une épidémiologie du suicide différente dans ces départements à dominante rurale.

### Faits marquants chez les 65 ans et plus

- Près d'un tiers des décès par suicide (32 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.
- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur dix (11 %) concerne une personne âgée de 65 ans et plus.
- Augmentation du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus depuis 2015 (+1,2 % en moyenne par an), en lien notamment avec l'amélioration du codage.

# ÉVOLUTION PAR SEXE DES INÉGALITÉS SOCIALES DE MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Alors que les taux de mortalité par suicide ont baissé dans la plupart des pays ces dernières décennies, des études ont montré que toutes les classes socio-économiques ne bénéficiaient pas de cette baisse de manière équivalente. En effet, une augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide a été mise en évidence au cours des dernières années en Europe [1] [2], en Australie [3], au Québec [4] et en Corée du Sud [5]. Une meilleure connaissance de l'évolution dans le temps des comportements suicidaires et de leurs liens avec le contexte socio-économique est nécessaire pour améliorer l'efficacité des stratégies de prévention du suicide.

En Auvergne-Rhône-Alpes, l'Observatoire régional du suicide a publié en 2019 un travail sur les inégalités sociales concernant le suicide [6]. Pour rappel, l'analyse portait sur l'évolution de la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes sur la période 2000-2015 selon l'indice de défavorisation FDep13 des communes [7]. Elle avait permis de mettre en évidence que les taux standardisés de mortalité par suicide des personnes (deux sexes ensemble) résidant dans les communes les plus défavorisées (quintile 5) étaient, chaque année, significativement supérieurs à ceux des personnes résidant dans les communes les plus favorisées (quintile 1). L'analyse avait également identifié une tendance à l'augmentation non significative des inégalités sociales de mortalité par suicide, tout sexe confondu, sur l'ensemble de la période (2000-2015). Entre 2001 et 2006<sup>1</sup>, une augmentation significative des inégalités de mortalité par suicide était observée, suivie d'une baisse en 2007 puis d'une stabilisation.

<sup>1</sup> Taux lissés sur 3 ans, année centrale indiquée

Ces résultats ont été affinés par une analyse de l'évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide selon le sexe présentée ci-après.

## Évolution de la mortalité par suicide par sexe

Chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité par suicide des personnes résidant dans les communes les plus défavorisées (quintile 5) sont, chaque année, significativement supérieurs aux taux de mortalité par suicide des personnes résidant dans les communes les plus favorisées (quintile 1) (cf. figure 1).

Ces taux de mortalité par suicide, chez les hommes aussi bien que chez les femmes, diminuent de manière significative sur l'ensemble de la période, quel que soit le quintile de l'indice de défavorisation sociale.

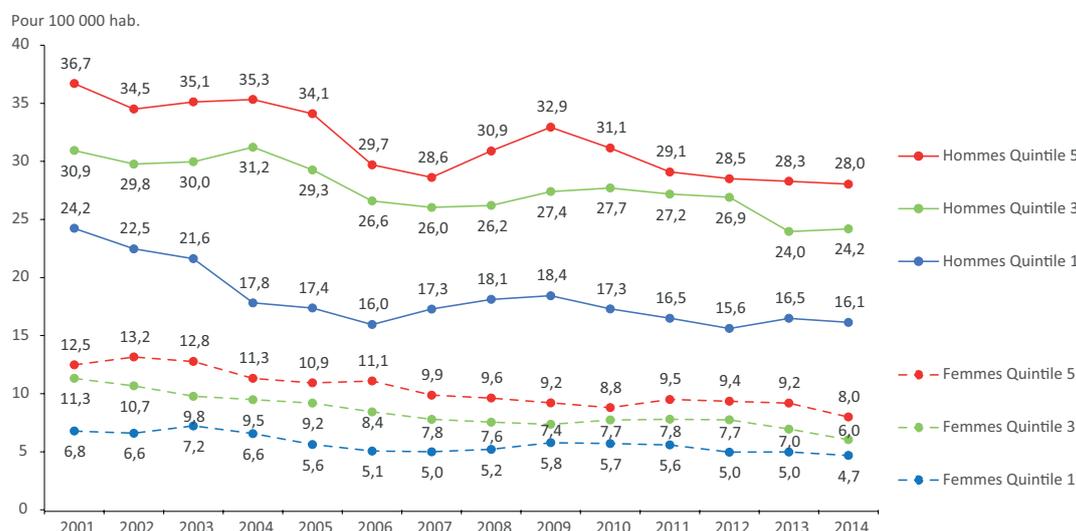
## Évolution des inégalités sociales de mortalité par suicide par sexe

Chez les hommes, sur l'ensemble de la période, les inégalités sociales de mortalité par suicide ont tendance à augmenter de manière non significative ( $p=0,339$ ). Entre 2001 et 2005 puis entre 2007 et 2012<sup>1</sup>, un accroissement des inégalités de mortalité par suicide est enregistré (respectivement  $p=0,027$  et  $p=0,025$ ). Pendant ces deux sous-périodes, le taux de mortalité par suicide diminue plus fortement pour les communes favorisées (quintile 1) que pour les communes défavorisées (quintile 5).

Entre 2005 et 2007, la variation des inégalités sociales de mortalité par suicide observée n'est pas significative ( $p=0,123$ ) (cf. figure 2).

Chez les femmes, sur l'ensemble de la période, les inégalités sociales de mortalité par suicide ont tendance

Figure 1 - Taux annuels\* standardisés de mortalité par suicide pour les quintiles 1, 3 et 5 par sexe

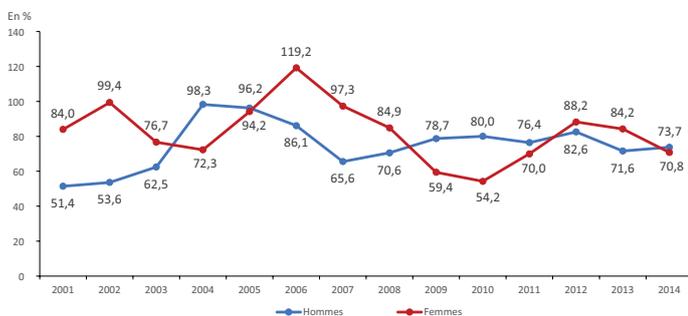


\* Taux lissés sur 3 ans, année centrale indiquée

Sources : Inserm-CepiDc 2000-2015 ; Insee - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

à diminuer de manière non significative ( $p=0,226$ ). Entre 2004 et 2006 puis entre 2010 et 2012, les inégalités de mortalité par suicide augmentent chez les femmes (respectivement  $p=0,025$  et  $p=0,027$ ). Une diminution était observée entre 2001 et 2004 et entre 2006 et 2010 (respectivement  $p=0,037$  et  $p=0,002$ ).

**Figure 2 - Écarts de taux annuels\* standardisés de mortalité par suicide entre les quintiles 1 et 5 de 2000 à 2015 par sexe**



\* Taux lissés sur 3 ans, année centrale indiquée

Sources : Inserm-CepiDc 2000-2015 ; Insee - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide observée en Auvergne-Rhône-Alpes entre 2001 et 2006 est similaire à ce qui a pu être observé par ailleurs [1], [2], [3], [4] et [5]. Elle s'explique par une baisse de la mortalité par suicide entre 2001 et 2006 plus marquée chez les personnes résidant dans les communes favorisées (quintile 1) que chez les personnes résidant dans les communes socialement défavorisées (quintile 5). Les actions de prévention pourraient avoir un effet plus important sur les personnes ayant un niveau socio-économique plus élevé, qui présenteraient moins de freins à l'accès aux soins, bénéficieraient d'un plus grand soutien social et d'un meilleur accès à la prévention [3].

L'accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes entre 2007 et 2012 et chez les femmes entre 2010 et 2013 pourrait être attribué à la crise économique de 2007-2008. En effet, un accroissement des inégalités sociales provoqué par la récession économique a pu être observé en France entre 2007 et 2012 [8]. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'impact de la crise économique a été particulièrement marqué par rapport à d'autres régions françaises selon l'Insee (diminution du PIB de 3,5 % versus 2,6 % pour la France), son impact sur la mortalité par suicide aurait été particulièrement prononcé par rapport à ce qui a pu être observé dans d'autres pays européens.

## Bibliographie

- [1] 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.
- [2] 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.
- [3] 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.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] 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\\_Bull6\\_2020.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull6_2020.pdf)]
- [7] 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.
- [8] Bellidenty J, Touahir M. La crise en Rhône-Alpes : une histoire en trois épisodes. *La Lettre Analyses*. Janvier 2013;(186):1-4. [[https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1290981/02186\\_crisis\\_territoires.pdf](https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/1290981/02186_crisis_territoires.pdf)]

La crise de la COVID-19 et ses répercussions économiques risquent de conduire à un accroissement important des inégalités sociales de santé. Les partenaires impliqués dans les champs du social et du sanitaire et tous les acteurs de la prévention et du soin devront renforcer leurs efforts et leur vigilance pour la prévention et la prise en charge du risque suicidaire.

## Faits marquants sur les inégalités sociales de mortalité par suicide

- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes comme chez les femmes sur la période 2000-2015 : mortalité par suicide supérieure dans les communes défavorisées par rapport aux communes favorisées.
- Tendance à une augmentation non significative des écarts de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, entre communes favorisées et communes défavorisées sur l'ensemble de la période 2000-2015.
- Augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, entre 2001 et 2006.
- Chez les hommes, augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide entre 2001 et 2005 et entre 2007 et 2012.
- Chez les femmes, augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide entre 2004 et 2006 et entre 2010 et 2012 ; diminution des inégalités sociales de mortalité par suicide entre 2001 et 2004 et entre 2006 et 2010.

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

### La mortalité par suicide

- 919 décès par suicide enregistrés dans la région en 2016, deux fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution globale de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse de 2,2 % en moyenne par an du taux standardisé).
- Point de vigilance : depuis 2012, augmentation ou stagnation du taux spécifique de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 75 ans et plus.
- Surmortalité par suicide des hommes comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide, première cause de mortalité chez les 25-34 ans et deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide historiquement élevés quel que soit le sexe dans certains départements : Allier, Haute-Loire, Loire et Puy-de-Dôme. Taux élevés chez les hommes en 2016 dans le Cantal et en Savoie.
- Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide entre 2000 et 2016. Dans l'Ardèche, le Cantal, la Haute-Loire et la Savoie, instabilité de l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide depuis 2000.
- La pendaison, 1<sup>er</sup> mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en augmentation chez les hommes depuis le début des années 2000.
- 4 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 41 % concernent les 45-64 ans et 32 % les 65 ans et plus.

### Les tentatives de suicide

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

- 9 893 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2019.
- Après une baisse jusqu'en 2015, augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2015-2019 (+3,7 % en moyenne par an), liée à l'amélioration du codage dans certains établissements de la région (CHU de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne et CH d'Annecy-Genève).
- La majorité (61 %) des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concerne les femmes.
- Des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide plus élevés chez les femmes que chez les hommes avec deux pics marqués chez les femmes de 15-19 ans (taux en augmentation ces dernières années dans la région) et chez les femmes de 45-49 ans.
- Quel que soit le sexe, l'Ardèche, la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme ont des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés.
- Dans quatre départements (Ain, Allier, Drôme et Rhône), baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, les deux sexes ensemble, entre 2010 et 2019 ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux ; pour les autres départements (Ardèche, Cantal, Haute-Loire, Loire, Isère, Savoie et Haute-Savoie), évolution instable du taux standardisé de séjours sur cette période.
- L'absorption de substances médicamenteuses, mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes, avec une légère baisse ces dernières années chez les femmes compensée par une hausse des tentatives de suicide par objet tranchant.
- 26 % des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent les 10-24 ans, 32 % les 45-64 ans et 11 % les 65 ans et plus.

#### 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.

### Les inégalités sociales de mortalité par suicide

- Existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes comme chez les femmes sur la période 2000-2015 : mortalité par suicide supérieure dans les communes défavorisées par rapport aux communes favorisées.
- Tendance à une augmentation non significative des écarts de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, entre communes favorisées et communes défavorisées sur l'ensemble de la période 2000-2015.
- Augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, entre 2001 et 2006.
- Chez les hommes, augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide entre 2001 et 2005 et entre 2007 et 2012.
- Chez les femmes, augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide entre 2004 et 2006 et entre 2010 et 2012 ; diminution des inégalités sociales de mortalité par suicide entre 2001 et 2004 et entre 2006 et 2010.

La vulnérabilité accrue des chômeurs en termes d'anxiété, d'épisodes dépressifs, d'idées suicidaires, de tentatives de suicide, de suicide... est mise en évidence depuis plusieurs années. Les études publiées donnent des éléments pour caractériser la population, plus vulnérable, de chômeurs mais restent à compléter pour adapter au mieux les actions de prévention en direction de ce public. L'absence de service de santé spécifique aux chômeurs ne permet pas le suivi de leur état de santé ni des conséquences du chômage sur la santé. Des ressources régionales, présentées par ailleurs dans ce bulletin, existent cependant pour les accompagner.

## Un lien entre chômage et suicide documenté

Plusieurs études européennes et françaises ont mis en évidence un lien entre le chômage et la mortalité par suicide. En France, le taux de mortalité par suicide calculé parmi les hommes ayant présenté un épisode d'inactivité au cours de la période étudiée s'élève, entre 1976 et 2002, à 58,1 décès pour 100 000 hommes, soit plus de deux fois supérieur à celui des salariés en emploi [1]. Par ailleurs, la hausse du taux de chômage suite à la crise économique de 2008 a été analysée. Une modélisation a estimé une augmentation de 1,5 % du taux de mortalité par suicide (tous âges et tous sexes confondus) pour une augmentation de 10 % du taux de chômage entre 2000 et 2010. Sous l'hypothèse que cette association soit causale, la modélisation a estimé à 584 le nombre de suicides en excès attribuables aux variations du taux de chômage pendant la période 2008-2010, par rapport au nombre de suicides attendu si le taux de chômage était resté stable à partir du dernier trimestre 2007 [2]. Les impacts psychologiques pouvant être provoqués par la perte d'emploi sont également identifiés dans la littérature. La proportion d'actifs ayant « sérieusement songé à se suicider ou à l'avoir tenté » est de 19 % chez les actifs alors qu'elle est de 30 % chez les chômeurs en 2016. D'autres résultats indiquent que la situation d'inactivité (chômeurs, retraités, personnes au foyer, étudiants...) est associée aux pensées suicidaires chez les hommes comme chez les femmes. De plus, le chômage a tendance à être associé aux pensées suicidaires uniquement chez les hommes [3].

Une méta-analyse sur les tentatives de suicide et les suicides a montré que le risque suicidaire variait en fonction du vécu du chômage, les taux de tentative de suicide étaient ainsi plus élevés au moment de la perte d'emploi et chez les personnes en chômage de longue durée [4]. D'autres résultats indiquent que l'impact peut également apparaître à plus long terme [5], les périodes de chômage tout au long de l'âge adulte ont pu être associées à des niveaux élevés de détresse psychologique à 50 ans [6]. Mais peu d'études existent pour identifier les périodes charnières du parcours individuel par rapport au risque suicidaire. En effet, les trajectoires professionnelles sont difficiles à reconstituer. Toutefois, l'étude du lien avec la santé est à approfondir pour comprendre les interactions entre ces champs [7].

Au-delà du parcours, les personnes au chômage constituent un groupe hétérogène en termes d'âge, de niveau d'étude, de statut familial, d'emploi précédent... Cette hétérogénéité est difficile à caractériser dans les études qui rencontrent des limites pour déterminer la durée de chômage dans le parcours d'une personne. Les définitions reposent sur des données administratives ou

sur la déclaration des personnes ainsi, « la distinction entre les personnes qui sont au chômage et celles qui ne le sont pas est souvent grossière » [5].

Parmi ces personnes fragilisées par la perte d'emploi ou une période de chômage qui se prolonge, certaines apparaissent comme plus vulnérables face au risque suicidaire. Les hommes, les plus jeunes et ceux de 45-64 ans sont identifiés par la littérature comme étant les plus fragilisés face au suicide [7]. L'étude écologique menée en France suite à la crise économique de 2008 indiquait que, parmi les hommes, l'augmentation du suicide était plus importante chez les 25-49 ans (augmentation de 2,6 % du taux de mortalité pour une augmentation de 10 % du taux de chômage au lieu de 1,8 % chez les hommes quel que soit l'âge) [2]. Les jeunes au chômage ou en emploi précaire avaient un risque suicidaire plus important que les jeunes avec un emploi. L'étude suggérait également qu'un faible niveau d'étude renforce l'association chômage et idéation suicidaire [8].

Il semble toutefois que le chômage en fin de carrière ne soit pas sans effet. Récemment, une étude indique que les caractéristiques du chômage chez les plus âgés (périodes de réinsertion sur le marché de l'emploi plus longues, emplois retrouvés de moins bonne qualité, contrats de durée plus courte, salaires plus faibles) ont été associées à la présence plus importante de symptômes de dépression chez les chômeurs entre 50 et 65 ans [9].

## Le suicide reste, toutefois, un phénomène multi factoriel et la causalité entre travail, chômage et suicide est complexe à mettre en évidence.

Les mécanismes individuels entre chômage et suicide ne sont pas complètement identifiés [7]. La perte d'estime de soi engendrée par le chômage, le stress de la recherche d'un emploi, les conséquences sociales, la baisse de revenu, l'augmentation des facteurs de risque comportementaux, le moindre accès au système de soins (les personnes en emploi pouvant bénéficier des services de la médecine du travail), la dégradation des relations intrafamiliales sont des éléments étudiés et qui entrent probablement en jeu [5] [10]. Les pathologies mentales peuvent aussi précéder et engendrer la perte d'emploi, ainsi, le sens de la relation entre chômage et risque suicidaire est difficile à établir. Divers mécanismes ont été proposés pour expliquer l'association entre le chômage, les idées suicidaires et le suicide, notamment : la création ou l'aggravation de facteurs de risque de suicide (par exemple, difficultés financières, maladie mentale), l'augmentation de la vulnérabilité aux événements de la vie, tels que la séparation affective, la perte d'un sens à sa vie et d'un contrôle sur sa vie, conduisant au désespoir ou encore une association non causale résultant de facteurs générant à la fois le chômage et le suicide (comme par exemple une maladie mentale, une dépendance aux produits psychoactifs).

Des facteurs protecteurs sont toutefois identifiés telles la tolérance à l'égard des chômeurs, les mesures d'aide à la reprise [10] [11]. Enfin, une période de chômage n'impacte pas uniquement la personne ayant perdu son emploi mais également son entourage. Les personnes de l'entourage sont concernées par les risques de détérioration de leur santé mentale mais elles peuvent également intervenir comme facteur protecteur, par exemple en modulant le revenu de la personne ayant perdu son emploi [12].

## Impact de la crise sanitaire COVID-19 sur le chômage

Le chômage prend différentes formes. L'association Solidarité nouvelle face au chômage ainsi que l'Observatoire des inégalités soulignent l'évolution du milieu du travail vers une précarité de l'emploi. Ces deux sources notent la progression de la part des emplois précaires (contrats à durée déterminée, intérim et apprentissage) ainsi que le recours à une activité réduite (part des demandeurs d'emploi classés en catégorie B ou C). Les personnes jeunes et les personnes peu diplômées semblent être les plus concernées par ce type d'emplois précaires [13] [14].

Le premier confinement du 17 mars au 10 mai 2020 a eu un impact sur le chômage en France et en Auvergne-Rhône-Alpes. Au 3<sup>ème</sup> trimestre 2020, en Auvergne-Rhône-Alpes [15], le nombre de demandeurs d'emploi tenus de rechercher un emploi, ayant ou non exercé une activité (cat. A, B, C) s'élève à 673 360 et a augmenté de 5,4 % sur un an (4,7 % en France). La hausse la plus importante, a concerné les jeunes de moins de 25 ans (7,7 %). Ils représentent 13 % des demandeurs d'emploi. Ensuite, ce sont les personnes de 25 à 49 ans avec une hausse de 5,3 % puis les plus de 50 ans avec une hausse de 4,6 %. Par département, les hausses sont comprises entre 1,9 % dans l'Allier et 13,5 % en Haute-Savoie. Par ailleurs, les entrées dans le chômage suite à un licenciement ont augmenté de 21,7 % et celles suite à une rupture conventionnelle de 11,7 %.

Un travail exploratoire régional est envisagé auprès de Pôle emploi, des Missions locales et d'associations telles Eipas (<https://www.eipas.org/>) et Violette Maurice (site internet en construction) afin d'identifier les caractéristiques des personnes en situation de chômage les plus fragilisées repérées par ces institutions ainsi que les besoins des professionnels dans leurs pratiques.

### Demands d'emploi au 3<sup>ème</sup> trimestre 2020 et évolution sur un an (Données CVS-CJO)

	Demandeurs d'emploi catégorie A		Demandeurs d'emploi catégories A, B, C	
	Effectifs	Évolution sur un an* (en %)	Effectifs	Évolution sur un an* (en %)
Auvergne-Rhône-Alpes	414 870	+10,2	673 360	+5,4
Ain	29 040	+14,0	47 910	+8,4
Allier	17 930	+7,0	28 940	+1,9
Ardèche	18 990	+8,7	31 780	+3,5
Cantal	4 570	+9,6	8 010	+3,4
Drôme	31 390	+6,9	52 040	+2,3
Isère	61 360	+8,3	100 120	+4,7
Loire	39 140	+6,9	65 180	+2,7
Haute-Loire	9 520	+7,0	17 190	+3,1
Puy-de-Dôme	31 680	+7,5	53 700	+2,8
Rhône	105 750	+10,4	165 450	+5,9
Savoie	20 950	+10,2	34 630	+7,6
Haute-Savoie	44 560	+20,9	68 410	+13,5
France métropolitaine (en milliers)	3 673,4	+9,5	5 783,8	+4,7

Source : Pôle emploi-Dares, STMT, traitements Dares

\* variation par rapport au même trimestre de l'année précédente, en %

En raison de la gestion des arrondis, les totaux peuvent très légèrement différer de la somme de leurs sous-totaux.

Catégorie A : Demands d'emploi en fin de mois (DEFM) tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi ;

Catégorie B : DEFM tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite courte (i.e. de 78 heures ou moins au cours du mois) ;

Catégorie C : DEFM tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, ayant exercé une activité réduite longue (i.e. plus de 78 heures au cours du mois).

## Bibliographie

- [1] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2010 p. 8. (Santé travail). [[http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2010/suicide\\_activite\\_professionnelle\\_france/rapport\\_suicide\\_activite\\_professionnelle\\_france.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2010/suicide_activite_professionnelle_france/rapport_suicide_activite_professionnelle_france.pdf)]
- [2] Laanani M, Rey G, Jouglé E, Ghosn W. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 6 janv 2015;(1-2):2-6.
- [3] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoët E, Groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 5 févr 2019;(3-4):38-47. [[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019\\_3-4\\_1.html](http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html)]
- [4] Milner A, Page A, Lamontagne A. Long-Term Unemployment and Suicide: A Systematic Review and Meta-Analysis. A Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS ONE 2013;8(1): -51333.
- [5] Meneton P, Plessz M, Courtin É, Ribet C, Goldberg M, Zins M. Le chômage : un problème de santé publique majeur. La Revue de l'Ires. févr 2018;(91-92):141-54.
- [6] Daly M, Delaney L. The scarring effect of unemployment throughout adulthood on psychological distress at age 50: Estimates controlling for early adulthood distress and childhood psychological factors. Social Science & Medicine 80 (2013) 19-23.
- [7] Ulrich V, Carrière M, Desprat D, Carrasco V, Sterchele C, Boussaid N. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. Paris: Observatoire national du suicide, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques; 2020 p. 272. [[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons\\_2019.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons_2019.pdf)]
- [8] Dalglis SL, Melchior M, Younes N, Surkan PJ. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. avr 2015;50(4):613-20.
- [9] Borges das Neves R. Le chômage en fin de carrière comme mécanisme d'exclusion. Retraite et société. 2019;(81):125-41.
- [10] Farache J. L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner. Paris: Conseil économique social et environnemental; 2016 p. 130. (Les avis du Conseil économique social et environnemental). Report No.: 02. [[https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2016/2016\\_02\\_impact\\_chomage\\_entourage.pdf](https://www.lecese.fr/sites/default/files/pdf/Avis/2016/2016_02_impact_chomage_entourage.pdf)]
- [11] da Silva N. L'impact des conditions macroéconomiques sur l'état de santé. La Revue de l'Ires. 2017;(91-92):49-75.
- [12] Cohidon C, Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Le Naour C, Goldberg M, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France : premières exploitations de données disponibles. Paris: Institut de veille sanitaire; 2010 p. 11. [<http://www.intefp-sstfp.travail.gouv.fr/datas/files/SSTFP/2010%20Rpt%20suicide%20activite%20professionnelle%20France%20INVS.pdf>]
- [13] Comis-OpinionWay. Baromètre SNC sur le chômage et ses impacts : vague 2. Solidarités nouvelles face au chômage; 2019. [[https://snc.asso.fr/ressources/\\_publications/1/73d8d8f-2273-SNC-Barometre-2019.pdf](https://snc.asso.fr/ressources/_publications/1/73d8d8f-2273-SNC-Barometre-2019.pdf)]
- [14] La santé des chercheurs d'emploi, enjeu de santé publique. Paris: Solidarités nouvelles face au chômage; 2018. (Rapport sur l'emploi et le chômage et ses impacts). [<https://snc.asso.fr/rapports/sante-chercheurs-emploi/SNC-RAPPORTCHOMAGE2018.pdf>]
- [15] Demands d'emploi inscrits à Pôle emploi en Auvergne-Rhône-Alpes au troisième trimestre 2020. Lyon: DRPôle emploi Auvergne-Rhône-Alpes; 2020 p. 7. [[http://auvergne-rhone-alpes.dircccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.dircccte.gouv.fr/IMG/pdf/defm\\_auvergne-rhone-alpes\\_2020t3.pdf](http://auvergne-rhone-alpes.dircccte.gouv.fr/sites/auvergne-rhone-alpes.dircccte.gouv.fr/IMG/pdf/defm_auvergne-rhone-alpes_2020t3.pdf)]

La littérature met en évidence la vulnérabilité accrue des migrants précaires face aux troubles de santé mentale et aux conduites suicidaires. Si des possibilités de prises en charge existent, des difficultés d'accès à un soin en santé mentale adapté sont pointées. Les besoins de formation des acteurs en lien avec ce public et l'intérêt d'expérimentations de nouvelles formes d'accompagnement en santé mentale pour ce public sont des leviers d'action identifiés.

Les personnes immigrées constituent un groupe très hétérogène du point de vue du motif et du contexte migratoire et de l'origine géographique. Il existe peu de données statistiques sur la prévalence des conduites suicidaires chez les migrants, notamment en raison de cette diversité des situations.

Plusieurs études montrent que le taux de suicide des migrants (y compris chez les migrants de deuxième génération) reste le plus souvent proche de celui de leur pays d'origine [7]. Toutefois, parmi les migrants, ceux qui sont en situation de précarité (demandeurs de droit d'asile, réfugiés et migrants en situation irrégulière) représentent un sous-groupe particulièrement exposé au risque suicidaire.

### Une prévalence accrue des conduites suicidaires parmi les demandeurs d'asile et les réfugiés

En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2019, 8 222 demandes d'asile ont été enregistrées par l'Office français de protection des réfugiés et apatrides (Ofpra) et 33 139 personnes sont placées sous la protection juridique administrative de l'Ofpra.

La littérature internationale met en évidence une prévalence accrue des conduites suicidaires parmi les demandeurs d'asile et les réfugiés [1] et, de manière encore plus nette, parmi les personnes ayant séjourné en centre de rétention et les personnes exposées à des conflits armés. Une revue de la littérature réalisée en 2010 sur le suicide parmi les personnes réfugiées montre une prévalence augmentée dans ce groupe de population, comprise entre 3,4 % et 34 % [2]. En fonction des études, les résultats sont contrastés et doivent être analysés avec précaution en raison d'échantillons parfois réduits et de la diversité des situations (pays d'origine, diversité des parcours migratoires).

En France, il n'existe pas de données épidémiologiques permettant d'évaluer l'importance des conduites suicidaires dans cette population. Une étude réalisée par le COMEDE dans son centre de santé situé en région parisienne montre toutefois l'importance des troubles psychiques et des idées suicidaires (28 %) parmi les demandeurs d'asile suivis en psychothérapie dans son centre de santé.

Au-delà de la souffrance psychique liée à l'exil (ruptures et pertes multiples nécessitant un travail de deuil, stress d'acculturation), la souffrance et les troubles psychiques chez les migrants précaires sont fortement liés au parcours migratoire des personnes, à la gravité et au nombre de traumatismes vécus.

### Une vulnérabilité accrue face au suicide : le cumul de facteurs de risques

En général, les facteurs de risques de suicide identifiés pour les demandeurs d'asile et les réfugiés sont les suivants : être un jeune adulte, de genre masculin, avoir peu de revenus, avoir été exposé à des expériences traumatisantes, avoir été en contact avec un soin de psychiatrie (signant la présence de troubles psychiques) et manquer de support social. Les demandeurs d'asile et les réfugiés cumulent souvent ces facteurs de risque ce qui explique leur vulnérabilité accrue face au suicide.

Les études [1] [3] [4] [5] menées auprès de réfugiés accueillis dans des pays à haut revenu mettent en évidence un risque de tentative de suicide accru dans ce groupe de population en lien avec :

- une situation socio-économique défavorable ;
- l'exposition à des événements potentiellement traumatisants au cours du parcours migratoire avant, pendant et après la migration (liés aux conditions d'accueil dans le pays hôte) ;
- la présence de troubles psychiques et notamment de dépressions et de troubles de stress post-traumatiques (TSPT) dont la prévalence est nettement plus élevée chez les demandeurs d'asile et les réfugiés (prévalence de 9 % selon les plus grandes études [6] [7]) ;
- le manque de possibilités de prises en charge en santé mentale accessibles et adaptées (notamment barrière de la langue) ;
- les antécédents de tentative de suicide ;
- l'isolement ;
- la discrimination ;
- les deuils et la séparation de la famille ;
- les antécédents d'événements traumatiques liés à un conflit armé dans le pays d'origine (pointés comme un facteur de risque de conduites suicidaires, indépendamment de la présence d'un TSPT ou d'une pathologie psychiatrique) ;
- la longueur de la procédure de demande d'asile, l'incertitude vis-à-vis du futur et le sentiment d'impuissance ressenti durant la procédure de demande d'asile.

Les facteurs protecteurs vis-à-vis du suicide identifiés sont le support social, la résilience et les facteurs liés à la culture comme la religion et la culture traditionnelle. Ces derniers facteurs peuvent jouer comme barrière morale vis-à-vis du suicide, mais également constituer un obstacle à l'expression des idées suicidaires et à la demande d'aide. Dans les études [6] [7] concernant les migrants récemment arrivés, la connaissance de la langue est identifiée comme un facteur favorisant l'accès à un meilleur support social permettant de réduire le stress d'acculturation et les idées suicidaires.

### Des moments du parcours post-migratoire où le risque de conduites suicidaires est accru

Plusieurs travaux identifient des moments du parcours post-migratoire où la vulnérabilité des personnes et le risque de tentative de suicide est plus élevé :

- la détention en centre de rétention administrative ;
- le rejet de la demande d'asile : non-reconnaissance des violences vécues, réactivation traumatique avec un retour à la rue ou dans une situation de précarité... ;
- l'obtention de la protection internationale, qui peut correspondre à une période de relâchement après une grande mobilisation, parfois d'effondrement des personnes et peut amener à des dépressions, à des passages à l'acte. De plus, le risque que l'aspect positif de l'obtention de la protection internationale masque les problématiques de santé mentale et la

vulnérabilité psychique des personnes est pointé. Enfin, l'isolement peut être renforcé lorsque les personnes quittent les structures spécialisées (centres d'hébergement) [8].

### Les personnes détenues dans les centres de rétention administrative (CRA) particulièrement vulnérables aux troubles psychiques et au risque suicidaire

En 2018, en Auvergne-Rhône-Alpes, 1 498 personnes et deux enfants (en famille) ont été enfermées au centre de rétention administrative de l'aéroport de Saint-Exupéry, 92 % étaient des hommes et 8 % des femmes [9].

Au niveau international, les études mettent en lumière la prévalence élevée des problèmes de santé mentale (anxiété, dépression et syndrome de stress post-traumatique), des blessures auto-administrées, des idées suicidaires et des suicides parmi les personnes (adultes, enfants et adolescents) détenues en centre de rétention [2] [10] [11]. La gravité des symptômes apparaît liée à une plus grande exposition aux traumatismes avant la détention et à la durée de la détention.

En France, il n'existe pas de données épidémiologiques permettant d'évaluer l'importance des troubles psychiques et des conduites suicidaires chez les personnes étrangères en centre de rétention, ni de les caractériser. Toutefois, les associations présentes dans les centres de rétention administrative et le contrôleur général des lieux de privation de liberté [14] constatent l'importance des troubles parmi les personnes étrangères enfermées en CRA et l'aggravation des troubles liée à l'enfermement et à la perspective d'une mesure d'éloignement qui peuvent conduire à des tentatives de suicide. Ils pointent également des manquements dans la prise en charge sanitaire des personnes présentant des troubles psychiques placées en rétention (difficultés en matière de repérage, de diagnostic et de prise en charge de ces troubles).

### Les mineurs non accompagnés, une prévalence accrue de troubles psychiques

En 2019, 2 075 mineurs non accompagnés ont été confiés aux départements de la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Quelques travaux existent au niveau international sur la santé mentale des jeunes isolés étrangers. Il convient d'être prudent dans leur analyse car les mineurs non accompagnés (MNA) constituent un groupe très hétérogène concernant leur langue, leur culture et leur parcours. Toutefois, d'un point de vue psychopathologique, ils présentent des problématiques communes : ils doivent traverser la période sensible de l'adolescence loin de chez eux et de leur environnement familial et socioculturel. De plus, une grande partie d'entre eux a vécu une histoire traumatique et ils sont dans l'incertitude quant à leur situation (entre protection temporaire jusqu'à la majorité et un avenir incertain).

La revue de la littérature internationale (américaine et européenne mais aucune étude française) réalisée par le Haut Conseil de la Santé Publique [12] au sujet de la santé des

enfants étrangers isolés montre qu'ils présentent des troubles psychiques et des troubles du comportement importants et supérieurs à leurs pairs accompagnés (en famille) et aux adolescents en population générale : 14 % à 66 % des enfants étrangers isolés souffrent de troubles psychiques selon les études [12] et notamment de troubles de stress post-traumatique (entre 20 % et 53 % selon les études), de dépression (15 % à 23 % selon les études), d'anxiété (9 % à 50 % selon les études).

### Des ressources en santé mentale pour les migrants précaires dans la région Auvergne Rhône-Alpes

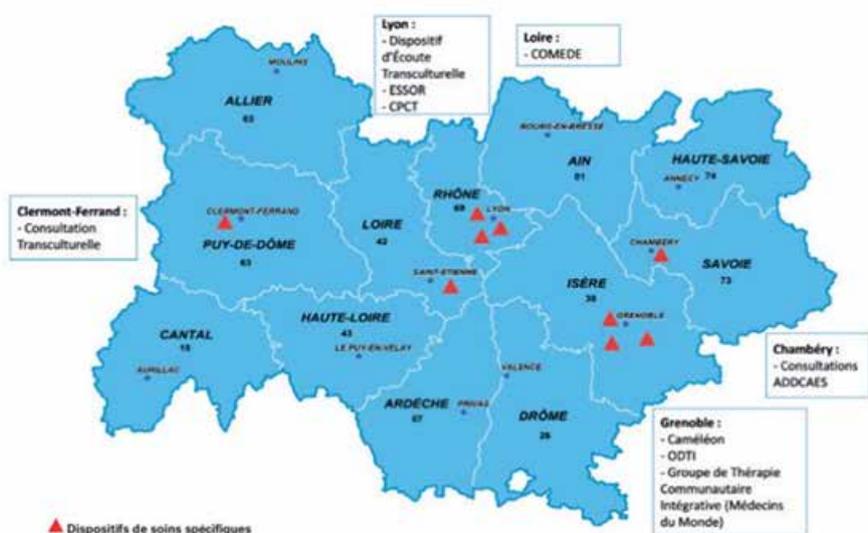
Plusieurs ressources spécifiques en santé mentale sont identifiés pour les migrants précaires [8] :

- les dispositifs de soins pour des publics précaires, comme les permanences d'accès aux soins de santé en milieu psychiatrique (Pass-Psy) et les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) (cf. cartes ressources disponibles sur [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Ressources.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources.pdf)) ;
- les structures de soins spécifiquement dédiées aux migrants, principalement présentes dans les grandes agglomérations de la région (cf. carte ci-dessous) ;
- certains centres d'hébergement pour demandeurs d'asile et programmes de réinstallation disposent de psychologues ;
- le centre régional du psychotraumatisme Auvergne-Rhône-Alpes, basé à Lyon (non spécifique aux migrants).

### Le Centre régional du psychotraumatisme (CRP)

La création du CRP obtenu en octobre 2019 par les Hospices civils de Lyon (HCL), suite à la volonté des pouvoirs publics de répondre au psychotraumatisme et notamment à la question de la violence faite aux femmes, correspond à la concrétisation de ce besoin formulé par la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) depuis de nombreuses années. Ce centre a donc pour objectifs : la prise en charge psychique et somatique par des professionnels formés au psychotraumatisme dans un même lieu (ou ailleurs par convention) avec accès facile, rapide (voire urgent) et non stigmatisant pour tout type de victime (adultes, femmes, enfants, adolescents, migrants...) souffrant de psychotraumatisme (quel qu'il soit) avec les missions complémentaires d'orienter, coordonner et travailler en réseau pour une prise en charge globale, de diffuser des connaissances (formation, soutien pour trauma complexes) et d'être en lien avec le Centre national de ressource et de résilience (CN2R) : <http://cn2r.fr/>.

Les structures de soins spécifiques aux migrants en Auvergne-Rhône-Alpes en 2019



Source : Orspere-Samdarra

## Mais des difficultés d'accès à un soin en santé mentale adapté

Au-delà du phénomène de non-demande, de la méconnaissance et des représentations négatives des soins en santé mentale (particulièrement marquées chez les migrants), l'accès à un soin adapté reste difficile pour les migrants précaires en raison notamment de la méconnaissance du système de soins et des possibilités de couverture sociale. De plus, les dispositifs précédemment cités ne couvrent pas l'ensemble du territoire (difficultés d'accès géographique) et leurs moyens sont contraints. Par ailleurs, le relais vers les dispositifs de soins psychiques de droit commun (psychiatrie de secteur en première ligne) reste difficile en raison de la sectorisation de la psychiatrie (induisant des difficultés pour les publics changeant fréquemment de lieu d'hébergement), de la saturation de leurs files actives et des possibilités contraintes d'interprétariat (même si des améliorations sont notées dans ce domaine), mais également en raison du manque de formation des soignants pour prendre en charge des publics présentant des troubles de stress post-traumatique (TSPT) et TSPT complexes (consécutifs à l'exposition à des événements traumatiques répétés) intriqués aux problématiques sociales (discrimination, isolement).

### L'interprétariat

Parmi les difficultés d'accès aux soins des personnes les plus précaires, la barrière de la langue est un obstacle aggravant et générateur de « non-recours aux soins ». Pour pallier cette difficulté supplémentaire, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes propose depuis plusieurs années un soutien en termes d'interprétariat pour les consultations en ambulatoire, via le prestataire ISM CORUM Lyon qui offre un panel de plus de 71 langues et dialectes.

Cet appui d'interprétariat essentiellement téléphonique est réservé aux personnes allophones (migrants, demandeurs d'asile, réfugiés), en situation de précarité ayant des problèmes de santé et est mobilisable pour accompagner la 1<sup>ère</sup> consultation médicale afin de poser le diagnostic et d'expliquer le protocole de soin, à l'exception des consultations de suivi des personnes par des psychiatres ou psychologues qui peuvent, elles, bénéficier de plusieurs séances avec interprète.

Les recommandations internationales (OMS) pour la prise en charge suite à un traumatisme sont d'apporter une aide psychologique, avec gestion du stress, et de développer la réhabilitation psychosociale. L'intérêt des thérapies cognitivo-comportementales et d'une technique de désensibilisation et de reprogrammation par le mouvement des yeux (EMDR) est également évoqué par l'OMS. En France, des travaux menés par la Haute autorité de santé « Évaluation et prise en charge des syndromes psycho-traumatiques » sont en cours et les recommandations devraient se réaliser en lien avec le Centre national de ressources et de résilience (CN2R).

### Des leviers d'action identifiés : la formation des acteurs au risque suicidaire et l'expérimentation de nouvelles formes d'accompagnement

Les travaux de l'Orspere-Samdarra, et notamment une étude qualitative [13] menée auprès des acteurs de terrain (soignants, travailleurs sociaux et interprètes) travaillant auprès de migrants en situation de précarité en Auvergne-Rhône-Alpes, pointent le besoin de formation à l'évaluation du risque suicidaire, à l'interculturalité et à l'impact de celle-ci sur le suicide.

De plus, est également souligné l'intérêt de développer des espaces d'écoute et de parole collectifs, intermédiaires entre le soin et les activités occupationnelles, permettant d'effectuer un premier travail d'écoute et de repérage de difficultés de santé mentale.

Enfin, la pair-aidance dans le champ de la santé mentale pour les publics migrants est également repérée comme une approche intéressante, ayant fait ses preuves en Égypte et en Allemagne. L'expérimentation « Espace à l'Autre Soie » à Villeurbanne est une illustration de ces nouvelles formes d'accompagnement et de prévention des conduites suicidaires.

### Bibliographie

- [1] Joshi P, Warfa N. Suicide and self-harm among refugees and asylum seekers. In: *Suicidal behavior of immigrants and ethnic minorities in Europe*. Boston: Hogrefe Publishing; 2015. p. 91-9.
- [2] Vijayakumar L, Jotheeswaran AT. Suicide in refugees and asylum seekers. In: *Mental Health of Refugees and Asylum Seekers*. New-York: Oxford University Press; 2010. p. 195-210.
- [3] Staehr MA, Munk-Andersen E. Selvmord og selvmordsadfærd blandt asylansøgere i Danmark i perioden 2001-2003. En retrospektiv undersøgelse [Suicide and suicidal behavior among asylum seekers in Denmark during the period 2001-2003. A retrospective study]. *Ugeskr Laeg*. avr 2006;168(17):1650-3.
- [4] Goosen S, Kunst AE, Stronks K, van Oostrum IE, Uitenbroek DG, Kerkhof AJ. Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health*. juin 2011;11:484.
- [5] Cohen J. Safe in our hands?: A study of suicide and self-harm in asylum seekers. *Journal of Forensic and Legal Medicine*. mai 2008;15(4):235-44.
- [6] Ponizovsky AM, Ritsner MS. Suicide Ideation among Recent Immigrants to Israel from the former Soviet Union: An Epidemiological Survey of Prevalence and Risk Factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 1999;29(4):376-92.
- [7] Ratkowska KA, De Leo D. Suicide in Immigrants: An Overview. *Open Journal of Medical Psychology*. 2013;(2):124-133.
- [8] Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016. 71 p. (Health Evidence Network synthesis report, 47). [[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/317622/HEN-synthesis-report-47.pdf)]
- [9] Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 9 avr 2005;365(9467):1309-14.
- [10] Einhorn-Jardin L, Tremblay V. Bénéficiaire d'une protection internationale... Et après ? Pour une prise en charge effective en santé mentale : état des lieux sur l'accès aux soins et la santé mentale des personnes bénéficiaires de la protection internationale en région Auvergne-Rhône-alpes. Bron: Orspere-Samdarra; 2019 p. 137. [[http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles\\_RECHERCHE\\_Orspere-Samdarra/O-S\\_Acces\\_aux\\_soins\\_et\\_sante\\_mentale\\_des\\_BPI\\_2019.pdf](http://www.ch-le-vinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/O-S_Acces_aux_soins_et_sante_mentale_des_BPI_2019.pdf)]
- [11] Comité inter-mouvements auprès des évacués (France). Centres et locaux de rétention administrative : rapport 2018. Paris: La Cimade; 2019. 136 p. [[https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/06/La\\_Cimade\\_Rapport\\_Retention\\_2018.pdf](https://www.lacimade.org/wp-content/uploads/2019/06/La_Cimade_Rapport_Retention_2018.pdf)]
- [12] Robjant K, Hassan R, Katona C. Mental health implications of detaining asylum seekers: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*. avr 2009;194(4):306-12.
- [13] Von Werthern M, Robjant K, Chui Z, Schon R, Ottisova L, Mason C, et al. The impact of immigration detention on mental health: a systematic review. *BMC Psychiatry*. 2018;18(1):382
- [14] Avis relatif au bilan de santé des enfants étrangers isolés. Paris: Haut conseil de la santé publique; 2019 p. 82. [[https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20191107\\_bilandesantdesenfanttrangeisols.pdf](https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20191107_bilandesantdesenfanttrangeisols.pdf)]
- [15] Queneau C, Poncet H, Zeroug-Vial H. Idées et conduites suicidaires chez les migrants en situation de précarité : état des lieux régional des perceptions et ressources des acteurs de terrain. *L'information psychiatrique*. 2019;95(8):609-17.
- [16] Avis du 17 décembre 2018 relatif à la prise en charge sanitaire des personnes étrangères au sein des centres de rétention administrative. *Journal officiel* 21 février 2019 p. 17. [[https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=JcHJpy15SuSfpO\\_98k2wQQtLN0eikw0LzUsgYsLSUtl=](https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=JcHJpy15SuSfpO_98k2wQQtLN0eikw0LzUsgYsLSUtl=)]
- [17] Queneau C. Idéation et conduites suicidaires des migrants en situation de précarité : revue de la littérature et résultats d'une enquête qualitative réalisée auprès d'acteurs de terrain [Thèse Médecine]. Grenoble: Université Grenoble Alpes; 2017. [<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01958785/document>]

*Ce focus a été réalisé en collaboration avec l'Orspere-Samdarra*

# TENTATIVES DE SUICIDE ET COVID-19

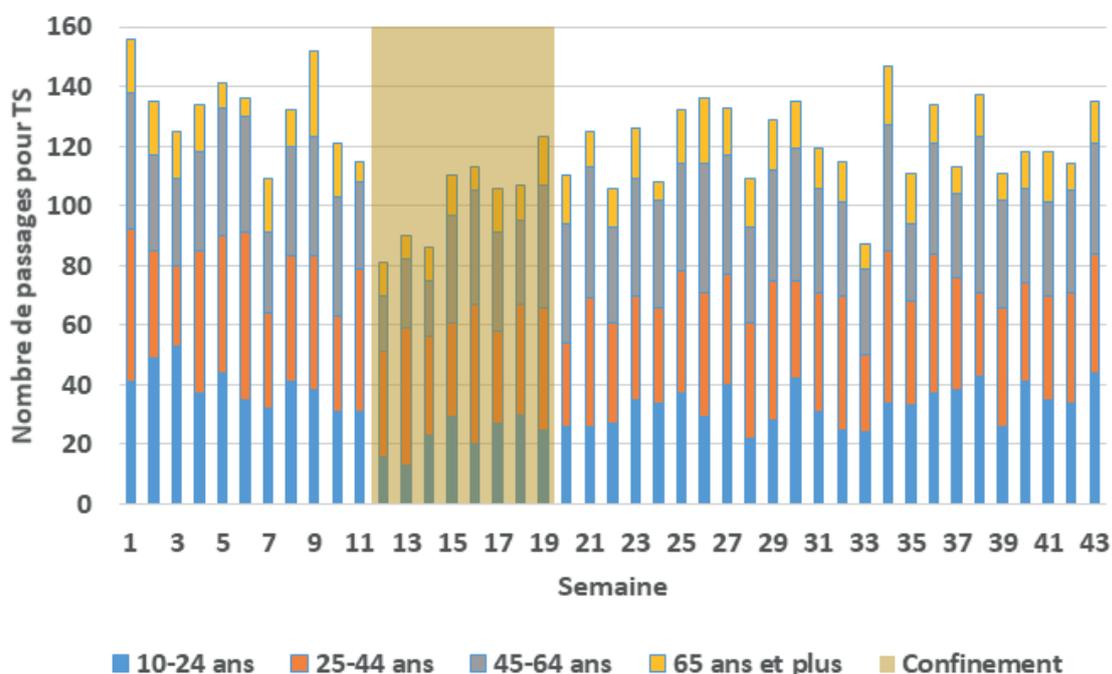
La survenue de la pandémie au SARS-CoV-2, connue sous le nom de COVID-19 et arrivée en France début 2020 a entraîné une crainte des professionnels de la santé mentale quant au risque d'augmentation des conduites suicidaires. Les effets directs de l'infection virale et les restrictions sociales et économiques mises en place constituent en effet autant de facteurs de risque potentiels de suicide. Les données issues de précédentes épidémies virales émergentes [1] retrouvaient de plus une augmentation des conduites suicidaires associées aux effets psychosociaux (isolement social, peur de l'infection) de précédentes épidémies (SARS, Ebola, grippe espagnole...).

L'analyse des passages aux urgences des personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes durant l'année 2020 a été effectuée par période : avant le 1<sup>er</sup> confinement (semaines S1 à S11), durant le 1<sup>er</sup> confinement (S12 à S19), après le 1<sup>er</sup>

confinement (S20 à S35) et avant le 2<sup>ème</sup> confinement (S36 à S43). Entre les semaines 1 et 43 de 2020, 5 348 passages aux urgences pour tentative de suicide ont été identifiés parmi 1 373 950 passages codés, soit un taux de passage de 0,38 %. En comparaison à la même période en 2019, ces effectifs sont inférieurs ; en effet 6 438 passages pour tentative de suicide parmi les 1 529 111 passages codés (taux de passage de 0,42 %) avaient été identifiés entre les semaines 1 à 43.

La figure 1 décrit le nombre de passages hebdomadaires en Auvergne-Rhône-Alpes. Une diminution importante du nombre de passages pour tentative de suicide a été observée durant le premier confinement, principalement durant les trois premières semaines (S12 à S14). À partir de la fin du 1<sup>er</sup> confinement, le nombre de passages pour tentative de suicide a connu des fluctuations mais sans tendance franche à l'augmentation au cours du temps.

Figure 1 - Nombre de passages hebdomadaires aux urgences pour tentative de suicide - Auvergne-Rhône-Alpes, 2020, semaines 1 à 43



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

La description par période (cf. tableau 1) montre que le profil des personnes a varié durant le confinement et selon la période depuis la fin du 1<sup>er</sup> confinement, avec une sévérité supérieure et une moindre représentation des jeunes durant le premier confinement.

Tableau 1 - Description du profil des personnes passées aux urgences par période - Auvergne-Rhône-Alpes, 2020, semaines 1 à 43

Caractéristiques, % (nombre)	Avant le 1 <sup>er</sup> confinement (S1 à S11)	1 <sup>er</sup> confinement (S12 à S19)	Après le 1 <sup>er</sup> confinement (S20 à S35)	Avant le 2 <sup>ème</sup> confinement (S36 à S43* jusqu'au 25 octobre)	p**
<b>Sexe</b>					0,17
Femme	65,3 % (950)	61,5 % (502)	61,9 % (1193)	63,5 % (622)	
Homme	34,8 % (506)	38,5 % (314)	38,1 % (735)	36,5 % (358)	
<b>Catégorie d'âge</b>					<0,001
<25 ans	29,7 % (432)	22,4 % (183)	25,6 % (493)	30,4 % (298)	
25-44 ans	31,8 % (463)	37 % (302)	31,5 % (608)	30,4 % (298)	
45-64 ans	27,1 % (395)	29,0 % (237)	30,4 % (586)	29,3 % (287)	
65 ans et plus	11,4 % (166)	11,5 % (94)	12,5 % (241)	9,9 % (97)	
<b>Gravité à l'admission</b>					0,001
État stable (CCMU 1, 2, P)	48,9 % (702)	39,6 % (319)	45,3 % (862)	49,2 % (480)	
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	45,4 % (652)	52,4 % (422)	48,2 % (917)	45,1 % (440)	
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5)	5,8 % (83)	8,0 % (64)	6,6 % (125)	5,7 % (56)	
<b>Orientation</b>					0,02
Hospitalisation	65,4 % (933)	70,7 % (567)	64 % (1199)	66,8 % (647)	
Retour à domicile	34,6 % (494)	29,2 % (234)	36 % (674)	33,2 % (322)	
Décès aux urgences	0 % (0)	0,1 % (1)	0,1 % (1)	0 % (0)	

\*Jusqu'au 25 octobre

\*\*Degré de significativité, un  $p < 0,05$  est considéré significatif

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

En population générale, l'étude CoviPrev visant à suivre l'évolution de la santé mentale, incluant les troubles anxieux et dépressifs, et des comportements (gestes barrières, confinement) est réalisée de manière répétée. Les méthodes et résultats nationaux sont disponibles à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie>. Les résultats de prévalence des troubles anxieux et dépressifs en Auvergne-Rhône-Alpes sont régulièrement actualisés et disponibles sur le site <https://geodes.santepubliquefrance.fr> à la rubrique Indicateurs > C > COVID-19 > Données CoviPrev - Post-confinement.

### Bibliographie

- [1] Leane et al. 2020. Suicidal behaviors and ideation during emerging viral disease outbreaks before the COVID-19 pandemic: A systematic rapid review. *Prev Med.* 2020 Dec; 141: 106264. [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7531915/>]
- [2] Jollant et al. Non-presentation at hospital following a suicide attempt: a national survey. *Psychol Med.* 2020 Jul; 3;1-8. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32618240/>]

Les données régionales retrouvent une diminution des passages aux urgences pour tentative de suicide pendant le premier confinement, sans augmentation des tentatives de suicide sur la suite de l'année. Ce résultat plutôt inattendu montre que les effets de la pandémie sur les conduites suicidaires sont complexes. Le sentiment de cohésion sociale qui a marqué le premier confinement pourrait expliquer en partie la diminution des tentatives de suicide, soulignant les effets complexes de la pandémie sur la population. Une modification et une diminution des comportements de recours aux urgences toutes causes confondues, y compris suite à une tentative de suicide, pendant le confinement est également à prendre en compte. Par ailleurs, une étude a récemment montré que 40 % des personnes ne se rendent pas aux urgences suite à une tentative de suicide [2], une augmentation de ce taux de non-recours aux soins pendant le confinement est envisageable.

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.

Cette année, les établissements médico-psychologiques ont pu être cartographiés (cf. p.29).

Le projet existe de cartographier les associations de prévention du suicide recensées dans les répertoires de l'Institut régional Jean Bergeret. Toutefois, ces répertoires étant en cours d'actualisation, les représentations cartographiques seront réalisées et diffusées ultérieurement par l'Observatoire régional du suicide. En attendant, ces trois répertoires peuvent être consultés sur le site internet de l'Institut régional Jean Bergeret (<https://www.institutbergeret.fr/conduites-suicidaires/>) :

- Accompagnement du deuil et postvention (pdf)
- Aide à distance et téléphonie sociale (pdf)
- Numéros d'urgence et prévention du suicide (pdf)

Un certain nombre de cartes sont déjà mises à disposition et consultables dans un document unique :

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

- L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes et renseignées dans Finess - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1<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
- Les Csapa et leurs antennes en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Caarud en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les consultations jeunes consommateurs en 2019 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)
- Les conseils locaux de santé mentale - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons médicales de garde - Auvergne-Rhône-Alpes
- Liste des établissements réalisant des soins sans consentement - Auvergne-Rhône-Alpes

## Les établissements médico-psychologiques - Auvergne-Rhône-Alpes

L'arrêté du 14 mars 1986 du code de la santé publique (CSP) définit les Centres médico-psychologiques (CMP) comme des « unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile, mises à disposition d'une population. Ils peuvent comporter des antennes auprès de toute institution ou établissement nécessitant des prestations psychiatriques ou de soutien psychologique ». Les Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel (CATTP) sont des lieux de soins, d'expression et de rencontres, intermédiaires entre l'hôpital de jour (HDJ) et le CMP, mis à la disposition des usagers dans le cadre de la sectorisation. Leur mission est définie par l'arrêté du 14 mars 1986 du code de la santé publique.

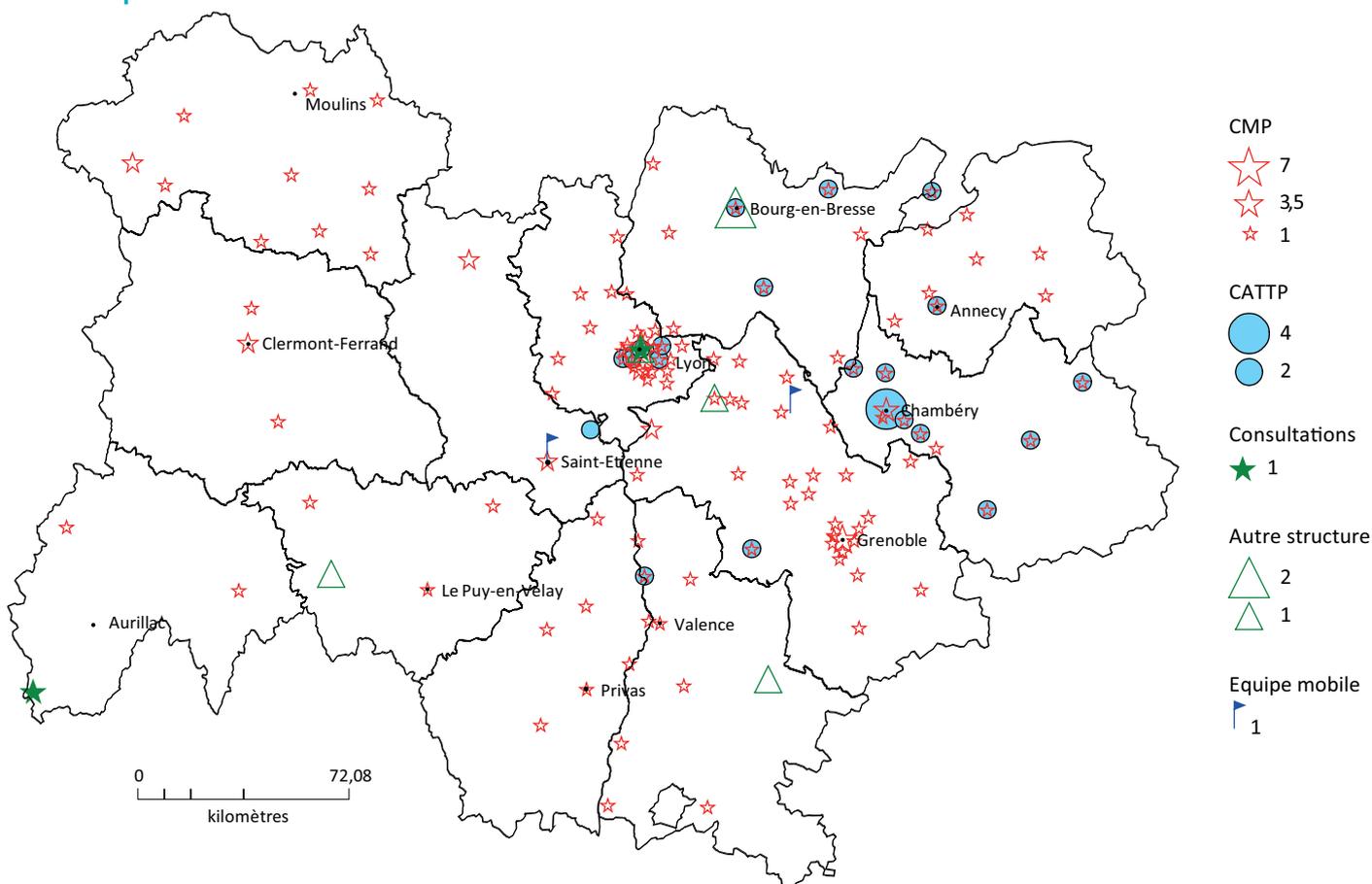
Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) recense l'ensemble de l'offre sanitaire et du médico-social en hiérarchisant les établissements par établissements juridiques, puis par établissements géographiques jusqu'aux unités opérationnelles, un même établissement géographique pouvant avoir plusieurs unités opérationnelles.

Les unités opérationnelles permettent de faire la distinction des structures (CMP, CATTP, HDJ, consultations, équipes mobiles...) par âge de la patientèle reçue. En Auvergne-Rhône-Alpes, **511 unités opérationnelles d'établissements médico-psychologiques** sont recensées en juin 2020 dans le ROR ; il est cependant difficile de confirmer l'exhaustivité de ces structures dans la mesure où elles ne sont pas soumises à autorisation.

Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques sont cartographiées par âge de la patientèle reçue :

- unités opérationnelles infanto-juvéniles (0-16 ans ou 0-21 ans) : 170 structures
- unités opérationnelles pour petite enfance (0-3 ans) ou pour enfants (0-11 ans) : 28 structures
- unités opérationnelles pour adolescents (11-16 ans ou 11-21 ans) : 23 structures
- unités opérationnelles pour adultes (plus de 15 ans ou plus de 16 ans ou plus de 18 ans ou plus de 21 ans) : 266 structures
- unités opérationnelles pour personnes âgées de 65 ans et plus : 23 structures
- unité opérationnelle tout âge (3 ans et plus) : 1 structure (représentée sur la carte des CMP pour adultes).

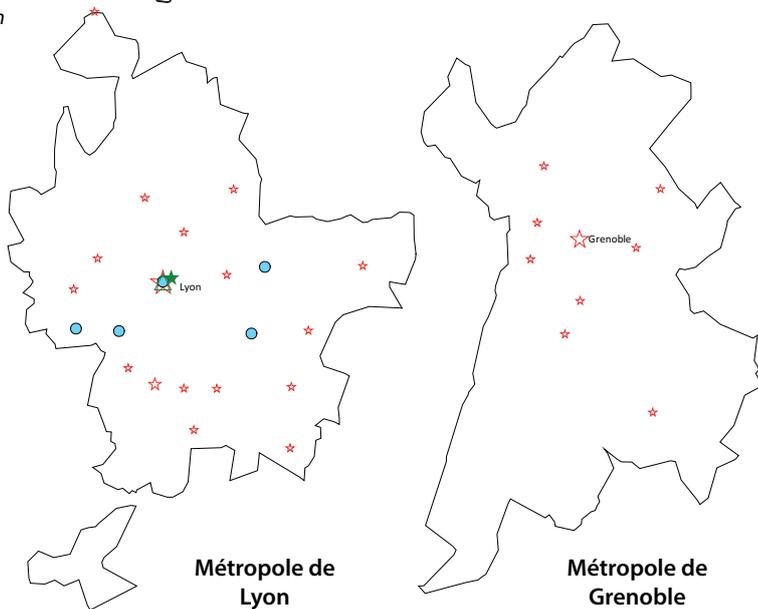
## Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques infanto-juvéniles (n=170) - Auvergne-Rhône-Alpes



Source: Répertoire opérationnel des ressources (ROR), juin 2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques infanto-juvéniles

- Ain - CATTP Infanto-Juvénile - AMBÉRIEU EN BUGEY
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - AMBÉRIEU EN BUGEY
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - BELLEGARDE SUR VALSERINE
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - BELLEY
- Ain - CATTP Infanto-Juvénile - BOURG EN BRESSE
- Ain - Centre d'Evaluation et de Diagnostic de l'Autisme de l'Ain - BOURG EN BRESSE
- Ain - CMP Infanto-Juvénile Guidance - BOURG EN BRESSE
- Ain - Thérapies Spécifiques - BOURG EN BRESSE
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - CHATILLON SUR CHALARONNE
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - FEILLENS
- Ain - CATTP Infanto-Juvénile - FERNEY VOLTAIRE
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - FERNEY VOLTAIRE
- Ain - CATTP Infanto-Juvénile - OYONNAX
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - OYONNAX
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - SAINT MAURICE DE BEYNOST
- Ain - CMP Infanto-Juvénile - TREVOUX
- Allier - CMP - COMMENTRY
- Allier - CMP - COSNE D'ALLIER
- Allier - CMP Enfants - DOMPIERRE SUR BESBRE
- Allier - CMP Enfant - GANNAT
- Allier - CMP Enfant - LAPALISSE
- Allier - CMP Enfant - LE MAYET DE MONTAGNE
- Allier - CMP de l'enfant et de l'adolescent - MONTLUÇON
- Allier - CMP - MONTLUÇON
- Allier - CMP enfants - SAINT POURÇAIN SUR SIOULE
- Allier - CMP Enfant - VICHY
- Allier - CMP enfants - YZEURE
- Ardèche - CMP - ANNONAY
- Ardèche - CMP - AUBENAS
- Ardèche - CMP - GUILHERAND GRANGES
- Ardèche - CMP - LA VOULTE SUR RHÔNE
- Ardèche - CMP - LAMASTRE

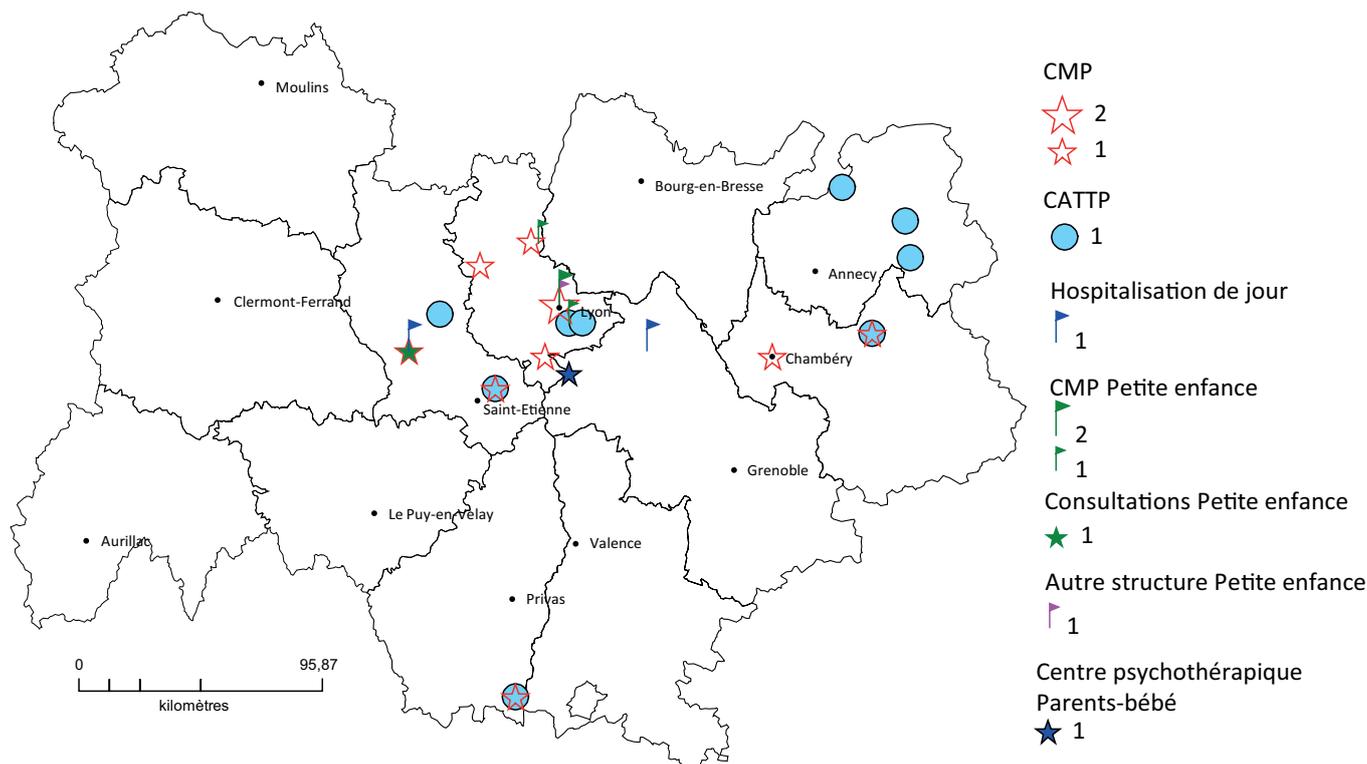


- Ardèche - CMP - LE CHEYLARD
- Ardèche - CMP - PRIVAS
- Cantal - CMP enfant et adolescent - MAURIAC
- Cantal - Consultations externes - MAURS
- Cantal - CMP enfant - SAINT FLOUR
- Drôme - CMP - CREST
- Drôme - Antenne du CMP Crest - DIE
- Drôme - CMP - MONTELMAR
- Drôme - CMP - NYONS
- Drôme - CMP - PIERRELATTE
- Drôme - CMP - ROMANS SUR ISÈRE
- Drôme - CMP infanto-juvénile - SAINT VALLIER
- Drôme - CATTP - TAIN L'HERMITAGE

Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques infanto-juvéniles (suite)

Drôme - CMP - TAIN L'HERMITAGE  
 Drôme - CMP Prévart - VALENCE  
 Isère - CMP - BOURGOIN JALLIEU  
 Isère - CMP - CHARVIEU CHAVAGNEUX  
 Isère - CMP - CRÉMIEU  
 Isère - CMP de Référence - ÉCHIROLLES  
 Isère - CMP - FONTAINE  
 Isère - CMP Berthelot - GRENOBLE  
 Isère - CMP Diatkine - GRENOBLE  
 Isère - CMP Villeneuve - GRENOBLE  
 Isère - CMP Infanto-Juvenile FERRIE - GRENOBLE  
 Isère - CMP - L' ISLE D'ABEAU  
 Isère - CMP - LA CÔTE SAINT ANDRÉ  
 Isère - CMP Enfants - LA MURE  
 Isère - CMP La Tour du Pin (Secteur 38106) - LA TOUR DU PIN  
 Isère - CMP Antenne - LE BOURG D'OISANS  
 Isère - CMP - LE PONT DE BEAUVOISIN  
 Isère - CMP - LE PONT DE CLAIX  
 Isère - CMP - MEYLAN  
 Isère - CMP - MOIRANS  
 Isère - CMP - MORESTEL  
 Isère - CMP enfants - PONTCHARRA  
 Isère - CMP - RIVES  
 Isère - CMP Enfant/Adolescent - ROUSSILLON  
 Isère - Equipe Mobile Interdisciplinaire Sanitaire et Sociale NORD (EMISS) - SAINT CLAIR DE LA TOUR  
 Isère - CMP Les Villas - SAINT ÉGRÈVE  
 Isère - CMP Espace Victor - SAINT ISMIER  
 Isère - CMP Antenne - SAINT LAURENT DU PONT  
 Isère - CATTP - SAINT MARCELLIN  
 Isère - CMP - SAINT MARCELLIN  
 Isère - CMP - SAINT MARTIN D'HÈRES  
 Isère - CMP Percevalière - SEYSSINET PARISSET  
 Isère - CMP Enfants - TULLINS  
 Isère - CMP Enfant/Adolescent - Vienne Nord - VIENNE  
 Isère - CMP Enfant/Adolescent - Vienne Sud - VIENNE  
 Isère - Appartements de transition Villefontaine - VILLEFONTAINE  
 Isère - CMP - VILLEFONTAINE  
 Isère - CMP - VIZILLE  
 Isère - CMP Référence - VOIRON  
 Loire - CATTP - RIVE DE GIER  
 Loire - CMP - Les Iris - ROANNE  
 Loire - CMP - SAINT ÉTIENNE  
 Loire - Equipe Mobile de pédopsychiatrie - SAINT ÉTIENNE  
 Haute-Loire - CMP Brioude enfants - BRIOUDE  
 Haute-Loire - Antenne CMP enfants - LANGEAC  
 Haute-Loire - CMP enfants - LE PUY EN VELAY  
 Haute-Loire - CMP enfants - MONISTROL SUR LOIRE  
 Puy-de-Dôme - CMP pédopsychiatrie - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP pédopsychiatrie soins à domicile - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP - ISSOIRE  
 Puy-de-Dôme - CMP pédopsychiatrie - RIOM  
 Rhône - CMP - ANSE  
 Rhône - CMP - BELLEVILLE  
 Rhône - CATTP infanto-juvenile - BRON  
 Rhône - CMP infanto-juvenile - BRON  
 Rhône - CMP infanto-juvenile - CALUIRE ET CUIRE  
 Rhône - CMP Infanto-Juvenile - CHASSIEU  
 Rhône - CMP - ECULLY  
 Rhône - CMP - FEYZIN  
 Rhône - CATTP Territoire Ouest - Francheville - FRANCHEVILLE  
 Rhône - CMP - FRANCHEVILLE  
 Rhône - CMP - L' ARBRESLE  
 Rhône - CMP Verdun - LYON 2<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP Sévigné - LYON 3<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CATTP infanto-juvenile Lyon 4 - LYON 4<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP infanto-juvenile Lyon 4 - LYON 4<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP Arthur Rimbaud - LYON 7<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP Esther Bick - LYON 7<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP infanto-juvenile - LYON 8<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - Consultation diagnostic - Lyon 8 (TED) - LYON 8<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP Sourds Vaise - LYON 9<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - Dispositif d'écoute transculturelle - LYON 9<sup>ÈME</sup>  
 Rhône - CMP infanto-juvenile - MEYZIEU  
 Rhône - CMP - MIONS  
 Rhône - CMP - OULLINS  
 Rhône - CMP - PIERRE BENITE  
 Rhône - CMP Dechaume - PIERRE BENITE  
 Rhône - CMP infanto-juvenile - RILLIEUX LA PAPE  
 Rhône - CMP Val de Saône - SAINT CYR AU MONT D'OR  
 Rhône - CMP - SAINT FONS  
 Rhône - CMP Le Grand Jardin - SAINT LAURENT DE CHAMOUSSET  
 Rhône - CMP Le Vieux Village - SAINT PRIEST  
 Rhône - CMP - SAINT SYMPHORIEN SUR COISE  
 Rhône - CATTP Maison jardin - SAINTE FOY LES LYON  
 Rhône - CMP - SAINTE FOY LES LYON  
 Rhône - CMP - TASSIN LA DEMI LUNE  
 Rhône - CMP - VAL D'OINGT  
 Rhône - CATTP infanto-juvenile - VAULX EN VELIN  
 Rhône - CMP infanto-juvenile - VAULX EN VELIN  
 Rhône - CMP Winnicott - VENISSIEUX  
 Rhône - CMP Institut de Traitement des Troubles de l'Affectivité et de la Cognition - VILLEURBANNE  
 Savoie - CATTP enfants - Atrium - AIX LES BAINS  
 Savoie - CMP enfants - Atrium - AIX LES BAINS  
 Savoie - CATTP enfants - BOURG SAINT MAURICE  
 Savoie - CMP enfants - BOURG SAINT MAURICE  
 Savoie - CATTP enfants - CHALLES LES EAUX  
 Savoie - CMP enfants - CHALLES LES EAUX  
 Savoie - CATTP - CHAMBERY  
 Savoie - CATTP enfants - CHAMBÉRY  
 Savoie - CATTP enfants - UPPN - Unité périnatale - CHAMBÉRY  
 Savoie - CATTP enfants - Winnicott - CHAMBÉRY  
 Savoie - CMP enfants - J.Bergès - CHAMBÉRY  
 Savoie - CMP enfants - Maconnais - CHAMBÉRY  
 Savoie - CMP enfants - Winnicott - CHAMBÉRY  
 Savoie - CMP enfants - COGNIN  
 Savoie - CMP enfants - LA ROCHETTE  
 Savoie - CATTP enfants - MONTMELIAN  
 Savoie - CMP - MONTMELIAN  
 Savoie - CATTP enfants - MOUTIERS  
 Savoie - CMP enfants - MOUTIERS  
 Savoie - CATTP enfants - SAINT JEAN DE MAURIENNE  
 Savoie - CMP enfants - SAINT JEAN DE MAURIENNE  
 Savoie - CATTP enfants - YENNE  
 Savoie - CMP enfants - YENNE  
 Haute-Savoie - CMP - CLUSES  
 Haute-Savoie - CMP - LA ROCHE SUR FORON  
 Haute-Savoie - CMP le Sextant - METZ-TESSY  
 Haute-Savoie - CMP - RUMILLY  
 Haute-Savoie - CMP - SAINT JULIEN EN GENEVOIS  
 Haute-Savoie - CMP - SALLANCHES  
 Haute-Savoie - CATTP Valvert-Seynod - SEYNOD  
 Haute-Savoie - CMP Valvert - Seynod - SEYNOD  
 Haute-Savoie - CMP - VETRAZ MONTHOUX

## Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour petite enfance ou pour enfants (n=28) - Auvergne-Rhône-Alpes

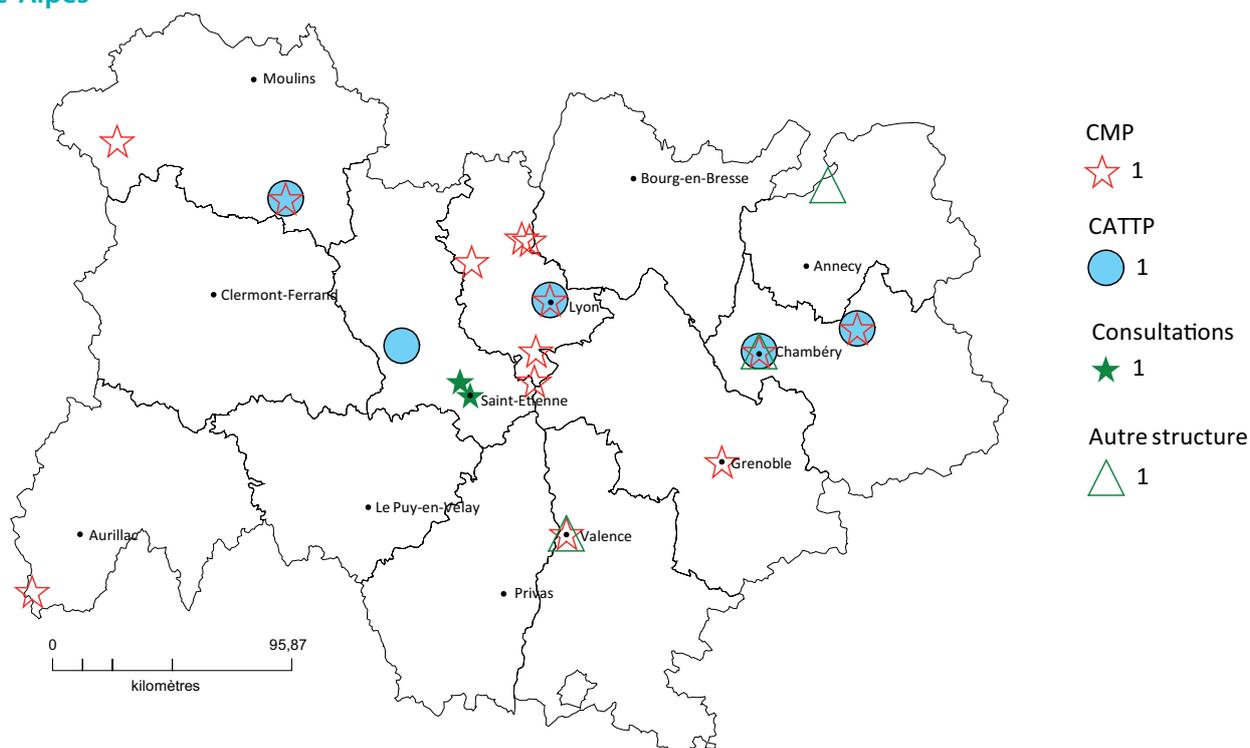


Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), juin 2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour petite enfance et pour enfants

Ardèche - CATTTP - BOURG SAINT ANDEOL	Rhône - CMP petite enfance périnatalité - VILLEFRANCHE SUR SAÔNE
Ardèche - CMP - BOURG SAINT ANDEOL	Rhône - CMP Les Bords du Gier - GIVORS
Isère - Centre psychothérapique parents-bébé - VIENNE	Rhône - CMP - GLEIZE
Isère - Hôpital de Jour pour enfants - BOURGOIN JALLIEU	Rhône - CMP - LYON 9 <sup>ÈME</sup>
Loire - Consultations des Tout Petits - MONTBRISON	Rhône - CMP Souvenir - LYON 9 <sup>ÈME</sup>
Loire - CATTTP/CMP Enfants - FEURS	Rhône - CATTTP Le Vieux Village - SAINT PRIEST
Loire - CMP - MONTBRISON	Rhône - CMP - TARARE
Loire - HDJ enfants - MONTBRISON	Rhône - CATTTP Winnicott - VÉNISSIEUX
Loire - CATTTP - SAINT CHAMOND	Savoie - CATTTP enfants - ALBERTVILLE
Loire - CMP - SAINT CHAMOND	Savoie - CMP enfants - Albertville - R.Misès - ALBERTVILLE
Rhône - CMP Centre petite enfance Esther Bick - LYON 7 <sup>ÈME</sup>	Savoie - CMP enfants - UPPN - Unité périnatale - CHAMBÉRY
Rhône - Unité d'Accompagnement au Diagnostic TEMPO - LYON 8 <sup>ÈME</sup>	Haute-Savoie - CATTTP - CLUSES
Rhône - CMP Souvenir - petite enfance - LYON 9 <sup>ÈME</sup>	Haute-Savoie - CATTTP - SALLANCHES
Rhône - Centre petite enfance - VENISSIEUX	Haute-Savoie - CATTTP - VETRAZ MONTHOUX

## Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adolescents (n=23) - Auvergne-Rhône-Alpes

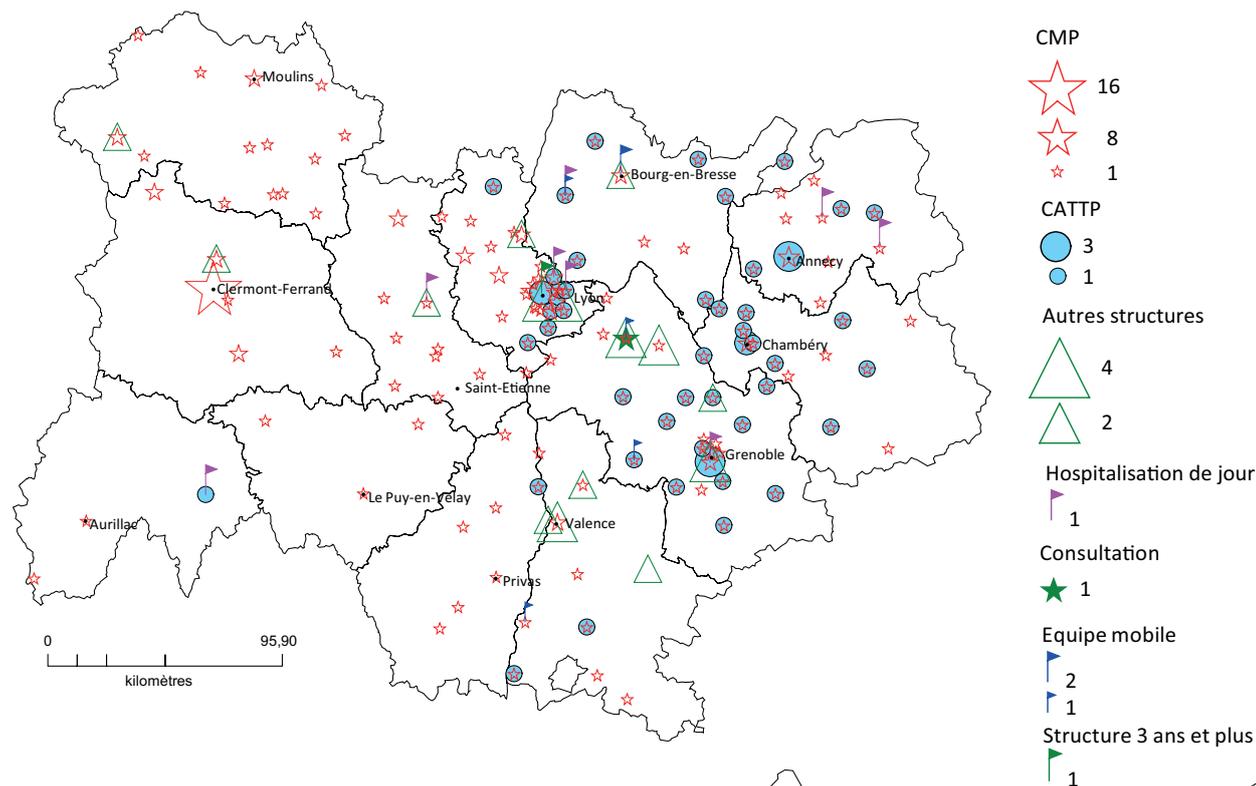


Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), juin 2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adolescents

Allier - CATT - CUSSET	Rhône - CATT Arthur Rimbaud - LYON 7 <sup>ÈME</sup>
Allier - CMP - CUSSET	Rhône - CMP - LYON 9 <sup>ÈME</sup>
Allier - CMP - Maison des Adolescents - MONTLUÇON	Rhône - CMP - TARARE
Cantal - CMP Maurs enfant et adolescent - MAURS	Rhône - CMP équipe Ado nord - VILLEFRANCHE SUR SAÛNE
Drôme - CMP - VALENCE	Savoie - CATT - ALBERTVILLE
Drôme - Maison des adolescents (MDA) - VALENCE	Savoie - CMP - ALBERTVILLE
Isère - CMP Adolescents - GRENOBLE	Savoie - CATT adolescents - Centre Santé Adolescents - CHAMBÉRY
Loire - CATT - MONTBRISON	Savoie - CMP adolescents - Centre Santé Adolescents - CHAMBÉRY
Loire - Centre Consultation Adolescent (CCA) - SAINT ÉTIENNE	Savoie - Maison des adolescents - CHAMBÉRY
Loire - Centre Consultation Adolescent (CCA) - SAINT PRIEST EN JAREZ	Haute - Savoie - Maison des adolescents - VÉTRAZ-MONTHOUX
Rhône - CMP - CONDRIEU	
Rhône - Centre de soins Adolescents - GIVORS	
Rhône - CMP - GLEIZE	

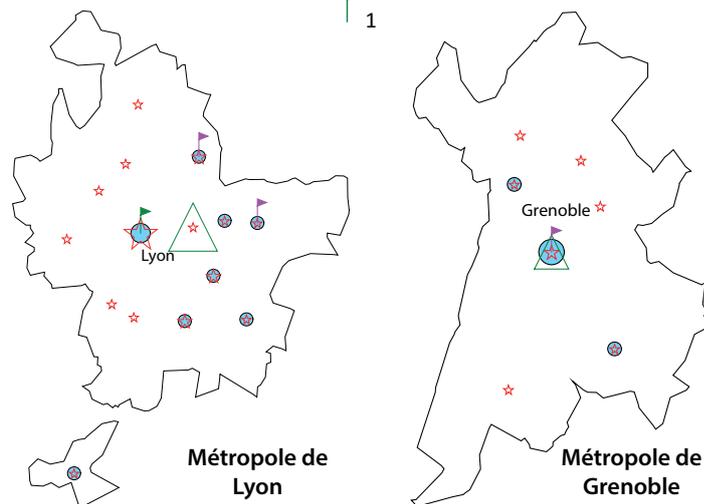
## Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes (n=266) - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), juin 2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes

- Ain - CMP - AMBERIEU EN BUGEY
- Ain - CATT - BELLEGARDE SUR VALSERINE
- Ain - CMP - BELLEGARDE SUR VALSERINE
- Ain - CATT - BELLEY
- Ain - CMP - BELLEY
- Ain - CMP Adultes de réhabilitation (Dispositif Spécialisé de Réadaptation PsychoSociale) - BOURG EN BRESSE
- Ain - CMP Adultes - Espace Villard Bourg - BOURG EN BRESSE
- Ain - Équipe mobile du Secteur Centre - BOURG EN BRESSE
- Ain - Plateforme de l'Ain - BOURG EN BRESSE
- Ain - CATT Adultes - Dubanchet - CHATILLON SUR CHALARONNE
- Ain - CMP Adultes Dubanchet - CHATILLON SUR CHALARONNE
- Ain - Équipe mobile du Secteur Ouest - CHATILLON SUR CHALARONNE
- Ain - HDJ - CHATILLON SUR CHALARONNE
- Ain - CATT - FERNEY VOLTAIRE
- Ain - CMP - FERNEY VOLTAIRE
- Ain - CMP - HAUTEVILLE LOMPNES
- Ain - CATT Adultes - Espace Côtière - MONTLUEL
- Ain - CMP Adultes - Espace Côtière - MONTLUEL
- Ain - CATT - MONTREVEL EN BRESSE
- Ain - CMP - MONTREVEL EN BRESSE
- Ain - CATT - OYONNAX
- Ain - CMP - OYONNAX
- Ain - Équipe Mobile Psychogérontologique (DPA) - BOURG EN BRESSE
- Allier - CMP Cérilly - AINAY LE CHATEAU
- Allier - CMP - BOURBON L'ARCHAMBAULT
- Allier - CMP - COMMENTRY
- Allier - CMP Est Vichy - CUSSET
- Allier - CMP - DOMPIERRE SUR BESBRE
- Allier - CMP - LE DONJON
- Allier - CMP Montluçon Est Adultes - MONTLUÇON
- Allier - CMP Montluçon Ouest - MONTLUÇON
- Allier - VAD Montluçon Ouest - MONTLUÇON
- Allier - CMP - MOULINS
- Allier - CMP - MOULINS
- Allier - CMP - SAINT POURCAIN SUR SIOULE
- Allier - CMP - VARENNES SUR ALLIER
- Allier - CMP - VICHY
- Allier - CMP - GANNAT
- Allier - CMP - LAPALISSE
- Allier - CMP - LE MAYET DE MONTAGNE
- Ardèche - CMP - ANNONAY
- Ardèche - CMP - AUBENAS
- Ardèche - Prévention récidive violences sexuelles - GUILHERAND GRANGES
- Ardèche - CMP - LAMASTRE



- Ardèche - CMP - LARGENTIERE
- Ardèche - CMP - LE CHEYLARD
- Ardèche - CMP - PRIVAS
- Ardèche - CATT - TOURNON SUR RHÔNE
- Ardèche - CMP - TOURNON SUR RHÔNE
- Cantal - CMP intersectoriel - AURILLAC
- Cantal - CMP - MAURS
- Cantal - CATT - SAINT FLOUR
- Cantal - Hôpital de Jour - SAINT FLOUR
- Drôme - CMP - antenne CMP Nyons - BUIS LES BARONNIES
- Drôme - CMP - CREST
- Drôme - Antenne du CMP Crest - DIE
- Drôme - CATT - DIEULEFIT
- Drôme - CMP - DIEULEFIT
- Drôme - CMP - MONTELMAR
- Drôme - EMPP - MONTELMAR
- Drôme - CMP - NYONS
- Drôme - CATT - PIERRELATTE
- Drôme - CMP - PIERRELATTE
- Drôme - CMP ZOLA - ROMANS SUR ISÈRE
- Drôme - Urgences psychiatriques - ROMANS SUR ISÈRE
- Drôme - CMP Saint Vallier - SAINT VALLIER
- Drôme - Centre de Remédiation Cognitive et de Réhabilitation Psychosociale - CMP - VALENCE
- Drôme - CMP - VALENCE
- Drôme - Urgences psychiatriques - VALENCE
- Drôme - Unité Sanitaire Niveau 1 (USN1) - VALENCE
- Isère - PASS Psychiatrie - BOURGOIN JALLIEU

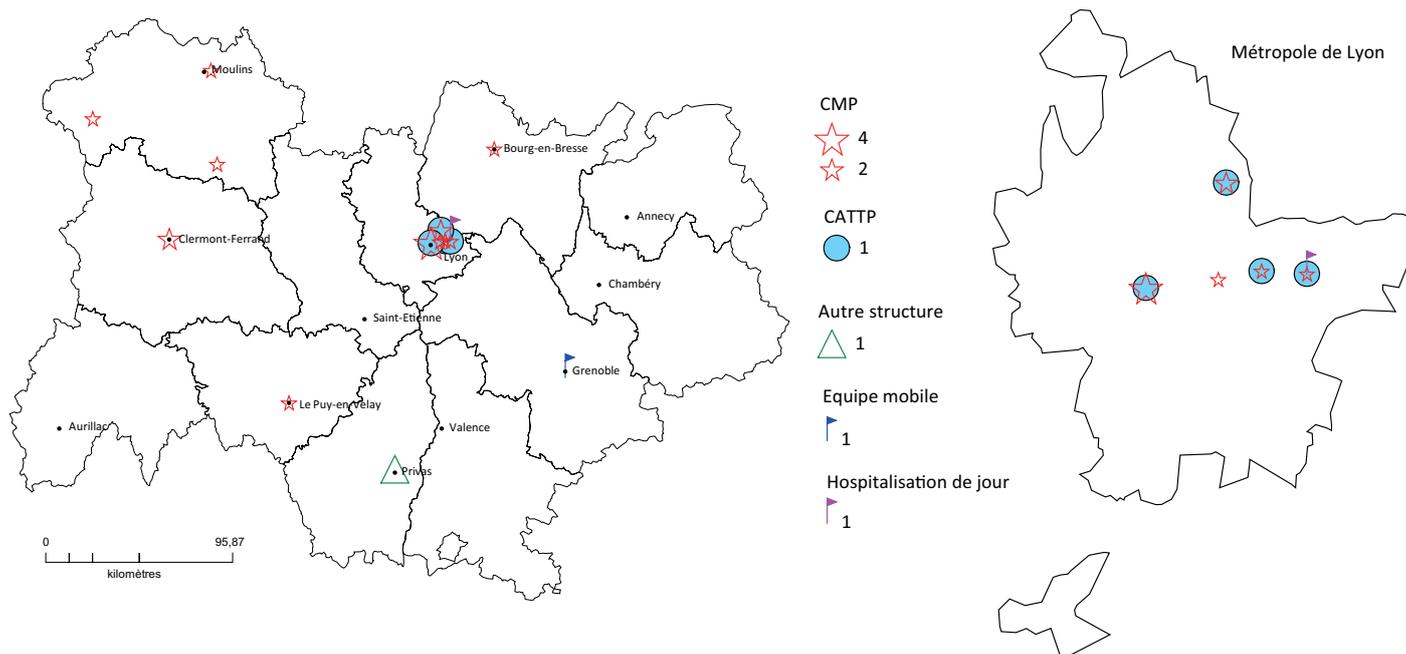
Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes (suite)

Isère - CATTI Henri EY - ÉCHIROLLES  
 Isère - Plateforme référentielle des auteurs de violences sexuelles (PFR) - ÉCHIROLLES  
 Isère - CMP - FONTAINE  
 Isère - CMP - LA TOUR DU PIN  
 Isère - CMP Saint-Eymard - LA TRONCHE  
 Isère - CMP - PONT DE CHERUY  
 Isère - CMP - VIENNE  
 Isère - CMP - VILLEFONTAINE  
 Isère - Appartement thérapeutique - BOURGOIN JALLIEU  
 Isère - CMP - BOURGOIN JALLIEU  
 Isère - Consultation en victimologie - BOURGOIN JALLIEU  
 Isère - EMPP - BOURGOIN JALLIEU  
 Isère - CATTI - CROLLES  
 Isère - CMP - CROLLES  
 Isère - CATTI - ÉCHIROLLES  
 Isère - CATTI Frantz Fanon - ÉCHIROLLES  
 Isère - CMP - ÉCHIROLLES  
 Isère - CMP Grenoble Lanteri Laura - ÉCHIROLLES  
 Isère - Équipe réseau - ÉCHIROLLES  
 Isère - HDJ Cassiopée - ÉCHIROLLES  
 Isère - CATTI - FONTAINE  
 Isère - CMP Bonnafé - GRENOBLE  
 Isère - CMP les Marronniers - GRENOBLE  
 Isère - CATTI - LA CÔTE SAINT ANDRÉ  
 Isère - CMP - LA CÔTE SAINT ANDRÉ  
 Isère - CATTI - LA MURE  
 Isère - CMP - LA MURE  
 Isère - Appartements thérapeutiques - LA TOUR DU PIN  
 Isère - Service d'Accueil Familial Thérapeutique (SAFT) - LA TOUR DU PIN  
 Isère - CATTI - LE BOURG D'OISANS  
 Isère - CMP - LE BOURG D'OISANS  
 Isère - CATTI - PONTCHARRA  
 Isère - CMP - PONTCHARRA  
 Isère - CMP - SAINT ÉGRÈVE  
 Isère - CATTI - SAINT LAURENT DU PONT  
 Isère - CMP - SAINT LAURENT DU PONT  
 Isère - Soutien Psychiatrique au Médico Social (SPMS) - SAINT LAURENT DU PONT  
 Isère - CATTI Pont en Royans - SAINT MARCELLIN  
 Isère - CMP Vinay Pont en Royans - SAINT MARCELLIN  
 Isère - Équipe Mobile des Appartements Collectifs PV (EMAC) - SAINT MARCELLIN  
 Isère - CMP Dolto - SAINT MARTIN D'HÈRES  
 Isère - CATTI - TULLINS  
 Isère - CMP - TULLINS  
 Isère - CMP - VIF  
 Isère - CATTI - VILLARD DE LANS  
 Isère - CMP - VILLARD DE LANS  
 Isère - CATTI - VIZILLE  
 Isère - CMP - VIZILLE  
 Isère - CATTI - VOIRON  
 Isère - CMP - VOIRON  
 Loire - CMP - ANDREZIEUX BOUTHEON  
 Loire - CMP - FIRMINY  
 Loire - CMP - ROANNE  
 Loire - CMP - ROANNE  
 Loire - CMP - SAINT BONNET LE CHATEAU  
 Loire - CMP - SAINT CHAMOND  
 Loire - CMP/CATTI - BOEN SUR LIGNON  
 Loire - Appartements thérapeutiques - FEURS  
 Loire - CMP/CATTI - FEURS  
 Loire - Hôpital de jour - FEURS  
 Loire - CMP - MONTBRISON  
 Loire - CMP/CATTI - VEAUCHE  
 Haute-Loire - CMP - BRIOUDE  
 Haute-Loire - CMP Les Carmes - LE PUY EN VELAY  
 Haute-Loire - CMP - MONISTROL SUR LOIRE  
 Puy-de-Dôme - CMP - AMBERT  
 Puy-de-Dôme - CMP Clermont Ferrand Centre - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Clermont Ferrand Nord soins à domicile - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Clermont Ferrand Nord - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Clermont Ferrand Sud soins à domicile - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Clermont Ferrand Sud - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Consultations intersectorielles - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP consultations spécialisées - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP éducation thérapeutique du patient et aide au logement - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Équipe d'Intervention Précoce dans les Troubles Psychotiques (EIPP) - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP réhabilitation - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Rétablis Toit - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP SSAD réhabilitation - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Croix de Neyrat Nord - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP addictologie équipe de liaison - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP addictologie - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Clermont Ferrand Centre soins à domicile - CLERMONT-FERRAND  
 Puy-de-Dôme - CMP Issoire Sud soins à domicile - ISSOIRE  
 Puy-de-Dôme - CMP Issoire Sud - ISSOIRE  
 Puy-de-Dôme - CMP Riom nord soins à domicile - RIOM  
 Puy-de-Dôme - CMP Riom nord - RIOM  
 Puy-de-Dôme - Plateforme référentiel auteur infraction à caractère sexuel - RIOM  
 Puy-de-Dôme - CMP Youx Nord soins à domicile - YOUX  
 Puy-de-Dôme - CMP Youx Nord - YOUX  
 Puy-de-Dôme - CMP Cournon - COURNON D'AUVERGNE  
 Rhône - CMP - ALBIGNY SUR SAONE  
 Rhône - CATTI - BEAUJEU  
 Rhône - CMP - BEAUJEU  
 Rhône - CATTI - BRON  
 Rhône - CMP - CHAMPAGNE AU MONT D'OR  
 Rhône - CMP - CONDRIEU  
 Rhône - CATTI - DÉCINES CHARPIEU  
 Rhône - CMP - DÉCINES CHARPIEU  
 Rhône - HDJ - DÉCINES CHARPIEU  
 Rhône - CATTI Le Passage - GIVORS  
 Rhône - CMP Les Bords du Gier - GIVORS  
 Rhône - CMP - GLEIZE  
 Rhône - CMP - GRANDRIS  
 Rhône - CMP - L'ARBRESLE  
 Rhône - CMP CH - L'ARBRESLE  
 Rhône - CATTI Pierres Plantées - LYON 1<sup>ER</sup>  
 Rhône - CMP Pierres Plantées - LYON 1<sup>ER</sup>  
 Rhône - CMP Presqu'île - LYON 2<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP Vilette - LYON 3<sup>EME</sup>  
 Rhône - CATTI Quadrille PA - LYON 8<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP Quadrille PA - LYON 8<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP adultes - LYON 8<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP Quadrille - LYON 8<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP - LYON 9<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP CCOPS (Centre De Consultation et d'Orientation Psychiatrie et Surdité) - LYON 9<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP - LYON 9<sup>EME</sup>  
 Rhône - CMP Clos Saint Martin - OULLINS  
 Rhône - CMP Saint Genis - PIERRE BENITE  
 Rhône - CATTI Les Mercières - RILLIEUX LA PAPE  
 Rhône - CMP - RILLIEUX LA PAPE  
 Rhône - CMP Les Mercières - RILLIEUX LA PAPE  
 Rhône - HDJ Sonia Delaunay - RILLIEUX LA PAPE  
 Rhône - CMP Éducation Thérapeutique du Patient - SAINT CYR AU MONT D'OR  
 Rhône - CATTI Le Vieux Village - SAINT PRIEST  
 Rhône - CMP Le Vieux Village - SAINT PRIEST  
 Rhône - CATTI - SAINT SYMPHORIEN D'OZON  
 Rhône - CMP - SAINT SYMPHORIEN D'OZON  
 Rhône - CMP CH Équipe de Liaison aux Urgences (ELU) - TARARE  
 Rhône - CMP - TARARE  
 Rhône - CMP - TASSIN LA DEMI LUNE  
 Rhône - CMP - THIZY LES BOURGS  
 Rhône - CMP - THURINS  
 Rhône - CMP - VAL D'OINGT  
 Rhône - CATTI Jules Romain - VAULX EN VELIN  
 Rhône - CMP Jules Romain - VAULX EN VELIN  
 Rhône - CATTI - VÉNISSIEUX  
 Rhône - CMP de Thérapies Brèves - VÉNISSIEUX  
 Rhône - CMP - VÉNISSIEUX  
 Rhône - CMP ELSA CHNO - VILLEFRANCHE SUR SAONE  
 Rhône - CMP - VILLEFRANCHE SUR SAONE  
 Rhône - Équipe de Liaison aux Urgences - VILLEFRANCHE SUR SAONE  
 Rhône - CMP Persoz - VILLEURBANNE  
 Rhône - Maison d'Accueil Psychothérapique (MAP) - VILLEURBANNE  
 Rhône - Service de soins psychiatriques intensifs au domicile HAD - VILLEURBANNE  
 Rhône - Unité de périnatalité de psychiatrie - VILLEURBANNE  
 Rhône - Accueil Liaison Psychothérapie (ALP) - VILLEURBANNE  
 Savoie - CMP - Secteur Maurienne - AIGUEBELLE  
 Savoie - CATTI - AIX LES BAINS  
 Savoie - CMP - AIX LES BAINS  
 Savoie - CATTI - Secteur Tarentaise - ALBERTVILLE  
 Savoie - CMP - Secteur Tarentaise - ALBERTVILLE  
 Savoie - CATTI - Chambéry - Mandala - BASSENS  
 Savoie - CMP - Chambéry - Mandala - BASSENS  
 Savoie - CMP - Bourg Saint Maurice - BOURG SAINT MAURICE

## Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes (suite)

- Savoie - CATT - Champagne - CHAMBERY
- Savoie - CATT - Paul Bert - CHAMBERY
- Savoie - CMP - Champagne - CHAMBERY
- Savoie - CMP - Paul Bert - CHAMBERY
- Savoie - CMP - LA ROCHETTE
- Savoie - CATT - LE PONT DE BEAUVOISIN
- Savoie - CMP - LE PONT DE BEAUVOISIN
- Savoie - CMP - MODANE
- Savoie - CATT - MONTMELIAN
- Savoie - CMP - MONTMELIAN
- Savoie - CATT - MOUTIERS
- Savoie - CMP - MOUTIERS
- Savoie - CATT - SAINT JEAN DE MAURIENNE
- Savoie - CMP - SAINT JEAN DE MAURIENNE
- Savoie - CATT - VOGLANS
- Savoie - CMP - VOGLANS
- Savoie - CATT - YENNE
- Savoie - CMP - YENNE
- Haute-Savoie - CATT - ANNECY
- Haute-Savoie - CMP - ANNECY
- Haute-Savoie - CATT - ANNECY LE VIEUX
- Haute-Savoie - CMP - ANNECY LE VIEUX
- Haute-Savoie - CATT - Secteur Moyenne Vallée - BONNEVILLE
- Haute-Savoie - CMP - Secteur Moyenne Vallée - BONNEVILLE
- Haute-Savoie - CATT - Secteur Haute Vallée - CLUSES
- Haute-Savoie - CMP - Secteur Haute Vallée - CLUSES
- Haute-Savoie - CMP antenne de Cruseille - CRUSEILLES
- Haute-Savoie - CMP Annecy-le-Vieux - FAVERGES SEYTHENEX
- Haute-Savoie - CMP - Secteur Moyenne Vallée - LA ROCHE SUR FORON
- Haute-Savoie - HDJ - Secteur Moyenne Vallée - LA ROCHE SUR FORON
- Haute-Savoie - CATT - RUMILLY
- Haute-Savoie - CMP - RUMILLY
- Haute-Savoie - CMP - Secteur Genevois Français - SAINT JULIEN EN GENEVOIS
- Haute-Savoie - CMP - Secteur Haute Vallée - SALLANCHES
- Haute-Savoie - HDJ - Secteur Haute Vallée - SALLANCHES
- Haute-Savoie - CATT - SEYNOD
- Haute-Savoie - CMP - SEYNOD
- Haute-Savoie - CMP site Annecy de Vieux - Antenne de Thônes - THONES
- Haute-Savoie - CMP - Centre Joseph Daquin - VÉTRAZ MONTHOUX

## Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour personnes âgées de 65 ans et plus (n=23)- Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), juin 2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour personnes âgées de 65 ans et plus

- Ain - CMP Personnes Âgées (DPA) - BOURG EN BRESSE
- Allier - CMP Est Personnes âgées - MONTLUÇON
- Allier - CMP Personnes Âgées - VICHY
- Allier - CMP psychogériatrie - YZEURE
- Ardèche - USLD Ste Jeanne d'Arc - PRIVAS
- Isère - Equipe mobile de psychiatrie du sujet âgé - ÉCHIROLLES
- Haute-Loire - CMP personnes âgées - LE PUY EN VELAY
- Puy-de-Dôme - CMP psychiatrie de la personne âgée - CLERMONT FERRAND
- Puy-de-Dôme - CMP SSAD psychiatrie de la personne âgée - CLERMONT FERRAND
- Rhône - CATT personnes âgées - DÉCINES CHARPIEU
- Rhône - CMP personnes âgées - DÉCINES CHARPIEU
- Rhône - HDJ personnes âgées - DÉCINES CHARPIEU
- Rhône - CATT Personnes Âgées Pierres Plantées - LYON 1<sup>ER</sup>
- Rhône - CMP Personnes Âgées Pierres Plantées - LYON 1<sup>ER</sup>
- Rhône - CMP Personnes Âgées Presqu'île - LYON 2<sup>ÈME</sup>
- Rhône - CMP Simone de Beauvoir - LYON 8<sup>ÈME</sup>
- Rhône - CMP Personnes âgées - LYON 8<sup>ÈME</sup>
- Rhône - CATT PA Les Mercières - RILLIEUX LA PAPE
- Rhône - CMP personnes âgées - RILLIEUX LA PAPE
- Rhône - CMP PA Les Mercières - RILLIEUX LA PAPE
- Rhône - CATT personnes âgées Jules Romain - VAULX EN VELIN
- Rhône - CMP personnes âgées Jules Romain - VAULX EN VELIN
- Rhône - CMP Personnes Âgées Persoz - VILLEURBANNE

## Sources de données et méthode

### Données de mortalité

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

**Les taux spécifiques de mortalité par suicide par âge** sont calculés en rapportant le nombre moyen annuel de décès par suicide sur une période de trois ans (2014-2016, l'année centrale étant indiquée) pour une classe d'âge spécifique à la population d'Auvergne-Rhône-Alpes de cette même classe d'âge.

**Les taux standardisés de mortalité par suicide** ont été calculés pour chaque année par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France entière 2015 constituant la référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observée dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les classes d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 10-14 ans, 15-19 ans, ..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

**L'évolution des taux de mortalité par suicide** est analysée à l'aide d'une modélisation de ces taux par régression linéaire. La variable indépendante était le temps exprimé en années.

### Les données d'hospitalisation

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

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

**Les taux spécifiques d'hospitalisation pour tentative de suicide par âge** ont été calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers sur une période de trois ans [2017-2019] d'une classe d'âge donnée à la population de cette même classe d'âge.

**Les taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide** ont été calculés pour chaque année par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France entière 2015 constituant la référence. Cette standardisation rend possible les comparaisons des taux entre les territoires en éliminant les différences d'âge de la population observée dans les territoires. La valeur du taux standardisé est liée à la structure d'âge de la population de référence. De ce fait, il faut prendre en compte l'écart observé entre les différents taux standardisés plutôt que la valeur absolue des taux. Les classes d'âge utilisées pour le calcul des taux standardisés sont 10-14 ans, 15-19 ans, ..., 80-84 ans, 85 ans et plus.

**L'évolution des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide** est analysée à l'aide d'une modélisation de ces taux par régression linéaire. La variable indépendante était le temps exprimé en années.

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

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

## Principales modifications de méthode par rapport aux indicateurs présentés dans les précédents bulletins

	Bulletin actuel	Bulletins précédents
Population cible	10 ans et plus	Population entière
Période de calcul des taux standardisés	Taux annuels	Taux lissés sur trois ans
Dénominateur des taux	Population de l'année n	[Population année n + Population année (n+1)] / 2
Population de référence pour les taux standardisés	France entière 2015	France métropolitaine 2012
Séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide	Exclusion des séjours avec un code PMSI non valide Exclusion des séjours d'une personne ayant eu deux hospitalisations à une même date	Inclusion des séjours ayant un code PMSI non valide

### Les passages aux urgences pour tentative de suicide

L'analyse des tentatives de suicide (TS) a été réalisée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences (SU) participant au réseau Oscour®. 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 suicide présentées dans ce bulletin (causes médicales de décès et séjours hospitaliers enregistrés dans le PMSI) n'étant exhaustives, les passages aux urgences pour TS constituent une source complémentaire de surveillance et les résultats présentés ci-dessus doivent être mis en perspective avec ceux issus des autres sources de données.

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

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants est proche de l'exhaustivité (95 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'améliore mais demeure hétérogène entre les départements en 2019.

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

Le guide méthodologique du PMSI [4] précise que « pour les séjours dont suicide ou tentative de suicide sont le motif, (il faut) un diagnostic principal codé avec le chapitre XIX de la CIM-10 (Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe) et en diagnostics associés (...) un code du groupe X60–X84 du chapitre XX pour enregistrer le caractère auto-infligé des lésions et le ou les moyens utilisés ». Ces consignes de codage ont été rappelées en fin d'année 2017 aux établissements par le Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'information médicale (Craim) et certains établissements particulièrement sensibilisés ont entrepris des actions en vue d'améliorer leur pratique en la matière.

### Les données de mortalité du CépiDc

La validité des données de mortalité par suicide a longtemps été questionnée. Largement étudiées [5], 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 [6], sur des données de mortalité de 2006 montrait une sous-estimation de 22 % des décès par suicide dans la région. Néanmoins, celle-ci ne modifiait pas le rang de la région au niveau national, après correction.

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

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

## Précisions méthodologiques sur les inégalités sociales de mortalité par suicide

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

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

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

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

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

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

### Tests de comparaison des taux standardisés et analyse des évolutions

Les taux standardisés de mortalité ont été comparés en faisant l'hypothèse que les effectifs de décès suivent une loi normale et que les variations aléatoires des taux de décès observés dans la population étudiée par classe d'âge sont indépendantes. Les tests sont basés sur la convergence de la loi de Poisson vers la loi normale. Ils supposent que les effectifs de décès observés sont suffisants [7].

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

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

## Liste des abréviations

ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé	ESMPI : Établissement de santé mentale Portes de l'Isère
APL : Accessibilité potentielle localisée	Finess : Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
ARS : Agence régionale de santé	HDJ : Hospitalisation de jour
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	IML : Institut médico-légal
Caarud : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue	Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel	Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences	MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
CH : Centre hospitalier	OMS : Organisation mondiale de la santé
CHU : Centre hospitalier universitaire	ONS : Observatoire national du suicide
CIM : Classification internationale des maladies	ORS : Observatoire régional de la santé
CMP : Centre médico-psychologique	Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
CRA : Centre de rétention administrative	PAEJ : Point accueil écoute jeunes
Craim : Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'information médicale	PASS : Permanence d'accès aux soins de santé
Csapa : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	PIB : Produit intérieur brut
DA : Diagnostic associé	PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
DP : Diagnostic principal	RPU : Résumé de passage aux urgences
DR : Diagnostic relié	Smur : Structure mobile d'urgence et de réanimation
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SPF : Santé publique France
Elsa : Équipe de liaison et de soins en addictologie	SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
EMPP : Équipe mobile psychiatrie-précarité	TS : Tentative de suicide
	UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

## Bibliographie

- [1] Observatoire national du suicide. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information, Observatoire national du suicide - 4<sup>ème</sup> rapport. Paris:Drees;2020,272p. [[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons\\_2020.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons_2020.pdf)]
- [2] 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>]
- [3] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2020;6:1-34. [[http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull6\\_2020.pdf](http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull6_2020.pdf)]
- [4] Ministère des solidarités et de la santé. Guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Paris:Ministère des solidarités et de la santé;2020,164p. [[https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3735/guide\\_methodo\\_2020\\_6\\_bis\\_version\\_bo.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3735/guide_methodo_2020_6_bis_version_bo.pdf)]
- [5] 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)]
- [6] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglà E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Décembre 2011;(47-48):497-500.
- [7] Jouglà E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population, Revue d'épidémiologie et de santé publique. Mars 1997;43(1):78-84.
- [8] 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)]
- [9] 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)]



### Pour citer ce bulletin :

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2021;7:1-42.

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

*Dr Bénét T. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Bertrand C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Casamatta D. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Chambe F. (ARS 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), Fradet MR. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU de Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psycho trauma), Giovannini E. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Godechot B. (CHAI Grenoble), Guisard-Lecomte K. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Leaune E. (CH Le Vinatier, CPS/PSymobile), Dr Lingk D. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 38), Dr Mannoni C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Marquis F. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes, DD 07-26), Pr Massoubre C. (CHU de Saint-Étienne, Urgences psychiatriques), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Poulet E. (Hôpital Édouard Herriot, Urgences psychiatriques / CH Le Vinatier, Centre de prévention du suicide), Saura C. (Responsable de la Cellule Auvergne-Rhône-Alpes, Santé Publique France), Vaissade L. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes).*