Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes









BULLETIN N°9 - JANVIER 2023

La publication de ce 9^{ème} bulletin régional est l'occasion de rappeler que le suicide est une préoccupation mondiale avec une estimation d'un million de vies perdues chaque année. Mais, dans ce contexte, il est indispensable d'avoir à l'esprit que la France se distingue plutôt défavorablement. Malgré des progrès incontestables, elle présente, en effet, toujours un des taux les plus élevés de décès par suicide en Europe, avec environ 200 000 tentatives de suicide par an et 12,5 suicides pour 100 000 habitants, alors que la moyenne européenne est de 10,8.

Le 5ème rapport de l'Observatoire National du Suicide, publié en septembre 2022, nous rappelle aussi que la santé mentale de la population française s'est globalement dégradée sous l'effet de la crise sanitaire. Ainsi, si les gestes suicidaires ont été plutôt en baisse au début de la pandémie, ils ont été en forte hausse chez les jeunes, en particulier chez les jeunes femmes, à partir du second semestre 2020. Ce rapport nous apprend aussi, sans surprise, que le risque suicidaire est fortement influencé par la situation sociale de chaque individu.

A cet égard, la pandémie a révélé, un peu plus, et amplifié les inégalités sociales de santé, malgré la mise en œuvre de politiques publiques pour les réduire et l'engagement quotidien des professionnels de santé publique.

C'est pourquoi il convient d'insister à nouveau sur la nécessité de renforcer et mettre en œuvre dans toutes ses composantes la stratégie nationale de prévention du suicide déployée depuis 2019. A cet égard, le Ministère de la Santé et de la Prévention a réaffirmé cet objectif par une instruction du 6 juillet 2022 avec une feuille de route encore plus ambitieuse articulée autour des 5 axes historiques :

- le maintien du contact avec les suicidants et, donc, la consolidation du dispositif VigilanS et une sensibilisation au dispositif de l'ensemble des services d'urgence d'ici 2027 pour une inclusion optimale des patients;
- le dispositif de formation au repérage, à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes à risque suicidaire;
- la prévention de la contagion suicidaire avec trois priorités d'intervention : la sensibilisation des médias, l'identification des lieux à risque (Hotspots) afin d'améliorer les modalités de protection, le développement de la postvention individuelle et collective;
- le numéro national de prévention du suicide activé depuis plus d'un an pour répondre à la détresse de celles et ceux qui ont des pensées suicidaires;
- l'information du public à travers des campagnes nationales relayées par l'ARS et les opérateurs locaux.

Outre les données épidémiologiques actualisées, ce nouveau bulletin annuel permet de mettre en exergue quelques dispositifs qui illustrent la dynamique dans laquelle sont engagés les acteurs de la prévention du suicide dans les territoires d'Auvergne-Rhône-Alpes. C'est aussi l'occasion de les en remercier vivement.

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

SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes	2
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suic en Auvergne-Rhône-Alpes	
VigilanS	.13
Les passages aux urgences pour tentative de suicide	.14
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes	17
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes	18
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes	19
Les chiffres et les points clés	20
Le 3114, numéro national de prévention du suicide	21

Enquête auprès de psychologues et de conseillers or missions locales sur le risque suicidaire des jeunes accue en missions locales en Auvergne-Rhône-Alpes	illis
Idéations suicidaires et risque de passage à l'acte chez étudiant·e·s : analyses des données issues de la ligne d'éco Nightline	ute
Cartes ressources	28
Sources de données et méthode	31
Consignes de codage et amélioration de la codification	33
Liste des abréviations	33
Ribliographio	2/

Rappel: contexte national

Les décès par suicide

En France métropolitaine, un peu plus de 8 200 décès par suicide ont été comptabilisés en 2017, 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 1,6 % par an entre 2000 et 2017 (soit -31,6 % sur l'ensemble de la période) et s'inscrit ainsi dans une tendance à la baisse depuis les années 1980. Malgré cela, la France continue de faire partie des pays d'Europe où le taux de décès par suicide est élevé selon l'Observatoire national du suicide [1].

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

Les tentatives de suicide

En 2021, selon les données du PMSI, environ 86 300 séjours hospitaliers ont été enregistrés dans un service de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) après une tentative de suicide chez les personnes de 10 ans et plus en France métropolitaine. Les tentatives de suicide concernent majoritairement les femmes.

Ces hospitalisations pour tentative de suicide en MCO, relativement stables depuis 2013, avaient fortement diminué en 2020 dans un contexte d'épidémie de Covid-19 et de diminution générale du nombre de séjours hospitaliers quel que soit le motif hors Covid-19 [2]. En 2021, les hospitalisations pour tentative de suicide en MCO sont en augmentation par rapport à 2020 sans toutefois retrouver le niveau de 2019.

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

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

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

Sur la période 2015-2017, 910 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région. Trois quarts de ces décès concernent des hommes (75,3 %). Le nombre de décès par suicide diminue depuis 2009 dans la région comme en France métropolitaine (cf. figure 1). Par comparaison, le nombre de décès par suicide est 2,2 fois plus élevé dans la région que ceux causés par les accidents de la circulation (410 décès de pesonnes impliquées dans un accident de la circulation en 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes¹). Pour la France métropolitaine, le nombre de décès par suicide est près de 2,4 fois supérieur à celui des décès par accidents de la circulation (3 448 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2017).

Depuis l'année 2000, une baisse globale et significative² du taux de mortalité par suicide est observée en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine (cf. figure 2), tendance observée chez les hommes et chez les femmes.

Entre 2000 et 2017, le taux standardisé de mortalité par suicide a baissé de 2,7 % par an dans la région (-2,4 % pour la France métropoliaine). Comme le souligne l'Observatoire national du suicide, la diminution progressive de la mortalité par suicide reste lente et faible : elle encourage à un redoublement des efforts de prévention [1]. Le taux régional en 2017, deux sexes ensemble, est significativement inférieur au taux national.

- Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2017.
- Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 31-32).

Figure 1 - Évolution du nombre de décès par suicide de 2000 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



Source: Inserm-CépiDc 2000-2017 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 2 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide de 2000 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

Taux pour 100 000 hab. 25,0 20,7 20,9 21,1 20,7 20,5 20,0 15.0 16,0 10.0 5,0 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 ← Auvergne-Rhône-Alpes --- France métropolitaine

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2017 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

^{*} Standardisation directe sur âge

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

Le taux standardisé de mortalité par suicide est, comme les années précédentes, plus élevé en 2017 chez les hommes que chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figure 3). Cette surmortalité par suicide des hommes est observée dans tous les pays du monde selon l'Organisation mondiale de la santé, mais dans une proportion plus forte dans les pays à revenu élevé, dont la France [3].

Comme sur la période précédente (2014-2016), la situation de la région 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 2015-2017 comme sur la période précédente (2014-2016), les personnes âgées de 45 à 59 ans concentrent le plus de décès par suicide : un tiers (33,2 %) des décès par suicide recensés dans la région concernent cette classe d'âge (cf. figure 4). Cette part est légèrement moindre pour la France métropolitaine (31,7 %).

En Auvergne-Rhône-Alpes, le nombre de décès par suicide chez les hommes augmente avec l'âge jusqu'à 55-59 ans (sur la période précédente, il n'augmentait que 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 chez les hommes augmente jusqu'à 45-49 ans puis diminue jusqu'à 70-74 ans pour augmenter après 75 ans.

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 de manière irrégulière selon les classes d'âge, comme en France métropolitaine.

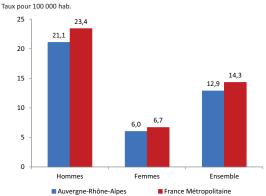
Le poids des décès par suicide dans l'ensemble des décès plus élevé chez les jeunes adultes

Sur la période 2015-2017, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,3 % de l'ensemble des décès (*versus* 1,5 % en France métropolitaine et 1,4 % pour la région sur la période précédente).

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

Quel que soit le sexe, la part des décès par suicide dans l'ensemble des décès a légèrement diminué depuis 2000 : sur la période 2000-2002, cette part s'élevait à 2,8 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes. La baisse est liée à une diminution du nombre de décès par suicide plus forte que l'augmentation du nombre de décès global observée entre les deux périodes 2000-2002 et 2015-2017.

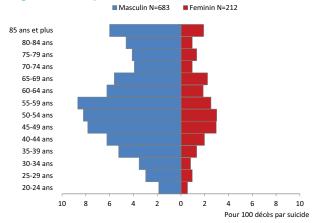
Figure 3 - Taux standardisés* de mortalité par suicide par sexe en en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine en 2017



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2017 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 4 - Répartition des décès par suicide par sexe et âge en Auvergne-Rhône-Alpes, 2015-2017



Source: Inserm-CépiDc 2015-2017 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2015-2017

		_	
	Hommes	Femmes	Ensemble
10-14 ans	8,9 %	7,9 %	8,5 %
15-19 ans	10,2 %	9,8 %	10,1 %
20-24 ans	14,6 %	9,6 %	13,1 %
25-29 ans	18,7 %	17,0 %	18,2 %
30-34 ans	16,9 %	8,3 %	14,1 %
35-39 ans	19,7 %	9,9 %	16,4 %
40-44 ans	14,3 %	9,5 %	12,8 %
45-49 ans	10,7 %	7,4 %	9,5 %
50-54 ans	7,4 %	5,0 %	6,5 %
55-59 ans	5,0 %	3,0 %	4,4 %
60-64 ans	2,5 %	1,5 %	2,2 %
65-69 ans	1,7 %	1,3 %	1,6 %
70-74 ans	1,1 %	0,5 %	0,9 %
75-79 ans	1,0 %	0,5 %	0,8 %
80-84 ans	0,8 %	0,2 %	0,5 %
85 ans et plus	0,5 %	0,1 %	0,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	2,1 %	0,6 %	1,3 %
France métropolitaine	2,2 %	0,7 %	1,5 %

Source: Inserm-CépiDc 2015-2017 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

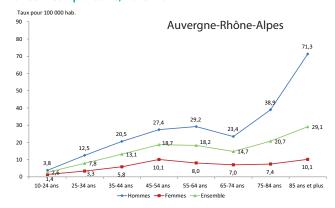
Les courbes représentant les taux spécifiques de mortalité par suicide (cf. Sources de données et méthode p. 31-32) par classe d'âge et par sexe suivent, globalement, la même tendance en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. figures 5 et 6).

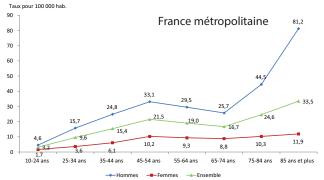
En 2015-2017, comme sur la période précédente, le taux spécifique de mortalité par suicide chez les hommes augmente fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. En Auvergne-Rhône-Alpes, il passe de 12,5 décès par suicide pour 100 000 hommes de 25-34 ans à 71,3 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. En France métropolitaine, ces taux sont plus élevés et 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 légèrement jusqu'à 74 ans pour augmenter de nouveau à partir de 75 ans. Le taux spécifique de mortalité par suicide est le plus élevé chez les femmes âgées de 45-54 ans et de 85 ans et plus (10,1 décès pour 100 000 femmes). Chez les femmes âgées de 85 ans et plus de la région, le taux spécifique de mortalité par suicide demeure inférieur à la valeur nationale mais il a nettement augmenté par rapport à la période précédente (7,7 pour 100 000 en 2014-2016). Ce constat d'une mortalité par suicide différente selon le sexe et les classes d'âge doit être pris en compte pour le développement et le suivi du déploiement des actions de prévention.

En Auvergne-Rhône-Alpes, comme en France métropolitaine, tous les groupes d'âge sont concernés par la baisse globale de la mortalité par suicide depuis l'année 2000 (cf. figure 7). Toutefois, des sous-périodes de hausse significative sont identifiées : le taux de mortalité par suicide augmente significativement dans la région entre 2007 et 2010 chez les 45-59 ans et entre

Figure 5 et 6 - Taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide par classe d'âge et par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

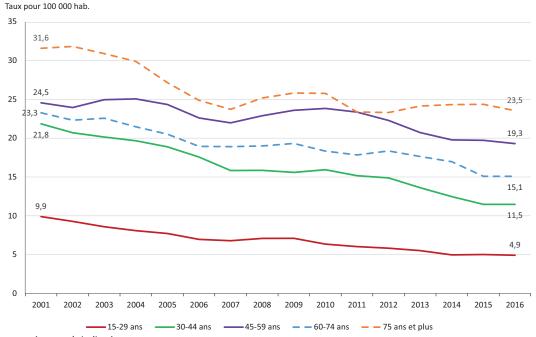




* Taux lissés sur 3 ans Sources : Inserm-CépiDc, données 2015-2017 ; Insee, estimation de population -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

2011 et 2015 chez les 75 ans et plus. L'augmentation chez les 45-59 ans entre 2007 et 2010 est plus marquée en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine. Ce dernier constat peut être mis en lien avec l'impact de la crise économique de 2008-2009, cette crise ayant particulièrement affecté l'ancienne région Rhône-Alpes selon l'Insee [4].

Figure 7 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2017



^{*} Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée Sources : Inserm-CépiDc, données 2000-2017 ; 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 8) en Auvergne-Rhône-Alpes.

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

Chez les hommes, la part des décès par pendaison parmi l'ensemble des décès par suicide est en léger recul en 2015-2017 par rapport à la période précédente alors que depuis le début des années 2000 elle n'avait cessé d'augmenter en Auvergne-Rhône-Alpes. Au contraire, la part des décès par arme à feu est en augmentation par rapport à la période précédente.

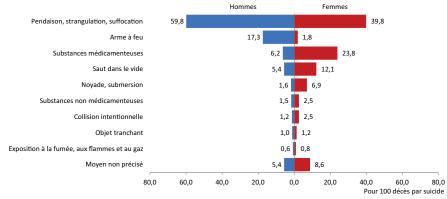
Chez les femmes de la région, la part de décès par pendaison parmi les décès par suicide a légèrement augmenté par rapport à la période précédente alors que la part de décès par substances médiamenteuses a légèrement diminué.

De fortes disparités départementales

Les taux standardisés de mortalité par suicide par sexe sont, depuis le début des années 2000, inférieurs en Auvergne-Rhône-Alpes à ceux enregistrés en France métropolitaine. Ces moyennes régionales masquent toutefois des disparités importantes entre les départements de la région (cf. figure 9).

En 2017, l'Ain, l'Allier, l'Ardèche et la Loire ont des taux standardisés de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, significativement supérieurs à la valeur régionale. Au contraire, le Rhône a un taux de mortalité deux sexes ensemble significativement inférieur. Chez les hommes, dans l'Ain, l'Ardèche et la Loire, le

Figure 8 - Répartition des suicides selon le mode opératoire en Auvergne-Rhône-Alpes, 2015-2017



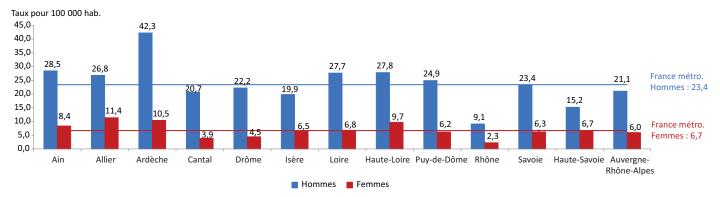
Source: Inserm-CépiDc, données 2015-2017 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Par rapport à la France métropolitaine, les parts de décès par saut dans le vide et par substances médicamenteuses parmi l'ensemble des décès par suicide sur la période 2015-2017 sont supérieures en Auvergne-Rhône-Alpes, en particulier chez les femmes (respectivement +1,2 points et +1,1 points). Au contraire, la part des décès par pendaison parmi l'ensemble des décès par suicide est moins élevée en Auvergne-Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine, chez les hommes (-1,8 points) comme chez les femmes (-2,6 points). La part de décès par arme à feu chez les hommes en Auvergne-Rhône-Alpes est supérieure (+1,3 points) à celle observée en France métropolitaine.

taux standardisé de mortalité par suicide en 2017 est significativement plus élevé que celui de la région ; il est au contraire plus faible dans le Rhône et en Haute-Savoie. Chez les femmes, ce taux est significativement plus faible dans le Rhône par rapport à la valeur régionale.

Les taux de mortalité par suicide particulièrement faibles dans le Rhône s'expliquent en partie par une sous-estimation au niveau de l'Institut médico-légal (IML) de Lyon attribuée notamment à l'absence de précision sur la cause de décès après une investigation de justice (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 33).

Figure 9 - Taux standardisés* de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2017



^{*} Standardisation directe sur âge

Sources: Inserm-CépiDc 2017; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2017 présentée cidessous (cf. figure 10) porte sur des taux calculés chaque année. Les effectifs de décès annuels par suicide étant relativement faibles pour certains départements, les fluctuations annuelles des taux de mortalité par suicide sont parfois importantes.

Pour chaque département, une analyse par régression linéaire permet de qualifier l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide dans le temps. Dans la majorité des départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), le taux standardisé de mortalité par suicide baisse de manière significative sur l'ensemble de la période (2000 à 2017), chez les hommes comme chez les femmes. Dans le Cantal et en Haute-Loire, il s'agit d'une tendance à la baisse¹ du

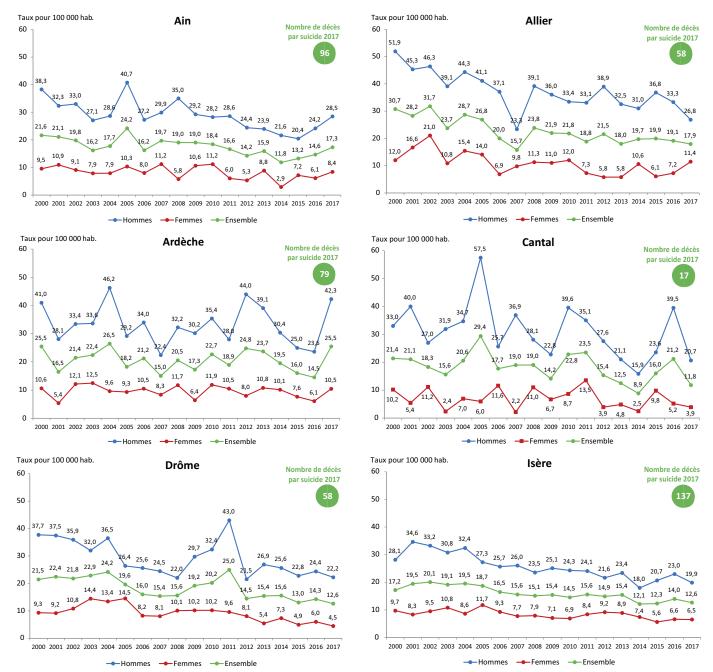
p=0,0599 et p=0,0681 respectivement pour le Cantal et la Haute-Loire

taux de mortalité par suicide deux sexes ensemble sur la période 2000 à 2017. En Savoie et en Ardèche, l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide est instable sur la période.

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

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

Figure 10 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2017



^{*} Standardisation directe sur âge

Sources: Inserm-CépiDc 2000-2017; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 10 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2017 (suite)



* Standardisation directe sur âge

Sources: Inserm-CépiDc 2000-2017; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auverque-Rhône-Alpes

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

- En 2017, 902 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,2 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,7 % par an).
- Après une augmentation du taux de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 75 ans et plus entre 2011 et 2015, une baisse est observée à partir de 2016 : le prochain bulletin examinera si cette inversion de tendance s'inscrit dans le temps.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide (2015-2017), deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation et chez les 25-34 ans après les tumeurs.
- Les décès par suicide (2015-2017) représentent 1,3 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-59 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 33,2 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble plus élevés que le taux régional dans certains départements : Ain, Allier, Ardèche et Loire.
- 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 chez les deux sexes entre 2000 et 2017. Dans le Cantal et la Haute-Loire, il s'agit d'une tendance à la baisse du taux deux sexes ensemble. En Ardèche et en Savoie, évolution instable du taux standardisé de mortalité par suicide depuis 2000.
- La pendaison, 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en léger recul sur la période 2015-2017.
- 4,1 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 41,6 % concernent les 45-64 ans et 31,6 % les 65 ans et plus.

Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes inférieurs aux taux nationaux et en diminution depuis 2018 sauf chez les plus jeunes

Sur la période 2019-2021, 9 532 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (cf. Sources de données et méthode p. 31-32) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 11).

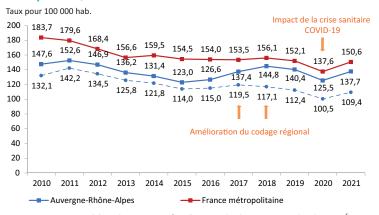
Une augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide avait été enregistrée dans la région entre 2015 et 2018 (+6,1 % par an), en lien avec l'amélioration de la qualité du codage engagée dans plusieurs établissements de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 33).

engagée dans plusieurs établissements de la région (cf. Consignes de codage et Source: ATIH P amélioration de la codification p. 33).

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

pour tentative de suicide observé en 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes s'était nettement accentué en 2020 (-10,2 % contre -9,3 % pour la France métropolitaine) [5]. Cette diminution était survenue en 2020 dans un contexte sanitaire de pandémie de Covid-19 dans lequel une baisse de 15,1 % du nombre de séjours hospitaliers,

Figure 12 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2021



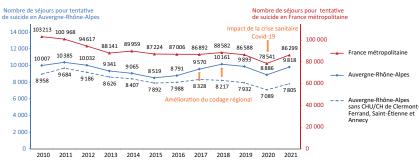
 ^{- ◆ –} Auvergne-Rhône-Alpes sans CHU/CH d'Annecy, de Clermont-Ferrand et de Saint-Étienne

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2021, 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 2021 chez les femmes que chez les hommes, en région comme en France métropolitaine (cf. figure 13). Ainsi, 174 séjours pour 100 000 femmes sont enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes contre 102 pour 100 000 hommes.

Pour les deux sexes, les taux restent plus bas dans la région qu'en France métropolitaine. Les écarts s'étaient resserrés ces dernières années, probablement en lien avec les efforts d'amélioration du codage fournis dans la région.

Figure 11 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2021

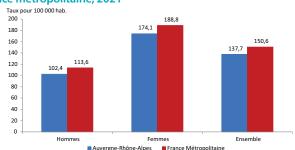


Source: ATIH PMSI-MCO 2010-2021 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

quel que soit le motif hors Covid-19, était enregistrée en Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à 2019 (-13 % pour la France) [2]. En 2021, le nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide dans la région augmente de 10,5 % par rapport à 2020 (+9,9 % pour la France métropolitaine) sans toutefois retrouver le niveau de 2019.

Après une baisse significative jusqu'en 2015 (-3,6 % en moyenne par an), le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide dans la région enregistrait une hausse significative sur la période 2015-2018 (+5,6 % par an), liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 33). Depuis 2018, une tendance à la baisse est observée dans la région (-1,7 % par an), baisse accentuée en 2020 en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement (cf. figure 12). Le taux augmente toutefois en 2021 sans retrouver le niveau de 2019. À l'échelle de la France métropolitaine, ce taux connaît globalement une baisse significative depuis 2010 (-1,8 % en moyenne par an), qui s'est nettement accentuée en 2020 en raison du contexte sanitaire.

Figure 13 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021



^{*} Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

^{*} Standardisation directe sur âge

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

En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2019-2021, 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) :

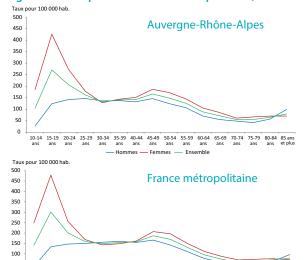
- l'un chez les 15-19 ans avec 426 séjours pour 100 000 jeunes femmes de la région (478 pour 100 000 femmes en France métropolitaine), taux en nette augmentation pour la région comme pour la France métropolitaine par rapport à 2018-2020 (+10,3 % dans les deux cas);
- l'autre, moins marqué, chez les 45-49 ans avec 187 séjours pour 100 000 femmes en Auvergne-Rhône-Alpes (207 pour 100 000 femmes en France métropolitaine), taux en diminution par rapport aux années précédentes.

Les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide évoluent différemment selon les classes d'âge (cf. figure 16). Une hausse significative¹ est observée sur l'ensemble de la période chez les moins de 15 ans (+3,8 % de croissance annuelle moyenne) et chez les 85 ans et plus (+3,1 %). Les taux ont continué à augmenter pour ces deux classes d'âge pendant les périodes incluant l'année de survenue de la pandémie de Covid-19.

Au contraire, une baisse significative est enregistrée depuis 2010 chez les 35-44 ans (-4,3 % de baisse annuelle moyenne), chez les 45-54 ans (-3,1 %) et une tendance à la baisse² chez les 75-84 ans (-0,9 %).

Chez les 65-74 ans, le taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide est relativement stable depuis 2010. Enfin, chez les 15-24 ans et les 25-34 ans, après une période de baisse, une hausse significative des taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est enregistrée depuis 2015 chez les 15-24 ans (+7,2 % d'augmentation annuelle moyenne) et chez les 25-34 ans (+2,4 % d'augmentation annuelle

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, 2019-2021



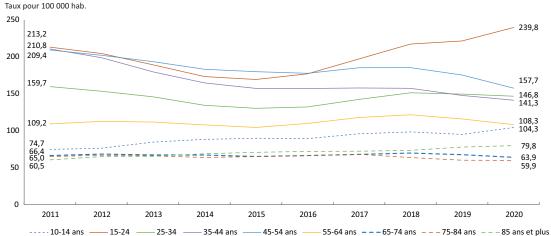
*Taux lissés sur 3 ans Sources : ATIH PMSI-MCO 2019-2021, Insee, estimation de population -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

moyenne). Chez les 25-34 ans, le taux régional a tendance à fléchir légèrement à partir de 2019. Chez les 15-24 ans, le taux régional ne cesse d'augmenter, y compris lors des périodes incluant l'année de survenue de la pandémie. Cette tendance est confortée par d'autres résultats: hausse nationale des syndrômes dépressifs et hospitalisations pour lésion auto-infligée chez les jeunes filles de 10 à 24 ans après le second confinement [12] et augmentation régionale des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans (cf. Focus p.15).

L'augmentation marquée chez les 10-24 ans observée ces dernières années dans la région se confirme. Elle est confortée par les perceptions de certains professionnels de santé d'une augmentation, ces dernières années, des passages aux urgences des mineurs pour motif psychiatrique (dont les tentatives de suicide).

Il convient de rester vigilant sur l'analyse de l'évolution des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en raison des améliorations de la qualité du codage et des effets de l'épidémie de Covid-19.

Figure 16 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, selon les groupes d'âge entre 2010 et 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes



^{*} Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

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

Les taux spécifiques sont modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 31-32).

p = 0.0579

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le premier mode opératoire

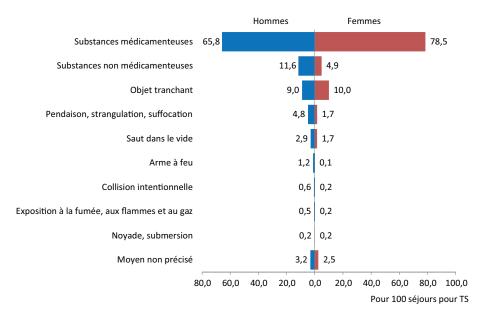
L'absorption de substances médicamenteuses demeure le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les femmes (78,5%) que chez les hommes (65,8%) hospitalisés dans la région en MCO suite à une tentative de suicide sur la période 2019-2021 (cf. figure 17). Toutefois, la légère baisse de ce mode opératoire chez les femmes observée précédemment [5, 7] se poursuit au profit de la hausse des tentatives de suicide par objets tranchants (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 22-23).

Chez les hommes, la tendance à l'augmentation des tentatives de suicide par absorption de substances non médicamenteuses observée précédemment se confirme en 2019-2021.

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

Au contraire, la part de séjours pour tentative de suicide par objet tranchant est inférieure en Auvergne-Rhône-Alpes chez les hommes (-0,6 points) et chez les femmes (-1,4 points) par rapport aux valeurs relevées pour la France métropolitaine.

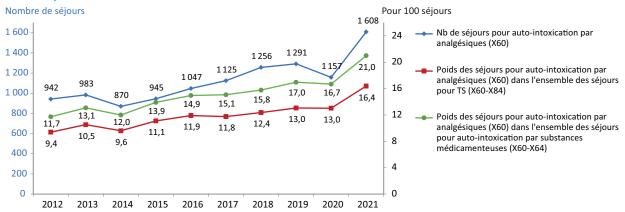
Figure 17 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon le mode opératoire, 2019-2021 – Auvergne-Rhône-Alpes



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

Chez les jeunes de 10-14 ans, la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les garçons (55,2 %) comme pour les jeunes filles (61,1 %) mais elle est moins fréquente qu'en population générale. Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par cette classe d'âge reste l'objet tranchant, en augmentation par rapport à la période précédente chez les filles (22,2 % pour les garçons et 29,3 % pour les filles). Le troisième mode opératoire est la pendaison pour les garçons (8,9 %, en augmentation par rapport à la période précédente) comme pour les jeunes filles (2,9 %, en légère diminution).

Figure 18 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2012 et 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source: ATIH PMSI-MCO 2012-2020 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes Une analyse spécifique des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques a été initiée pour répondre à des observations de terrain de psychiatres évoquant des tentatives de suicide plus nombreuses par intoxication au paracétamol¹(cf. figure 18).

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 Depuis 2012, le poids des séjours hospitaliers pour tentative de suicide par analgésiques dans l'ensemble des séjours pour tentative de suicide a augmenté en moyenne de 6,4 % par an. Cette augmentation est plus marquée chez les personnes âgées de 55-64 ans et de 75 ans et plus (respectivement +8,1 % et +7,8 %).

auto-intoxication par des analgésiques.

Une situation hétérogène selon les départements

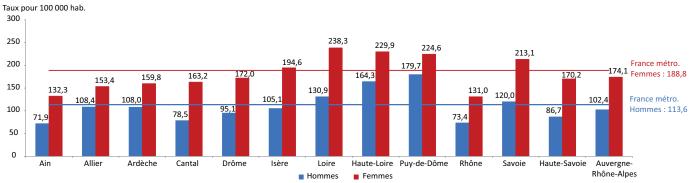
Des écarts prononcés de taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide subsistent entre les départements en 2021 (cf. figure 19).

La Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie pour les hommes comme pour les femmes et l'Isère pour les femmes ont des taux élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales. Les taux sont même supérieurs à la valeur nationale dans la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme pour les deux sexes et en Savoie pour les femmes.

Au contraire, l'Ain et le Rhône pour les deux sexes et le Cantal et la Haute-Savoie pour les hommes ont les taux les plus faibles de la région avec des valeurs significativement inférieures à celles de la région et de la France métropolitaine.

L'Allier, l'Ardèche et la Drôme pour les deux sexes et le Cantal et la Haute-Savoie chez les femmes présentent des taux proches des valeurs régionales.

Figure 19 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021



^{*} Standardisation directe sur âge

Sources: ATIH PMSI-MCO 2021, 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 2021 illustrent également l'hétérogénéité des situations départementales (cf. figure 20).

Sur la période 2010-2021, une baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, est observée dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône et une tendance à la baisse dans l'Ardèche¹. Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, une hausse significative est constatée.

Dans les autres départements (Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie), aucune tendance significative à la hausse ou à la baisse ne se dégage sur la période 2010-2021, reflétant ainsi une relative stabilité des taux. Toutefois, une tendance à l'augmentation du taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide deux sexes ensemble est observée depuis 2019 dans le Cantal, l'Isère et les départements savoyards,

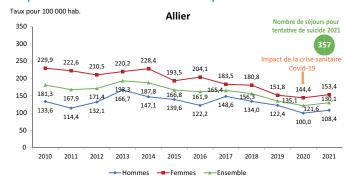
ces quatre départements atteignant en 2021 des taux supérieurs à ceux de 2019. Une attention particulière sera portée à l'analyse de l'évolution de cet indicateur dans ces départements dans le prochain bulletin.

Dans tous les départements de la région, à l'exception de la Haute-Savoie, les taux standardisés de séjours hospiltaliers en MCO pour tentative de suicide avaient baissé en 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19 [5]. Ils retrouvent en 2021 des valeurs proches de celles de 2019 à l'exception de l'Ardèche et du Rhône où les taux poursuivent leur baisse.

Pour rappel [6], 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 autoagressive directe et/ou associée.

Figure 20 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2021



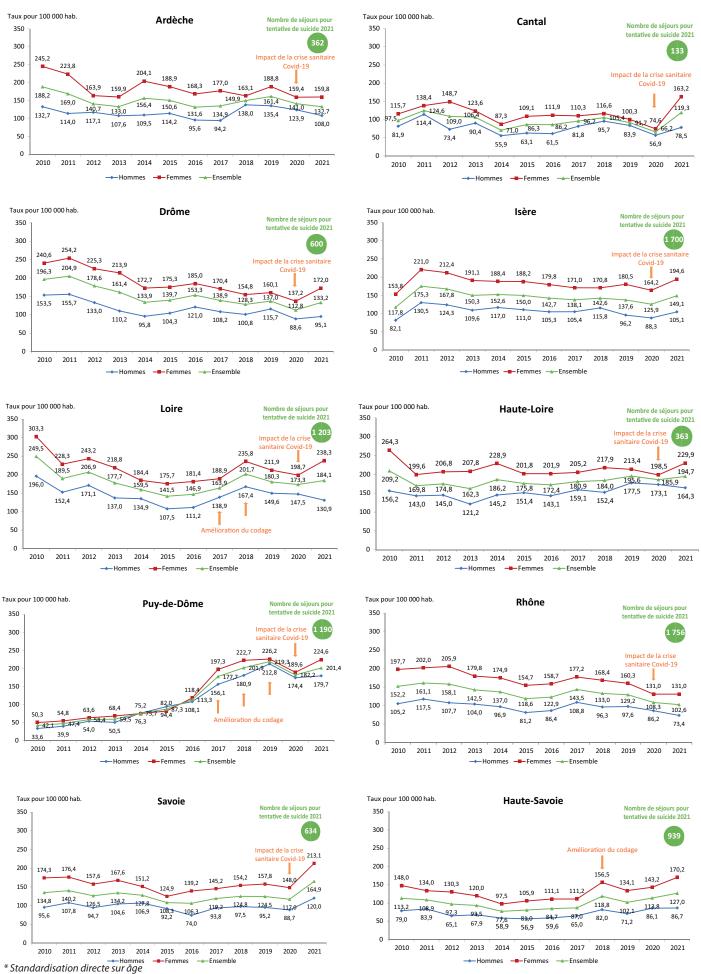


Nombre de séjours pour tentative de suicide 2021 : nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en 2021 Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

¹ p=0,0826

^{*} Standardisation directe sur âge

Figure 20 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide selon les départements de 2010 à 2021 (suite)



Nombre de séjours pour tentative de suicide 2021 : nombre de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en 2021 Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

- 9 818 séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide enregistrés en 2021.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2015-2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis tendance à la baisse depuis 2018, sauf chez les plus jeunes, baisse accentuée en 2020 (en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement).
- La majorité (64 %) 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 nette augmentation par rapport à la période précédente pour la région) et chez les femmes de 45-49 ans (taux en diminution par rapport aux années précédentes).
- Hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide depuis 2015 chez les 15-24 ans (+7,2 % d'augmentation annuelle moyenne) et chez les 25-34 ans (+ 2,4 %).
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, pour la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les hommes comme chez les femmes et l'Isère chez les femmes. Au contraire, taux standardisés les plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale, pour l'Ain et le Rhône chez les deux sexes et pour le Cantal et la Haute-Savoie chez les hommes.
- Dans quatre départements (Ain, Allier, Drôme et Rhône), baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2021 et tendance à la baisse pour l'Ardèche ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010 ; pour les autres départements (Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie), relative stabilité des taux avec une tendance à l'augmentation en Haute-Savoie depuis 2019 et une nette augmentation en 2021 en Savoie, dans le Cantal et dans l'Isère.
- 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 de l'utilisation d'objets tranchants.

VIGILANS

Depuis le lancement en juillet 2020, l'intégralité de la région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par le dispositif VigilanS avec l'intervention de quatre équipes (Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Clermont-Ferrand). Ainsi, entre janvier et octobre 2022, environ 2 600 demandes de prises en charge ont été reçues par l'ensemble des pôles de la région, soit 35 % du nombre de tentatives de suicide passant par un service d'urgences de la région sur cette même période.

Le bilan est le suivant :

- une couverture régionale qui a augmenté de 29 % par rapport à 2021;
- 4 % d'inclusions supplémentaires en 2022;
- un travail d'ancrage territorial afin de favoriser les liens avec les services d'urgences déjà existants ;
- un travail régional sur un nouvel outil informatique permettant d'intégrer VigilanS aux parcours de soin.

Rappels sur le dispositif

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

Dans une première phase, une carte dite "ressource" comportant un numéro vert est remise au patient suicidant à sa sortie du service de soins.

Les professionnels de santé autour du patient sont informés de la mise en place du dispositif.

Dans une seconde phase, un soignant de l'équipe VigilanS, se met en contact téléphonique avec le sujet suicidant entre le 5ème et le 21ème jour après la sortie de l'hôpital, puis à 3 mois et selon les situations à 6 mois.

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

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

Pour aller plus loin

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

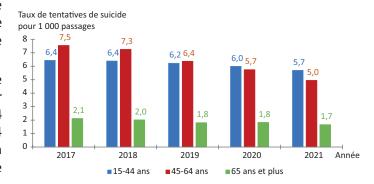
LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN 2021

En 2021, 7 456 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide ont été notifiés via le système SurSaUD® en Auvergne-Rhône-Alpes parmi 1 708 973 passages codés. Après une baisse de 15 % observée en 2020, il est à noter une hausse de 17 % en 2021 du nombre de passages pour tentative de suicide.

Le taux de recours aux services d'urgences pour tentative de suicide a quant à lui diminué, passant de 4,8 pour 1 000 passages en 2019, à 4,6 pour 1 000 en 2020 et 4,4 en 2021. La diminution est plus marquée chez les 45-64 ans où le taux est passé de 6,4 passages pour 1 000 en 2019 à 5,7 en 2020 et 5,0 en 2021 (cf. figure 21) avec une baisse tendancielle depuis 2017.

En 2021, deux tiers des recours concernaient des femmes. Contrairement aux années précédentes, la classe d'âge la plus représentée était celle des 10-24 ans (36 %) suivie des 25-44 ans (28 %) et des 45-64 ans (25 %). Près des deux tiers (62 %) des passages aux urgences pour tentative de suicide donnaient lieu à une hospitalisation et 7 % avaient un pronostic vital engagé (CCMU 4 ou 5) à l'admission. Le mode opératoire le plus fréquent en 2020 était l'auto-intoxication médicamenteuse, sans changement significatif par rapport à 2020.

Figure 21 - Taux de passages aux urgences pour tentative de suicide pour 1 000 passages codés par catégorie d'âge et année, Auvergne-Rhône-Alpes



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

Le tableau 2 compare les caractéristiques des personnes ayant eu recours aux urgences pour tentative de suicide en 2019, 2020 et 2021. Entre 2020 et 2021, une augmentation significative de la proportion de femmes est observée. De même, les patients âgés de 10 à 24 ans ont représenté une part plus importante en 2021 par rapport à 2020, puisque plus d'un tiers des passages pour tentative de suicide étaient dans cette classe d'âge.

Tableau 2 - Caractéristiques des personnes ayant réalisé un passage aux urgences pour tentative de suicide, entre 2019 et 2021, Auvergne-Rhône-Alpes

	2019		2020		2021		2021 par rapport à 2020
	N	%	N	%	N	%	p*
Sexe							<0,001
Femme	4 847	65 %	4 029	63 %	5 000	67 %	
Homme	2 630	35 %	2 346	37 %	2 454	33 %	
Classe d'âge							<0,001
10-24 ans	2 146	29 %	1 800	28 %	2 713	36 %	
25-44 ans	2 433	33 %	2 040	32 %	2 112	28 %	
45-64 ans	2 183	29 %	1 840	29 %	1 886	25 %	
65 ans et plus	715	10 %	694	11 %	743	10 %	
Gravité							NS
État stable (CCMU 1, 2, P)	3 829	52 %	2 881	46 %	3 325	47 %	
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	3 142	42 %	3 034	48 %	3 321	47 %	
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5)	435	6 %	389	6 %	487	7 %	
Hospitalisation							NS
Oui	4 890	67 %	4 113	66 %	4 470	62 %	
Non	2 457	33 %	2 146	34 %	2 771	38 %	
Mode opératoire							NS
Intoxication médicamenteuse	6 772	91 %	5 931	93 %	6 987	94 %	
Pendaison, strangulation	246	3 %	123	2 %	135	2 %	
Objet coupant/tranchant	121	2 %	110	2 %	98	1 %	
Saut dans le vide	53	1 %	29	0 %	28	0 %	
Autres ou non précisé	285	4 %	182	3 %	206	3 %	

^{*} Degré de signification statistique, test du Chi2, p<0,05 considéré comme significatif. NS : non significatif.

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

Focus: Passages aux urgences pour tentative de suicide et trouble de l'humeur chez les jeunes de 11 à 17 ans

Au niveau national, la crise liée à la pandémie de Covid-19 a eu un impact sur la santé mentale, en particulier chez les jeunes durant les périodes de confinement [1]. Des actions spécifiques de prévention chez les jeunes ont été mises en place comme les campagnes nationales du printemps 2021 « En parler c'est se soigner » qui cible les 18-24 ans et « J'en parle à » pour les 11-17 ans. Afin de décrire plus précisément ceci, une analyse complémentaire des données de passages aux urgences chez les jeunes de 11 à 17 ans a été menée. L'objectif est de décrire par sexe et classe d'âge (11-14 ans et 15-17 ans) les tendances des passages aux urgences pour tentative de suicide ou trouble de l'humeur entre 2019 et 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes.

Méthode

L'analyse des gestes suicidaires et des troubles de l'humeur a été réalisée à partir des résumés des passages aux urgences (RPU) transmis par les structures d'urgences participant au réseau Oscour®. L'ensemble des passages aux urgences entre le 1er janvier 2019 et le 31 décembre 2021 chez des personne de 11 à 17 ans avec un diagnostic codé et dont le sexe et l'âge étaient renseignés ont été extraits. En plus du regroupement syndromique « tentative de suicide », le regroupement « troubles de l'humeur » permet d'identifier les passages aux urgences pour épisode maniaque, trouble affectif bipolaire, épisode dépressif, trouble dépressif récurrent, troubles de l'humeur persistants. Les passages pour trouble de l'humeur avec tentative de suicide sur le même passage (n=114) ont été considérés comme passages pour tentative de suicide uniquement afin que les deux groupes de syndromes soient indépendants. Une analyse descriptive par année et classe d'âge a été réalisée. Afin de quantifier les variations des passages

par sexe et classe d'âge, une régression de Poisson ajustée sur le département du service d'urgence a été réalisée, l'événement étant le nombre de passages pour le syndrome (tentative de suicide ou trouble de l'humeur), la variable explicative l'année de passage (2019 [référence], 2020, 2021).

Résultats

Les tendances temporelles entre 2019 et 2021 sont différentes en fonction des classes d'âge. En effet, il existe une tendance à l'augmentation du nombre de passages pour tentative de suicide ainsi que pour trouble de l'humeur chez les 11-14 ans et les 15-17 ans, ainsi que, dans une moindre mesure, chez les 18-24 ans entre 2019 et 2021. Chez les 25-44 ans et les 45-64 ans, la tendance est plutôt à la diminution alors que le nombre annuel est stable chez les 65 ans et plus. À noter qu'en 2020, l'activité globale des passages aux urgences avait diminué de 10,4 % du fait de la pandémie de Covid-19 et des périodes de confinement national, la variation entre 2019 et 2020 peut donc être attribuée en partie à cette baisse globale d'activité.

Chez les 11-17 ans, il existe ainsi une augmentation significative de +50,2 % du nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide et de +72,1 % du nombre de passages pour trouble de l'humeur entre 2019 et 2021 (cf. tableau 3). La légère diminution du nombre en 2020 - liée à la baisse d'activité des urgences - a masqué une augmentation du taux de passages pour tentative de suicide et trouble de l'humeur qui avait débuté dès 2020. Entre 2019 et 2021, une augmentation de +48,9 % du taux de passages pour tentative de suicide et de +70,2 % du taux de passages pour les troubles de l'humeur a été identifiée.

Tableau 3 - Nombre annuel et taux de passages aux urgences pour tentative de suicide et trouble de l'humeur chez les 11-17 ans, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019-2021

Année	2019	2020	2021	Total
Tentative de suicide				
Nombre de passages pour tentative de suicide	844	668	1 268	2 780
Variation par rapport à 2019, en %	Réf.	- 20,9 %	+ 50,2 %	-
Taux, N/1 000 passages	4,5	4,7	6,7	5,4
Variation par rapport à 2019, en %	Réf.	+ 4,4 %	+ 48,9 %	-
Troubles de l'humeur				
Nombre de passages pour trouble de l'humeur	882	851	1 518	3 251
Variation par rapport à 2019, en %	Réf.	- 3,5 %	+ 72,1 %	_
Taux, N/1 000 passages	4,7	6,0	8,0	6,3
Variation par rapport à 2019, en %	Réf.	+ 27,7 %	+ 70,2 %	_

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

Une analyse stratifiée par sexe et classe d'âge (11-14 ans ou 15-17 ans) a permis d'identifier que l'augmentation chez les 11-17 ans des passages pour tentative de suicide est principalement portée par les filles de 11 à 14 ans et dans une moindre mesure de 15 à 17 ans (cf. tableau 4). L'augmentation des passages pour trouble de l'humeur est aussi la plus élevée chez les filles de 11 à 14 ans mais

se retrouve également chez les garçons de cette classe d'âge ainsi que les filles de 15 à 17 ans. Une description par département du service d'urgences, classe d'âge et sexe (données non présentées) ne montre pas de particularité territoriale au sein de la région mais les effectifs sont alors plus limités.

Tableau 4 - Nombre annuel et taux de passages aux urgences pour tentative de suicide et trouble de l'humeur chez les 11-17 ans, Auvergne-Rhône-Alpes, 2019-2021

Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide/trouble de l'humeur (taux pour 1 000 passages)	2019	2020	2021	Total
Tentative de suicide				
Filles, 11-14 ans	215 (4,1)	199 (5,1)	412 (8,0)	826 (5,8)
Garçons, 11-14 ans	43 (1,0)	50 (1,0)	58 (0,9)	151 (0,9)
Filles, 15-17 ans	440 (13,1)	320 (12,6)	638 (18,5)	1 398 (14,9)
Garçons, 15-17 ans	146 (3,9)	99 (3,3)	160 (4,0)	405 (3,8)
Troubles de l'humeur				
Filles, 11-14 ans	185 (3,5)	228 (5,8)	455 (8,8)	868 (6,1)
Garçons, 11-14 ans	81 (1,3)	68 (1,4)	128 (2,0)	277 (1,6)
Filles, 15-17 ans	413 (12,3)	389 (15,3)	702 (20,4)	1 504 (16,2)
Garçons, 15-17 ans	203 (5,4)	166 (5,5)	233 (5,8)	602 (5,6)

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

Après ajustement sur le département du service d'urgence (pour prendre en compte l'hétérogénéité entre départements), une augmentation significative des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans est retrouvée en 2021. Pour les troubles de l'humeur, cette augmentation est retrouvée en 2020 et se poursuit en 2021. Cette analyse stratifiée par sexe et classe d'âge identifie que les filles de 11 à 14 ans ont connu les plus fortes hausses en 2021 pour les tentatives de suicide (+91 % en 2021 par rapport à 2019) et dès 2020 pour les troubles de l'humeur (+65 % en 2020 et +150 % en 2021, par rapport à 2019). Chez les garçons de 11 à 14 ans, il existe une augmentation des passages pour trouble de l'humeur en 2021 (+48 %) mais pas de ceux pour tentative de suicide par rapport à 2019. Chez les filles de 15 à 17 ans, il existe aussi une augmentation marquée des passages pour trouble de l'humeur en 2020 et 2021 (+27 % en 2020, +65 % en 2021, par rapport à 2019) ainsi qu'en 2021 (+40 % par rapport à 2019) mais pas en 2020 pour les gestes suicidaires. Chez les garçons de 15 à 17 ans, il n'existe pas d'augmentation significative des passages pour tentative de suicide ou trouble de l'humeur sur la période.

Afin d'explorer si ces tendances pouvaient être attribuées à un meilleur codage ou à la venue de cas moins sévères, une description de la sévérité à l'admission et du taux d'hospitalisation après passage a été effectuée, par année, classe d'âge et syndrome. Il apparait que la sévérité à l'admission de passages pour tentative de suicide ou trouble de l'humeur ne diminue pas chez les 11-14 ans. Chez les 15-17 ans, il existe même une augmentation de la sévérité à l'admission au cours du temps. Les taux d'hospitalisation après passage pour tentative de suicide ou trouble de l'humeur sont inchangés chez les 11-14 ans alors qu'ils ont tendance à augmenter chez les 15-17 ans. Ces observations suggèrent ainsi que les tendances des passages ne sont pas liées à une modification de la qualité du recueil des cas mais traduisent une augmentation réelle.

En conclusion, une augmentation des passages aux urgences pour trouble de l'humeur ainsi que – dans une moindre mesure – pour tentative de suicide est retrouvée en Auvergne-Rhône-Alpes entre 2019 et 2021 chez les jeunes de 11 à 17 ans. Cette augmentation est particulièrement nette chez les jeunes filles de 11 à 14 ans, correspondant à la période de scolarité au collège, ainsi que, de façon moins importante, les jeunes filles de 15 à 17 ans (âge de scolarité au lycée).

La période de référence étant l'année 2019, avant la pandémie de Covid-19, cette tendance peut aux périodes de partiellement être attribuée confinement successives et d'aménagement à distance des temps scolaires et d'autres activités de la part de collégiens et lycéens. Cependant, la persistance et le renforcement de cette tendance durant l'ensemble de l'année 2021 suggère que d'autres facteurs individuels ou contextuels concourent à cette aggravation. Ainsi, durant 2021, de nombreuses restrictions aux activités sociales ont été maintenues (sport, restaurants, événements festifs, contacts familiaux pour préserver les plus âgés...) avec potentiellement un impact à moyen terme sur la santé mentale des jeunes, davantage que pour les adultes. Les données limitées recueillies lors des passages aux urgences ne permettent cependant pas de connaître les éventuels déterminants. En termes de prévention, Santé publique France a rediffusé sa campagne #JenParleA en 2022 avec un dispositif digital enrichi et une campagne d'affichage en complément. La surveillance des principaux syndromes relatifs à la santé mentale à partir des passages aux urgences et des actes SOS Médecins est à maintenir en région, en conservant une analyse spécifique chez les moins de 18 ans.

Références

- [1] Vandentorren S, Khirredine I, Estevez M, De Stefano C, Rezzoug D, Oppenchain N, et al. Premiers résultats des facteurs associés à la résilience et à la sante mentale des enfants et des adolescents (9-18 ans) lors du premier confinemen lié à la Covid-19 en France. Bull Epidémiol Hebd. Covid-19 2021;8:2-17. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/Cov_8/pdf/2021_Cov_8_1.pdf]
- 2] Bulletins hebdomadaires de surveillance syndromique de la santé mentale. [https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromiqueursaud-R/documents/bulletin-national/2022/bulletin-de-surveillanceyndromique-de-la-sante-mentale-du-18-juillet-2022]
- [3] Shweta Singh, Deblina Roy, Krittika Sinha, Sheeba Parveen, Ginn Sharma, Gunjan Joshi. Impact of Covid-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with recommendations Psychiatry Research, Volume 293, 2020: 113429. ISSN 0165-1781. [https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113429]

Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes

Les décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

Sur la période 2015-2017, 37 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes : 40 décès en 2015, 39 décès en 2016 et 33 décès en 2017. La majorité des décès (77 %) concernent des jeunes hommes (28 décès en moyenne par an). Les décès par suicide représentent 11,4 % de l'ensemble des décès recensés chez les 10-24 ans et ils constituent la 3ème cause de mortalité après les accidents de la circulation et les tumeurs. Chez les 15-24 ans, les décès par suicide représentent 11,9 % de l'ensemble des décès des 15-24 ans et constituent la 2ème cause de mortalité après les accidents de la circulation.

Le taux spécifique annuel de décès par suicide chez les 10-24 ans sur la période 2015-2017 s'élève à 2,6 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (3,8 chez les garçons et 1,4 chez les filles) versus 3,2 pour 100 000 en France métropolitaine (4,6 chez les garçons et 1,7 chez les filles). Ce taux connaît une baisse globale significative depuis 2000 dans la région (-5,1 % par an) comme en France métropolitaine (-3,5 % par an) (cf. figure 22).

Figure 22 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide de 2000 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Source : Inserm-CépiDc 2000-2017, Insee, estimation de population Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

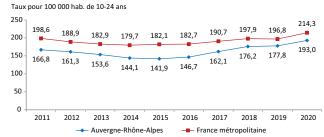
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10-24 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021

Sur la période 2019-2021, 2 864 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 : 2 720 en 2019, 2 473 en 2020 et 3 400 en 2021. Trois séjours sur quatre (74,4 %) des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (2 131 séjours en moyenne par an). Chez les 10-24 ans, un séjour sur cinq (18,7 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (535 séjours en moyenne par an sur la période 2019-2021, soit un taux de 104 pour 100 000) et 81,3 % les 15-24 ans (2 329 séjours en moyenne par an sur la période 2019-2021, soit un taux de 240 pour 100 000). Cette répartition des séjours selon la classe d'âge est similaire à celle observée lors de la période précédente.

Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans s'élève à 193 pour 100 000 (96 chez les garçons et 295 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. figure 23). Ce taux régional, inférieur à la valeur nationale, est en augmentation significative depuis 2015 (+6,3 % de croissance annuelle moyenne versus +3,3 % pour la France métropolitaine) en lien notamment avec l'amélioration du codage (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 33). Ce taux régional ne cesse de croître, même pendant les périodes incluant la survenue de la pandémie de Covid-19 (+8,6 % d'augmentation en 2019-2021 par rapport à la période 2018-

2020 et + 8,9 % pour le taux national). Cette augmentation des séjours hospitaliers pour tentative de suicide chez les 10-24 ans est concordante avec les perceptions des psychiatres de la région et avec l'augmentation des passages aux urgences pour tentative de suicide chez les 11-17 ans (cf. Focus p.15).

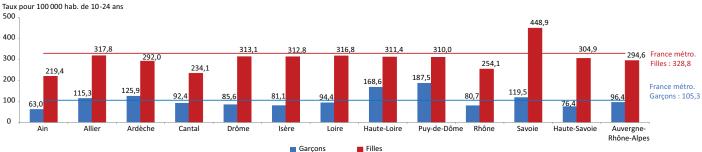
Figure 23 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 10-24 ans de 2010 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources: ATIH PMSI-MCO 2010-2021, Insee, estimation de population -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 24 - Taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les jeunes de 10 à 24 ans, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021



 $Sources: ATIH\ PMSI-MCO\ 2019-2021, Insee, estimation\ de\ population-Exploitation\ ORS\ Auvergne-Rhône-Alpes$

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

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

- 4,1 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans ; les décès par suicide constituent la 3^{ème} cause de mortalité pour cette classe d'âge après les accidents de la circulation et les tumeurs.
- Trois séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur dix (30,0 %) concernent des jeunes de 10-24 ans, proportion en augmentation par rapport à la période précédente.
- Les taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 10-24 ans poursuivent l'augmentation observée depuis 2015.

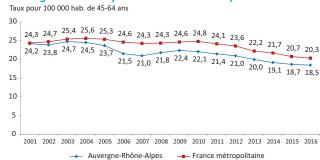
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes

Les décès par suicide chez les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

Sur la période 2015-2017, 378 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 381 en 2015, 385 en 2016 et 362 en 2017. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes (73 %, soit 278 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 et proche de celle observée pour la France métropolitaine (4,3 %).

Le taux spécifique annuel de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2015-2017 s'élève à 18,5 pour 100 000 (28,2 pour les hommes et 9,1 pour les femmes) versus 20,3 pour 100 000 en France métropolitaine (31,4 pour les hommes et 9,8 pour les femmes). Ce taux diminue globalement et de manière significative depuis 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes (-1,8 % par an) comme en France métropolitaine (-1,2 % par an) (cf. figure 25).

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



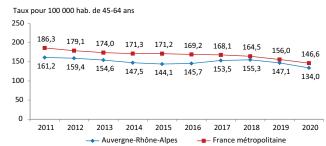
* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée Source : Inserm-CépiDc 2000-2017, Insee, estimation de population -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021

Sur la période 2019-2021, 2 779 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 : 3 061 en 2019, 2 722 en 2020 et 2 554 en 2021. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours (58 %) concerne des femmes (1 616 séjours en moyenne par an).

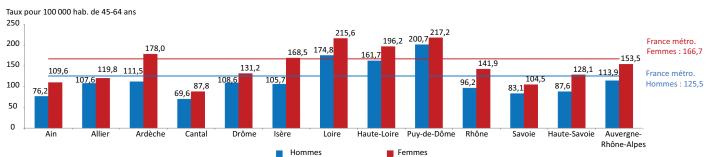
Après une augmentation de 2015 à 2018, en lien notamment avec l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 33), le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans diminue depuis 2018 dans la région (-4,8 % en moyenne par an contre -3,8 % en France métropolitaine) (cf. figure 26), diminution liée en partie à la survenue de l'épidémie de Covid-19. Le taux régional s'élève à 134,0 pour 100 000 sur la période 2019-2021 (113,9 chez les hommes et 153,5 chez les femmes) et il reste inférieur au taux national de 146,6 pour 100 000 (125,5 chez les hommes et 166,7 chez les femmes) qui ne cesse de diminuer depuis 2011.

Figure 26 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans de 2010 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



*Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2021, Insee, estimation de population -Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 27 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021



Sources: ATIH PMSI-MCO 2019-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Dans la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme, les taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sont significativement supérieurs au taux régional chez les hommes comme chez les femmes âgés de 45-64 ans (cf. figure 27). Au contraire, les départements savoyards et l'Ain ont des taux significativement inférieurs aux taux régionaux pour les hommes comme pour les femmes ; le Cantal pour les femmes uniquement et le Rhône pour les hommes. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux.

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

- Quatre décès par suicide sur dix (39,8 %) concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans.
- Trois séjours hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur dix (29,2 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2019-2021, proportion en légère diminution par rapport à la période précédente.
- La tendance à l'augmentation du taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 45-64 ans observée depuis 2015 en Auvergne-Rhône-Alpes s'inverse à partir de la période 2018-2020, en raison notamment de la survenue de l'épidémie de Covid-19 et des périodes de confinement en 2020.

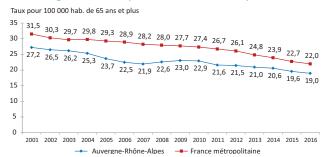
Les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes

Les décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2015-2017

Sur la période 2015-2017, 288 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 (221 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 annuel de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2015-2017 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 19,0 pour 100 000 (33,9 chez les hommes et 7,7 chez les femmes) versus 22,0 pour 100 000 en France métropolitaine (38,2 chez les hommes et 9,9 chez les femmes). Ce taux a diminué depuis 2000 dans la région (-2,4 %) comme en France métropolitaine (-2,4 %) (cf. figure 28). Chez les personnes de 65-74 ans, ce taux diminue depuis 2012 alors qu'il augmente significativement pour les personnes âgées de 75 ans et plus de 2012 à 2015.

Figure 28 - Évolution des taux* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus de 2000 à 2017 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

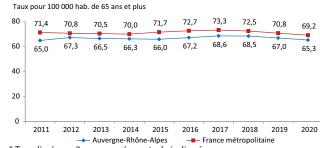
Source : Inserm-CépiDc 2000-2017, Insee, estimation de population Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021

Sur la période 2019-2021, 1 076 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 : 1 070 en 2019, 1 043 en 2020 et 1 114 en 2021. La majorité des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide des personnes âgées de 65 ans et plus (62,3 %) concernent des femmes (671 séjours en moyenne par an).

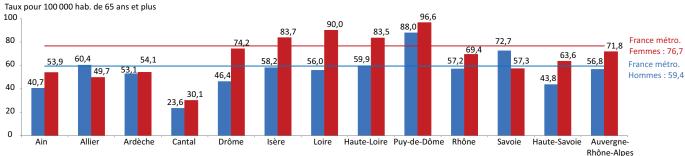
Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2019-2021 s'élève à 65,3 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (56,8 chez les hommes et 71,8 chez les femmes) versus 69,2 pour 100 000 en France métropolitaine (59,4 chez les hommes et 76,7 chez les femmes) (cf. figure 29). Le taux régional ainsi que le taux national diminuent à partir de 2019, notamment en lien avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement. Le taux régional reste inférieur à la valeur nationale et son évolution est hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus (cf. figure 16 p. 9).

Figure 29 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les 65 ans et plus de 2010 à 2021 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



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

Figure 30 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2019-2021



Sources: ATIH PMSI-MCO 2019-2021, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2019-2021, le Puy-de-Dôme présente des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide supérieurs aux taux régionaux chez les hommes et chez les femmes (cf. figure 30). Chez les femmes, le taux est significativement supérieur au taux régional dans la Loire et inférieur dans l'Allier et le Cantal. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux. Les taux du Cantal, comme pour les autres groupes d'âge, restent faibles. Les taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans l'Allier et la Savoie s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers faibles présentant peu d'écart entre les hommes et les femmes. Ce constat peut reflèter une épidémiologie du suicide différente dans ces départements à dominante rurale.

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

Près d'un tiers des décès par suicide (31,6 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Hommes

- Un séjour hospitalier en MCO pour tentative de suicide sur dix (11,3 %) concerne une personne âgée de 65 ans et plus.
- Diminution du taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO régional et national pour tentative de suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus à partir de la période 2018-2020 en lien notamment avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement.

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

La mortalité par suicide

- En 2017, 902 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,2 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution faible et lente de la mortalité par suicide depuis 2000 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,7 % par an).
- Après une augmentation du taux de mortalité par suicide chez les personnes âgées de 75 ans et plus entre 2011 et 2015, une baisse est observée à partir de 2016 : le prochain bulletin examinera si cette inversion de tendance s'inscrit dans le temps.
- · Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Le suicide (2015-2017), deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la circulation et chez les 25-34 ans après les tumeurs.
- Les décès par suicide (2015-2017) représentent 1,3 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-59 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 33,2 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- 4,1 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans, 39,8 % concernent les 45-64 ans et 31,6 % les 65 ans et plus.
- La pendaison, 1er mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge, en léger recul sur la période 2015-2017.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble plus élevés que le taux régional dans certains départements : Ain, Allier, Ardèche et Loire.
- 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 chez les deux sexes entre 2000 et 2017. Dans le Cantal et la Haute-Loire, il s'agit d'une tendance à la baisse du taux deux sexes ensemble. En Ardèche et en Savoie, évolution instable du taux standardisé de mortalité par suicide depuis 2000.

Les tentatives de suicide

Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide

- 9 818 séjours hospitaliers en MCO de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide enregistrés en 2021.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide sur la période 2015-2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis tendance à la baisse depuis 2018, sauf chez les plus jeunes, baisse accentuée en 2020 (en lien avec la pandémie de Covid-19 et les périodes de confinement).
- La majorité (64 %) 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 nette augmentation par rapport à la période précédente pour la région) et chez les femmes de 45-49 ans (taux en diminution par rapport aux années précédentes).
- Hausse significative du taux spécifique de séjours hospitaliers pour tentative de suicide depuis 2015 chez les 15-24 ans (+7,2 % d'augmentation annuelle moyenne) et chez les 25-34 ans (+ 2,4 %).
- 30,0 % des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide concernent les 10-24 ans, 29,2 % concernent les 45-64 ans et 11,3 % concernent les 65 ans et plus.
- 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.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, pour la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les hommes comme chez les femmes et l'Isère chez les femmes. Au contraire, taux standardisés les plus faibles, inférieurs aux valeurs régionale et nationale, pour l'Ain et le Rhône chez les deux sexes et pour le Cantal et la Haute-Savoie chez les hommes.
- Dans quatre départements (Ain, Allier, Drôme et Rhône), baisse significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, deux sexes ensemble, entre 2010 et 2021 et tendance à la baisse pour l'Ardèche ; dans le Puy-de-Dôme, hausse significative de ce taux depuis 2010 ; pour les autres départements (Cantal, Isère, Loire, Haute-Loire, Savoie et Haute-Savoie), relative stabilité des taux avec une tendance à l'augmentation en Haute-Savoie depuis 2019 et une nette augmentation en 2021 en Savoie, dans le Cantal et dans l'Isère.

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

- 7 456 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour tentative de suicide enregistrés en 2021.
- Poursuite en 2021 de la baisse tendantielle observée depuis 2017 du taux de passages aux urgence pour tentative de suicide.
- Deux passages aux urgences pour tentative de suicide sur trois (67 %) concernent des femmes en 2021 (augmentation significative par rapport à 2020).
- Un tiers des passages aux urgences pour tentative de suicide (36 %) concerne des 10-24 ans en 2021 (augmentation significative par rapport à 2020).
- L'auto-intoxication médicamenteuse : 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.

Le 3114, numéro national de prévention du suicide

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

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

toute personne inquiète pour une personne de son entourage ainsi qu'aux aux personnes endeuillées par suicide. Actuellement, le 3114 est structuré autour de 12 centres répondants ouverts situés dans des établissements de soin en lien plus ou moins direct avec les Samu. À terme, il est prévu d'ouvrir quatre autres centres. Parmi les 12 centres ouverts, trois sont ouverts 24h/24h (Lille, Montpellier et Brest) et un centre ouvrira 24h/24h prochainement à la Réunion. Les répondants du 3114 sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. Une équipe de coordination (médecin psychiatre, chargé de réseau, cadre de santé) est présente dans chacun des centres.

Le 3114 est financé en Auvergne-Rhône-Alpes par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS) : deux centres répondants sont ouverts, l'un à Lyon et l'autre à Saint-Étienne.

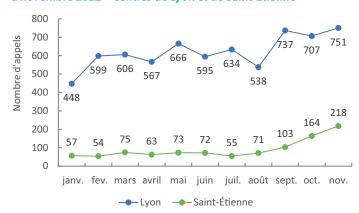
Le centre de Lyon

Depuis l'ouverture du numéro national le 1^{er} octobre 2021 jusqu'au 30 novembre 2022, le centre lyonnais a décroché 8 012 appels. Entre janvier et novembre 2022, le nombre d'appels entrants décrochés a été multiplié par 1,7 (cf. figure 31).

Sur la période de janvier à novembre 2022, les trois quarts des appelants du centre Lyonnais sont des usagers (74,3 %), 17,6 % sont des proches et 8,1 % sont des professionnels. Les appelants sont majoritairement des femmes (59,9 %). Plus d'un quart des appelants (26,3 %) ont entre 16 et 24 ans, classe d'âge la plus représentée suivie par les 36-50 ans (24,3 %) et par les personnes âgées de 25 à 35 ans (23,1 %).

Plus d'un quart des appelants du centre lyonnais (28,6 %) ont été orientés vers une prise en charge en urgence (cf. figure 32). Dans 15,4 % des cas, le 3114 interpelle le Samu pour demander un envoi de moyens. Dans 13,2 % des cas, l'appelant est orienté vers un service des urgences. Au cours de l'année, ces proportions tendent

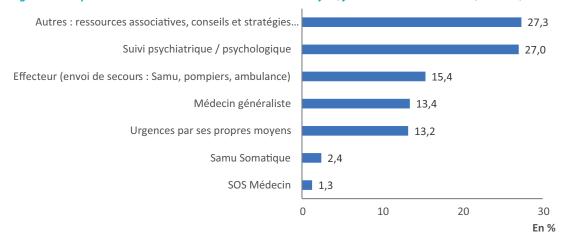
Figure 31 - Nombre d'appels entrants décrochés au 3114, de janvier à novembre 2022 – Centres de Lyon et de Saint-Étienne



Sources : Monitoring annuel 3114 Centres de Lyon et Saint-Étienne, janvier à novembre 2022

à diminuer pour atteindre moins de 20 % d'orientation sur les services d'urgences au cours des derniers mois. Les appelants ont également pu être orientés vers un psychiatre ou un médecin généraliste (respectivement 14,8 % et 13,4 %).

Figure 32 - Répartition des orientations du 3114 Centre de Lyon, janvier à novembre 2022 (n=3 916)



Source: Monitoring annuel 3114 Centre de Lyon, janvier à novembre 2022

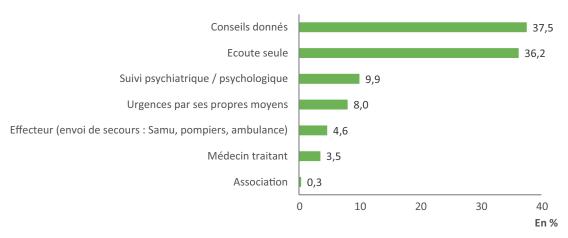
Le centre de Saint-Étienne

Depuis l'ouverture du numéro national le 1er octobre 2021 jusqu'au 30 novembre 2022, le centre stéphanois a reçu 1 131 appels. L'activité de la ligne est en forte augmentation : entre janvier et novembre 2022, le nombre d'appels entrants a été multiplié par 3,8 (cf. figure 33). Sur la période d'octobre 2021 à septembre 2022, le centre était ouvert partiellement, à savoir du lundi au vendredi de 09h00 à 16h30. Depuis le mois d'octobre 2022, le centre stéphanois est ouvert de 9h00 à 21h00, 7 jours sur 7, ce qui explique la forte augmentation du nombre d'appels reçus à partir d'octobre 2022.

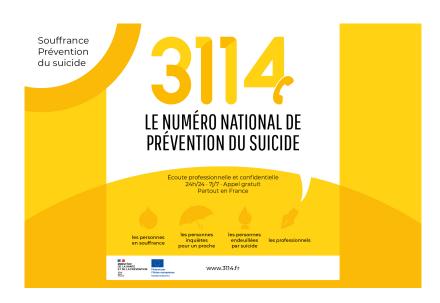
De janvier à novembre 2022, 8 appelants sur dix sont des usagers (80,8 %), 14,1 % sont des proches et 5,1 % des professionnels.

Plus d'un tiers des appelants (37,5 %) ont reçu des conseils lors de leur appel et 36,2 % ont bénéficié d'une écoute (cf. figure 33). Moins d'un appelant sur dix (8,0 %) a été orienté vers un service des urgences. Dans 4,8 % des cas, les appelants ont bénéficié d'une majoration de leur prise en charge actuelle : pour ces patients, qui bénéficient d'une prise en charge psychiatrique avant l'appel au 3114, la prise en charge actuelle est intensifiée (en rapprochant le prochain rendez-vous, en prévoyant un rendez-vous intercalaire...). Dans 4,6 % des cas, les appelants ont bénéficié d'un envoi de secours (Samu, pompiers ou ambulance).

Figure 33 - Répartition des orientations du 3114 de Saint-Étienne, janvier à novembre 2022 (n=978)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Saint-Étienne, janvier à novembre 2022



Enquête auprès de psychologues et de conseillers des missions locales sur le risque suicidaire des jeunes accueillis en missions locales en Auvergne-Rhône-Alpes - octobre-décembre 2022

Introduction

Les chiffres publiés dans ce bulletin illustrent l'importance du geste suicidaire chez les jeunes de 15 à 24 ans (cf. p.9 et p.17). En outre, en 2017, l'enquête nationale sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (Escapad) [1] indique que près de 3 % des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide. Des conduites à risque différentes sont observées en fonction du genre : les tentatives de suicide sont deux fois plus fréquentes chez les filles, les plaintes et atteintes au corps sont plus nombreuses chez les filles, alors que le recours à la force, à la violence est plus marqué chez les garçons. La vulnérabilité importante des jeunes en matière 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 comprendre les facteurs de risques ou de protection pour cette population. La vulnérabilité individuelle peut être acquise pendant l'enfance notamment en cas de maltraitance psychologique, physique ou sexuelle et serait un facteur de risque de la survenue de conduites suicidaires à l'adolescence ou à l'âge adulte.

L'enquête Escapad montrait une association entre l'échec scolaire et les tentatives du suicide. En effet, les jeunes de 17 ans non scolarisés déclaraient davantage de pensées suicidaires et de tentatives de suicide que les adolescents scolarisés. Une autre étude indiquait que les jeunes au chômage ou en emploi précaire avaient un risque suicidaire plus important que les jeunes ayant un emploi. Par ailleurs, un faible niveau d'étude renforçait l'association chômage et idéation suicidaire [2]. La perte d'estime de soi, le stress de la recherche d'un emploi, l'absence ou les faibles revenus, l'augmentation de l'intensité des consommations de substances psychoactives (dont le tabac, l'alcool, le cannabis), le moindre accès au système de soins, la dégradation des relations intrafamiliales sont également des facteurs importants de risque suicidaire.

Les missions locales remplissent une mission de service public pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes sortis du système scolaire (articles L.322-4-17-1 et 2 du Code du travail). Elles s'adressent aux jeunes de 16 à 25 ans en menant un accompagnement global et apportent des réponses aux questions d'orientation, d'emploi, de formation mais aussi sur le logement, la santé ou la mobilité. Le public des missions locales est plus vulnérable face aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide. Certains de ces jeunes sont en situation de défavorisation sociale et d'échec scolaire. Une étude menée en 2010 par les missions locales en France caractérisait la santé mentale chez les jeunes et indiquait que 26 % des jeunes accompagnés par les missions locales étaient en souffrance psychique, 7 % avaient un état dépressif avéré, 16 % de la population enquêtée déclarait avoir fait une tentative de suicide, ce taux montant à plus de 24 % parmi les jeunes sans diplôme. Ces jeunes cumulent souvent les difficultés familiales, financières, de logement, etc. et sont davantage concernés par des conduites addictives : consommation de tabac, de psychotropes, de cannabis, d'autres drogues [3]. Par ailleurs, pour les jeunes isolés (déscolarisés, résidant en milieu rural ou loin de leur famille par exemple), il semble essentiel de développer des démarches proactives, en allant vers eux. Enfin, il a été démontré que, comme pour les adultes, les actions de veille, de re-contact et de prise en charge après une tentative de suicide sont primordiales pour éviter les récidives chez les jeunes[1].

En fonction des territoires, les missions locales sont de taille différente et ont des organisations différentes. En 2021,

sur les 61 missions locales d'Auvergne-Rhône-Alpes, 56 bénéficient de temps de psychologues financés par l'ARS, soit 15,5 équivalents temps plein (ETP), allant de 0,1 à 0,5 ETP par mission locale, dans le cadre d'une convention avec l'ARS portée par Amilaura pour les missions locales. En outre, deux missions locales ont un dispositif de psychologues en dehors des financements ARS [5]. Avec des financements complémentaires (autres que ceux de l'ARS), certaines missions locales parviennent à atteindre un équivalent temps plein de psychologue. Le temps de présence de psychologue varie donc d'une demi-journée par semaine à un temps plein. Les consultations de psychologues en missions locales ont pour objectif de soutenir les jeunes rencontrant des difficultés psychologiques au cours de leur parcours d'insertion.

Méthode

Au regard de ces constats, l'Instance régionale de prévention du suicide a souhaité confier à l'Observatoire régional de la santé (ORS) la réalisation d'une enquête qualitative par entretien semi-directif auprès de 18 professionnels de missions locales, en Auvergne-Rhône-Alpes. Les objectifs étaient d'identifier les pratiques actuelles des professionnels (psychologues et conseillers) face à la souffrance psychique et au risque suicidaire chez les jeunes suivis en missions locales ainsi que les besoins, les attentes et les contraintes de ces professionnels en matière de prise en charge de ces jeunes lorsqu'ils sont en souffrance psychique et en risque suicidaire.

Les missions locales ont été sollicitées par l'Association régionale des missions locales d'Auvergne-Rhône-Alpes (Amilaura) qui a recueilli les coordonnées des professionnels volontaires pour participer à cette enquête. Sept psychologues et onze conseillers ou conseillers-référents santé ont ainsi été interviewés. Ces professionnels exercent dans différentes missions locales de la région et les entretiens se sont déroulés d'octobre à décembre 2022. Un biais de recrutement est possible : les conseillers ayant participé à l'enquête peuvent être davantage sensibilisés à la santé mentale que les non volontaires. Les professionnels ont été interrogés, à l'aide d'un guide d'entretien, sur :

- leurs pratiques en matière de repérage, de prise en charge ou d'orientation des jeunes semblant concernés par un risque suicidaire;
- leurs connaissances et représentations concernant les fragilités des jeunes : les signes de mal-être, les besoins et attentes des jeunes au plan psychique, les leviers ou freins pour les amener à accepter une aide concernant leur santé psychique :
- les passages de relais entre professionnels, ainsi que les points forts et les faiblesses de ces actions et pratiques.

Le public des missions locales : des jeunes très fragilisés dont certains, en grande souffrance psychique, sont particulièrement vulnérables au risque suicidaire

Les jeunes reçus en mission locale rencontrent des problématiques très variées, l'approche globale proposée par les missions locales permet d'aborder un ensemble de thèmes liés à l'insertion : l'emploi, la formation, la mobilité, la santé, le logement... Au fil des accompagnements, les freins à l'insertion professionnelle auxquels les jeunes sont confrontés sont ainsi identifiés. L'accompagnement permet alors de répondre aux besoins identifiés.

D'après les professionnels interrogés, une grande majorité des jeunes inscrits dans les missions locales sont dans des situations socioéconomiques précaires et avec un moindre accès aux

droits et aux soins. Parmi eux, des jeunes vont présenter une pathologie physique ou psychique ou un trouble psychique. Les facteurs de risque de troubles psychiques identifiés par les professionnels rencontrés sont : une grande précarité financière, un isolement social important, un environnement familial dégradé, une rupture, un deuil, une déscolarisation liée ou non à du harcèlement scolaire, un parcours de vie jalonné de violences et de ruptures familiales, des conditions d'hébergement précaire, un parcours d'errance, un parcours d'aide sociale à l'enfance ou d'établissements médico-sociaux (IME, ITEP...). Le cumul de ces problématiques va constituer la fragilité du jeune. D'après les professionnels rencontrés, les jeunes en souffrance psychologique sont également ceux les plus en difficultés dans la création de lien social. Ils vont retenir l'attention des professionnels par le cumul des difficultés qu'ils rencontrent mais également par l'absence de point d'ancrage pouvant aider à mobiliser des facteurs de protection, des facteurs d'aide dans l'accompagnement global ou dans l'accompagnement spécifiquement lié à la santé.

La santé est systématiquement abordée dans le cadre des accompagnements des jeunes par la mission locale, notamment par la vérification de l'accès aux droits. Les problématiques d'accès aux soins sont en effet courantes chez ce public et divers relais existent : convention avec les Caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), lien avec les assistantes sociales de secteur, accès facilité à des bilans de santé, demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)... L'approche de la santé mentale se fera plutôt sur la présence de facteurs de risque et non de manière systématique. Ces jeunes, lorsqu'ils sont repérés, peuvent faire l'objet d'une proposition d'orientation vers le psychologue de la mission locale qui peut proposer un accompagnement de courte durée. Les professionnels précisent que l'isolement géographique pour les jeunes en milieu rural rend plus complexe leur accompagnement par les missions locales ainsi que la possibilité d'être accompagné par le psychologue.

Globalement, une santé mentale qui se dégrade chez les plus fragiles

Selon les professionnels interrogés, le nombre de jeunes montrant des signes de souffrance psychique semble augmenter depuis quelques années. Les psychologues rencontrés reçoivent des jeunes souffrant de dépressions, d'anxiété, de pathologies psychiques non prises en charge. Les professionnels observent chez les jeunes diverses manifestations comme un fort repli sur soi, une moindre estime de soi, une fatigue importante, une apathie, des troubles du comportement, des troubles du sommeil, des troubles alimentaires, des addictions, des conduites délictueuses, des passages à l'acte... Le cumul de ces manifestations est interprété par les professionnels comme l'expression des symptômes de souffrances psychiques. Ces souffrances psychiques sont souvent anciennes et liées à l'enfance (harcèlement scolaire, violence intra-familiale).

Les professionnels interrogés signalent également des jeunes ayant des antécédents de tentatives de suicide que ces jeunes n'ont jamais eux-mêmes identifiées comme telles. Ces passages à l'acte, même s'ils ont fait l'objet d'une prise en charge hospitalière, n'ont pas été qualifiés de tentatives de suicide. Les professionnels constatent ainsi la banalisation de l'intentionnalité du geste du jeune, par le jeune lui-même mais aussi par son entourage personnel et également par l'entourage professionnel.

Parmi les jeunes en grande souffrance psychique, nombreux sont ceux qui ont déjà eu un suivi psychologique : ils ont connaissance des psychologues, des psychiatres, des centres médico-psychologiques (CMP) et montrent une certaine défiance à leur égard. Ces jeunes expriment une forme de lassitude à l'égard de ces prises en charge.

Quel que soit le niveau de difficultés, les jeunes les plus fragiles

ne sont jamais dans une posture de demande d'aide, ce qui est perçu par les professionnels comme un déni de leur situation ou encore un manque de confiance dans le système.

Le repérage de la souffrance psychique et des idées suicidaires par les conseillers et les psychologues

Les conseillers, un premier contact

Au contact de tous les jeunes inscrits en mission locale, les conseillers élaborent avec chaque jeune un parcours personnalisé vers l'emploi. Les conseillers abordent avec les jeunes les différents freins rencontrés dans leur parcours d'insertion, ils peuvent identifier leur besoin d'écoute et, si cela apparait pertinent, proposer une orientation vers un soin psychique.

Ce repérage de la souffrance psychique effectué par les conseillers se fonde sur leur expérience, sur leur formation initiale et sur les ressources de santé mentale, connues pour une éventuelle orientation, présentes sur leur territoire. Un accompagnement à l'insertion qui n'avance pas, un cumul d'échecs dans les démarches et des manifestations de souffrance au cours des rendez-vous vont souvent être les points d'alerte. Le repérage est donc différent d'un conseiller à l'autre en fonction de la situation du jeune. Les conseillers peuvent détecter des signes de souffrance psychique mais le repérage d'une crise suicidaire est plutôt le fait des psychologues. Chez certains conseillers n'ayant pas eu de formation spécifique, la thématique du suicide est considérée comme relevant uniquement de la compétence du psychologue.

La capacité à parler avec les jeunes des sujets liés à la santé mentale n'est pas la même selon les conseillers. Ceux ayant suivi des formations sur les premiers secours en santé mentale (PSSM) se sentent plus à l'aise pour aborder les sujets liés à la santé mentale, à l'anxiété, à la dépression, aux troubles du sommeil et aussi aux tentatives de suicide. Ils se sentent ainsi plus compétents pour aborder les idées suicidaires, pour estimer la gravité et l'urgence de la situation et apporter une réponse aux jeunes. Au contraire, les conseillers non formés ou moins formés sur ces thèmes vont être plus en difficulté dans l'accompagnement et vont par conséquent orienter plus rapidement vers le psychologue en mission locale.

Les conseillers peuvent également être en demande d'aide pour comprendre le comportement du jeune et pour adapter l'accompagnement. Dans ce cas, les psychologues peuvent être un appui aux conseillers pour adapter leur accompagnement des jeunes.

Les interviewés constatent que la qualité de la relation entre les jeunes et leurs conseillers construit un contexte favorable à **l'orientation**, si celle-ci est nécessaire, vers le psychologue de la mission locale ou vers un partenaire extérieur. L'orientation vers les soins médicaux est difficile. Dans les territoires où le réseau de partenaires est plus fourni, les conseillers peuvent plus facilement orienter les jeunes pour une prise en charge rapide. Dans les territoires où le partenariat est plus complexe en raison de structures saturées ou d'absence de structures de soins (en milieu rural, notamment), les conseillers vont plus systématiquement orienter les jeunes en interne vers le psychologue de la mission locale qui pourra ainsi débuter un accompagnement et proposer un suivi de soutien psychologique.

Dans les missions locales où il n'y a pas de psychologue, en attente de recrutement ou non, les conseillers indiquent des conditions de prise en charge des jeunes dégradées. Comme pour le repérage, l'orientation est basée sur l'expérience du conseiller, sur ses propres limites à répondre aux besoins du jeunes et sur sa connaissance des partenaires extérieurs.

Les psychologues en deuxième ligne

D'après les psychologues interrogés intervenant en missions locales, leurs interventions s'organisent autour de trois publics :

- en priorité : l'accompagnement des jeunes ;
- · les partenaires extérieurs : les psychologues doivent

- créer ou maintenir un réseau de partenaires pour faciliter l'orientation des jeunes hors mission locale;
- les conseillers : les psychologues sont une ressource en matière de santé mentale, apportent des éclairages sur les situations des jeunes, un appui...

Les psychologues assurent un rôle d'accueil, d'écoute et d'orientation. Ils proposent des consultations d'évaluation et de soutien psychologique. Compte tenu du temps de présence parfois faible des psychologues, leurs déplacements dans les antennes sont limités mais restent possibles. Les psychologues peuvent recevoir des jeunes qui viennent de leur propre initiative mais cela reste rare. Le plus souvent, les jeunes sont orientés par les conseillers. Le temps contraint des psychologues s'organise donc entre l'évaluation des jeunes orientés par les conseillers et les suivis, cet équilibre n'étant pas toujours simple à respecter.

La relation entre conseillers et psychologues, essentielle pour le repérage et l'orientation des jeunes en souffrance

En fonction des missions locales, les situations à orienter vers le psychologue font l'objet d'un échange entre conseillers et psychologue mais il n'existe pas de cadre pouvant accompagner ou décrire formellement ce passage de relais : il n'y a pas de procédure définie en la matière. Les échanges réguliers entre conseillers et psychologues permettent à chacun de monter en compétence et d'améliorer les accompagnements en décryptant mieux le comportement des jeunes, pour pouvoir mieux les orienter si besoin et en adaptant les réponses apportées aux jeunes. Le binôme conseiller-psychologue est, pour les professionnels interrogés, un des points forts de l'accompagnement du jeune en mission locale, il constitue une étape facilitante s'il y a nécessité d'orienter les jeunes vers des soins psychiques. Le psychologue informe et fournit aux jeunes des explications sur le rôle des partenaires ou des professionnels (CMP, psychologues et psychiatres libéraux...), il accompagne également les jeunes dans l'acceptation des soins proposés et enfin il peut initier un soutien psychologique, parfois en attendant une prise en charge à l'extérieur.

Les missions locales permettent un accès à un soutien psychologique

Dans le cas de pathologies psychiatriques, les psychologues soulignent la difficulté à mettre en place un soin pour les jeunes concernés. L'accès des jeunes aux CMP est très dépendant de la capacité de ces structures à recevoir rapidement les jeunes orientés pour une évaluation. Toutefois, des partenariats locaux, le plus souvent informels, peuvent faciliter les liens avec les CMP (connaissance de l'équipe du CMP, échange téléphonique possible avec un service d'un centre hospitalier spécialisé...). Lorsque ces partenariats existent, la prise en charge des jeunes est ressentie comme plus adaptée. Dans tous les cas, les psychologues ou conseillers s'attachent à orienter au mieux afin de ne pas surcharger les CMP dont les files actives sont souvent saturées. Les psychologues orientent les jeunes vers leur médecin traitant dans un objectif de sécuriser l'environnement du jeune ou d'initier une prise en charge médicamenteuse. Les professionnels ont, dans ce cas, le sentiment d'une prise en charge pas complètement adaptée mais qui peut alléger la souffrance du jeune et désamorcer les situations les plus critiques.

Globalement, l'accompagnement des jeunes par les psychologues de mission locale vise à amener ces derniers vers un travail de psychothérapie en dehors de la mission locale. En fonction des missions locales, un nombre maximum de rendez-vous avec le psychologue, par jeune, peut être fixé (6 à 10 rendez-vous maximum). Toutefois, la pratique semble montrer qu'il peut y avoir beaucoup plus de rendez-vous, pour un accompagnement du jeune à long terme, ou du moins jusqu'à ce qu'un relai de soin, en dehors de la mission locale, puisse être effectué. Les possibilités d'orienter vers le soin sont très variables d'un territoire à l'autre : elles dépendent à la fois

de l'offre locale (publique et libérale) et de la saturation ou non des files actives de patients. Enfin, certains psychologues vont à la rencontre des partenaires, par exemple les services d'urgence hospitaliers, afin de comprendre le fonctionnement de ces services et ainsi mieux accompagner les jeunes qui pourraient avoir besoin de recourir à l'hôpital.

De l'avis des psychologues, la mission locale propose un cadre bienveillant pour que le jeune en souffrance psychique s'inscrive dans une démarche de psychothérapie, grâce à un environnement sécurisant et souple (par exemple, le jeune peut arrêter les rendez-vous, les reprendre plus tard...). La gratuité de cet accès au psychologue est primordiale pour les jeunes. Les psychologues peuvent proposer un premier rendez-vous assez rapidement aux jeunes orientés vers eux. Pour les rendez-vous de « suivi » la régularité va dépendre de la situation des jeunes.

Par ailleurs, l'animation d'ateliers collectifs par le psychologue ou le conseiller référent santé, qui peuvent aborder avec les jeunes les questions de santé mentale, constitue une opportunité de déstigmatiser la psychiatrie et de rassurer les jeunes qui connaissent souvent mal à la fois les problématiques et les ressources en matière de santé mentale. Ces ateliers sont également l'occasion de présenter aux jeunes des partenaires extérieurs qui peuvent-être co-animateurs de ces rencontres : Point accueil écoute jeunes (PAEJ), Maisons des adolescents (MDA), médecin généraliste, Centre de planification et d'éducation familiale (CPEF), Planning familial, dans certains lieux Groupes d'entraide mutuelle (GEM)... Pour les psychologues travaillant à amener certains jeunes aux soins, ces ateliers rendent visibles les ressources locales de soutien, de soin.

Les situations d'urgence

Dans les situations d'urgence et de crise suicidaire identifiées par les professionnels, avec risque de passage à l'acte, les professionnels sollicitent les urgences, le 15. Dans certaines situations, les professionnels interrogés accompagnent physiquement les jeunes afin de s'assurer de leur prise en charge effective à l'hôpital. Néanmoins, des difficultés sont observées dans ces situations d'urgence : difficultés à faire hospitaliser les jeunes (au-delà d'un accueil au service d'urgences), difficultés pour le transport du jeune jusqu'à l'hôpital, difficultés pour obtenir les informations lorsque le jeune sort des urgences et quitte l'hôpital...

S'il n'y a pas un degré d'urgence qui nécessite un appel immédiat au 15, les psychologues peuvent rapprocher les rendez-vous avec le jeune pour intensifier l'accompagnement, tout en multipliant les contacts avec ce dernier, hors mission locale : sms, téléphone, mail. Certains professionnels communiquent également aux jeunes une information sur les dispositifs nationaux, le numéro national de prévention du suicide 3114 notamment, pour permettre aux jeunes concernés de pouvoir contacter un écoutant à tout moment. Au-delà, lorsque le jeune exprime des idées suicidaires, les professionnels de la mission locale peuvent contacter d'autres partenaires, afin de sécuriser l'environnement personnel du jeune : son médecin traitant, les éducateurs de prévention (si le jeune est suivi dans ce cadre), l'assistante sociale, la famille... Les missions locales, et notamment les psychologues, travaillent souvent avec des partenaires locaux : les points d'écoute, les médecins traitants, les CMP, les urgences, les hôpitaux spécialisés en psychiatrie.

Les manques identifiés par les professionnels

Les professionnels interrogés n'ont pas signalé l'existence de procédures particulières pour le repérage ou l'orientation des jeunes qui sont concernés par une souffrance psychique, voire un risque suicidaire. Ainsi, quelques éléments de cadrage semblent manquer pour certains d'entre eux, qui pourraient faciliter l'accompagnement du jeune en souffrance. Les conditions pratiques d'intervention et d'aide au jeune en crise sont questionnées: par exemple, le professionnel peut-il utiliser

un véhicule de la mission locale pour accompagner un jeune en crise suicidaire aux urgences ? Ces éléments sont définis par les règles de fonctionnement de chaque mission locale. Compte tenu du faible temps de présence des psychologues en mission locale, il est nécessaire d'identifier les situations qui peuvent être prises en charge par les conseillers et orientées directement vers des ressources extérieures (CMP, ...) de celles qui nécessitent une prise en charge par le psychologue de la mission locale.

Pour les professionnels rencontrés, l'absence, même temporaire, d'un psychologue dans une mission locale pose la question des ruptures de suivis avec le psychologue au sein de la mission locale. Même si la situation est anticipée, le suivi psychologique s'arrête, les jeunes ne vont pas consulter ailleurs, ils attendent qu'un autre psychologue arrive. La pérennité de la présence des psychologues est essentielle pour les jeunes et pour le développement d'un réseau partenarial. Les temps de présence des psychologues paraissent faibles par rapport aux besoins repérés, les conseillers doivent prioriser les jeunes à orienter vers le psychologue de la mission locale. Pour certains professionnels interrogés, les critères d'orientation ne sont pas suffisamment définis et partagés.

Dans les territoires où les réseaux de partenaires sont les moins fournis et où les ressources de soins sont peu nombreuses, les psychologues peuvent se sentir isolés (ne pas pouvoir orienter vers les CMP, ne pas avoir de retour...). En ce qui concerne les conseillers, des temps d'analyse des pratiques existent dans certaines missions locales. Ils sont appréciés et jugés indispensables pour accompagner au mieux les jeunes. Là où ces temps n'existent pas, un sentiment d'isolement a été évoqué face aux difficultés de prise en charge des jeunes. De même, certains psychologues peuvent se sentir isolés dans leurs pratiques en mission locale : des séances d'analyse des pratiques entre psychologues de missions locales pourraient être un élément de réponse à cet isolement, ainsi que le renfort du réseau extérieur. Ces résultats complètent ceux de l'étude « Jeunes et suicide » [4] où il est indiqué que « la prise en compte de la parole du jeune et le tissage d'un lien de confiance avec les professionnels semblent primordiaux pour le jeune ». Les professionnels des missions locales rencontrés se positionnent ainsi en proposant aux jeunes une écoute débanalisant leur souffrance, parfois jamais exprimée jusqu'alors.

Le soutien et l'accompagnement physique des jeunes par les professionnels de mission locale vers les ressources de soins sont primordiaux pour s'assurer de la mise en place des soins. Pour les professionnels interrogés, il serait pertinent que les missions locales soient mieux connues comme ressource pour les jeunes, par les acteurs du soin des territoires. Elles proposent un cadre et des activités pouvant favoriser la prise en charge sociale du jeune. Les missions locales accompagnent les jeunes dans la résolution des difficultés : accès à des ressources, à un hébergement, ce qui permet de répondre aux difficultés et à sécuriser son environnement. Au-delà des dispositifs mis en place (contrat engagement jeune, revenu solidarité jeune pour la Métropole de Lyon...), l'accompagnement individuel au sein des missions locales est primordial pour les jeunes. Les professionnels de mission locale indiquent être une ressource importante pour les professionnels du soin, ils peuvent en effet apporter des réponses indispensables aux jeunes.

Conclusion

Une partie des jeunes suivis par les missions locales montre les signes d'une santé mentale dégradée. La crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 a accentué la précarité et l'isolement de ces jeunes. Les professionnels des missions locales sont en première ligne des manifestations de souffrance psychique et du risque suicidaire des jeunes en insertion professionnelle. L'accompagnement par les conseillers et les psychologues permet aux jeunes de verbaliser leur souffrance psychique mais aussi d'accepter une aide. Toutefois, compte tenu des

difficultés rencontrées par les jeunes et du nombre de jeunes en souffrance psychique, le temps de présence des psychologues inférieur à un temps plein est jugé insuffisant. Le repérage, qui repose sur les conseillers, nécessite qu'ils aient connaissance des manifestations possibles de la souffrance psychique mais également qu'ils puissent être en capacité d'aborder avec le jeune cette souffrance. La formation des professionnels est ainsi essentielle pour repérer et pour être en capacité d'aborder le thème de la santé mentale avec les jeunes. La mise en place d'une relation de confiance permet l'initiation d'un suivi par le psychologue en interne ou l'orientation vers l'extérieur.

L'accompagnement semble être systématique sur l'accès aux droits, il pourrait également aborder plus systématiquement la santé mentale des jeunes. Pour cela, le soutien du psychologue aux conseillers est important. Les missions locales mettent également en place un accompagnement social qui peut aider le jeune à sécuriser son environnement (accès à des aides financières, à un logement...) par l'intermédiaire de partenariats institutionnels et associatifs. L'accompagnement des missions locales et l'écoute des jeunes permettent le réparage de jeunes qui semblent concernés par des pathologies psychiatriques ainsi que des jeunes en risque suicidaire. Dans un contexte de ressources de prise en charge de la souffrance psychique saturées, la présence de psychologues dans les missions locales permet d'apaiser certaines situations dans l'attente d'un soin, lorsque cela est nécessaire.

La sensibilisation des professionnels de mission locale aux enjeux de la santé mentale chez les jeunes reçus doit être renforcée. La prévention du suicide se compose de l'identification des signaux d'alerte traduisant une crise suicidaire, de leur prise en compte et de la connaissance des ressources disponibles et des réponses adaptées. Pour améliorer la connaissance des ressources disponibles, il conviendrait d'informer régulièrement sur les outils existants (répertoire www.mon-bot-prevention.com, 3114...).

Le renforcement des réseaux de partenaires, hors mission locale, permet de fluidifier les échanges entre les missions locales et les structures de soins. Les missions locales doivent également être davantage repérées comme un partenaire des structures de soins, car elles permettent aux jeunes d'accéder à de nombreuses activités de sociabilisation et peuvent contribuer à une réduction de la souffrance psychique. Des rencontres régionales entre psychologues pour une analyse de pratique débutées en 2022 et organisées par l'Amilaura pourront apporter une réponse aux enjeux du ressenti d'isolement professionnel.

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

Références

- [1] Janssen E, Spilka S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans : premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 5 février 2019;(3-4):74-82. [http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/pdf/2019_3-4_6.pdf]
- [2] Dalglish SL, Melchior M, Younes N, Surkan PJ. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. Soc Psychiatry Psychiatry Epidemiol. April 2015;50(4):613-20. [http://link.springer.com/10.1007/s00127-014-0969-y]
- [3] Moulin JJ, Chatain C, Niarra RY, Labbe E, Catel P, Berger D, et al. La santementale des jeunes en insertion: étude conduite par les Missions locale pour l'emploi et les Centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie Paris: Conseil national des Missions locales, Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé, Direction générale de la santé, Direction générale des affaires sociales; 2009 p. 182. (Rapport d'étude). [https://www.cnle.gouy.fr/IMG/odf/rapport_same_1_ndf1
- [4] Morgny C, Chalmeton P, Lambert B, Leclerc C. Derrière les masques, la souffrance mentale des jeunes: construire du lien pour prévenir les idées suicidaires. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique 2022. 156 p. (Recherche Santé Social).
- [5] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide e tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes: les ressources. Janvie 2023;32p. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_ Ressources_2023.pdf]

DÉATIONS SUICIDAIRES ET RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE CHEZ LES ÉTUDIANT·E·S : ANALYSES DES DONNÉES ISSUES DE LA LIGNE D'ÉCOUTE NIGHTLINE

Nightline est une association créée par des étudiant·e·s à Paris en 2016, qui œuvre à l'amélioration de la santé mentale étudiante en agissant à plusieurs niveaux : au niveau individuel, en permettant aux étudiant·e·s de prendre soin de leur propre santé mentale ; au niveau collectif, en favorisant le soutien par les pairs ; au niveau de l'environnement étudiant, en agissant pour améliorer le système de santé mentale étudiante. En outre, Nightline est un des membres adhérents de l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS).

À l'origine, Nightline est un dispositif de ligne d'écoute nocturne, par et pour les étudiant-e-s, qui se base sur un modèle existant au Royaume-Uni depuis les années 1970. Chaque soir, de 21h à 2h30, des bénévoles, étudiant·e·s formé·e·s à l'écoute active et accompagné-e-s par des professionnel·le-s de la santé mentale, répondent par téléphone et par tchat aux étudiant·e·s qui souhaitent discuter entre pairs, dans un cadre bienveillant s'appuyant sur quatre piliers : anonymat, confidentialité, non-directivité et non-jugement. Tous les sujets peuvent être discutés : des plus légers et impersonnels, aux plus difficiles et intimes. L'objectif principal est de libérer la parole des étudiant·e·s, en leur offrant un espace où parler de soi et de sa santé mentale est facilité par le fait d'être entre pairs et de partager un vécu commun de l'enseignement supérieur et de la vie étudiante. Au-delà de cette libération de la parole, Nightline permet aux étudiantes d'avoir accès à des informations sur les ressources et dispositifs adaptés pour prendre soin de leur santé mentale.

À partir de novembre 2020, la ligne d'écoute a été déployée dans plusieurs villes étudiantes en France. C'est à cette date qu'une antenne s'est créée en Auvergne-Rhône-Alpes, grâce à l'implication de la Communauté d'universités et d'établissements (Comue) Université de Lyon et au soutien de l'Agence régionale de santé (ARS). Le centre d'écoute, implanté à Lyon, donne accès au service à l'ensemble des étudiant·e·s des établissements d'enseignement supérieur de Lyon et de Saint-Étienne. En 2022, la volonté de mieux faire connaître le service aux étudiant·e·s stéphanois·e·s a conduit à une mobilisation forte sur le terrain.

L'activité de la ligne d'écoute est analysée au travers des informations collectées à la fin de chaque appel auprès des bénévoles écoutant-e-s. Les thèmes abordés au cours de la discussion sont notamment renseignés.

Du 6 septembre 2021 au 15 juillet 2022, la ligne d'écoute a reçu 16 276 sollicitations au niveau national, dont 2 287 directement adressées à l'antenne lyonnaise. Ces sollicitations ont permis aux bénévoles de prendre en charge 6 404 appels au niveau national, dont 743 auprès d'étudiant-e-s qui se sont adressé-e-s à l'antenne lyonnaise.

Les sujets discutés portent sur des thèmes en lien avec la santé mentale et la vie étudiante : les relations avec les autres (familiales, amicales, romantiques et sexuelles, 54 % des appels nationaux) ; la santé mentale (stress, anxiété, suicide,

etc., 42 %); le rapport à soi (rapport au corps, estime de soi, etc., 31 %); les conditions de vie et d'étude (finance, logement, etc., 24 %); la santé physique (23 %); les violences sexistes et sexuelles (13 %); les violences physiques et morales (10 %); l'usage de produits et les addictions (7 %) et enfin les sujets liés à l'identité (genre, ethnique, orientation sexuelle, etc. (5 %).

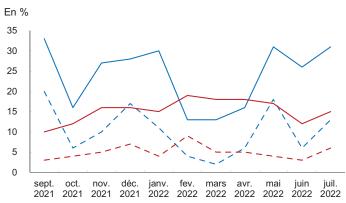
Au niveau national, 17 % des appels, soit plus de 1 000 appels, étaient liés au risque suicidaire. Parmi ces appels, 168 provenaient d'étudiant-e-s qui se sont adressé-e-s à l'antenne lyonnaise, soit 23 % des sollicitations de l'antenne qui ont été prises en charge.

En comparaison avec la période précédente (2020-2021), ces proportions ont quasiment doublé au niveau national et plus que triplé au niveau de l'antenne lyonnaise.

De plus, les analyses montrent que la croissance importante du volume d'appels liés au risque suicidaire s'accompagne d'une augmentation de la sévérité et de l'immédiateté du risque suicidaire. En effet, les appels évoquant un risque élevé et immédiat de passage à l'acte ont été multipliés par six au niveau national (5 % des appels pris) par rapport à la période précédente (2020-2021) et représentent 9 % des appels pris qui sont adressés à l'antenne lyonnaise.

En réaction à ce constat préoccupant sur l'évolution du risque suicidaire chez les étudiant·e·s ayant sollicité la ligne d'écoute Nightline, l'association travaille étroitement avec les autres acteurs de la prévention du suicide au niveau national et local, et notamment avec le 3114.

Figure 34 - Répartition mensuelle de la part (en %) des appels liés au risque suicidaire adressés aux lignes d'écoute Nightline au cours de l'année universitaire 2021-2022



Appels liés au risque suicidaire adressés à l'antenne lyonnaise

 Appels avec un risque de passage à l'acte élevé et immédiat adressés à l'antenne lyonnaise

 Appels liés au risque suicidaire adressés aux autres antennes (Paris, Saclay, Lille, Toulouse, Pays de la Loire)

 Appels avec un risque de passage à l'acte élevé et immédiat adressés aux autres antennes (Paris, Saclay, Lille, Toulouse, Pays de la Loire)

Source: Nightline France, 2021-2022

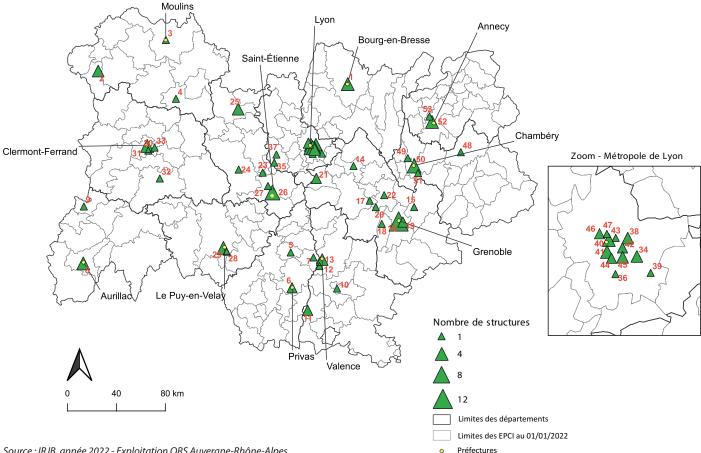
CARTES RESSOURCES

Depuis 2017, aux côtés de la description statistique de la problématique du suicide en région, les ressources des territoires sont mises en valeur par l'Observatoire régional du suicide. Leurs typologies, leur densité, variables selon les territoires, vont influencer les stratégies et les actions de prévention possibles à mettre en œuvre. Ces informations seront désormais mises à jour avant l'élaboration du schéma régional de santé de notre région. Les cartes ressources sont mises à disposition et consultables dans un document unique : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/ pdf/ORSuicide_Ressources_2023.pdf.

En 2022, la carte des structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide a été produite (cf. carte 1) et la carte des lieux d'écoute a été actualisée (cf.carte 2).

Carte 1 - Structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes

Les structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide proposant des rencontres physiques cartographiées ci-dessous sont répertoriées sur le site www.mon-bot-prevention.com de l'Institut régional Jean Bergeret (IRJB). Les ressources répertoriées par l'IRJB proposant exclusivement un contact téléphonique ou un contact par forum/chat/sms ne sont pas cartographiées. Les Maisons des adolescents, les Points Accueil Écoute Jeune (PAEJ) et les Missions locales répertoriés sur le site www.mon-bot-prevention.com ne figurent pas sur la carte 1, des représentations cartographiques dédiées à ces structures étant d'ores et déjà disponibles dans le document des cartes ressources http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/ pdf/ORSuicide Ressources 2023.pdf.



Source: IRJB, année 2022 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide (n=113) :

- 1 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) de l'Ain - Bourg-en-Bresse
- 1 Mutualité sociale agricole (MSA) Ain/Rhône Bourg-en-Bresse
- 1 Ain'Appui Cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée - Bourg-en-Bresse
- 1 Association d'aide aux victimes et médiation de l'Ain (Avema) Bourg-en-Bresse
- 2 Association Spama Montluçon
- 2 Service de santé universitaire (SSU) Sites de Montluçon, Moulins et Vichy - Montluçon
- 2 Justice et Citoyenneté 03 (JeC 03) Montluçon
- 3 Mutualité sociale agricole (MSA) Allier Moulins
- 4 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Vichy
- 5 Jonathan pierres vivantes (JPV) Drôme/Ardèche Lamastre
- 6 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) de l'Ardèche - Privas

- 6 Mutualité sociale agricole (MSA) Ardèche-Drôme-Loire Privas
- 7 L'enfant sans nom Parents endeuillés Saint-Péray
- 8 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) du Cantal - Aurillac
- 8 Jonathan pierres vivantes (JPV) Cantal Aurillac
- 8 Service de santé universitaire (SSU) Sites d'Aurillac et du Puy-en-Velay -Aurillac
- 8 Apaj 15 Aurillac
- 9 Nos enfants envolés Ydes
- 10 Enfants papillons Aouste-sur-Sye
- 11 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Drôme Montélimar
- 11 Jonathan pierres vivantes (JPV) Drôme/Ardèche Montélimar
- 12 Solidarité paysans Drôme-Ardèche Portes-Lès-Valence
- 13 Association Contact Drôme Ardèche Valence
- 13 Centre de santé jeunes Valence

Liste des structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide (suite) :

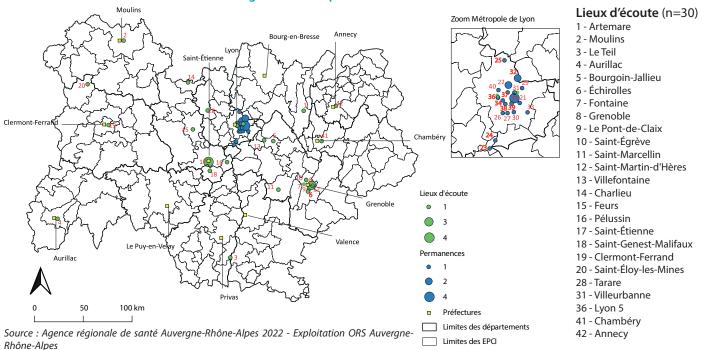
- 13 Remaid Valence
- 18 Association d'aide aux parents d'enfants victimes (Apev) Autrans-Méaudre en Vercors
- 14 Association d'accompagnement des personnes endeuillées Bourgoin-Jallieu
- 15 Parents et diagnostic prénatal Crolles
- 16 Association Contact Isère Grenoble
- 16 Association Spama Grenoble
- 16 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) de l'Isère Grenoble
- 16 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Isère Grenoble
- 16 Jonathan pierres vivantes (JPV) Isère Grenoble
- 16 Mutualité sociale agricole (MSA) Alpes du Nord Grenoble
- 16 Réseau régional d'accueil et de prévention Souffrance et Travail Grenoble
- 16 Apprivoiser l'absence Grenoble
- 16 Centre de lutte contre l'isolement et de prévention du suicide Grenoble
- 16 Écoute deuil Association JALMALV Grenoble
- 16 La Bienvenue Grenoble
- 16 Locomotive Grenoble
- 17 Écout'Agri 38 Izeaux
- 19 Service médico-psychologique universitaire (SMPU) Saint-Martin-d'Hères
- 19 Université de Grenoble Centre de santé Saint-Martin-d'Hères
- 20 Etavidado (Et ta vie d'Ado ?!) Tullins
- 21 À la vie accompagner les vivants Vienne
- 21 Association de prévention sociale et service d'aide aux victimes (Association A.PRES.S.) Vienne
- 22 AGAPA Voiron
- 23 Solidarité Paysans 42 Chambœuf
- 24 Réseau régional d'accueil et de prévention Souffrance et Travail Montbrison
- 25 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Loire Roanne
- 25 Réseau régional d'accueil et de prévention Souffrance et Travail Roanne
- 25 Pourtant la vie Roanne Roanne
- 26 Association SPAMA Saint-Étienne
- 26 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) de la Loire Saint-Étienne
- 26 Jonathan Pierres Vivantes (JPV) Loire Saint-Étienne
- 26 Réseau régional d'accueil et de prévention Souffrance et Travail Saint-Étienne
- 26 Astrée Saint-Étienne
- 26 Centre Violette Maurice Saint-Étienne
- 27 Mutualité Sociale Agricole (MSA) Ardèche/Drôme/Loire Saint-Priest-enlarez
- 28 Jonathan pierres vivantes (JPV) Haute-Loire Coubon
- 29 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) de la Haute-Loire Le Puy-en-Velay
- 29 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Haute-Loire Le Puy-en-Velay
- 29 Mutualité sociale agricole (MSA) Auvergne Le Puy-en-Velay
- 29 Les Ailes d'anges 43 Le Puy-en-Velay
- 30 SOS Suicide Phénix Aubière
- 31 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) du Puy-de-Dôme Clermont-Ferrand
- 31 Mutualité sociale agricole (MSA) Auvergne Clermont-Ferrand
- 31 Service de santé universitaire (SSU) Site de Clermont-Ferrand Clermont-Ferrand
- 31 Dialogue & solidarité Clermont-Ferrand
- 32 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Issoire
- 33 Solidarité paysans en Auvergne Lempdes
- 34 Association Spama Lyon Bron
- 34 Université Lyon 2 Service de santé universitaire (SSU) Bron
- 34 Centre de prévention du suicide (CPS) Centre Hospitalier Le Vinatier Bron
- 46 Association Contact Rhône Lyon 9ème arrondissement
- 45 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) du Rhône Lyon $8^{\rm ème}$ arrondissement
- 40 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Rhône Lyon $4^{\rm ème}$ arrondissement
- 44 Jonathan pierres vivantes (JPV) Ain/Rhône Lyon 7ème arrondissement

- 41 Mutualité sociale agricole (MSA) Ain-Rhône Lyon 2ème arrondissement
- 46 Réseau régional d'accueil et de prévention Souffrance et travail Lyon $9^{\text{ème}}$ arrondissement
- 45 Université Lyon 3 Service de médecine préventive et de promotion de la santé (SMPPS) Lyon $8^{\rm eme}$ arrondissement
- 41 Agapa Lyon 2ème arrondissement
- 46 Association Contact Rhône Lyon 9ème arrondissement
- 45 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) du Rhône Lyon $8^{\rm ème}$ arrondissement
- 40 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Rhône Lyon $4^{\rm \acute{e}me}$ arrondissement
- 44 Jonathan pierres vivantes (JPV) Ain/Rhône Lyon 7ème arrondissement
- 41 Mutualité sociale agricole (MSA) Ain-Rhône Lyon 2ème arrondissement
- 46 Réseau régional d'accueil et de prévention Souffrance et travail Lyon 9ème arrondissement
- 45 Université Lyon 3 Service de médecine préventive et de promotion de la santé (SMPPS) Lyon $8^{\rm eme}$ arrondissement
- 41 Agapa Lyon 2ème arrondissement
- 43 Astrée Lyon 6ème arrondissement
- 40 Centre action thérapeutique contre l'isolement et le suicide (ATIS) Fondation Action recherche handicap santé mentale (ARHM) Lyon
- 40 Centre d'information sur les droits des femmes et des familles (CIDFF) Lyon
- 42 Dialogue & solidarité OCIRP Lyon 3ème arrondissement
- 45 Élisabeth Kübler-Ross Lyon 8ème arrondissement
- 41 Espace santé jeunes (ESJ) Lyon 2ème arrondissement
- 40 Fondation Action recherche handicap et santé mentale (ARHM) Lyon
- 41 La porte ouverte Lyon Lyon 2ème arrondissement
- 44 Le Mas Info Droits Victimes Lyon 7^{ème} arrondissement
- 40 SOS Suicide Phénix Lyon
- 42 Vivre son deuil Rhône-Alpes Lyon 3ème arrondissement
- 35 Solidarité Paysans 01-69 Pomeys
- 37 Association À votre écoute (Déprim'Espoir) Sainte-Foy-l'Argentière
- 36 Espace écoute Saint-Fons Lyade Saint-Fons
- 39 Association Accompagnement soins palliatifs de Saint-Priest (ASP2) Saint-Priest
- 38 Université Lyon 1 Service de médecine préventive et de promotion de la santé (SMPPS) Villeurbanne
- 38 L'Enfant sans nom Parents endeuillés Villeurbanne
- 38 Santé mentale et communautés (SMC) Villeurbanne
- 48 Jonathan pierres vivantes (JPV) Antenne des deux Savoie Albertville
- 50 Association Contact Savoie Chambéry
- 50 Fédération des associations de conjoints survivants et parents d'orphelins (Favec) de Savoie Chambéry
- 50 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Chambéry
- 50 Mutualité sociale agricole (MSA) Alpes du Nord-Savoie Haute-Savoie Isère Chambéry
- 50 Nos tout-petits de la Savoie Chambéry
- 49 Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) Université de Savoie Mont Blanc Le Bourget-du-Lac
- 51 Solidarité paysans des Pays de Savoie Saint-Baldoph
- 52 Association Contact Haute-Savoie Annecy
- 52 Jusqu'à la mort accompagner la vie (JALMALV) Haute-Savoie Annecy
- 52 Mutualité sociale agricole (MSA) des deux Savoie Isère Annecy
- 52 Service universitaire de médecine préventive et de promotion de la santé (SUMPPS) Université de Savoie Mont Blanc Annecy-Le-Vieux
- 53 Groupe de soutien aux personnes endeuillées Epagny Metz-Tessy

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

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

Carte 2 - Les lieux d'écoute en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes



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

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

Permanences (n=24)

21 - Bron	36 - Lyon 5
22 - Caluire-et-Cuire	37 - Lyon 6
23 - Givors	38 - Lyon 7
24 - Grigny	39 - Lyon 8
25 - Neuville-sur-Saône	40 - Lyon 9
26 - Pierre-Bénite	33 - Saint-Priest
27 - Saint-Fons	34 - Lyon 2
29 - Vaulx-en-Velin	35 - Lyon 3
30 - Vénissieux	36 - Lyon 5
31 - Villeurbanne	37 - Lyon 6
32 - Rillieux-la-Pape	38 - Lyon 7
33 - Saint-Priest	39 - Lyon 8
34 - Lyon 2	40 - Lyon 9
35 - I von 3	

Liste des cartes consultables dans le document unique :

http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2023.pdf

- · L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes et renseignées dans Finess Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1^{er} janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice)
 Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2021 (quel que soit le mode d'exercice) Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement en 2017 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) en 2021 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en 2018 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons des adolescents et leurs antennes en 2018 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) en 2017 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les missions locales et leurs antennes en 2021 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Csapa et leurs antennes en 2019 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Caarud en 2019 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les consultations jeunes consommateurs en 2019 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa)
- Les conseils locaux de santé mentale Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons médicales de garde Auvergne-Rhône-Alpes
- Liste des établissements réalisant des soins sans consentement Auvergne-Rhône-Alpes
- Les lieux d'écoute en 2022 Auvergne-Rhône-Alpes
- Les structures d'accompagnement en santé mentale et en prévention du suicide en 2022 Auvergne-Rhône-Alpes

Sources de données et méthode

Les données de mortalité

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

Les taux spécifiques de mortalité par suicide par âge sont calculés en rapportant le nombre moyen annuel de décès par suicide sur une période de trois ans (2015-2017, l'année centrale étant indiquée) pour une classe d'âge spécifique à la population d'Auvergne-Rhône-Alpes de cette même classe d'âge.

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

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

Les données d'hospitalisation

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

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

Les taux spécifiques d'hospitalisation pour tentative de suicide par âge ont été calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers sur une période de trois ans [2019-2021] d'une classe d'âge donnée à la population de cette même classe d'âge.

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

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

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

- X60-X64 : auto-intoxication par substances médicamenteuses;
- X65-X69 : auto-intoxication par substances non médicamenteuses, à savoir les auto-intoxications par :
 - l'alcool;
 - des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations;
 - d'autres gaz et émanations ;
 - des pesticides ;
 - des produits chimiques et substances novices.
- X70: lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation;

- X71 : lésion auto-infligée par noyade et submersion ;
- X72-X74 : lésion auto-infligée par arme à feu ;
- X75-X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78-X79 : lésion auto-infligée par utilisation d'objets tranchants ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81-X82: lésion auto-infligée par collision intentionnelle;
- X83-X84: lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

Les passages aux urgences pour tentative de suicide

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

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

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

Si la couverture régionale en termes d'établissements participants est proche de l'exhaustivité (95 %), la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'améliore mais demeure hétérogène entre les départements en 2021.

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

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

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

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

Code	Gravité selon CCMU (Classification clinique des malades aux urgences)			
1	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable après le 1 ^{er} examen clinique, éventuellement complété d'actes diagnostiques réalisés et interprétés au lit du malade, abstention d'actes complémentaires ou thérapeutiques			
Р	m 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			
	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 [9] 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 [10], 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 [11], 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

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

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

Liste des abréviations

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

APL: Accessibilité potentielle localisée ARS: Agence régionale de santé

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

Caarud: Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques liés à l'usage de drogue

CATTP: Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel CCMU: Classification clinique des malades aux urgences

CH: Centre hospitalier

CHU: Centre hospitalier universitaire

CIM: Classification internationale des maladies

CMP: Centre médico-psychologique CRA: Centre de rétention administrative

Craim: Collège Rhône-Alpes Auvergne de l'information médicale

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

DA: Diagnostic associé DP: Diagnostic principal

DR: Diagnostic relié

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

statistiques

Elsa: Équipe de liaison et de soins en addictologie

EMPP: Équipe mobile psychiatrie-précarité

Finess: Fichier national des établissements sanitaires et sociaux

IML: Institut médico-légal

Insee: Institut national de la statistique et des études économiques Inserm: Institut national de la santé et de la recherche médicale

MCO: Médecine, chirurgie, obstétrique OMS: Organisation mondiale de la santé ONS: Observatoire national du suicide ORS: Observatoire régional de la santé

Oscour : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences

PAEJ: Point accueil écoute jeunes

PASS: Permanence d'accès aux soins de santé

PMSI: Programme de médicalisation des systèmes d'information

RPU: Résumé de passage aux urgences

Smur: Structure mobile d'urgence et de réanimation

SPF: Santé publique France

SurSaUD®: Surveillance sanitaire des urgences et des décès

TS: Tentative de suicide

UHCD: Unité d'hospitalisation de courte durée UNPS: Union nationale pour la prévention du suicide

33

Bibliographie

- [1] Observatoire national du suicide. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4^{ème} rapport. Paris: Drees;2020,272p. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf]
- [2] Naouri D. En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. Études et résultats Septembre 2021; 1204:1-8. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1204.pdf]
- [3] Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3ème rapport. Paris: Drees;2018,221p. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons3.pdf]
- [4] Bellidenty J, Touahir M. La crise en Rhône-Alpes: une histoire en trois épisodes. La Lettre Analyses Insee Rhône-Alpes. Janvier 2013;186:1-4. [https://www.insee.fr/fr/statistiques/1290981]
- [5] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin Janvier 2022;8:1-29. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull8_2022.pdf]
- [6] 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]
- [7] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin Janvier 2021;7:1-42. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide Bull7 2021.pdf]
- [8] Jougla E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Revue d'épidémiologie et de santé publique Mars 1997;45(1):78-84.
- [9] 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. Bulletin officiel. Septembre 2020; 6 bis:1-164. [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3735/guide_methodo_2020_6_bis_version_bo.pdf]
- [10] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^{eme} rapport. Paris: Drees;2016,481p. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/ suicide-connaitre-pour-prevenir-dimensions-nationales]
- [11] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jougla E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 13 décembre 2011;(47-48):497-500. [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/336911/2997302?version=1]
- [12] Observatoire national du suicide. Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 : effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5ème rapport. Paris: Drees;2022,329p. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-10/ONS5_MAJ25-10.pdf] ou page d'accueil [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0#:~:text=La%20plus%20grande%20vuln%C3%A9rabilit%C3%A9%20psychologique,d%27accentuation%20et%20de%20r%C3%A9v%C3%A9lateur.]

Pour citer ce bulletin:

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2023;9:1-34. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull9_2023.pdf]

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

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