

SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

BULLETIN N°12 - JANVIER 2026

Ce douzième bulletin de l'Observatoire régional du suicide en Auvergne-Rhône-Alpes s'inscrit dans le plan national santé mentale et plus précisément de prévention du suicide.

Il confirme le rôle essentiel de l'observation épidémiologique pour éclairer l'action publique, soutenir les professionnels et renforcer la mobilisation collective face à un enjeu majeur de santé publique, particulièrement en inscrivant la prévention du suicide dans les conseils locaux de santé mentale (CLSM) et projets territoriaux en santé mentale (PTSM).

En 2023, 917 décès par suicide ont été enregistrés dans la région, soit un niveau 2,5 fois supérieur à celui des décès par accidents de la circulation. Si l'analyse de long terme montre une diminution globale de la mortalité par suicide entre 2000 et 2018, cette tendance s'est interrompue à partir de 2018, avec une phase de hausse jusqu'en 2022, suivie d'une diminution en 2023. Ces évolutions doivent toutefois être interprétées avec prudence, compte tenu des améliorations intervenues dans la collecte et la certification des décès depuis 2018.

Les données montrent la persistance de vulnérabilités spécifiques. Le suicide demeure fortement marqué par une surmortalité masculine et constitue, en 2023, la première cause de décès chez les 15-24 ans, ainsi que chez les 25-34 ans. Les personnes âgées de 45 à 64 ans concentrent, quant à elles, la part la plus importante des décès par suicide. Ces constats rappellent la nécessité d'actions différenciées selon l'âge, le sexe et les contextes de vie, mais également d'une attention renforcée aux inégalités sociales et territoriales très marquées dans la région.

Parallèlement, les indicateurs relatifs aux tentatives de suicide appellent à une vigilance accrue. En 2024, plus de 11 600 séjours hospitaliers pour geste auto-infligé ont été recensés, avec une augmentation s'accroissant chez les plus jeunes depuis 2019, et des taux particulièrement élevés chez les adolescentes et jeunes femmes. Les passages aux urgences pour geste auto-infligé, caractérisés par une sur-représentation des 10-24 ans, sont en hausse de 6 % en 2024 et confirment cette évolution.

Dans ce contexte, le déploiement régional des dispositifs nationaux de prévention et de post-crise constitue un levier d'action majeur. Le dispositif Vigilans, maintenant aussi ouvert aux plus jeunes, ainsi que le numéro national de prévention du suicide 3114, témoignent de l'engagement collectif pour améliorer la continuité des parcours, prévenir la récurrence et participer à la réduction des inégalités d'accès aux soins. Dans ce bulletin, un focus présente les premiers résultats de l'évaluation qualitative du dispositif Vigilans en Auvergne-Rhône-Alpes.

D'autres dispositifs régionaux contribuent au repérage, à la déstigmatisation et à l'orientation. Ainsi par exemple l'action des psychologues travaillant dans des lieux d'écoute (pour la plupart installés dans des quartiers prioritaires et la politique de la ville (QPV) et dans la quasi-totalité des missions locales.

Ce bulletin réaffirme l'importance d'une approche globale, articulant données, expertise de terrain et partenariats, pour consolider les stratégies de prévention adaptées aux spécificités territoriales et besoins des populations d'Auvergne-Rhône-Alpes.

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 geste auto-infligé en Auvergne-Rhône-Alpes.....	9
Les passages aux urgences pour geste auto-infligé.....	15
Les jeunes de 10-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes	16
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes....	17
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes....	18
Les chiffres et les points clés.....	19
Inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide.....	20

Baromètre de Santé publique France 2024 - Auvergne-Rhône-Alpes.....	23
Le 3114, numéro national de prévention du suicide	24
Vigilans - Évaluation qualitative de Vigilans.....	26
Cartes ressources.....	30
Sources de données et méthode.....	41
Consignes de codage et amélioration de la codification....	43
Liste des abréviations.....	43
Bibliographie.....	44

Rappel : contexte national

Les décès par suicide

En France métropolitaine, près de 8 700 décès par suicide ont été comptabilisés en 2023, soit près d'un décès par heure en moyenne. Les décès par suicide touchent les hommes trois fois plus que les femmes.

Le taux de décès par suicide en France métropolitaine a diminué en moyenne de 1,7 % par an entre 2000 et 2023 (soit -33 % sur l'ensemble de la période) et s'inscrivait ainsi dans une tendance à la baisse depuis les années 1980. Toutefois, la diminution tendancielle de la mortalité par suicide en France prend fin en 2018, en raison d'une amélioration de la collecte des données. Par ailleurs, le taux de mortalité en France continue de se situer au-dessus de la moyenne des pays d'Europe de l'Ouest et du Nord 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

L'indicateur de référence du suivi des tentatives de suicide en France repose sur le dénombrement des hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour geste auto-infligé (GAI), un nombre important de gestes suicidaires conduisant à un passage à l'hôpital [1].

En 2024, selon les données du PMSI, près de 98 900 séjours hospitaliers ont été enregistrés dans un service de MCO pour GAI chez les personnes de 10 ans et plus en France métropolitaine. Ces séjours concernent majoritairement des femmes. Ces hospitalisations étaient relativement stables depuis 2013, à l'exception de la baisse en 2020 (contexte d'épidémie de Covid-19 et de diminution du nombre de séjours hospitaliers quel que soit le motif hors Covid-19 [2]). Depuis 2021, une inversion de tendance est identifiée : les hospitalisations en MCO pour GAI augmentent et l'accroissement s'accroît davantage en 2024. Certaines tendances observées ces dernières années demeurent : pic observé du taux chez les femmes de 15-19 ans et absorption de substances médicamenteuses comme cause d'hospitalisation la plus fréquemment observée en MCO pour GAI.

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Encadré 1

L'augmentation apparente des effectifs et du taux de suicide en 2018-2019 par rapport à 2017 correspond à une rupture de série puisque 2018 et, dans une moindre mesure, 2019, sont des années marquées par une amélioration de la remontée statistique, qui résulte de deux mécanismes concomitants :

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

- l'amélioration de la collecte à partir de 2018 avec la mise en place d'une transmission particulière des décès ayant fait l'objet d'une autopsie par l'Institut médico-légal (IML) de Paris et d'autres IML en France.

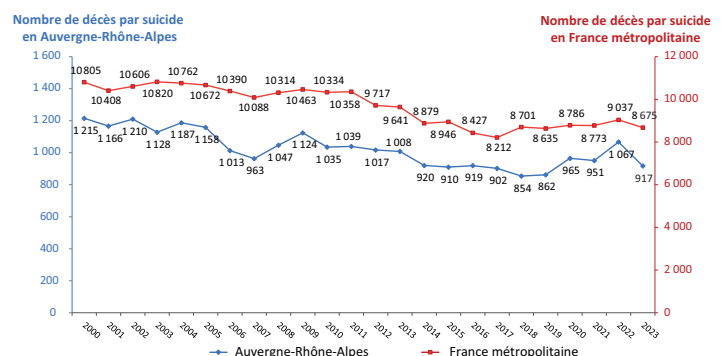
Au regard de ces éléments, il convient d'analyser les évolutions des données de décès par suicide avec la plus grande précaution. L'augmentation apparente des taux de suicide entre 2017 et 2020 serait très vraisemblablement le fait d'une diminution de la sous-estimation de la mortalité par suicide, et non pas le reflet d'une réelle augmentation de cette mortalité [1].

Fin de la baisse tendancielle de la mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

Sur la période 2021-2023, 978 décès par suicide sont recensés en moyenne par an dans la région (augmentation de 5,6 % par rapport à 2019-2021). Trois quarts de ces décès concernent des hommes (74,4 %). Le nombre de décès par suicide diminuait depuis 2009 dans la région comme en France métropolitaine (cf. Figure 1). La hausse enregistrée en 2018 pour la France métropolitaine s'expliquerait par la rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide (cf. Encadré 1) [1]. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'augmentation observée en 2019 et surtout en 2020 et 2022 est difficilement interprétable en raison de l'amélioration de la collecte des données.

Le nombre de décès par suicide en 2023 est 2,5 fois plus élevé que ceux causés par les accidents de la circulation dans la région (2,7 fois plus élevé pour la France

Figure 1 - Évolution du nombre de décès par suicide de 2000 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



Source : Inserm-CépiDc 2000-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

métropolitaine) : 397 décès de personnes impliquées dans un accident de la circulation en 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et 3 167 en France métropolitaine¹.

Depuis 2000, le taux de mortalité par suicide baisse de manière globale et significative² en Auvergne-Rhône-Alpes ainsi qu'en France métropolitaine (cf. Figure 2), chez les hommes comme chez les femmes. Toutefois, comme le souligne également l'Observatoire national du suicide, la diminution tendancielle de la mortalité par suicide en France prend fin en 2018 lorsque le nombre et le taux brut de suicide rebondissent, se stabilisent, puis réaugmentent entre 2020 et 2022, pour diminuer en 2023. L'augmentation apparente des taux de suicide entre 2017 et 2020 en France est très vraisemblablement le fait d'une diminution de la sous-estimation de la mortalité par suicide et non pas le reflet d'une réelle augmentation de cette mortalité [1]. En Auvergne-Rhône-Alpes, l'augmentation de la mortalité par suicide est observée à partir de 2019, avec une hausse significative du taux de mortalité par suicide jusqu'en 2022 (+ 5,0 % en moyenne par an), difficile à interpréter en raison de l'amélioration de la collecte des données. L'analyse des données de mortalité 2024 dans le prochain bulletin aidera à interpréter l'évolution du phénomène observé.

¹ Source : Observatoire national interministériel de la sécurité routière, 2023.

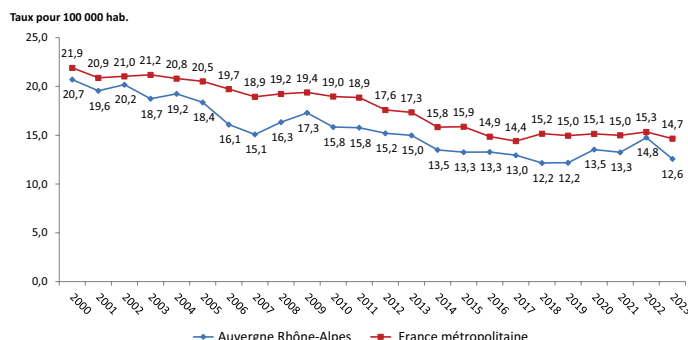
² Les taux standardisés de mortalité par suicide ont été modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 41-42).

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

Pour comprendre l'évolution des suicides au cours des décennies, les chiffres doivent être examinés selon l'âge et le sexe. Le taux standardisé de mortalité par suicide est en 2023, comme les années précédentes, plus élevé chez les hommes que chez les femmes en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. Figure 3). Le taux régional en 2023, chez les hommes et deux sexes ensemble est significativement inférieur au taux national.

La 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 [4]. Des éléments explicatifs de l'écart de mortalité par suicide entre hommes et femmes issus d'études sociologiques sont rappelés [1] : les femmes expriment plus ouvertement leur mal-être et une demande d'aide lorsqu'elles présentent un état dépressif et au travers de comportements suicidaires non mortels. Au contraire, les hommes expriment moins ouvertement leur mal-être et une demande d'aide, cela les protège moins des comportements suicidaires mortels. Les liens interpersonnels tissés hors travail rémunéré et l'importance sociale de leur rôle agissent comme des facteurs protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire de façon plus marqué chez les femmes que chez les hommes. Sur la période 2021-2023, les personnes âgées de 45 à 64 ans concentrent le plus de décès par suicide : quatre décès sur dix (38,4 %) recensés dans la région concernent cette classe d'âge (cf. Figure 4). Cette part est proche de celle observée pour la France métropolitaine (37,4 %).

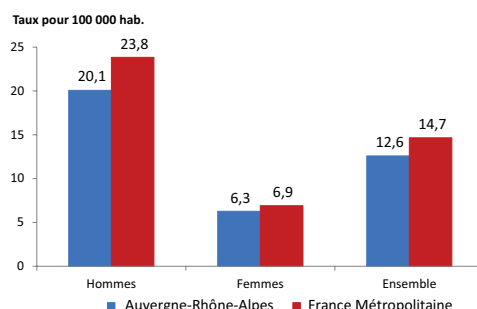
Figure 2 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide de 2000 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2023 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

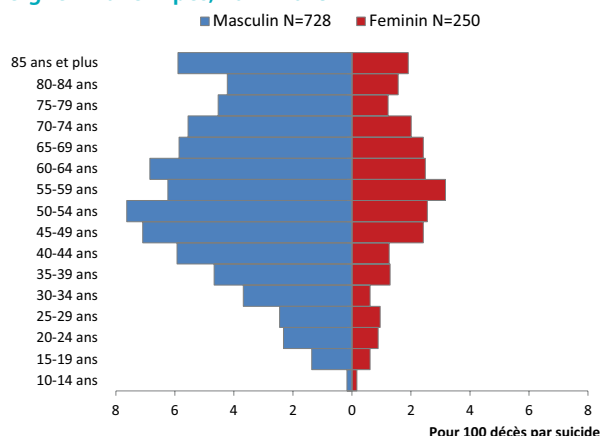
Figure 3 - Taux standardisés* de mortalité par suicide par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine en 2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2023 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 4 - Répartition des décès par suicide* par sexe et âge en Auvergne-Rhône-Alpes, 2021-2023



* Données lissées sur 3 ans

Source : Inserm-CépiDc 2021-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En Auvergne-Rhône-Alpes, la part des décès par suicide chez les hommes augmente avec l'âge jusqu'à 50-54 ans, puis elle diminue de manière irrégulière jusqu'à 75-79 ans (à l'exception des 60-64 ans où elle augmente) pour de nouveau augmenter à partir de 85 ans. Chez les femmes de la région, la part des décès par suicide augmente globalement avec l'âge jusqu'à la classe des 55-59 ans puis elle diminue jusqu'à 75-79 ans pour de nouveau augmenter à partir de 80 ans. En France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes, la part de décès par suicide augmente jusqu'à 50-54 ans, diminue jusqu'à 75-79 ans et augmente de nouveau à partir de 80 ans chez les femmes et 85 ans chez les hommes.

Les profils des courbes représentant les taux spécifiques de mortalité par suicide (cf. Sources de données et méthode p. 41-42) par âge et par sexe sont assez comparables en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (cf. Figures 5 et 6), avec globalement des taux plus élevés pour la France métropolitaine.

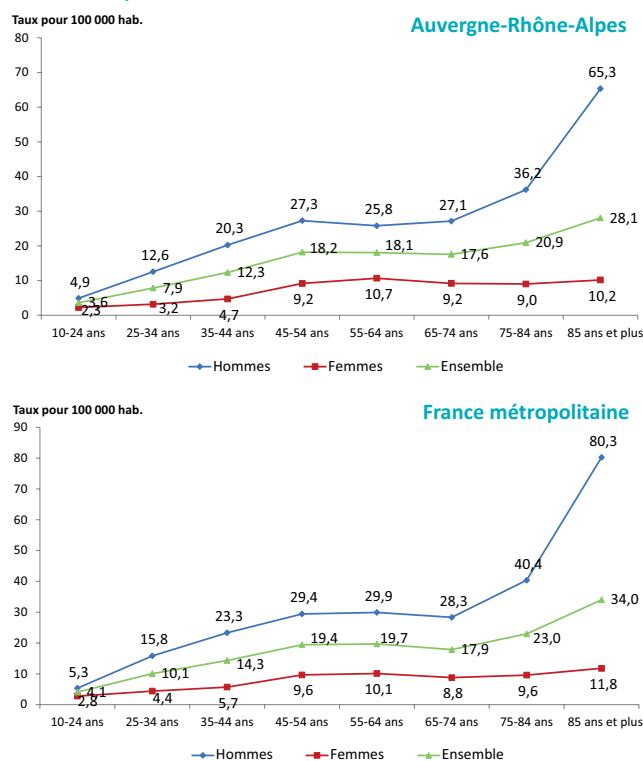
En 2021-2023, comme sur les périodes précédentes, le taux spécifique annuel de mortalité par suicide chez les hommes augmente fortement avec l'âge, notamment à partir de 75 ans. En Auvergne-Rhône-Alpes, il passe de 12,6 décès par suicide pour 100 000 hommes de 25-34 ans à 65,3 décès pour 100 000 hommes de 85 ans et plus. Par ailleurs, ce taux élevé chez les hommes de 85 ans et plus progresse fortement par rapport à la période précédente : il passe de 61,9 décès par suicide pour 100 000 hommes en 2019-2021 à 65,3 en 2021-2023 (soit + 5,5 % entre les deux périodes).

Chez les femmes de la région, les taux de mortalité par suicide, nettement moins élevés que ceux des hommes, augmentent jusqu'à 55-64 ans puis diminuent légèrement jusqu'à 74 ans pour augmenter de nouveau chez les femmes de 85 ans et plus. Chez ces dernières, le taux de mortalité par suicide régional était en augmentation ces dernières années ; il semble marquer le pas en 2021-2023 (10,2 décès pour 100 000 femmes de 85 ans et plus en 2021-2023 contre 11,6 en 2019-2021).

Les souffrances psychiques et physiques subies aux âges avancés, la perte d'autonomie, les maladies invalidantes, les deuils, ainsi que la perte de revenu liée au décès du conjoint ou de la conjointe sont des éléments issus de travaux sociologiques qui expliquent l'évolution des âges du suicide [1]. Les effets du sexe et de l'âge sont donc importants sur le taux de mortalité par suicide, ils doivent être pris en compte pour le développement et le suivi du déploiement des actions de prévention.

En Auvergne-Rhône-Alpes, tous les groupes d'âge sont concernés en 2018 par la fin de la baisse tendancielle de

Figures 5 et 6 - Taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide par classe d'âge et par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

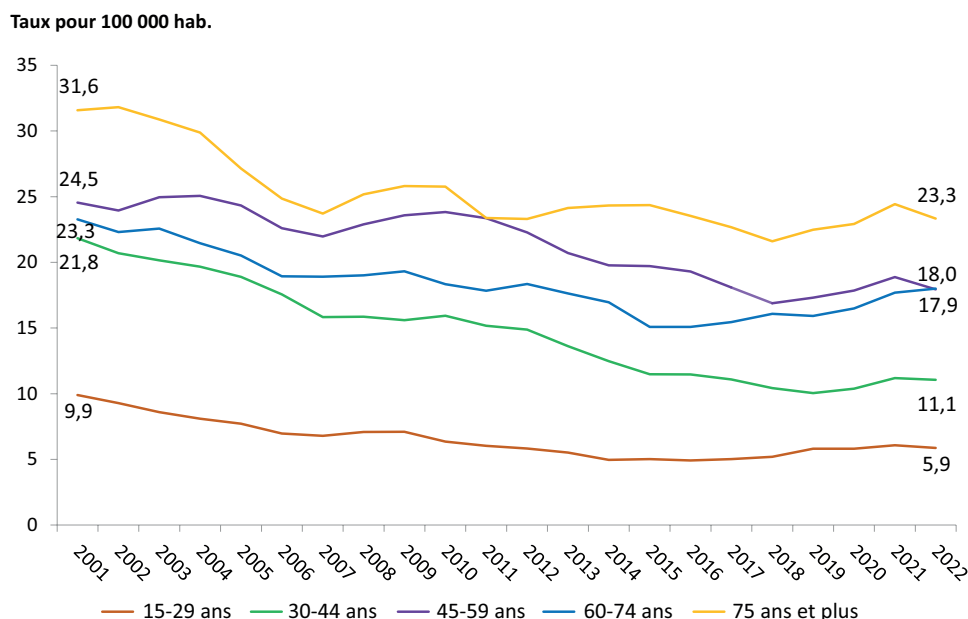


* Taux lissés sur 3 ans

Sources : Inserm-CépiDc, données 2021-2023 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

la mortalité par suicide qui était observée depuis l'année 2000 (cf. Figure 7). Une augmentation significative de la mortalité par suicide était même identifiée dès 2015 chez les 60-74 ans et chez les 15-29 ans et elle se maintient en 2022. Chez les 45-59 ans et chez les 75 ans et plus, l'augmentation observée entre 2018 et 2020 se poursuit en 2021 mais une inversion de tendance semble s'amorcer en 2022. Le prochain bulletin permettra de confirmer ou non cette inversion de tendance.

Figure 7 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2023



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc, données 2000-2023 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Sur la période 2021-2023, les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,3 % de l'ensemble des décès (*versus* 1,4 % en France métropolitaine).

Cette part est plus élevée chez les jeunes de 15-19 ans et chez les jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans (cf. tableau 1). Pour les hommes, le poids des décès par suicide est le plus élevé chez les 30-34 ans et pour les femmes chez les 20-24 ans. Chez les jeunes, la mortalité causée par les autres pathologies est relativement faible (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, maladies de l'appareil respiratoire), donc la mortalité par suicide est, proportionnellement, plus importante à ces âges.

Le suicide devient, en 2021-2023, la première cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, passant devant les accidents de la circulation.

Comme cela était déjà observé sur la période précédente, le suicide constitue chez les 25-34 ans, en 2021-2023, la première cause de mortalité, devant les tumeurs, à l'échelle régionale et nationale.

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 2021-2023.

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide* dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2021-2023

	Hommes	Femmes	Ensemble
10-14 ans	6,5 %	9,3 %	7,6 %
15-19 ans	16,1 %	17,6 %	16,5 %
20-24 ans	17,0 %	22,2 %	18,1 %
25-29 ans	18,4 %	19,4 %	18,7 %
30-34 ans	20,0 %	8,7 %	16,9 %
35-39 ans	17,4 %	10,1 %	15,0 %
40-44 ans	15,0 %	6,4 %	12,1 %
45-49 ans	11,6 %	7,7 %	10,3 %
50-54 ans	7,5 %	4,8 %	6,5 %
55-59 ans	4,1 %	4,1 %	4,1 %
60-64 ans	3,1 %	2,2 %	2,8 %
65-69 ans	2,0 %	1,5 %	1,8 %
70-74 ans	1,3 %	0,8 %	1,1 %
75-79 ans	0,9 %	0,4 %	0,7 %
80-84 ans	0,8 %	0,4 %	0,6 %
85 ans et plus	0,4 %	0,1 %	0,2 %
Auvergne-Rhône-Alpes	2,0 %	0,7 %	1,3 %
France métropolitaine	2,1 %	0,7 %	1,4 %

* Données lissées sur 3 ans

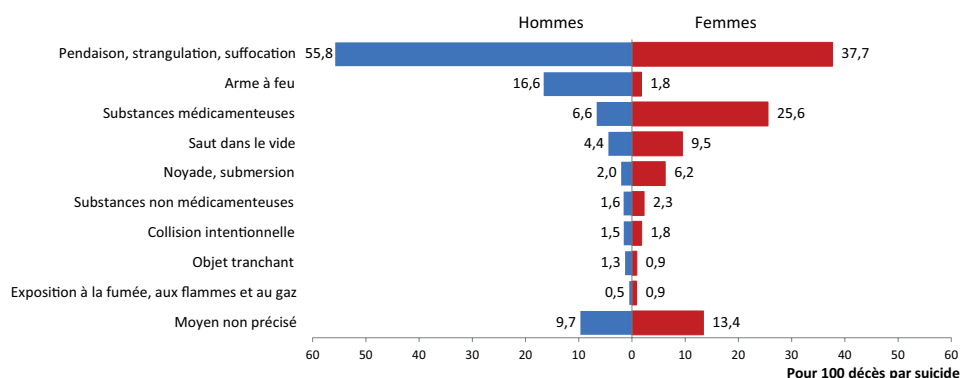
Source : Inserm-CépiDc 2021-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Des modes de suicide différents chez les hommes et chez les femmes

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 davantage recours aux substances médicamenteuses puis aux sauts dans le vide.

Figure 8 - Répartition des suicides selon le mode opératoire* en Auvergne-Rhône-Alpes, 2021-2023



* Données lissées sur 3 ans

Source : Inserm-CépiDc, données 2021-2023 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les hommes, la part des décès par pendaison parmi l'ensemble des décès par suicide est en légère diminution dans la région par rapport à ce qui était observé en 2019-2021. L'augmentation de la part des décès par arme à feu et par saut dans le vide parmi l'ensemble des décès par suicide chez les hommes observée précédemment se poursuit en 2021-2023.

Chez les femmes, en 2021-2023, la part des décès

par saut dans le vide parmi l'ensemble des décès par suicide diminue et les parts de décès par substances médicamenteuses et par pendaison augmentent par rapport à 2019-2021.

La part des décès par saut dans le vide parmi l'ensemble des décès par suicide reste supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes par rapport à la France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes.

Persistance de disparités départementales de mortalité par suicide

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

En 2023, l'Allier et l'Isère ont des taux standardisés de mortalité par suicide, deux sexes ensemble, significativement supérieurs à la valeur régionale. Ils s'élèvent respectivement à 17,7 et 14,9 pour 100 000 habitants contre 12,6 pour 100 000 habitants en Auvergne-Rhône-Alpes.

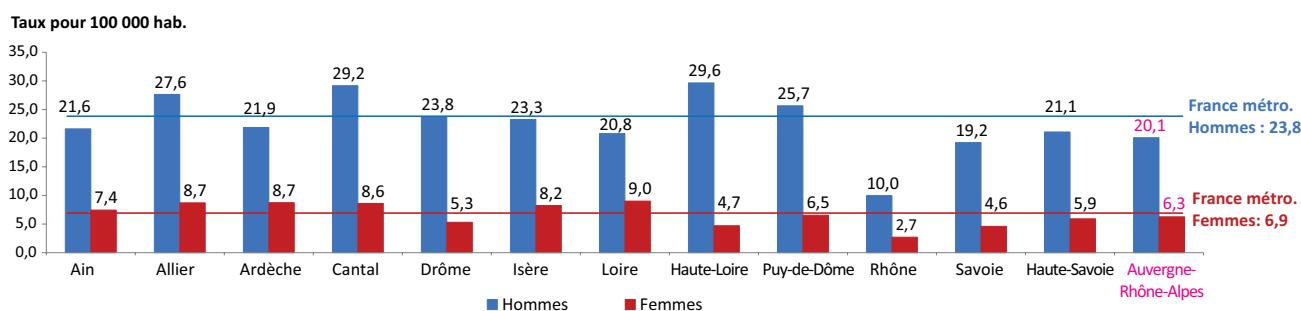
Au contraire, le Rhône a un taux de mortalité deux sexes ensemble significativement inférieur (5,9 pour 100 000 habitants). Ce résultat s'observe également dans ce

département chez les hommes et chez les femmes séparément.

Les taux les plus élevés de la région chez les hommes sont retrouvés en Haute-Loire et dans le Cantal et chez les femmes dans la Loire.

Les taux de mortalité par suicide plus bas dans le Rhône s'expliquent en partie par une sous-estimation au niveau de l'Institut médico-légal (IML) de Lyon attribuée notamment à l'absence de précision sur la cause de décès après une investigation de justice (cf. Consignes de codage et amélioration de la codification p. 43). L'exhaustivité de déclaration des décès par suicide dans le Rhône semblait toutefois s'être améliorée en 2020, notamment en raison d'une utilisation accrue de la certification électronique.

Figure 9 - Taux standardisés* de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2023 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

L'évolution des taux standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2023 présentée ci-dessous (cf. Figure 10) porte sur des taux calculés chaque année. Les effectifs de décès annuels par suicide étant relativement faibles pour certains départements, les fluctuations annuelles des taux de mortalité par suicide sont parfois importantes.

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

Dans huit départements (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), le taux standardisé de mortalité par suicide baisse de manière globale et significative sur l'ensemble de la période (2000 à 2023), chez les hommes comme chez les femmes.

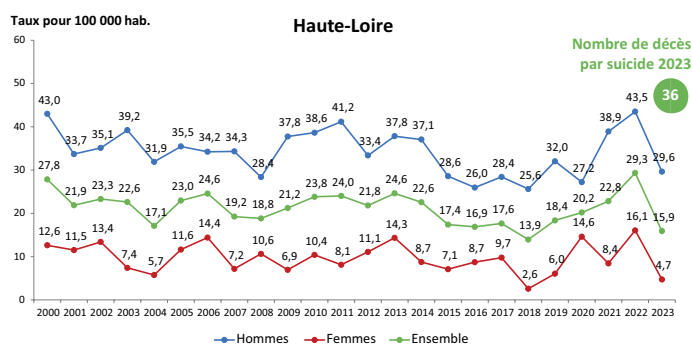
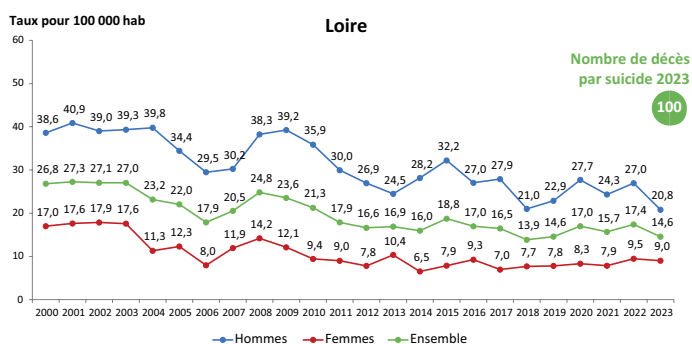
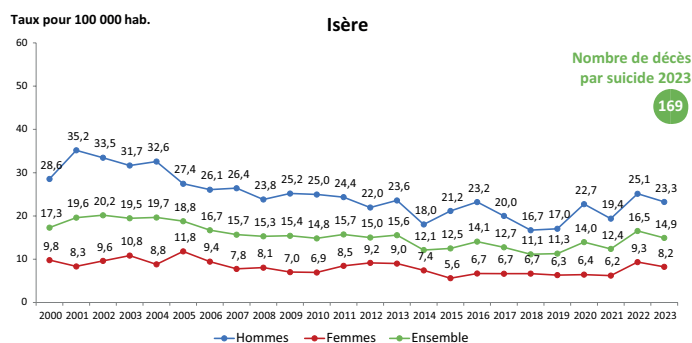
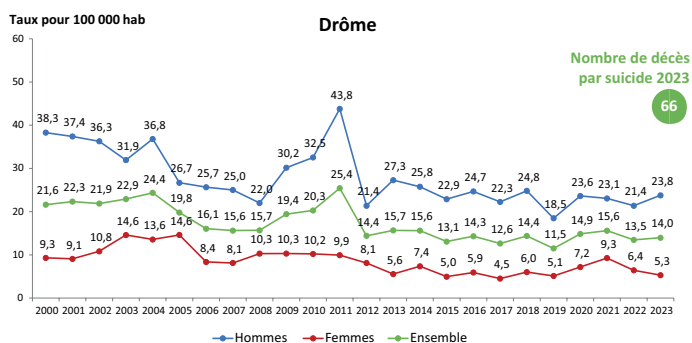
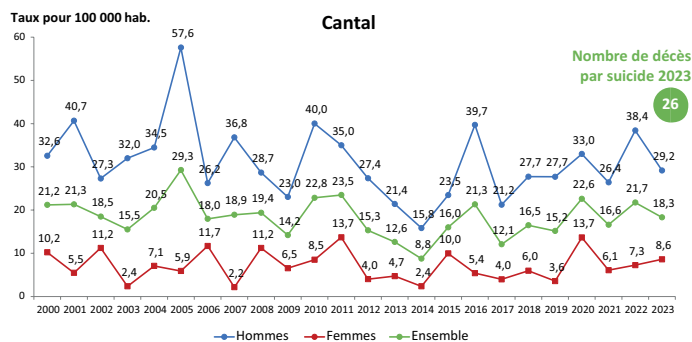
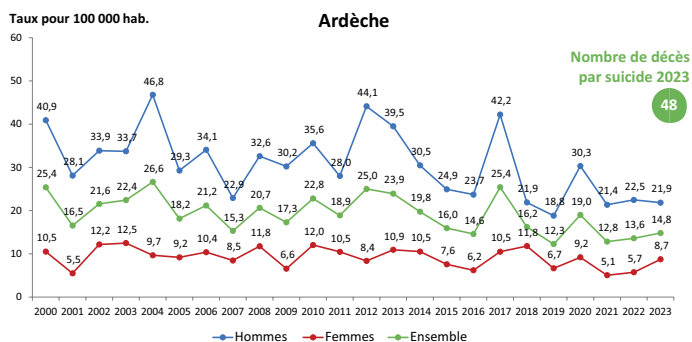
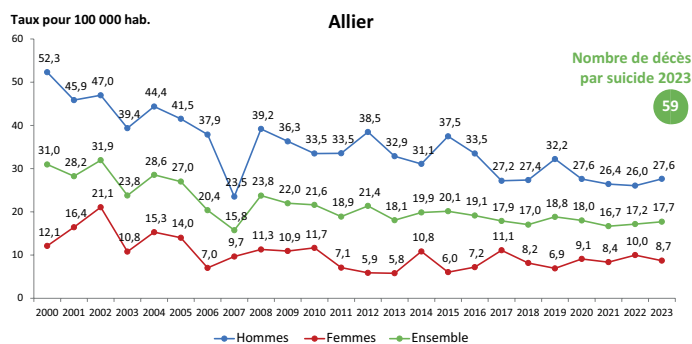
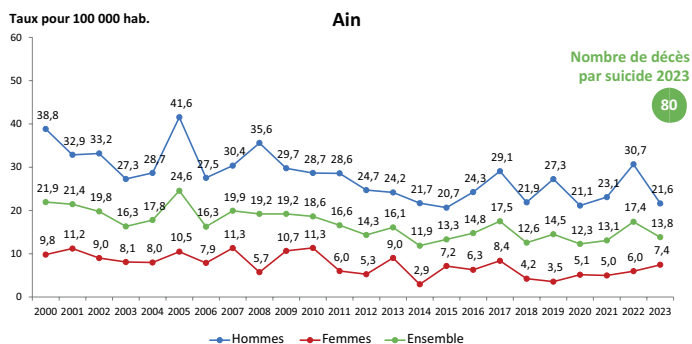
En Ardèche et en Savoie, cette tendance globale et significative à la baisse est relevée chez les hommes et deux sexes ensemble sur la période 2000-2023 alors qu'une relative stabilité est observée chez les femmes.

Dans le Cantal et la Haute-Loire, l'évolution du taux standardisé de mortalité par suicide est instable, oscillant entre des périodes de hausse et de baisse.

Une analyse plus fine permet de mettre en évidence une augmentation de la mortalité par suicide deux sexes ensemble sur une période plus récente (entre 2018 et 2023) dans l'Ain (+10,0 %), dans l'Allier (+3,9 %), dans le Cantal (+11,1 %), dans l'Isère (+33,9 %), dans la Loire (+5,2 %), dans la Haute-Loire (+14,1 %), dans la Haute-Savoie (+3,8 %). Toutefois, seule l'augmentation observée pour le département de l'Isère est significative. Comme cela a été évoqué (cf. Encadré 1 p. 2), les hausses de taux de mortalité par suicide observées depuis 2018 sont difficiles à interpréter en raison de l'amélioration de la certification des décès qui s'est opérée en 2018.

Ces évolutions invitent à porter une attention particulière à l'analyse des données de mortalité 2024 qui sera publiée dans le prochain bulletin.

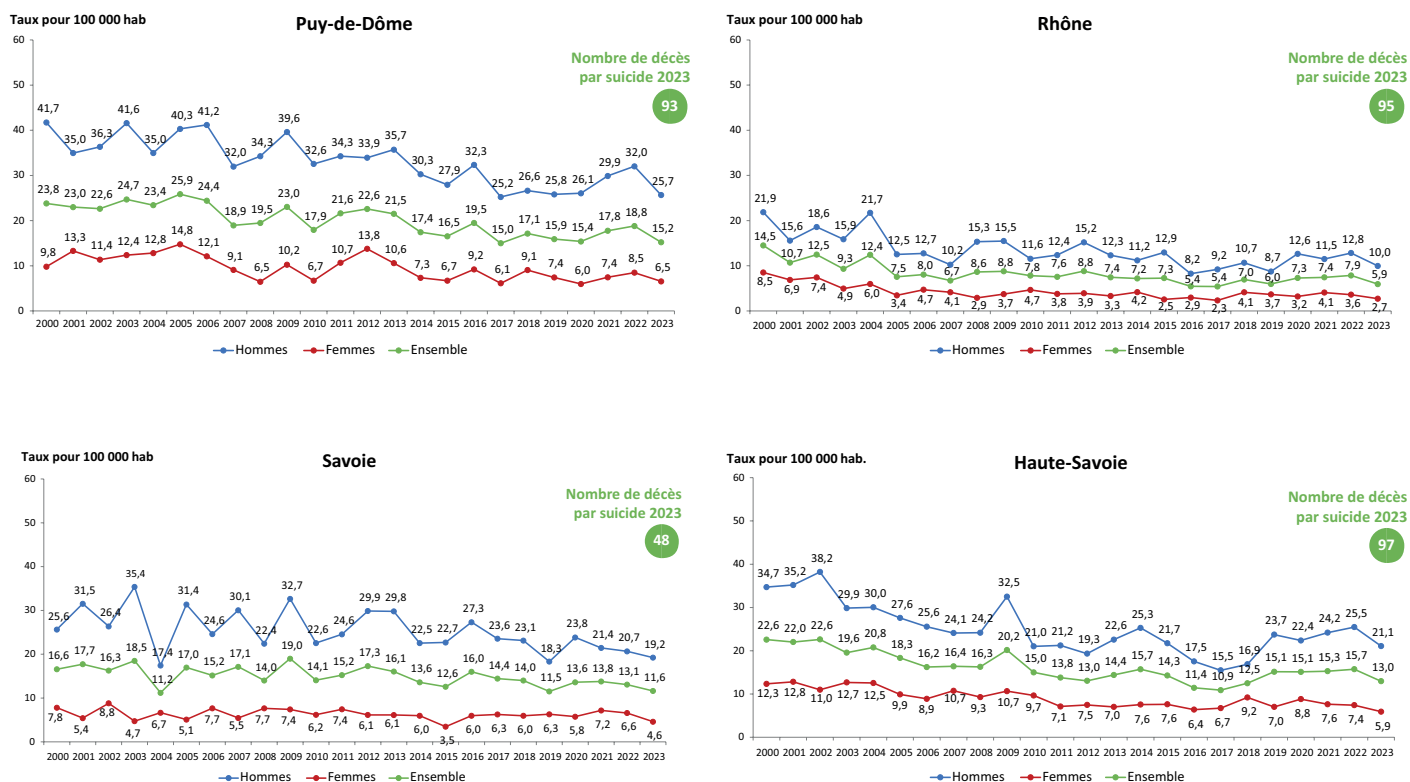
Figure 10 - Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide selon les départements de 2000 à 2023



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2023 ; 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 2023 (suite)



* Standardisation directe sur âge

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2023 ; Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

Avertissement : 2018 et 2019 sont marquées au niveau national par une amélioration de la remontée statistique des décès par suicide, en raison de deux améliorations, celle de la certification des décès et celle de la collecte des données par l'IML de Paris.

- En 2023, 917 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,5 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide de 2000 à 2018 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,9 % par an sur cette période), augmentation de 2018 à 2022 (hausse moyenne de 5,0 % par an sur cette période) et diminution de 2022 à 2023.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Augmentation significative de la mortalité par suicide depuis 2015 chez les 15-29 ans et chez les 60-74 ans.
- Le suicide en 2023, première cause de mortalité chez les 15-24 ans devant les accidents de circulation et chez les 25-34 ans devant les tumeurs.
- Les décès par suicide (2021-2023) représentent 1,3 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-64 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 38,4 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- La pendaison, 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble plus élevés que les valeurs régionales dans deux départements en 2023 : Allier et Isère. Au contraire, des taux standardisés de mortalité par suicide chez les deux sexes significativement plus faibles dans le Rhône.
- Dans la majorité des départements, baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide entre 2000 et 2023 chez les deux sexes (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), ou chez les hommes (Ardèche) et deux sexes ensemble (Savoie). Dans le Cantal et la Haute-Loire, évolution du taux instable. Toutefois, entre 2018 et 2023, augmentation de la mortalité par suicide deux sexes ensemble dans l'Ain (+ 10,0 %), l'Allier (+ 3,9 %), le Cantal (+ 11,1 %), l'Isère (+ 33,9 %, augmentation significative), la Loire (+ 5,2 %), la Haute-Loire (+ 14,1 %) et la Haute-Savoie (+ 3,8 %), difficile à interpréter en raison de l'amélioration de la collecte des données.

LES SÉJOURS HOSPITALIERS EN MCO POUR GESTE AUTO-INFLIGÉ EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) en Auvergne-Rhône-Alpes inférieurs aux taux nationaux mais encore en augmentation chez les plus jeunes

Sur la période 2022-2024, 10 665 séjours hospitaliers en Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) pour geste auto-infligé (GAI) (cf. Sources de données et méthode p. 41-42) ont été enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. Figure 11). Près des deux tiers des séjours concernent des femmes (64,1 %).

Une augmentation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour GAI avait été enregistrée dans la région entre 2015 et 2018 en lien avec l'amélioration de la qualité du codage engagée dans plusieurs établissements de la région (cf. Amélioration de la codification p. 43).

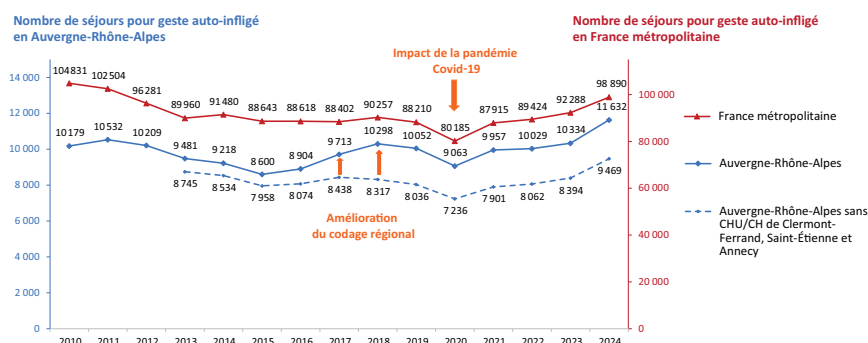
Le léger reflux du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour GAI observé en 2019 en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine s'était nettement accentué en 2020 dans le contexte sanitaire de pandémie de Covid-19 où une baisse de 15,1 % du nombre de séjours hospitaliers, quel que soit le motif hors Covid-19, était enregistrée par rapport à 2019 [2]. En 2024, le nombre de séjours hospitaliers pour GAI dans la région et en France métropolitaine poursuit l'augmentation observée depuis 2020 et l'accroissement s'accroît encore en 2024 : +12,6 % en 2024 par rapport à 2023 contre +3,0 % entre 2022 et 2023 pour la région (respectivement +7,2 % et +3,2 % pour la France métropolitaine).

Après une baisse significative jusqu'en 2015, le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) dans la région enregistrait une hausse significative sur la période 2015-2018 (cf. Figure 12), liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Amélioration de la codification p. 43). En 2019 et 2020, le taux était en baisse, en lien notamment avec la pandémie de Covid-19. À partir de 2021, le taux reprend son augmentation significative qui s'accroît en 2024 (+5,8 % en moyenne par an de 2020 à 2024 ; +11,9 % entre 2023 et 2024).

À l'échelle de la France métropolitaine, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI connaît également une hausse significative depuis 2020, moins marquée toutefois qu'en Auvergne-Rhône-Alpes (+4,9 % en moyenne par an de 2020 à 2024).

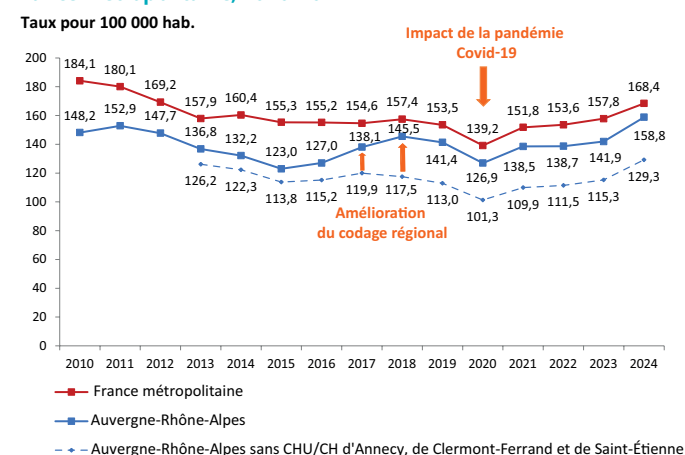
Comme les années précédentes, les taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour GAI sont plus élevés en 2024 chez les femmes que chez les hommes, dans la région comme en France métropolitaine (cf. Figure 13). Ainsi, 205 séjours pour 100 000 femmes sont enregistrés en Auvergne-Rhône-Alpes contre 115 pour 100 000 hommes.

Figure 11 - Évolution du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2024



Source : ATIH PMSI-MCO 2010-2024 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

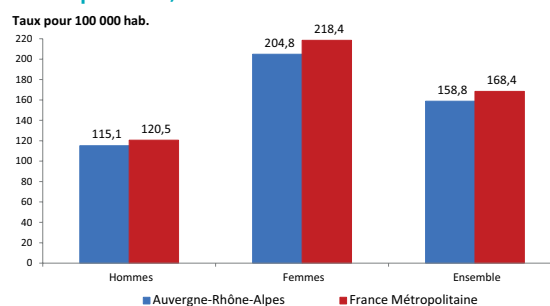
Figure 12 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2010-2024



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 13 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI), par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2024



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Pour les deux sexes, les taux restent plus bas dans la région qu'en France métropolitaine. Les écarts entre les taux régionaux et nationaux se sont toutefois réduits en 2024.

Des taux de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) particulièrement élevés et toujours en augmentation chez les jeunes filles de 15-19 ans

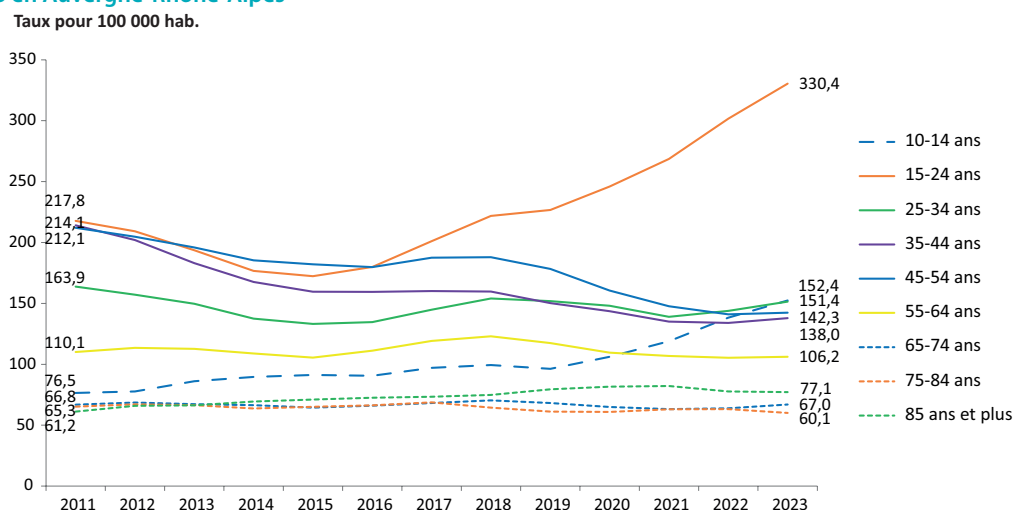
En Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, sur la période 2022-2024, les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour un geste auto-infligé (GAI) par classe d'âge présentent un pic marqué chez les femmes âgées de 15-19 ans (cf. Figures 14 et 15) avec 633 séjours pour 100 000 jeunes femmes de la région (713 pour 100 000 en France métropolitaine), taux encore en augmentation pour la région (+29,2 % par rapport à 2020-2022) comme pour la France métropolitaine (+18,8 %). Après 30 ans, le taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI est le plus élevé chez les femmes de 50-54 ans avec 163 séjours pour 100 000 femmes en Auvergne-Rhône-Alpes (182 pour 100 000 en France métropolitaine), taux en augmentation pour la région mais en baisse pour la France métropolitaine.

Les taux de séjours hospitaliers pour GAI varient de manière importante selon le genre et l'âge : les jeunes filles de 10-14 ans sont 9 fois plus hospitalisées pour GAI que les garçons du même âge, celles de 15-19 ans le sont 4 fois plus et celles de 20-24 ans le sont deux fois plus. Le même constat est observé à l'échelle nationale. Les taux spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) évoluent différemment selon les classes d'âge (cf. Figure 16). Une hausse significative¹ sur l'ensemble de la période est observée chez les plus jeunes (moins de 25 ans) et chez les plus âgés (85 ans et plus).

Chez les moins de 25 ans, l'augmentation observée depuis 2015 s'accroissant à partir de 2019 se poursuit : depuis 2019, +12,2 % par an chez les moins de 15 ans et +9,9 % par an chez les 15-24 ans (soit une augmentation totale depuis 2019 respectivement de 58 % et 46 % pour ces deux classes d'âge). Cette augmentation des séjours hospitaliers pour GAI chez les plus jeunes est concordante avec les perceptions des psychiatres de la région. Elle est également confortée par d'autres résultats : hausse nationale des syndromes dépressifs et hospitalisations pour lésion auto-infligée chez les jeunes filles de 10 à 24 ans après le second confinement [14], dégradation de

¹ Les taux spécifiques sont modélisés par régression linéaire (cf. Sources de données et méthode p. 41-42).

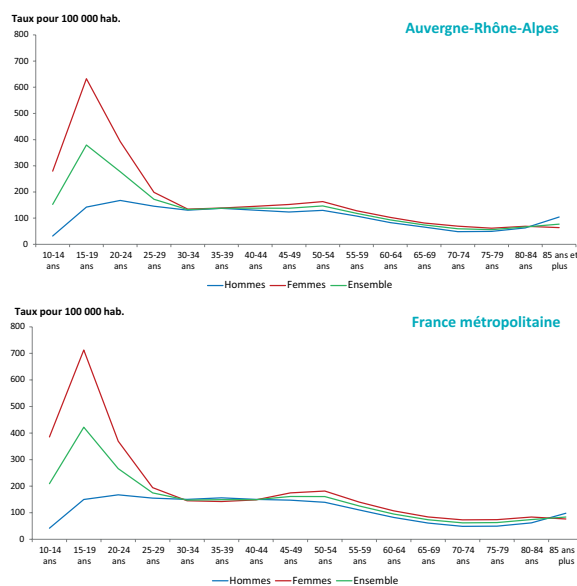
Figure 16 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI), selon les groupes d'âge entre 2010 et 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figures 14 et 15 - Taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI), par classe d'âge et par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023



* Taux lissés sur 3 ans

Sources : ATIH PMSI-MCO 2022-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

l'état de santé mentale des adolescents en 2022 [23] et augmentation régionale de la part des jeunes de 10-17 ans parmi les passages aux urgences pour GAI (cf. p.15). Par ailleurs, les travaux internationaux montrent que dans de nombreux pays, le jeune âge devient facteur de risque d'une santé mentale dégradée, avec une progression importante des GAI et des troubles mentaux particulièrement marquée chez les jeunes femmes. Ce phénomène paraît antérieur à la pandémie de Covid-19, celle-ci l'ayant accéléré plus que déclenché [1].

Chez les 85 ans et plus, alors qu'il n'avait cessé d'augmenter de 2011 à 2021 (+2,9 % par an) le taux poursuit en 2023 la baisse initiée en 2022 (-3,1 % par an depuis 2021).

Une augmentation repérée en 2022 chez les 25-34 ans et les 65-74 ans se confirme en 2023 (resp. +4,4 % et +3,0 par an depuis 2021).

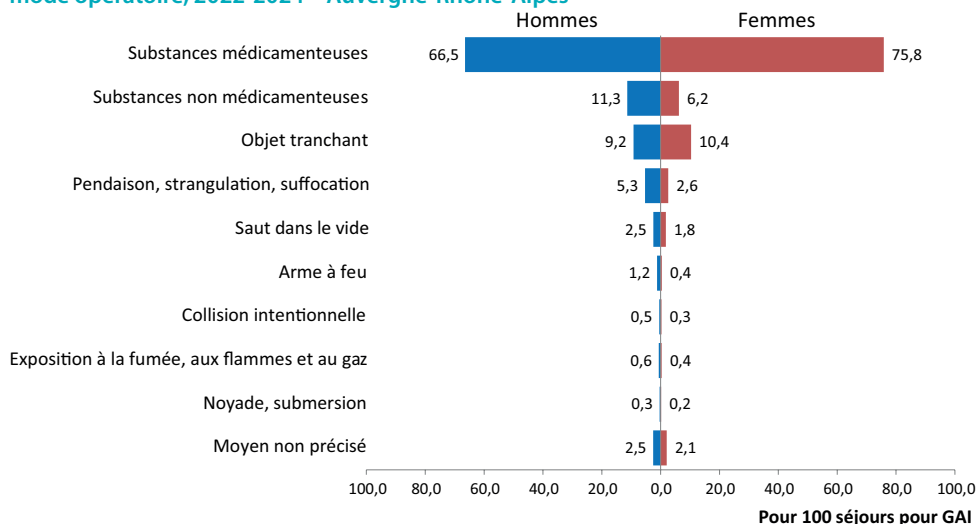
Enfin, chez les 35-44 ans, 45-54 ans et 75-84 ans, une baisse significative des taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI est observée depuis 2011 (resp. -3,6 %, -3,3 % et -0,7 % par an) et depuis 2018 chez les 55-64 ans (-2,0 % par an).

Des modes opératoires différents selon l'âge

L'absorption de substances médicamenteuses demeure le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les femmes (75,8 %) que chez les hommes (66,5 %) hospitalisés dans la région en MCO pour geste auto-infligé (GAI) sur la période 2022-2024 (cf. Figure 17). Ce mode opératoire stable depuis 2018-2020 baisse chez les femmes en 2022-2024 [8] (cf. Sources de données et méthode sur les modes opératoires p. 41). Les objets tranchants sont le deuxième mode opératoire chez les femmes alors qu'il s'agit des substances non médicamenteuses chez les hommes pour la région comme en France métropolitaine.

Par rapport à la France métropolitaine, la part des séjours hospitaliers en MCO pour GAI liée à une absorption de substances médicamenteuses et par saut dans le vide parmi l'ensemble des séjours hospitaliers en MCO pour GAI est légèrement supérieure en Auvergne-Rhône-Alpes. Au contraire, la part de séjours pour GAI liée à une lésion avec un objet tranchant est inférieure en Auvergne-Rhône-Alpes chez les hommes (-1,0 point) et chez les femmes (-1,8 point) par rapport aux valeurs relevées en France métropolitaine.

Figure 17 - Répartition des séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI)* selon le mode opératoire, 2022-2024 – Auvergne-Rhône-Alpes

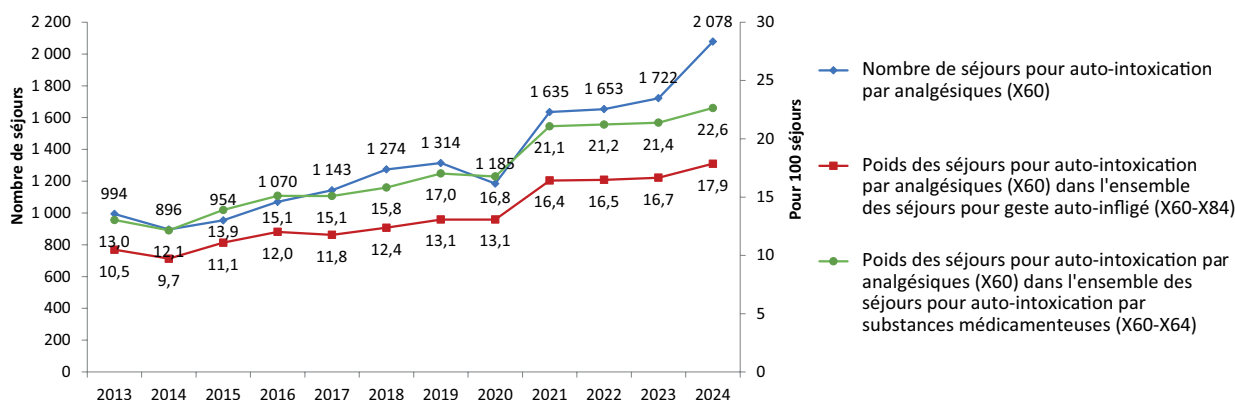


* Données lissées sur 3 ans

Source : ATIH PMSI-MCO 2022-2024 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Chez les 10-14 ans, la répartition des modes opératoires est différente. L'utilisation de substances médicamenteuses reste majoritaire en 2022-2024. Encore en augmentation chez les jeunes filles par rapport à la période précédente (67,0 %), la part diminue pour les jeunes garçons (52,3 %) en faveur de la pendaison qui augmente. Le deuxième mode opératoire le plus utilisé par les 10-14 ans demeure l'objet tranchant. Néanmoins, la part des hospitalisations pour GAI lié à des lésions avec un objet tranchant poursuit sa diminution observée depuis 2019-2021 chez les jeunes garçons comme chez les jeunes filles (17,9 % pour les garçons et 23,5 % pour les filles *versus* respectivement 22,2 % et 29,3 % en 2019-2021 [9]).

Figure 18 - Évolution des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques (X60) entre 2013 et 2024 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : ATIH PMSI-MCO 2013-2024 - 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 hospitalisations pour geste auto-infligé (GAI) plus nombreuses par intoxication au paracétamol¹ (cf. Figure 18).

En 2024, le poids des séjours hospitaliers pour geste auto-infligé par analgésiques dans l'ensemble des séjours pour geste auto-infligé poursuit l'augmentation observée depuis 2014 (+6,3 % en moyenne par an soit une augmentation totale de 83,8 % en dix ans). Cette augmentation a été la plus marquée entre 2020 et 2021.

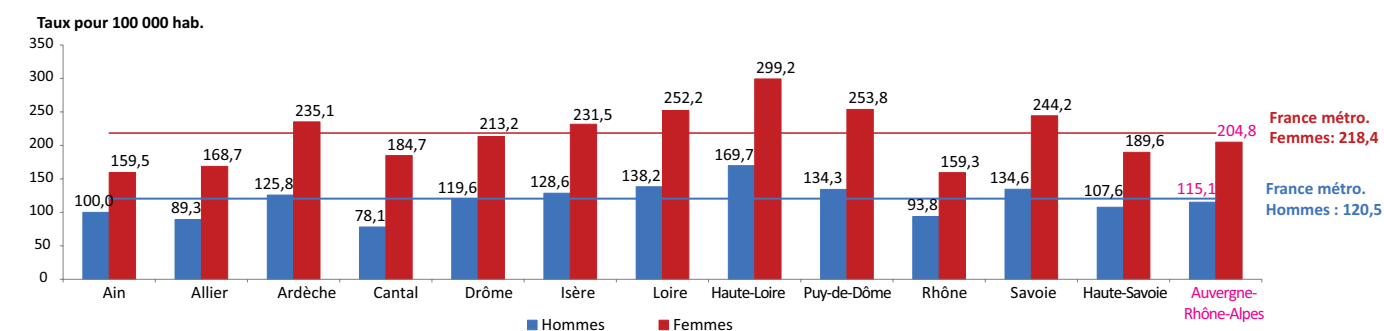
¹ Ces intoxications au paracétamol ne faisant pas l'objet d'un code spécifique de la CIM-10, l'analyse est réalisée à partir des séjours hospitaliers en MCO pour auto-intoxication par des analgésiques.

Une situation toujours hétérogène selon les départements

Des disparités prononcées de taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) persistent entre les départements en 2024 (cf. Figure 19). L'Isère, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les hommes comme chez les femmes et l'Ardèche chez les femmes ont des taux élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales, supérieurs même aux valeurs nationales. Au contraire, l'Ain, l'Allier et le Rhône pour les deux sexes, le Cantal pour les hommes et la

Haute-Savoie pour les femmes ont des taux relativement faibles, significativement inférieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine. L'Ardèche et la Haute-Savoie chez les hommes, le Cantal chez les femmes et la Drôme pour les deux sexes, présentent des taux relativement proches des valeurs régionales. Les taux relativement faibles dans le Rhône peuvent s'expliquer en partie par le développement de dispositifs alternatifs à l'hospitalisation (prise en charge en ambulatoire) face à une insuffisance de lits dans certains établissements.

Figure 19 - Taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI), par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2024



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les graphiques présentant l'évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) par département de 2010 à 2024 illustrent également l'hétérogénéité des situations départementales (cf. Figure 20).

Sur la période 2010-2024, une baisse globale significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour GAI est observée chez les hommes comme chez les femmes dans quatre départements : l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône. Il est à noter toutefois une augmentation significative dans la Drôme depuis 2020 de ce taux chez les hommes comme chez les femmes.

Une hausse globale significative est constatée sur la période 2010-2024 chez les hommes comme chez les femmes dans le Puy-de-Dôme, en Haute-Loire, en Savoie et en Haute-Savoie. Dans les départements savoyards, la hausse s'accroît à partir de 2020. Au contraire, dans le Puy-de-Dôme, depuis 2019, le taux baisse significativement chez les hommes.

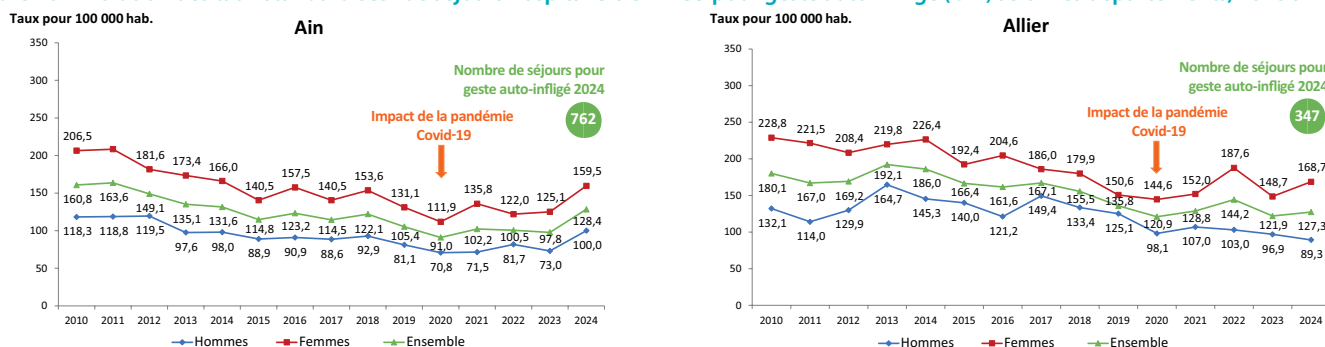
Dans l'Ardèche, le Cantal, l'Isère et la Loire, aucune tendance globale ne se dégage sur la période 2010-2024. Néanmoins, sur une période récente, une augmentation significative est relevée pour l'Ardèche depuis 2020 chez

les femmes et depuis 2022 chez les hommes. En Isère, les taux poursuivent en 2024 l'augmentation observée depuis 2020 [5, 25], de manière significative, chez les hommes comme chez les femmes. Dans la Loire, le taux augmente significativement chez les femmes depuis 2015 alors qu'il baisse chez les hommes depuis 2018.

Dans tous les départements de la région, à l'exception de la Haute-Savoie, les taux standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour GAI avaient baissé en 2020 en lien avec l'épidémie de Covid-19 [6, 9]. La plupart des départements retrouvent en 2024 des valeurs supérieures à celles de 2019 : seuls trois départements, l'Allier, le Puy-de-Dôme et le Rhône, ont en 2024 un taux deux sexes ensemble inférieur à celui de la période pré-Covid-19.

Le faible écart des taux entre les hommes et les femmes observé dans le Puy-de-Dôme avant 2021 a été précédemment expliqué (sur-représentation masculine liée à un dépistage systématique des intoxications éthyliques aiguës au service d'urgence du CHU de Clermont-Ferrand à la recherche d'une intentionnalité auto-agressive) [7]. En 2024, l'écart de taux entre les hommes et les femmes dans ce département continue de se marquer.

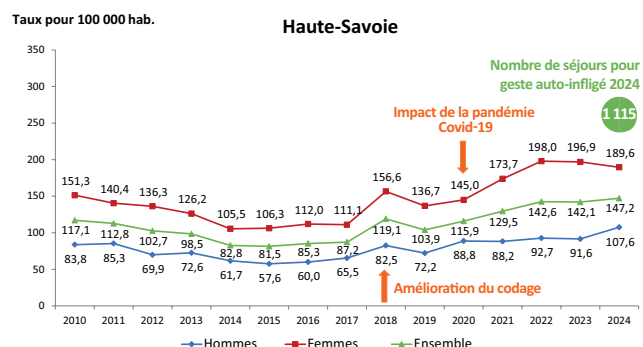
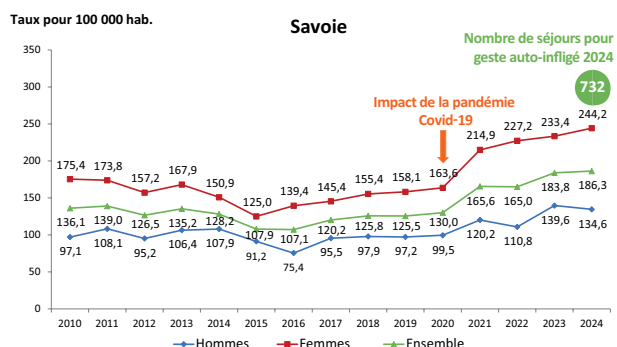
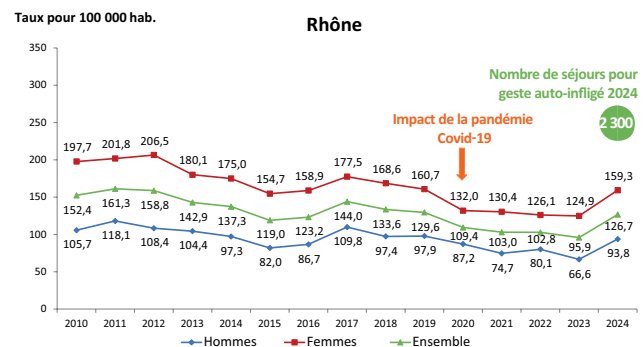
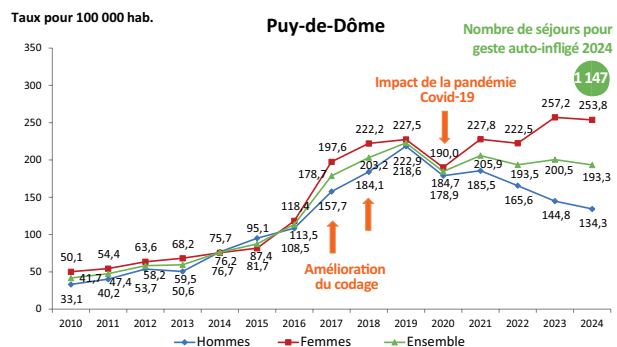
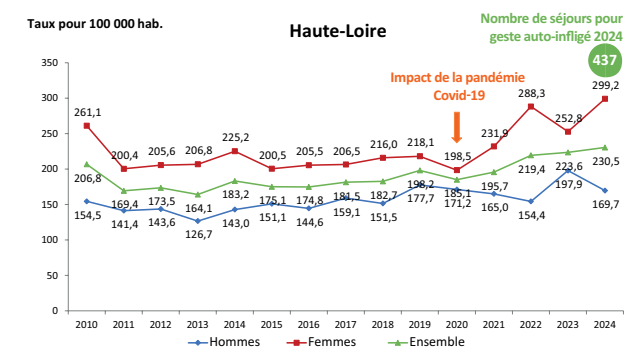
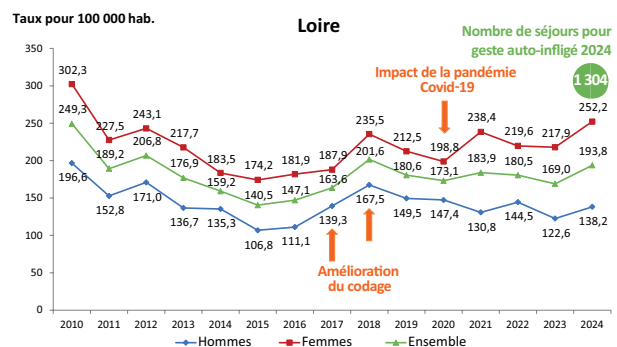
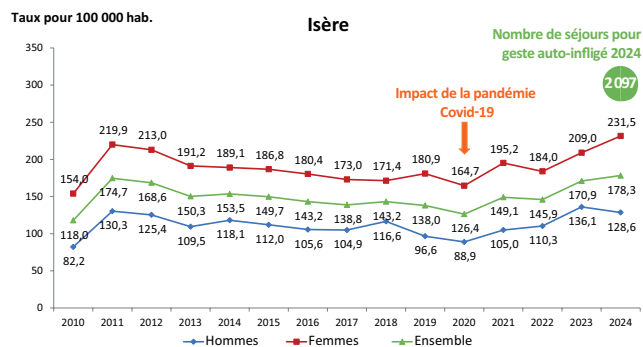
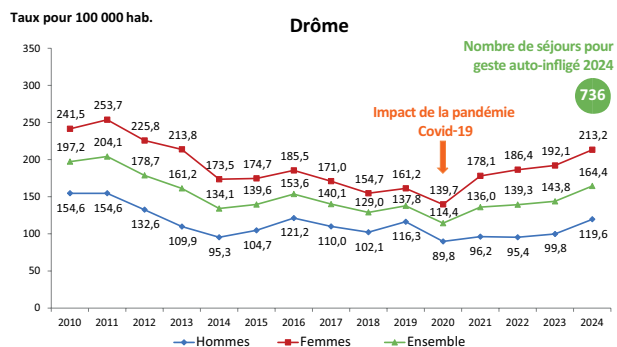
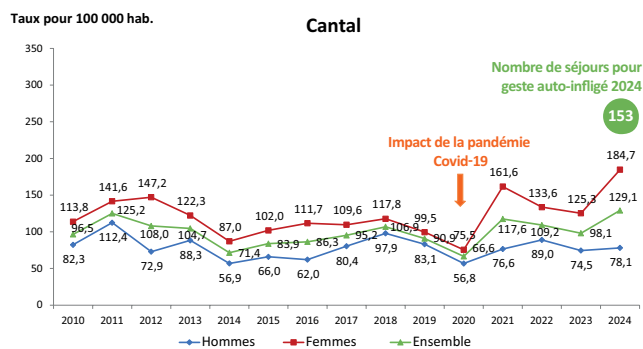
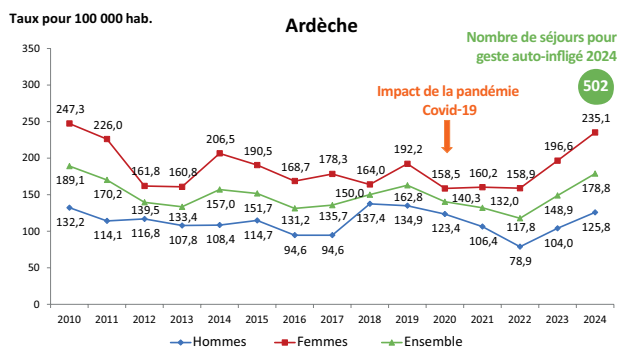
Figure 20 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) selon les départements, 2010 à 2024



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 20 - Évolution des taux standardisés* de séjours hospitaliers MCO pour geste auto-infligé (GAI) selon les départements de 2010 à 2024 (suite)



* Standardisation directe sur âge

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

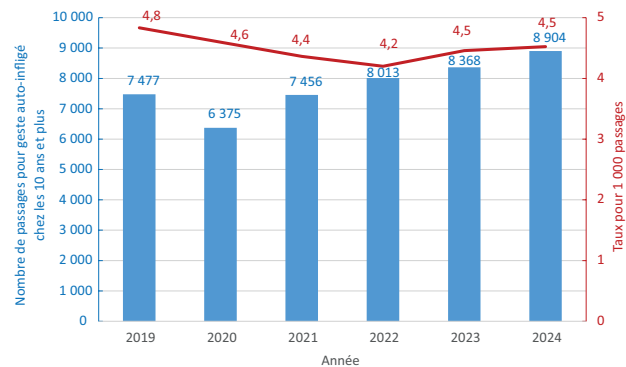
Faits marquants sur les séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) en Auvergne-Rhône-Alpes

- 11 632 séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé enregistrés en 2024.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé entre 2015 et 2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis baisse en 2019 et 2020 (en lien notamment avec la pandémie de Covid-19) et reprise de l'augmentation significative en 2021 qui s'accroît en 2024 (+5,8 % en moyenne par an de 2020 à 2024 ; +11,9 % entre 2023 et 2024).
- La majorité (64,6 %) des séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé concerne des femmes.
- Hausse significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI chez les plus jeunes (deux sexes ensemble) observée depuis 2015 qui s'accroît à partir de 2019 : +12,2 % en moyenne par an chez les moins de 15 ans et +9,9 % chez les 15-24 ans (augmentation totale depuis 2019 respectivement de 58 % et 46 % pour ces deux classes d'âge).
- Des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour GAI plus élevés chez les femmes que chez les hommes avec un pic chez les femmes de 15-19 ans (poursuite de l'augmentation par rapport aux périodes précédentes). Les jeunes filles de 10-14 ans sont 9 fois plus hospitalisées pour GAI que les garçons du même âge, celles de 15-19 ans le sont 4 fois plus et celles de 20-24 ans le sont deux fois plus.
- L'absorption de substances médicamenteuses, mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes. Chez les plus jeunes (moins de 15 ans), ce mode opératoire reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les filles mais en diminution chez les jeunes garçons.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales et nationales pour l'Isère, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les deux sexes et en Ardèche chez les femmes. Au contraire, taux plus faibles, inférieurs aux valeurs régionales et nationales, pour l'Ain, le Cantal et le Rhône chez les deux sexes et spécifiquement chez les hommes pour le Cantal et chez les femmes pour la Haute-Savoie.
- Hausse globale significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI de 2010 à 2024 chez les deux sexes dans le Puy-de-Dôme, la Haute-Loire, la Savoie et la Haute-Savoie. Toutefois, depuis 2019, baisse significative chez les hommes dans le Puy-de-Dôme. Baisse globale significative de 2010 à 2024 chez les deux sexes dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône, mais augmentation significative de ce taux dans la Drôme depuis 2020 chez les deux sexes. Absence de tendance globale sur la période 2010-2024 pour les autres départements. Néanmoins, augmentation significative en Ardèche depuis 2020 chez les femmes et depuis 2022 chez les hommes. En Isère, augmentation significative depuis 2020 chez les deux sexes et dans la Loire, augmentation significative chez les femmes depuis 2015 et baisse significative chez les hommes depuis 2018.

LES PASSAGES AUX URGENCES POUR GESTE AUTO-INFLIGÉ

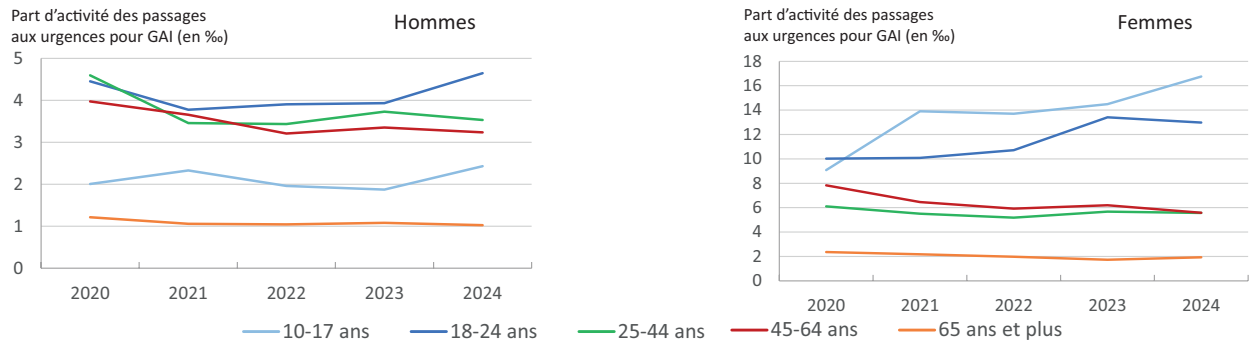
En Auvergne-Rhône-Alpes, en 2024, le nombre de passages aux urgences pour geste auto-infligé était en légère hausse avec 8 904 passages recensés (+6 % par rapport à 2023), soit une part d'activité de 4,5 pour 1 000 passages (stable par rapport à 2023) (cf. Figure 21). Cette augmentation est retrouvée particulièrement chez les personnes âgées de 10 à 24 ans (+15 %). Deux tiers des passages aux urgences pour geste auto-infligé concernaient des femmes. Les jeunes de moins de 25 ans sont les plus représentés. Entre 2023 et 2024, une augmentation significative est d'ailleurs observée chez les patients âgés de 10 à 17 ans (cf. Figure 21 bis).

Figure 21 - Nombre et taux de passages aux urgences pour geste auto-infligé pour 1 000 passages codés chez les patients âgés de 10 ans ou plus par année, 2019 à 2024, Auvergne-Rhône-Alpes



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

Figure 21 bis - Évolution de la part d'activité des passages aux urgences pour geste auto-infligé (%) par classe d'âge et sexe, Auvergne-Rhône-Alpes, 2020-2024



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

Tableau 2 - Caractéristiques des passages aux urgences pour geste auto-infligé, entre 2023 et 2024, Auvergne-Rhône-Alpes.

	2023		2024	
Nombre total	8 368		8 904	
	N	%	N	%
Sexe				
Femme	5 701	68 %	6 090	68 %
Homme	2 667	32 %	2 814	32 %
Classe d'âge				
10-17 ans	1 459	17 %	1 830	20 %
18-24 ans	1 897	23 %	2 013	23 %
25-44 ans	2 361	28 %	2 365	27 %
45-64 ans	1 918	23 %	1 869	21 %
65 ans et plus	733	9 %	827	9 %
Gravité				
État stable (CCMU 1, 2, P)	3 417	41 %	3 593	41 %
État susceptible de s'aggraver (CCMU 3)	4 028	48 %	4 525	51 %
Pronostic vital engagé (CCMU 4, 5, D)	891	11 %	745	8 %
Hospitalisation				
Oui	4 876	59 %	4 898	56 %
Non	3 354	41 %	3 843	44 %
Décès	3	<0,1 %	6	<0,1 %
Mode opératoire				
Auto-intoxication médicamenteuse	7 897	94,0 %	8 396	94,4 %
Auto-intoxication par autre produit	40	0,5 %	55	0,6 %
Pendaison, strangulation	117	1,4 %	115	1,3 %
Noyade	10	0,1 %	9	0,1 %
Arme à feu, fumée, flammes	7	0,1 %	5	0,1 %
Objet tranchant	185	2,2 %	211	2,4 %
Saut dans le vide	22	0,3 %	16	0,2 %
Collision intentionnelle	7	0,1 %	4	0,0 %
Autres ou non précisé	83	1,1 %	84	0,9 %

N, nombre.

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

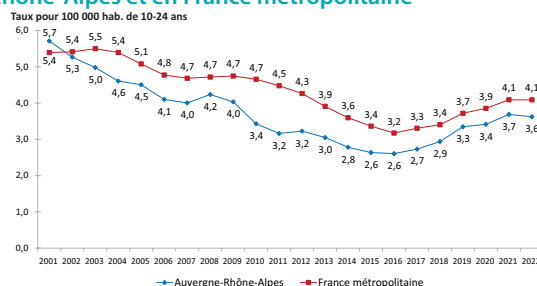
La gravité, avec un pronostic vital engagé, diminue de manière significative (8 % vs 11 % en 2023). L'hospitalisation après passage aux urgences diminue également significativement (56 % vs 59 % en 2023) (cf. tableau 2). Sans variation notable en 2023 et 2024, l'auto-intoxication médicamenteuse reste le mode opératoire principal avec plus de 94 % des cas.

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, 2021-2023

Sur la période 2021-2023, 54 décès par suicide chez les jeunes de 10-24 ans sont enregistrés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes : 50 en 2021, 62 en 2022 et 50 en 2023. La majorité des décès (69,8 %) concernent des jeunes hommes. Les décès par suicide représentent 16,2 % de l'ensemble des décès recensés chez les 10-24 ans et 17,5 % chez les 15-24 ans, proportions encore en augmentation (11,4 % et 11,9 % en 2015-2017 ; 15,4 % et 16,7 % en 2019-2021 [9, 25]) mais inférieures aux valeurs de France métropolitaine (respectivement 17,6 % et 18,8 %). En prenant les précautions liées à la rupture de série de 2018 (cf. Encadré 1 p.2), il est notable que cette part de la mortalité attribuable au suicide a augmenté chez les moins de 25 ans entre 2015 et 2023. Cela s'explique par une stabilisation, voire une diminution, des décès totaux dans ces classes d'âge, accompagnée d'une progression des décès par suicide, surtout à partir de 2020 [1]. Chez les jeunes filles de 10-24 ans, la part de la mortalité attribuable au suicide a presque doublé dans la région, passant de 9,3 % en 2015-2017 à 17,9 % en 2021-2023, où, pour la première fois dans les données disponibles, elle excède celle des garçons des mêmes âges. En 2023, le suicide devient la 1^{ère} cause de mortalité devant les accidents de la circulation chez les 10-24 ans ainsi que chez les 15-24 ans. Le taux annuel régional de décès par suicide chez les 10-24 ans sur la période 2021-2023 s'élève à 3,6 pour 100 000 (4,9 chez les garçons et 2,3 chez les filles) versus 4,1 pour 100 000 en France métropolitaine (5,3 chez les garçons et 2,8 chez les filles). Ce taux connaît une baisse significative de 2000 à 2016 :

Figure 22 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide de 2000 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

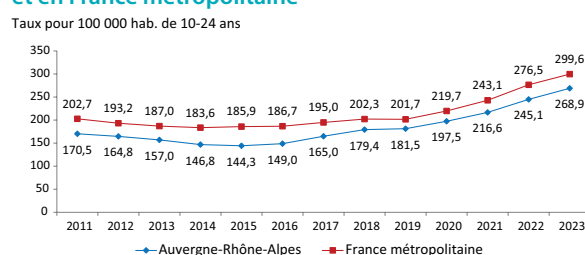
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

-5,1 % par an pour la région et -3,5 % pour la France métropolitaine. En 2016, une inversion de tendance s'opère en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine : le taux de mortalité par suicide augmente de manière significative chez les jeunes de 10-24 ans de 5,6 % en moyenne par an pour la région et de 4,3 % en moyenne annuelle pour la France métropolitaine.

Les séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) chez les jeunes de 10-24 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022-2024

Sur la période 2022-2024, 4 030 séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) ont été enregistrés en moyenne par an chez les jeunes de 10-24 ans dans la région : 3 670 en 2022, 3 844 en 2023 et 4 577 en 2024. Plus de trois séjours sur quatre (78,5 %) des 10-24 ans concernent des jeunes femmes (3 167 séjours en moyenne par an). Un séjour pour GAI sur cinq (19,6 %) concerne un jeune âgé de 10 à 14 ans (789 séjours en moyenne par an sur la période 2022-2024, soit un taux de 152 pour 100 000) et 80 % concernent les 15-24 ans (3 241 séjours en moyenne par an sur la période 2022-2024, soit 330 pour 100 000). Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour GAI chez les 10-24 ans s'élève à 268,9 pour 100 000 (112 chez les garçons et 435 chez les filles) en Auvergne-Rhône-Alpes (cf. Figure 23). Ce taux régional ne cesse d'augmenter depuis 2015, même pendant les périodes incluant la survenue de la pandémie de Covid-19 (+8,1 % en moyenne par an versus +6,1 % pour la France métropolitaine). Cette augmentation est un phénomène perçu par les psychiatres de la région. Elle est concordante avec la hausse nationale des syndromes dépressifs et hospitalisations pour lésion auto-infligée chez les jeunes filles de 10 à 24 ans après le second confinement [14], avec la dégradation de l'état de santé mentale des adolescents en 2022

Figure 23 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les 10-24 ans de 2010 à 2024 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

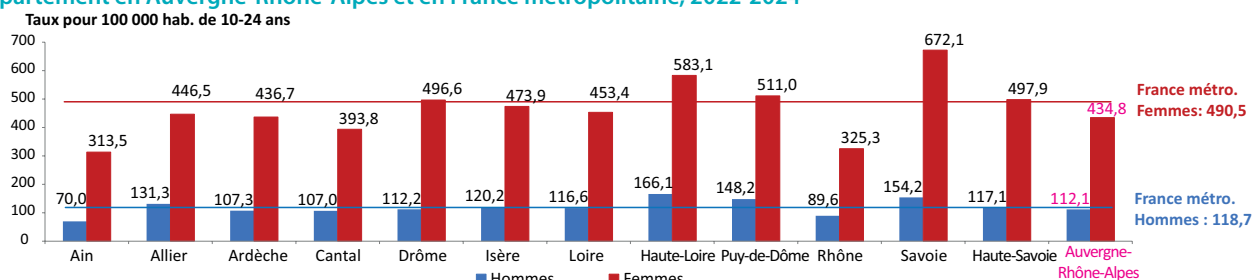


* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

[23] et avec la progression importante des GAI et des troubles mentaux marquée chez les jeunes femmes dans de nombreux pays, phénomène antérieur à la pandémie de Covid-19, accéléré par celle-ci [1].

Figure 24 - Taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les jeunes de 10 à 24 ans, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022-2024



Sources : ATIH PMSI-MCO 2022-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé en 2022-2024 est significativement supérieur au taux régional chez les deux sexes dans l'Isère, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie, chez les garçons dans l'Allier, chez les filles et deux sexes ensemble dans la Drôme et la Haute-Savoie (cf. Figure 24). Il est significativement inférieur au taux régional chez les deux sexes dans l'Ain et le Rhône. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux.

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

- 5,5 % des décès par suicide concernent les 10-24 ans en 2021-2023, proportion stable par rapport à 2018-2020 ; les décès par suicide deviennent en 2023 la 1^{ère} cause de mortalité chez les 10-24 ans et chez les 15-24 ans, devant les accidents de la circulation.
- 37,8 % des séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé concernent des jeunes de 10-24 ans sur la période 2022-2024, proportion encore en augmentation par rapport aux périodes précédentes (30,0 % en 2019-2021).
- Le taux de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les 10-24 ans poursuit l'augmentation observée depuis 2014-2016 (+8,1 % d'augmentation moyenne par an soit, + 86 % d'augmentation totale depuis 2014-2016).

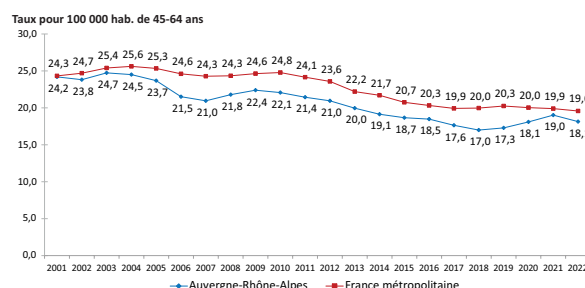
LES PERSONNES DE 45-64 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Les décès par suicide chez les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

Sur la période 2021-2023, 376 décès par suicide ont été enregistrés par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 388 en 2021, 410 en 2022 et 330 en 2023. Près de trois décès sur quatre concernent des hommes (72 %). Les décès par suicide représentent 4,7 % de l'ensemble des décès enregistrés chez les personnes de cette classe d'âge, proportion stable sur les dernières périodes [5, 9, 25] qui reste proche de celle observée pour la France métropolitaine (4,4 %).

Le taux annuel de décès par suicide chez les 45-64 ans sur la période 2021-2023 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 18,1 pour 100 000 (26,6 pour les hommes et 9,9 pour les femmes) versus 19,6 pour 100 000 en France métropolitaine (29,7 pour les hommes et 9,9 pour les femmes). Ce taux diminue globalement et de manière significative depuis 2000 en Auvergne-Rhône-Alpes (-1,4 % par an) comme en France métropolitaine (-1,0 % par an) (cf. Figure 25). Toutefois, la hausse significative observée dans la région entre 2018 et 2021 demeure difficile à interpréter en raison de l'amélioration de la qualité des données (cf. encadré 1 p.2).

Figure 25 - Évolution des taux spécifiques annuels* de mortalité par suicide chez les 45-64 ans de 2000 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



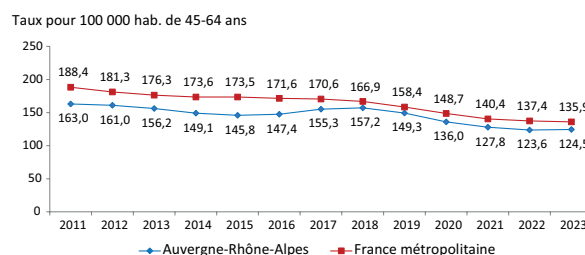
* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022-2024

Sur la période 2022-2024, 2 582 séjours hospitaliers en MCO pour GAI sont comptés en moyenne par an chez les personnes âgées de 45 à 64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes : 2 600 en 2022, 2 505 en 2023 et 2 641 en 2024. Comme sur la période précédente, la majorité de ces séjours (55,6 %) concerne des femmes (1 436 séjours en moyenne par an).

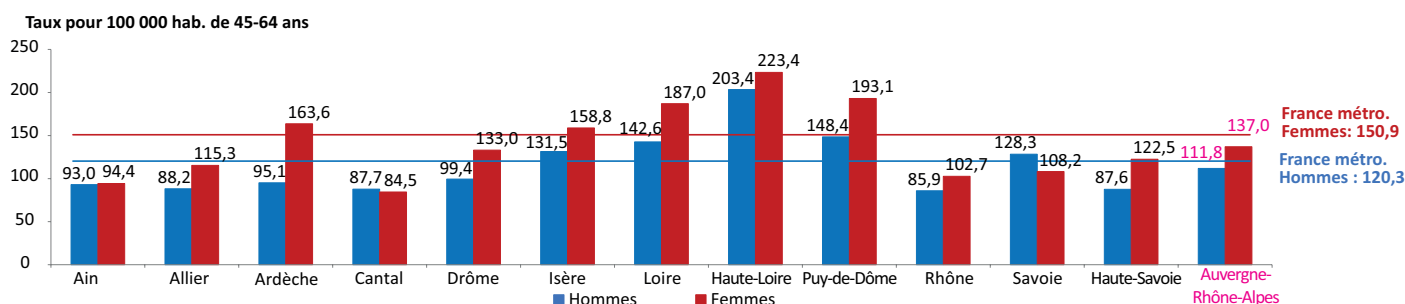
Après une augmentation de 2015 à 2018, en lien notamment avec l'amélioration du codage observée dans certains établissements hospitaliers de la région (cf. Amélioration de la codification p. 43), le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour GAI chez les 45-64 ans diminue depuis 2018 dans la région (-4,6 % en moyenne par an contre -4,0 % en France métropolitaine) (cf. Figure 26), diminution liée en partie à la survenue de l'épidémie de Covid-19. Toutefois, ce taux régional est en légère augmentation en 2022-2024 par rapport à la période précédente (+0,8 %). Le prochain bulletin permettra de confirmer ou non une inversion de tendance. Le taux régional s'élève à 124,5 pour 100 000 sur la période 2022-2024 (112 chez les hommes et 137 chez les femmes). Le taux régional reste inférieur au taux national de 135,9 pour 100 000 (120 chez les hommes et 151 chez les femmes) ; ce taux national ne cesse de diminuer depuis 2010.

Figure 26 - Évolution des taux spécifiques annuels* de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les 45-64 ans de 2010 à 2024 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée
Sources : ATIH PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 27 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les 45-64 ans, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022-2024



Sources : ATIH PMSI-MCO 2022-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Le taux spécifique de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé en 2022-2024 est significativement supérieur au taux régional chez les deux sexes dans l'Isère, la Loire, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme, chez les femmes dans l'Ardèche et chez les hommes en Savoie (cf. Figure 27). Il est significativement inférieur chez les deux sexes dans l'Ain, l'Allier, le Rhône et la Haute-Savoie, chez les femmes en Savoie et chez les femmes et deux sexes ensemble dans le Cantal. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux. Les taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans le Cantal et la Savoie s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers relativement faibles présentant peu d'écart entre sexes. Ce constat peut refléter une épidémiologie du suicide et des conduites suicidaires différente pour ces départements à dominante rurale.

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

- Près de quatre décès par suicide sur dix (38,4 %) concernent des personnes âgées de 45 à 64 ans en 2021-2023, proportion en légère diminution (40,0 % en 2018-2020).
- Près d'un quart des séjours hospitaliers en MCO pour GAI (24,2 %) concerne les 45-64 ans sur la période 2022-2024, cette proportion poursuit sa diminution par rapport aux périodes précédentes (29,2 % en 2019-2021).
- Depuis 2018-2020, une diminution était observée du taux de séjours hospitaliers pour geste auto-infligé chez les 45-64 ans en raison notamment de l'épidémie de covid-19 et des périodes de confinement. Une légère augmentation est repérée en 2022-2024, à surveiller ultérieurement.

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

Les décès par suicide chez les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2021-2023

Sur la période 2021-2023, 344 décès par suicide ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes (319 en 2021, 378 en 2022 et 336 en 2023). Près de trois décès sur quatre (74,1 %) concernent des hommes. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, les décès par suicide représentent 0,5 % de l'ensemble des décès de cette classe d'âge (0,6 % pour la France métropolitaine), comme cela est observé depuis 2015-2017.

Le taux spécifique annuel de décès par suicide chez les 65 ans et plus sur la période 2021-2023 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 20,3 pour 100 000 (34,6 chez les hommes et 9,3 chez les femmes) versus 22,0 pour 100 000 en France métropolitaine (38,3 chez les hommes et 9,6 chez les femmes). L'année 2018 marque la fin de la baisse tendancielle de ce taux dans la région comme en France métropolitaine (cf. Figure 28).

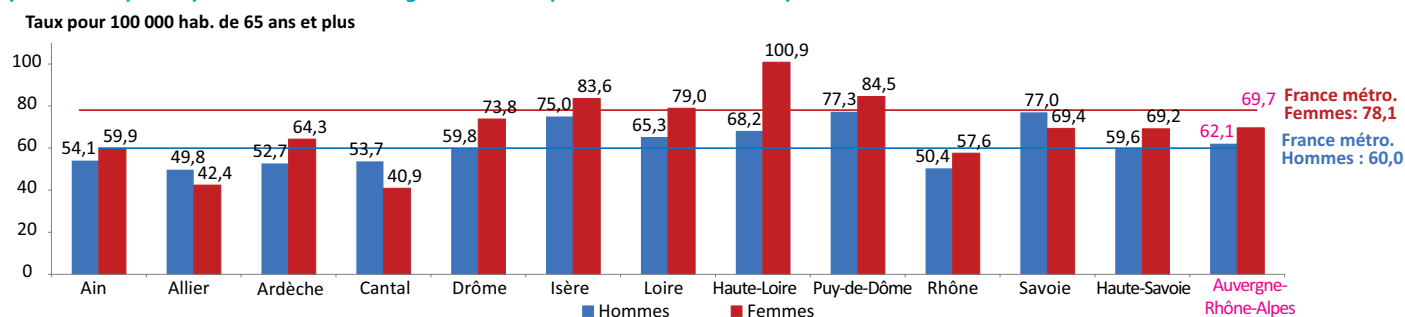
De 2018 à 2022, une augmentation significative du taux de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus est enregistrée dans la région (+2,7 % en moyenne par an) et en France métropolitaine (+0,7 % en moyenne par an) qui reste difficile à interpréter en raison de l'amélioration de la qualité de collecte des données (cf. encadré 1 p. 2).

Les séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022-2024

Sur la période 2022-2024, 1 142 séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) ont été enregistrés en moyenne par an chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans la région : 1 121 en 2022, 1 097 en 2023 et 1 207 en 2024. La majorité des séjours hospitaliers en MCO pour GAI des personnes âgées de 65 ans et plus (59,2 %) concernent des femmes (676 séjours en moyenne par an).

Le taux spécifique annuel de séjours hospitaliers en MCO pour GAI chez les 65 ans et plus sur la période 2022-2024 s'élève à 66,4 pour 100 000 en Auvergne-Rhône-Alpes (62,1 chez les hommes et 69,7 chez les femmes) versus 70,2 pour 100 000 en France métropolitaine (60,0 chez les hommes et 78,1 chez les femmes) (cf. Figure 29). Le taux régional ainsi que le taux national diminuent légèrement à partir de 2019 (-0,9 % en moyenne par an pour la région comme pour la France métropolitaine), notamment en lien avec l'épidémie de Covid-19 et les périodes de confinement. Le taux régional est inférieur à la valeur nationale et son évolution reste hétérogène selon les classes d'âge au sein des 65 ans et plus (cf. Figure 16 p. 10).

Figure 30 - Taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2022-2024



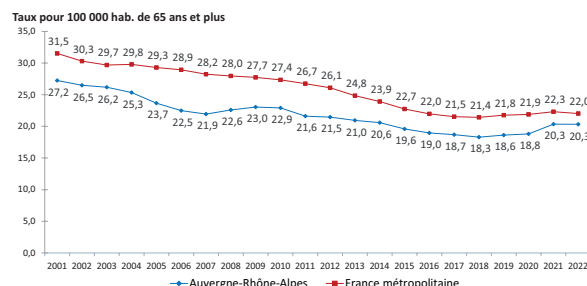
Sources : ATIH PMSI-MCO 2022-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Sur la période 2022-2024, le taux spécifique de séjours hospitaliers pour geste auto-infligé est significativement supérieur à la valeur régionale chez les deux sexes dans l'Isère et le Puy-de-Dôme, chez les femmes et deux sexes ensemble dans la Loire et la Haute-Loire et chez les hommes en Savoie (cf. Figure 30). Ce taux est significativement inférieur à la valeur régionale chez les deux sexes dans le Rhône et chez les femmes et les deux sexes ensemble dans l'Ain, l'Allier et le Cantal. Les autres taux départementaux ne sont pas significativement différents des taux régionaux. Les taux plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans l'Allier, le Cantal et la Savoie s'expliquent par des effectifs de séjours hospitaliers relativement faibles présentant peu d'écart entre les hommes et les femmes. Ce constat peut refléter une épidémiologie du suicide différente dans ces départements à dominante rurale.

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

- Plus d'un tiers des décès par suicide (35,2 %) concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus en 2021-2023, proportion en augmentation (31,6 % en 2018-2020).
- Un séjour hospitalier en MCO pour geste auto-infligé (GAI) sur dix (11,0 %) concerne une personne âgée de 65 ans et plus en 2022-2024, proportion stable par rapport aux périodes précédentes (11,3 en 2019-2021).
- Depuis 2018-2020, diminution du taux de séjours hospitaliers pour GAI chez les 65 ans et plus, en raison notamment de l'épidémie de Covid-19 et des périodes de confinement, évolution toutefois hétérogène selon l'âge au sein des 65 ans et plus.

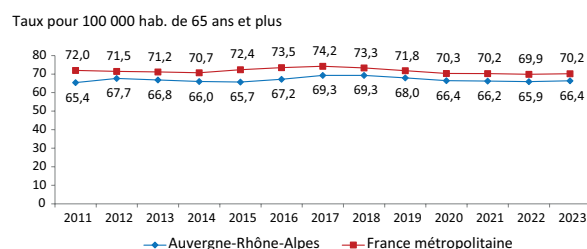
Figure 28 - Évolution des taux* annuels spécifiques de mortalité par suicide chez les 65 ans et plus de 2000 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2023, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 29 - Évolution des taux* annuels spécifiques de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé chez les 65 ans et plus de 2010 à 2023 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Taux lissés sur 3 ans - année centrale indiquée

Sources : PMSI-MCO 2010-2024, Insee, estimation de population - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

La mortalité par suicide

Avertissement : 2018 et 2019 sont marquées au niveau national par une amélioration de la remontée statistique des décès par suicide, en raison de deux améliorations, celle de la certification des décès et celle de la collecte des données par l'IML de Paris.

- En 2023, 917 décès par suicide enregistrés dans la région, soit 2,5 fois plus que les décès par accident de la circulation.
- Diminution lente et faible de la mortalité par suicide de 2000 à 2018 (baisse moyenne du taux standardisé de 2,9 % par an sur cette période), augmentation de 2018 à 2022 (hausse moyenne de 5,0 % par an sur cette période) et diminution de 2022 à 2023.
- Surmortalité par suicide des hommes, comme en France métropolitaine et dans tous les pays du monde.
- Augmentation significative de la mortalité par suicide depuis 2015 chez les 15-29 ans et chez les 60-74 ans.
- Le suicide en 2023, première cause de mortalité chez les 15-24 ans devant les accidents de circulation et chez les 25-34 ans devant les tumeurs.
- Les décès par suicide (2021-2023) représentent 1,3 % de l'ensemble des décès en Auvergne-Rhône-Alpes.
- Les 45-64 ans, quel que soit le sexe, concentrent le plus de décès par suicide : 38,4 % en Auvergne-Rhône-Alpes.
- La pendaison, 1^{er} mode opératoire quels que soient le sexe et l'âge.
- Des taux standardisés de mortalité par suicide deux sexes ensemble plus élevés que les valeurs régionales dans deux départements en 2023 : Allier et Isère. Au contraire, des taux standardisés de mortalité par suicide chez les deux sexes significativement plus faibles dans le Rhône.
- Dans la majorité des départements, baisse globale et significative du taux standardisé de mortalité par suicide entre 2000 et 2023 chez les deux sexes (Ain, Allier, Drôme, Isère, Loire, Puy-de-Dôme, Rhône et Haute-Savoie), ou chez les hommes (Ardèche) et deux sexes ensemble (Savoie). Dans le Cantal et la Haute-Loire, évolution du taux instable. Toutefois, entre 2018 et 2023, augmentation de la mortalité par suicide deux sexes ensemble dans l'Ain (+10,0 %), l'Allier (+3,9 %), le Cantal (+11,1 %), l'Isère (+33,9 %, augmentation significative), la Loire (+5,2 %), la Haute-Loire (+14,1 %) et la Haute-Savoie (+3,8 %), difficile à interpréter en raison de l'amélioration de la collecte des données.

Les tentatives de suicide

Les séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé

- 11 632 séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé enregistrés en 2024.
- Augmentation significative du taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé entre 2015 et 2018 (liée en partie à l'amélioration de la qualité du codage dans certains établissements hospitaliers de la région) puis baisse en 2019 et 2020 (en lien notamment avec la pandémie de Covid-19) et reprise de l'augmentation significative en 2021 qui s'accroît en 2024 (+5,8 % en moyenne par an de 2020 à 2024 ; +11,9 % entre 2023 et 2024).
- La majorité (64,6 %) des séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé concerne des femmes.
- Hausse significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI chez les plus jeunes (deux sexes ensemble) observée depuis 2015 qui s'accroît à partir de 2019 : +12,2 % en moyenne par an chez les moins de 15 ans et +9,9 % chez les 15-24 ans (augmentation totale depuis 2019 respectivement de 58 % et 46 % pour ces deux classes d'âge).
- Des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour GAI plus élevés chez les femmes que chez les hommes avec un pic chez les femmes de 15-19 ans (poursuite de l'augmentation par rapport aux périodes précédentes). Les jeunes filles de 10-14 ans sont 9 fois plus hospitalisées pour GAI que les garçons du même âge, celles de 15-19 ans le sont 4 fois plus et celles de 20-24 ans le sont deux fois plus.
- L'absorption de substances médicamenteuses, mode opératoire le plus souvent utilisé chez les hommes comme chez les femmes. Chez les plus jeunes (moins de 15 ans), ce mode opératoire reste majoritaire et en augmentation par rapport à la période précédente pour les filles mais en diminution chez les jeunes garçons.
- Taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI élevés, significativement supérieurs aux valeurs régionales et nationales pour l'Isère, la Loire, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme et la Savoie chez les deux sexes et en Ardèche chez les femmes. Au contraire, taux plus faibles, inférieurs aux valeurs régionales et nationales, pour l'Ain, le Cantal et le Rhône chez les deux sexes et spécifiquement chez les hommes pour le Cantal et chez les femmes pour la Haute-Savoie.
- Hausse globale significative du taux de séjours hospitaliers en MCO pour GAI de 2010 à 2024 chez les deux sexes dans le Puy-de-Dôme, la Haute-Loire, la Savoie et la Haute-Savoie. Toutefois, depuis 2019, baisse significative chez les hommes dans le Puy-de-Dôme. Baisse globale significative de 2010 à 2024 chez les deux sexes dans l'Ain, l'Allier, la Drôme et le Rhône, mais augmentation significative de ce taux dans la Drôme depuis 2020 chez les deux sexes. Absence de tendance globale sur la période 2010-2024 pour les autres départements. Néanmoins, augmentation significative en Ardèche depuis 2020 chez les femmes et depuis 2022 chez les hommes. En Isère, augmentation significative depuis 2020 chez les deux sexes et dans la Loire, augmentation significative chez les femmes depuis 2015 et baisse significative chez les hommes depuis 2018.

Les passages aux urgences pour geste auto-infligé

- 8 904 passages aux urgences de personnes de 10 ans ou plus pour geste auto-infligé enregistrés en 2024.
- Augmentation de 6 % en 2024 du nombre de passages pour GAI dans la région.
- En 2024, les deux tiers des recours concernaient des femmes.
- Les 10-24 ans, classe d'âge (deux sexes ensemble) la plus représentée (43 %).

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

Alors que les taux de mortalité par suicide ont baissé dans la plupart des pays européens ces dernières décennies, des études ont montré que toutes les classes socio-économiques ne bénéficiaient pas de cette baisse de manière équivalente. En effet, une augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide a été mise en évidence au cours des dernières décennies en Europe [15, 16], en Australie [17], au Québec [18] et en Corée du Sud [19]. Une meilleure connaissance de l'évolution dans le temps des comportements suicidaires et de leurs liens avec le contexte socio-économique est nécessaire pour améliorer l'efficacité des stratégies de prévention du suicide.

Dans ce contexte, l'Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes a souhaité poursuivre l'analyse des inégalités sociales de mortalité par suicide engagée précédemment [5, 8, 25]. L'analyse présentée ci-dessous traite des données de mortalité sur une période d'observation plus longue (2000-2023). Elle est réalisée à partir de l'indice écologique de défavorisation sociale

actualisé en 2019 (FDep19) [22, 24], en distinguant les communes rurales et les communes urbaines (utilisation de la typologie communale de l'Insee [21]). L'indice FDep19 permet de caractériser en un seul indicateur la défavorisation sociale moyenne de la commune à partir de son revenu fiscal médian, des pourcentages de bacheliers et d'ouvriers et de son taux de chômage.

L'analyse porte sur la comparaison des taux standardisés de mortalité par suicide par sexe observés chez les personnes résidant au sein de quatre types de communes :

- les communes rurales favorisées : quintiles 1 et 2 soit 1 273 communes et 15,1 % de la population régionale
- les communes rurales défavorisées : quintiles 4 et 5 soit 1 289 communes et 11,6 % de la population régionale
- les communes urbaines favorisées : quintiles 1 et 2 soit 405 communes et 33,3 % de la population régionale
- les communes urbaines défavorisées : quintiles 4 et 5 soit 135 communes et 22,5 % de la population régionale (cf. Sources de données et méthode p. 41).

Évolution de la mortalité par suicide

Chez les hommes comme chez les femmes, une baisse globale significative de la mortalité par suicide est identifiée sur la période 2000-2023 dans les quatre types de communes définis ci-dessus. Cette tendance à la baisse de la mortalité par suicide est également observée pour l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes et la France métropolitaine (cf. Figures 1 et 2 p.2 et 3).

Néanmoins, sur une période d'analyse plus récente et plus fine, une augmentation de la mortalité par suicide est notée dans la région, en lien notamment avec l'amélioration de la collecte des données (cf. encadré 1 p.2). Ainsi, une hausse significative de la mortalité par suicide est observée aussi bien dans les communes favorisées que dans les communes défavorisées de la région, chez les hommes depuis 2018 et chez les femmes depuis 2016.

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

Comme cela a été démontré précédemment [5, 8, 25], des inégalités sociales de mortalité par suicide sont identifiées sur la période 2000-2023 chez les hommes : le taux standardisé de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes défavorisées (quintiles 4 et 5, *ARA défavorisé*) est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2, *ARA favorisé*) (cf. Figure 31).

Des inégalités territoriales de mortalité par suicide significatives sont également observées chez les hommes entre les communes rurales et les communes urbaines sur la période 2000-2023 : le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines.

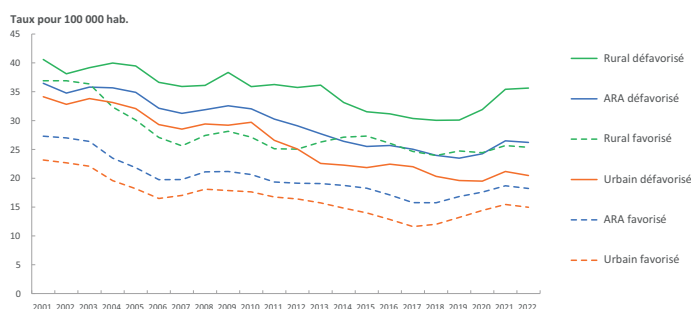
Une analyse plus fine permet de tenir compte à la fois du caractère rural ou urbain des communes et de l'indice de défavorisation sociale (FDep19) attribué à la commune. Les inégalités sociales de mortalité par suicide peuvent ainsi être identifiées au sein des communes urbaines et au sein des communes rurales (cf. Figure 31).

- **Au sein des communes urbaines**, chaque année, des inégalités significatives de mortalité par suicide sont observées entre les communes défavorisées et les communes favorisées : le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines

défavorisées (quintiles 4 et 5, *Urbain défavorisé*) est significativement supérieur au taux observé dans les communes urbaines favorisées (quintiles 1 et 2, *Urbain favorisé*).

- **Au sein des communes rurales**, à partir de 2004, des inégalités de mortalité par suicide significatives sont identifiées entre les communes défavorisées (quintiles 4 et 5, *Rural défavorisé*) et les communes favorisées (quintiles 1 et 2, *Rural favorisé*).

Figure 31 – Taux de mortalité par suicide* des hommes dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) selon le caractère rural ou urbain des communes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2023



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

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA filosofi 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2023 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2022 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes en milieu rural depuis 2015

L'analyse des écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide chez les hommes entre les communes favorisées et les communes défavorisées de la région et dans les espaces rural et urbain permet d'analyser l'évolution dans le temps de ces inégalités sociales de mortalité par suicide (cf. Figure 32) et d'identifier les périodes où les inégalités se sont creusées.

- **À l'échelle de la région**, deux périodes de hausse significative des inégalités sociales de mortalité par suicide sont enregistrées (2000 à 2011 et 2015 à 2017). Une tendance à la hausse se dessine à partir de 2020 ($p=0,1038$). Le prochain bulletin permettra de confirmer ou non cette tendance.
- **Dans les communes urbaines**, deux périodes ont vu les inégalités sociales de mortalité par suicide augmenter de manière significative : de 2000 à 2006 et de 2013 à 2017. Sur la période plus récente (depuis 2017), une baisse des inégalités sociales de mortalité par suicide était enregistrée mais elle prend fin en 2020 pour laisser place à une stagnation.
- **Dans les communes rurales**, deux périodes de hausse significative des inégalités sociales de mortalité par suicide sont observées : de 2000 à 2011 et plus récemment, depuis 2015, avec une accentuation des inégalités sociales de mortalité par suicide à partir de 2019 où la mortalité par suicide dans les communes rurales défavorisées augmente plus fortement que dans les communes rurales favorisées.

Figure 32 – Écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide* entre les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) chez les hommes selon le type de communes (rurales ou urbaines), Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2023



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

Notes de lecture : les trois courbes représentent l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (courbe orange), des communes rurales (courbe verte) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes (courbe bleue). En 2017, le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines défavorisées est de 89 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes urbaines favorisées (courbe orange). Le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales défavorisées est de 23 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes rurales favorisées (courbe verte). Le taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes défavorisées est de 59 % supérieur au taux de mortalité par suicide des hommes résidant dans les communes favorisées (courbe bleue).

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA filosofi 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2023 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2022 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

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

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

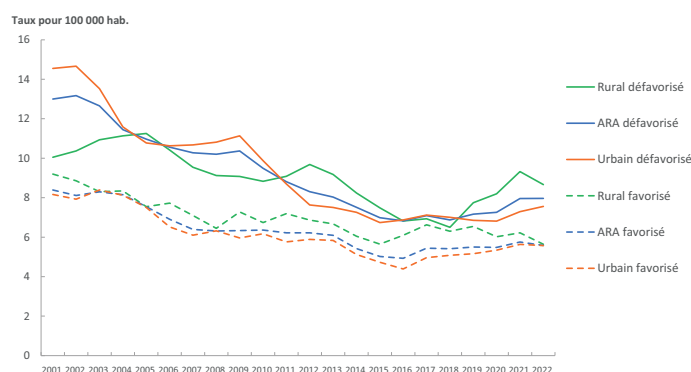
Des inégalités sociales de mortalité par suicide sont identifiées chaque année chez les femmes, comme chez les hommes, sur la période 2000-2023 (cf. Figure 33) : le taux standardisé de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes défavorisées (quintiles 4 et 5, *ARA défavorisé*) est, chaque année, significativement supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2, *ARA favorisé*).

Il existe également des différences de mortalité par suicide chez les femmes entre les communes rurales et les communes urbaines sur certaines périodes : de 2001 à 2003, en 2008, de 2014 à 2016 et depuis 2021.

L'analyse plus fine tenant compte à la fois du caractère rural ou urbain des communes et de l'indice de défavorisation sociale (FDep19) met en évidence l'existence d'inégalités sociales de mortalité par suicide chaque année au sein des communes urbaines et sur certaines périodes au sein des communes rurales (cf. Figure 33).

- **Au sein des communes urbaines**, chaque année, des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes sont identifiées entre les communes défavorisées et les communes favorisées : le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines défavorisées (quintiles 4 et 5, *Urbain défavorisé*) est significativement supérieur au

Figure 33 – Taux de mortalité par suicide* des femmes dans les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) selon le caractère rural ou urbain des communes, Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2021



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

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA filosofi 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2021 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2021 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

taux observé dans les communes urbaines favorisées (quintiles 1 et 2, *Urbain favorisé*).

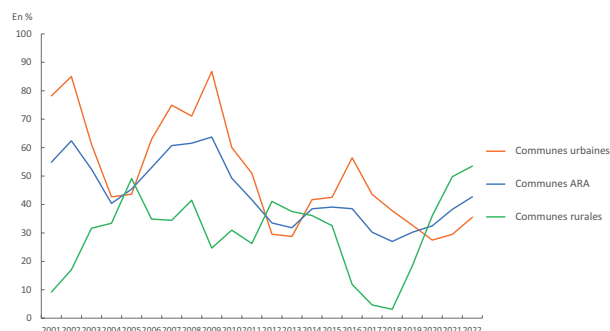
- **Au sein des communes rurales**, les écarts de mortalité par suicide entre communes favorisées (quintiles 1 et 2, *Rural favorisé*) et défavorisées (quintiles 4 et 5, *Rural défavorisé*) sont significatifs de 2003 à 2008, de 2012 à 2014 et depuis 2019.

Accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes depuis 2018

L'analyse des écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide chez les femmes entre les communes favorisées et les communes défavorisées de la région et dans les espaces rural et urbain permet d'analyser l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide (cf. Figure 34) et d'identifier les périodes où les inégalités se sont creusées.

- **À l'échelle de la région**, une baisse globale significative des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes est enregistrée sur l'ensemble de la période 2000-2023. Néanmoins, depuis 2018, un accroissement significatif des inégalités sociales de mortalité par suicide est identifié : la mortalité par suicide dans les communes défavorisées augmente plus fortement que dans les communes favorisées.
- **Dans les communes urbaines**, le même constat est fait d'une baisse globale des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les femmes sur l'ensemble de la période 2000-2023. Mais une inversion de tendance s'esquisse à partir de 2020. Le prochain bulletin permettra de la confirmer ou non.
- **Dans les communes rurales**, deux périodes de hausse significative des inégalités sociales de mortalité par suicide sont observées : de 2000 à 2005 et depuis 2018. L'accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide observé de 2018 à 2022 résulte d'une augmentation de la mortalité par suicide dans les communes rurales défavorisées et d'une baisse dans les communes rurales favorisées (cf. Figure 33).

Figure 34 – Écarts relatifs (en %) de taux de mortalité par suicide* entre les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) chez les femmes selon le type de communes (rurales ou urbaines), Auvergne-Rhône-Alpes, 2000-2023



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

Notes de lecture : Les trois courbes représentent l'évolution dans le temps des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes urbaines (courbe orange), des communes rurales (courbe verte) et de la région Auvergne-Rhône-Alpes (courbe bleue). En 2017, le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines défavorisées est de 43 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes urbaines favorisées (courbe orange). Le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes rurales défavorisées est de 5 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes rurales favorisées (courbe verte). Le taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes défavorisées est de 30 % supérieur au taux de mortalité par suicide des femmes résidant dans les communes favorisées (courbe bleue).

Sources : Insee RP 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA filosofi 2019, traitement : Institut Paris Région ; Inserm-CépiDc 2000-2023 ; Insee, estimations de population 2000-2005, RP 2006-2022 – Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Accroissement récent des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes rurales

L'augmentation des inégalités sociales de mortalité par suicide observée au début des années 2000 chez les hommes dans les communes rurales et urbaines de la région a pu être observée par ailleurs [15, 16, 17, 18, 19]. Les actions de prévention pourraient avoir un effet plus important sur les personnes ayant un niveau socio-économique plus élevé, qui présenteraient moins de frein à l'accès aux soins, bénéficieraient d'un meilleur soutien social et d'un meilleur accès à la prévention [17].

L'augmentation significative et marquée des inégalités sociales de mortalité par suicide chez les hommes dans les communes urbaines de 2013 à 2017 et dans les communes rurales depuis 2015, où elles s'accroissent à partir de 2019, invite à porter une attention toute particulière au suivi dans le temps des inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide. La vulnérabilité particulièrement élevée des hommes résidant dans les communes défavorisées, en particulier en zone rurale, en Auvergne-Rhône-Alpes, doit être soulignée : ils représentent un public cible pour la prévention.

Chez les femmes, la tendance observée depuis le début des années 2000 jusqu'en 2018 était une baisse globale des inégalités sociales de mortalité par suicide. Mais

l'accroissement significatif des inégalités sociales de mortalité par suicide depuis 2018 à l'échelle de la région et au sein des communes rurales invite à surveiller ces tendances dans le prochain bulletin.

Par ailleurs, l'accroissement des inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes rurales chez les hommes depuis 2015 et chez les femmes depuis 2018 signifie que l'augmentation régionale de la mortalité par suicide observée depuis 2018, notamment en lien avec l'amélioration de la qualité du codage (cf. encadré 1), n'est pas homogène selon le type de territoire (communes rurales ou urbaines) et selon l'indice de défavorisation sociale (FDep19) : chez les hommes, la mortalité par suicide augmente plus fortement dans les communes rurales défavorisées et chez les femmes, la mortalité par suicide diminue dans les communes rurales favorisées alors qu'elle augmente dans les communes rurales défavorisées.

Les résultats de cette analyse croisée pourrait permettre aux acteurs du champ socio-sanitaire d'adapter le déploiement des stratégies de prévention et de prise en charge du risque suicidaire dans la région en tenant compte des spécificités des territoires.

Faits marquants sur les inégalités sociales de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes

- Existence **d'inégalités sociales** de mortalité par suicide significatives chez les hommes comme chez les femmes de 2000 à 2023 : chaque année, la mortalité par suicide est plus élevée dans les communes défavorisées que dans les communes favorisées. Ces inégalités existent également au sein des communes urbaines chaque année chez les hommes et chez les femmes et au sein des communes rurales chez les hommes depuis 2004 et chez les femmes de 2003 à 2008, de 2012 à 2014 et depuis 2019.
- Existence **d'inégalités territoriales** de mortalité par suicide significatives chez les hommes de 2000 à 2023 : chaque année, la mortalité par suicide est plus élevée dans les communes rurales que dans les communes urbaines. Cette observation est également vérifiée chez les femmes de 2001 à 2003, en 2008, de 2014 à 2016 et depuis 2021.
- Sur une période récente, les inégalités sociales de mortalité par suicide au sein des communes rurales augmentent de manière significative chez les hommes (depuis 2015) et chez les femmes (depuis 2018).

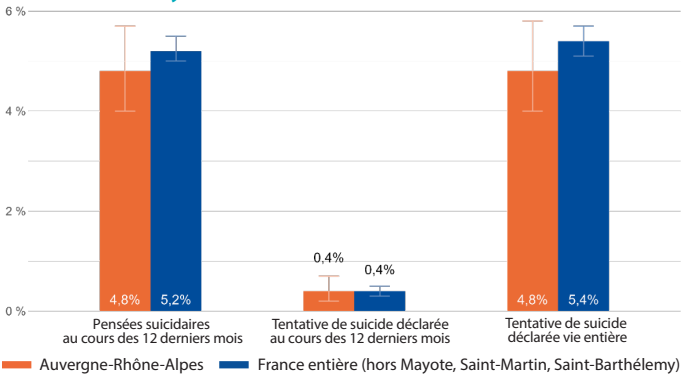
BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2024 - AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Le Baromètre de Santé publique France permet de décrire, en population générale, les opinions, les connaissances et les habitudes en lien avec la santé de la population âgée de 18 à 79 ans. Les conduites suicidaires font partie des thématiques régulièrement abordées avec des questions sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide déclarées.

En 2024, 4,8 % des adultes de 18 à 79 ans habitant en Auvergne-Rhône-Alpes ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, prévalence légèrement inférieure à celle observée au niveau national, égale à 5,2 % (cf. Figure 35). Ensuite, 0,4 % ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois, similaire à la prévalence nationale de 0,4 %. Enfin, concernant les tentatives de suicide déclarées au cours de la vie entière, la prévalence s'élevait à 4,8 %, moins élevée que celle du niveau national (5,4 %).

Les jeunes de 18 à 29 ans sont plus concernés par les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et par les tentatives de suicide au cours de la vie entière (cf. tableau 3). Les femmes de cette classe d'âge sont par

Figure 35 - Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et des tentatives de suicide déclarées au cours des 12 derniers mois et vie entière, chez les 18-79 ans, Auvergne-Rhône-Alpes et France entière (hors Mayotte, Saint-Martin et Saint-Barthélemy), 2024



Source : Baromètre de Santé publique France 2024

ailleurs les plus affectées par les tentatives de suicide. Les populations les plus vulnérables sur le plan socio-économique sont les plus touchées. Ces disparités doivent malgré tout être interprétées avec prudence en raison des faibles effectifs.

Tableau 3 - Proportion d'adultes de 18 à 79 ans déclarant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et déclarant avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de sa vie* en fonction de caractéristiques sociodémographiques, Auvergne-Rhône-Alpes, France, 2024

	Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois		Tentatives de suicide déclarée vie entière	
	%	IC 95%	%	IC 95%
Sexe				
Hommes	5,0	3,8-6,5	4,0	2,9-5,4
Femmes	4,5	3,5-5,7	5,6	4,4-7,0
Classe d'âge				
18-29 ans	7,9	5,7-10,7	6,1	4,0-8,8
30-64 ans	4,4	3,4-5,5	5,0	3,9-6,2
65-79 ans	3,1	1,6-5,3	3,3	1,9-5,2
Situation financière perçue				
À l'aise	2,9	1,6-4,8	0,8	0,3-1,9
Ça va	2,9	2,0-4,0	3,8	2,6-5,2
C'est juste	5,6	4,1-7,4	5,5	4,1-7,2
C'est difficile, endetté	9,1	6,1-12,8	9,7	6,5-13,8
Niveau de diplôme				
Sans diplôme et inférieur au bac	4,1	2,8-5,8	6,0	4,5-7,8
Bac	5,7	4,1-7,8	4,9	3,3-6,9
Supérieur au bac	4,9	3,8-6,3	3,4	2,4-4,6
Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS)¹				
Agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,8	3,3-12,3	3,8	1,6-7,6
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3,6	2,3-5,3	1,6	0,8-3,1
Professions intermédiaires	6,1	4,4-8,3	3,4	2,2-5,0
Employés	4,4	2,9-6,3	7,8	5,8-10,3
Ouvriers	3,5	2,0-5,7	5,2	3,1-8,0
Situation professionnelle				
En emploi	4,7	3,7-5,9	4,6	3,5-5,9
En formation	9,0	5,3-14,0	6,7	3,6-11,1
Chômage	6,4	3,0-11,6	5,5	2,4-10,6
Retraite, pré-retraite	2,7	1,5-4,6	3,9	2,5-5,7
Autre inactif	6,4	3,4-10,7	7,2	3,8-12,3
Ménage				
Ménage d'une seule personne	5,9	4,2-8,1	5,2	3,5-7,5
Famille monoparentale	7,5	4,6-11,3	6,5	3,6-10,7
Couple sans enfant	3,6	2,4-5,2	5,0	3,6-6,7
Couple avec enfant(s)	3,4	2,1-5,3	3,3	2,0-5,2
Auvergne-Rhône-Alpes				
	4,8	4,0-5,7	4,8	4,0-5,6
France²				
	5,2	5,0-5,5	5,4	5,1-5,7

* Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois : la proportion (tous âges, tous sexes) étant très faible, les effectifs au niveau régional ne permettent pas de présenter cet indicateur en fonction des caractéristiques sociodémographiques.

À noter : Un panorama plus détaillé des résultats de l'édition 2024 du Baromètre de Santé publique France aux niveaux national et régional a été publié par Santé publique France en décembre 2025 : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/auvergne-rhone-alpes/documents/enquetes-etudes/2025/barometre-de-sante-publique-france-resultats-de-l-edition-2024-edition-auvergne-rhone-alpes>

Précisions méthodologiques :

L'échantillon national est composé de 34 940 personnes vivant en France (Hexagone + DROM hors Mayotte, Saint-Martin, Saint-Barthélemy), dont 3 044 personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes.



BAROMÈTRE
Santé publique France

¹ Parmi les personnes ayant déjà travaillé ² France hexagonale, Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion

IC 95% : intervalle de confiance à 95 %

Source : Baromètre de Santé publique France 2024

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, la contenance psychique, l'évaluation de la crise suicidaire et l'orientation. Le numéro est également accessible aux

professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur la crise suicidaire, à toute personne inquiète pour une personne de son entourage ainsi qu'aux personnes endeuillées par suicide. Actuellement, le 3114 est structuré autour de 15 centres répondants situés dans des établissements de soin en lien plus ou moins direct avec les Samu. Parmi les 15 centres ouverts, trois sont ouverts 24h/24h (Lille, Montpellier et Brest). Les répondants du 3114 sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. Une équipe de coordination (médecin psychiatre, chargé de réseau, cadre de santé) est présente dans chacun des centres.

En Auvergne-Rhône-Alpes, deux centres répondants sont ouverts, l'un à Lyon et l'autre à Saint-Étienne.

Les départements en référence des deux centres sont :

- **pour Lyon** : la Haute-Savoie, la Savoie, l'Ain, l'Isère, la Drôme et le Rhône ;

- **pour Saint-Étienne** : la Haute-Loire, le Cantal, l'Allier, le Puy de Dôme, l'Ardèche et la Loire.

Les chiffres d'activité présentés ci-dessous portent sur les appels enregistrés entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2025.

Le centre de Lyon

Le centre lyonnais a reçu 22 855 appels de janvier à octobre 2025 (+50,8 % par rapport à 2024). Sur ces 22 855 appels reçus, 9 495 appels ont été décrochés (soit un taux de décrochés de 41,5 %). Le nombre d'appels entrants décrochés par le centre de Lyon est en augmentation de 12 % par rapport à la même période de 2024 (cf. Figure 36).

Sur cette période de janvier à octobre 2025¹, plus de trois appelants sur quatre au centre Lyonnais sont des personnes concernées (77 %), 16 % sont des proches aidants, 6 % sont des professionnels et 1 % sont des appels provenant d'un autre centre 3114.

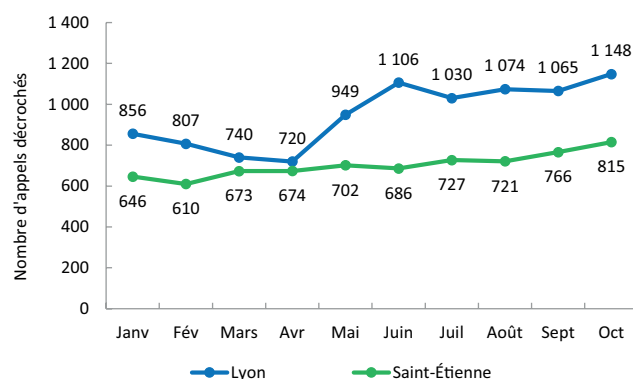
Les appelants sont majoritairement des femmes (60,9 %), 37,7 % sont des hommes et 1,4 % sont des hommes ou des femmes transgenres. Cette répartition des appelants par genre est équivalente à celle de 2024.

Un quart des appelants ont moins de 25 ans (24,5 %), classe d'âge la plus représentée, 20 % ont entre 25 et 34 ans, 15,6 % ont entre 35 et 44 ans, 16,7 % ont 45 à 54 ans, 15,7 % ont entre 55 et 64 ans et 7,5 % ont 65 ans ou plus. La répartition des appelants par âge est sensiblement différente par rapport à 2024 avec une hausse des appelants âgés de 65 ans et plus et une baisse pour les classes d'âge intermédiaires (entre 35 et 64 ans).

En 2025, plus d'un appelant sur quatre du centre lyonnais (26,7 %) est orienté vers un suivi psychiatrique/

¹ La description des appels entrants porte sur 5 728 appels enregistrés de janv. à oct. 2025, soit sur 60 % des appels entrants sur cette période.

Figure 36 - Nombre d'appels entrants décrochés au 3114, de janvier à octobre 2025 – Centres de Lyon et de Saint-Étienne



Sources : Monitoring annuel 3114 Centres de Lyon et Saint-Étienne, janvier à octobre 2025

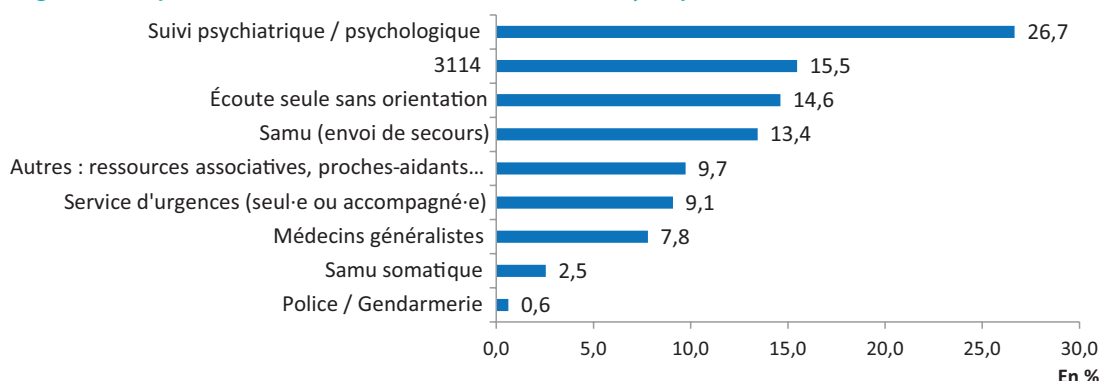
psychologique (psychiatre, psychologue, CMP, Csap, Caarud, MDA...) (cf. Figure 37). Dans 22,5 % des cas, l'appelant est orienté vers une prise en charge en urgence : soit le 3114 interpelle le Samu pour demander un envoi de moyens (Effecteur) (13,4 %), soit l'appelant est orienté vers un service des urgences où il se dirige seul ou accompagné (9,1 %). Dans 15,5 % des cas, il est conseillé aux appelants de rappeler le 3114. Les appelants peuvent également être orientés vers d'autres ressources dans 9,7 % des cas (structures sociales, associatives, lignes d'écoute...) ou vers un médecin généraliste (ou SOS médecin) dans 7,8 % des cas. Dans 2,5 % des cas, la personne nécessitant un avis médical somatique est

orientée vers le Samu somatique.

Dans 0,6 % des cas, la police ou la gendarmerie est contactée pour intervenir auprès de l'appelant.

Enfin, 14,6 % des appelants bénéficient d'une écoute sans orientation.

Figure 37 - Répartition des orientations du 3114 Centre de Lyon, janvier à octobre 2025 (n=5 588)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Lyon, janvier à octobre 2025

Le centre de Saint-Étienne

Le centre stéphanois a reçu 16 907 appels de janvier à octobre 2025 (+ 34,8 % par rapport à 2024). Sur ces 16 907 appels reçus, 7 020 appels ont été décrochés (soit un taux de décrochés de 41,5 %). L'augmentation du nombre d'appels entrants décrochés par le centre de Saint-Étienne s'accroît encore en 2025 (+ 32 % par rapport à 2024) (cf. Figure 36).

De janvier à octobre 2025, plus de 8 appelants sur dix sont des usagers (83,6 %), 12,6 % sont des proches et 3,8 % des professionnels.

Deux tiers des appelants sont des femmes (67,2 %), cette proportion étant en baisse par rapport à 2024 où elle s'élevait à 73 % [25].

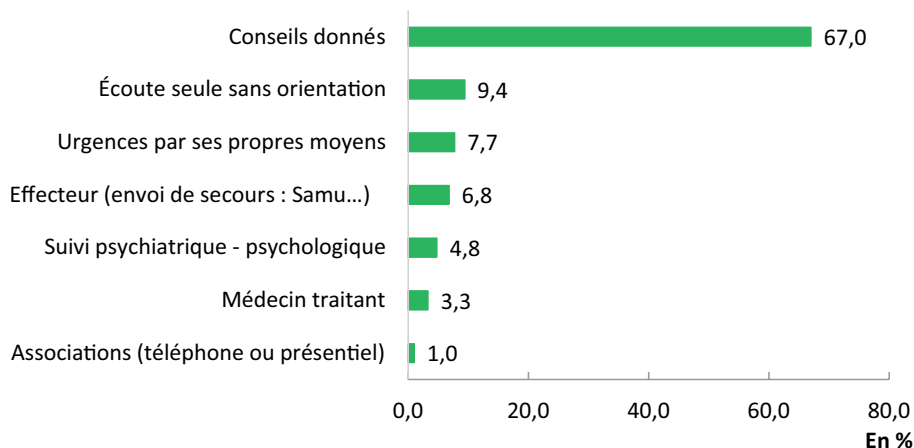
Un appelant sur cinq en 2025 a moins de 25 ans, 17,0 % ont entre 25 et 34 ans, 22,2 % ont entre 35 et 44 ans, classe d'âge la plus représentée, 15,8 % ont entre 45 et 54 ans, 16,6 % entre 55 et 64 ans et 8,4 % ont 65 ans ou plus¹. Cette répartition par âge est sensiblement différente de celle observée en 2024 : la part des 25-34

ans diminue nettement en 2025, celle des 55-64 ans diminue légèrement et les proportions de toutes les autres classes d'âge augmentent, en particulier celles des 35-44 ans.

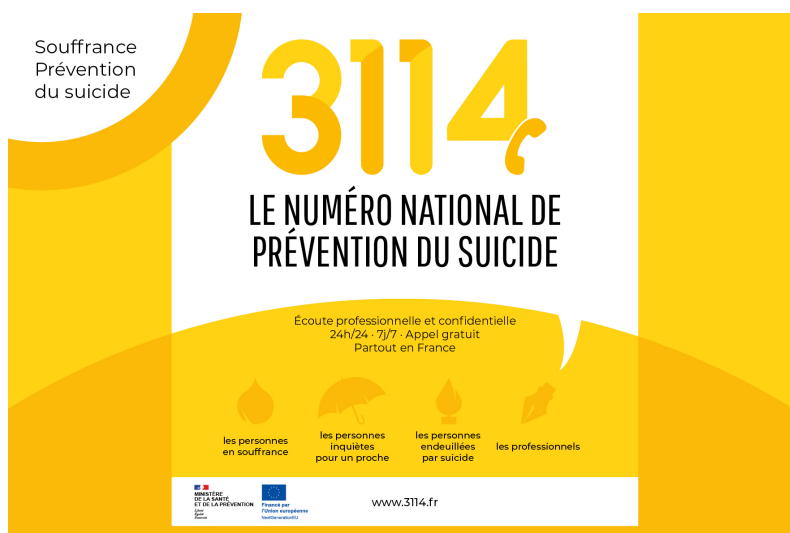
L'ensemble des appelants bénéficie d'une écoute. Dans 90,6 % des cas, cette écoute est complétée par d'autres orientations. Les deux tiers des appelants (67,0 %) ont reçu des conseils lors de leur appel (cf. Figure 38). Une petite proportion d'appelants (7,7 %) a été orienté vers un service des urgences. Dans 6,8 % des cas, les appelants ont bénéficié d'un envoi de secours (Samu, pompiers ou ambulance). Dans 4,8 % des cas, les appelants ont bénéficié d'un suivi psychologique ou psychiatrique : il peut s'agir soit d'une majoration de leur prise en charge actuelle (intensification de la prise en charge actuelle en rapprochant le prochain rendez-vous, en prévoyant un rendez-vous intercalaire...), soit d'une reprise de prise en charge (en cas de rupture ou d'arrêt des soins) soit d'une première prise en charge (patients non connus). Certains appelants ont été orientés vers leur médecin traitant (3,3 %) ou vers des associations (1,0 %).

¹ La répartition des appelants par âge porte sur 5 604 appels enregistrés de janv. à oct. 2025, soit sur environ 80 % des appels entrants sur cette période.

Figure 38 - Répartition des orientations du 3114 de Saint-Étienne, janvier à octobre 2025 (n=6 994)



Source : Monitoring annuel 3114 Centre de Saint-Étienne, janvier à octobre 2025



Depuis juillet 2020, l'intégralité de la région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par le dispositif Vigilans avec l'intervention de quatre équipes : Lyon, Saint-Étienne, Grenoble et Clermont-Ferrand. Ainsi, entre janvier et novembre 2025, 4 022 demandes de prises en charge ont été reçues par l'ensemble des centres de la région.

Le bilan est le suivant :

- une couverture régionale de 50,5 % de l'ensemble des tentatives de suicide suite à un passage aux urgences ;
- 6,8 % d'inclusions supplémentaires en 2025 par rapport à 2024 ;
- un travail d'ancrage territorial afin de favoriser les liens avec les services d'urgence déjà existants mais aussi avec les Structures d'urgence (SU) hors Vigilans afin de mailler au mieux l'ensemble des départements de la région ;
- un travail d'extension au sein du territoire afin de créer des liens avec d'autres services comme les services d'hospitalisation, les centres médico-psychologiques (CMP) ou encore les cliniques psychiatriques ;
- une volonté d'extension de l'accès aux entrées Vigilans par le biais des professionnels libéraux (médecins généralistes, psychiatres, psychologues) afin d'accroître les chances qu'un suicidant se voit proposer Vigilans ;
- un travail régional sur un nouvel outil informatique permettant d'intégrer Vigilans aux parcours de soins (actuellement 3 des 4 centres Vigilans ont intégré un outil e-parcours).

Rappels sur le dispositif

Vigilans est un dispositif de veille post-hospitalière proposé à tous les suicidants de la région à la sortie d'un service de soins. Il s'agit d'un dispositif national, financé en Auvergne-Rhône-

Alpes par l'Agence régionale de santé (ARS). Le dispositif Vigilans se base sur une idée simple soutenue par des données scientifiques : après une tentative de suicide, à la sortie d'une structure de soins (urgence, centre de crise, hôpital), il est important de maintenir le lien pour limiter le risque suicidaire et favoriser l'accès aux soins en santé mentale.

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

Dans une seconde phase, un soignant de l'équipe Vigilans se met en contact (téléphone et/ou carte postale) avec le sujet suicidant entre le 5^{ème} et le 21^{ème} 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>

ÉVALUATION QUALITATIVE DE VIGILANS

Description du dispositif Vigilans

Vigilans est un dispositif de veille pour patients ayant effectué une tentative de suicide. Il assure un recontact systématique et une veille concernant les patients pris en charge par un service de soins à la suite d'une tentative de suicide. Ce dispositif permet ainsi aux patients de rester en contact à leur sortie d'hôpital avec les membres d'une cellule de veille qui les écoutent et les soutiennent. L'objectif de ce dispositif est de réduire le risque de réitération suicidaire et de mortalité par suicide. Il ne se substitue pas au parcours de soin ni au suivi de la personne, lorsqu'il est mis en place par ailleurs.

Depuis juillet 2020, l'intégralité de la région Auvergne-Rhône-Alpes est couverte par Vigilans qui est composé de quatre équipes pluridisciplinaires comprenant des infirmiers, psychologues, psychiatres, chargés de missions, cadres de santé et secrétaires qui contactent les patients et réceptionnent leurs appels. Ces cellules de veille et de recontact sont présentes au sein du CH du Vinatier à Lyon, du CHU de Clermont-Ferrand, du CHU de Saint-Étienne et du CH Alpes-Isère (CHAI) couplée à celle du CHU de Grenoble. L'entrée des patients se fait notamment par les services d'urgence de centre hospitalier. La présence d'une coordination régionale facilite l'organisation de l'ensemble du dispositif avec un pilotage régional qui est articulé au pilotage de chaque cellule de veille et de recontact qui se compose :

- d'une équipe de coordination, composée d'un psychiatre, d'un secrétaire et d'un chargé de mission, assurant :
 - une mission de coordination : faire du lien avec l'ensemble des services d'urgence qui adhèrent au dispositif et

apporter une expertise clinique et un soutien à l'équipe de VigilansSeurs ;

- une mission de secrétariat : suivi des patients et envoi de cartes postales aux patients, envoi de courriers aux professionnels de santé des patients ;
- et d'une cellule de recontact composée d'infirmiers ou de psychologues qui contactent les patients suicidants suite à une prise en charge dans un service de soins et réceptionnent leurs appels, le cas échéant. Ces professionnels, appelés VigilansSeurs, évaluent le risque de réitération et orientent les patients vers les recours disponibles. Une veille d'au moins six mois après la sortie d'hôpital permet de maintenir un contact avec le suicidant.

Le dispositif Vigilans a fait l'objet d'une évaluation régionale réalisée par Santé Publique France. Cette évaluation quantitative a mis en évidence une diminution significative de 40,7 % du taux de réitération suicidaire à six mois dans le groupe d'établissements partenaires de Vigilans par rapport à la période précédant Vigilans, diminution non retrouvée dans le groupe contrôle. L'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (ORS) a été missionné pour réaliser une évaluation qualitative de ce dispositif. Les premiers résultats de l'évaluation qualitative sont présentés dans ce focus.

Objectifs de l'évaluation qualitative

L'objectif de l'évaluation qualitative est d'affiner les éléments de connaissance sur les forces, les faiblesses et la plus-value du dispositif Vigilans déployé dans le cadre de la stratégie globale d'actions contre le suicide, en région Auvergne-Rhône-Alpes.

L'évaluation doit plus précisément répondre aux questions suivantes :

- 1 Comment et dans quelle mesure le dispositif Vigilans a-t-il participé à la stratégie globale de la prévention du suicide en région, notamment en matière de renforcement du partenariat, à des échelles infra-régionales ?
- 2 Dans quelle mesure Vigilans a-t-il contribué à l'amélioration du parcours de santé des patients, et notamment en quoi l'intégration des patients dans Vigilans peut faciliter la coordination et le suivi des soins ?
- 3 Dans quelle mesure le dispositif Vigilans a-t-il permis de faire évoluer les pratiques dans les services d'urgence ou celles des médecins généralistes ?
- 4 Comment Vigilans a-t-il contribué à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, et notamment en quoi Vigilans répond aux besoins des plus défavorisés ?

Méthodologie de l'évaluation

Cette évaluation qualitative a été menée par entretiens individuels semi-directifs téléphoniques. Afin d'atteindre les objectifs de l'évaluation, ces entretiens individuels ont été répartis entre les quatre cellules de veille et ont concerné :

- des membres des cellules de coordination Vigilans ;
- des VigilansSeurs (professionnels des équipes de recontact) ;
- des établissements partenaires ou non du dispositif Vigilans ;
- des professionnels de santé.

Les entretiens ont été réalisés par l'ORS, à l'aide d'un guide d'entretien. La durée moyenne des entretiens téléphoniques a été d'une heure.

Premiers résultats

1 Les apports du dispositif Vigilans selon les VigilansSeurs et les partenaires

1.1 Complémentarité et renforcement de l'offre de prévention et de lutte contre le suicide

Au cours des dernières années, en région Auvergne-Rhône-Alpes et en lien avec la stratégie nationale de prévention du suicide, ont été renforcées la promotion de la santé mentale et la sensibilisation des professionnels et du grand public, la prévention des idées suicidaires et des tentatives de suicide (repérage précoce, prise en charge adaptée), la formation et le soutien des professionnels, le déploiement du numéro national de prévention du suicide (31 14) pour les personnes en souffrance psychique et le renforcement de la postvention. Ces différents axes s'inscrivent dans une approche globale afin de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaires. Pour les professionnels interviewés, le déploiement national du dispositif Vigilans et son inscription dans l'approche globale de prévention du suicide légitiment ce dispositif. Vigilans complète les ressources d'aide au parcours de soins du patient suicidant. Vigilans complète les outils de prévention du suicide, au plan de la prévention secondaire et tertiaire. Ainsi, pour la plupart des professionnels hospitaliers rencontrés, la mise en place de Vigilans a permis de renforcer ou d'actualiser les protocoles de prise en charge des patients suicidants dès leur arrivée dans un service d'urgence mis en place.

1.2 Le partenariat est renforcé au plan interinstitutionnel et au sein des équipes hospitalières mais reste faible avec la médecine de ville

Vigilans est de mieux en mieux repéré par les acteurs hors structures hospitalières. Des demandes de présentation ou de participation à des actions de prévention du suicide proviennent ainsi de différents acteurs (CPTS, SAMU, aide sociale à l'enfance...). Par ailleurs, Vigilans contribue à l'intégration des acteurs du soins dans la stratégie des préventions du suicide à des échelles infra-régionales. Sa proximité avec le 31 14 permet de rendre visible le continuum de cette stratégie.

On note que dans le cadre de la prévention territoriale du

suicide, il arrive que le dispositif Vigilans fasse l'objet d'une fiche action dans les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), ce qui peut contribuer à diffuser des informations sur le dispositif Vigilans à différents acteurs (centres hospitaliers, médecins généralistes, psychiatres, travailleurs sociaux, associations, ...).

Les entretiens réalisés soulignent ainsi l'apport de Vigilans à la dynamique partenariale avec des rapprochements interinstitutionnels et au sein des établissements sur la question de la prévention du suicide. Il apparaît en effet qu'au sein des établissements, le déploiement de Vigilans peut constituer un outil supplémentaire pour favoriser le décroisement entre différents services et équipes des urgences qui sont très souvent étiquetées comme prioritairement « somatiques » alors qu'elles doivent, bien souvent, gérer des problématiques de type psychiatrique. Cependant, lorsque les équipes des urgences sont volontaires pour être relai des équipes de liaisons psychiatriques, elles ne veulent pas porter le dispositif seules : une articulation entre services et un partage des tâches est nécessaire pour que le déploiement du dispositif Vigilans ne repose pas sur une seule équipe en interne.

En revanche, les entrées de patients suicidants dans le dispositif Vigilans par l'intermédiaire des professionnels de santé libéraux existent mais restent rares. Lorsque les coordonnées des médecins traitants des patients suicidants sont renseignées dans leur dossier d'entrée aux urgences, les médecins sont systématiquement informés de l'entrée de leur patient dans Vigilans. Cependant, les professionnels de Vigilans interviewés divergent sur ce qui est attendu des médecins traitants suite à cette information, en matière d'implication dans le suivi du patient suicidant, et ce d'autant plus qu'ils ont globalement peu de liens avec les médecins traitants des patients suicidants. Les retours et l'impact de l'entrée des patients suicidants dans Vigilans sur le suivi par le médecin traitant sont ainsi méconnus.

Enfin, des demandes d'information sur le dispositif Vigilans peuvent émaner d'établissements du secteur médico-social, qui témoignent de leur besoin de comprendre l'apport de Vigilans lorsqu'un de leur résident est concerné. En outre, ces structures peuvent potentiellement réaliser des entrées vers Vigilans si un professionnel de santé est présent.

1.3 L'animation territoriale par les cellules de coordination de Vigilans est appréciée

D'après les professionnels interviewés, le déploiement du dispositif Vigilans ne peut se faire sans animation régionale et de proximité. La dimension nationale apporte une légitimité au dispositif et permet l'accès des partenaires à des compétences mutualisées, à des ressources spécifiques et peut aider au développement de certains outils (par exemple certains logiciels) ou venir en soutien aux VigilansSeurs.

L'animation régionale du dispositif par l'ARS est également appréciée des interviewés : les cellules de coordination soulignent l'importance d'un relai régional pour les arbitrages financiers et l'accompagnement opérationnel de la mise en place de Vigilans dans les territoires.

La participation des établissements partenaires à Vigilans est basée sur le volontariat, aussi l'animation de proximité réalisée par les équipes de coordination de Vigilans qui permet de rencontrer les structures partenaires, de mieux appréhender leurs organisations est essentielle pour susciter et maintenir la mobilisation des établissements dans la durée.

Enfin, l'implication des équipes de coordination de Vigilans dans les réseaux locaux d'acteurs enrichit leur connaissance des ressources hors soins, qui peuvent aussi jouer un rôle dans la prévention du suicide particulièrement indispensable dans les zones où l'offre de soins est limitée.

1.4 Vigilans contribue à l'amélioration d'une culture commune sur la prévention du suicide

Le dispositif Vigilans apparaît contribuer à développer une culture de prévention du suicide dans les services d'urgence et de soins des hôpitaux.

Les services d'urgence sont des lieux de prise en charge en aval des crises, et ne sont généralement pas associés à la démarche de prévention primaire du suicide. Au-delà de la réponse immédiate à la situation de crise en service d'urgence, le dispositif Vigilans offre aux professionnels un outil concret pour la mise en place de stratégies de prévention secondaire, en complément des soins pouvant être initiés suite à un passage du patient suicidant aux urgences. En intégrant le dispositif Vigilans, les services d'urgence qui sont des lieux de soins, deviennent des acteurs de prévention secondaire du suicide, et au-delà, ils participent à l'évolution des représentations et des pratiques concernant le suicide, alors que le secteur hospitalier était jusqu'alors peu impliqué.

Le dispositif Vigilans participe ainsi au développement d'une culture de prévention en parallèle d'une amélioration de la prise en charge des patients suicidants engagée par ailleurs au sein des établissements.

1.5 Vigilans soutient la prise en charge des patients suicidant par les équipes hospitalières

La prise en charge des patients après une tentative de suicide peut constituer une source de stress pour les soignants notamment en raison de la complexité de l'évaluation du risque de réitération. D'après les partenaires soignants interviewés, la participation de leur structure à Vigilans permet d'alléger leur charge mentale quant à la prise en charge spécifique des patients suicidants. Un constat déjà fait par une enquête de l'INSERM (2023) qui mettait en lumière le manque de formation spécifique et de protocoles clairs pour les personnels hospitaliers, en matière de prise en charge des patients suicidants qui aggrave leur charge mentale concernant la prise en charge adaptée à mettre en place, pour éviter la réitération.

1.6 Vigilans soutient les patients suicidants dans leur parcours de soins, malgré des contraintes identifiées

Élargir le dispositif Vigilans à différents services ou structures de soins, services hospitaliers, soins ambulatoires (libéraux et CMP) permettrait de multiplier les opportunités de proposer aux patients suicidants leur entrée dans le dispositif Vigilans.

C'est déjà le cas dans certains établissements hospitaliers, où l'entrée dans Vigilans est proposée après un passage en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). L'élargissement peut se faire « naturellement » si ce sont les mêmes équipes qui interviennent au sein des services d'urgence, ou nécessiter une démarche particulière.

Mais il reste difficile de proposer l'entrée dans Vigilans aux patients suicidants qui sortent des services d'urgence sans évaluation psychiatrique. Si les urgentistes ne proposent pas Vigilans à ces patients, il est rare que cela leur soit proposé à nouveau.

Le moment de l'entrée des patients aux urgences n'est pas, pour les partenaires interrogés, le plus favorable pour qu'il donne son consentement à être inclus dans ce dispositif. Ainsi, multiplier les moments possibles d'entrée dans le dispositif permettrait de mieux couvrir le public cible.

D'après les professionnels interrogés, et au-delà de l'impact positif sur la réitération suicidaire, l'adhésion des patients au dispositif génère d'autres bénéfices pour eux. Le fait même que les patients acceptent de répondre aux appels de Vigilans, expriment leur satisfaction à être appelés et, parfois, répondent aux « cartes postales » témoigne d'un lien, qui bien que ténu, se tisse avec le patient. Le dispositif Vigilans permet ainsi de rompre l'isolement des patients une fois qu'ils sont sortis du service d'urgence ou de soins. En effet, que des soins soient ou non mis en place, le patient peut se retrouver seul chez lui après son passage à l'hôpital, cet appel, cette carte postale peuvent contribuer à réduire ce possible sentiment d'isolement. En outre, l'appel de Vigilans peut faciliter l'attente d'un RDV pour des soins psychiques, ou contribuer à motiver le patient pour initier ou poursuivre des soins.

Les différents territoires de la région sont inégaux quant aux ressources de prise en charge en aval existantes. Faute d'accéder

rapidement à des soins psychiques (en hospitalisation ou en ville), certains patients quittent les urgences sans qu'aucun type de suivi ne soit mis en place, ce qui augmente le risque de réitération. D'après les équipes de Vigilans, leurs appels peuvent aider et soutenir les patients dans leurs démarches de soins, en proximité de son lieu de résidence, y compris dans la prise de contact avec des soignants ou autre ressource d'écoute.

Vigilans cependant ne doit pas devenir un acteur du soin ou de l'orientation vers telle ou telle ressource, ce qui peut être un glissement lorsque les patients habitent dans des territoires où les ressources « soignantes » sont rares. Il faut souligner le fait que Vigilans ne peut pallier l'absence d'offre soignante ou à la saturation des CMP sur certains territoires. Cependant, face à la rareté de l'offre soignante locale, l'implication de l'équipe de Vigilans peut être renforcée afin de maintenir un lien étayant pour le patient.

Par ailleurs, Vigilans, sans être un acteur de coordination, peut parfois également constituer un facilitateur de mise en lien entre le patient et différents professionnels, notamment avec la médecine de ville, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

2 Les freins au déploiement de Vigilans

Certains professionnels interrogés indiquent que la mission première des services d'urgence reste la prise en charge de l'urgence des besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel des patients, et les professionnels de ces services peuvent avoir le sentiment que la prévention du suicide, même secondaire, n'est pas la priorité. D'après les interviewés, l'intégration des services d'urgence MCO dans une démarche de prévention secondaire nécessite un accompagnement spécifique et une coordination renforcée de ces services avec les acteurs de santé mentale. Les professionnels, non issus du secteur psychiatrique, se sentent parfois spontanément peu concernés par le dispositif Vigilans, une réticence renforcée par le manque de moyens humains des services d'urgence, marqués par une saturation régulière, où l'afflux des patients engendre une pression constante sur les équipes soignantes. Ainsi les services d'urgence sont souvent en tension, avec des équipes déjà très sollicitées, ce qui peut limiter leur disponibilité pour des actions préventives.

Les équipes hospitalières des urgences prennent en charge la dimension somatique et orientent les patients présentant des signes de souffrances psychiques ou des risques suicidaires vers les équipes de liaison psychiatrique. Reste que les équipes des urgences doivent être informées de l'existence de Vigilans et puissent relier ce dispositif avec l'activité des équipes psychiatriques de liaison. Quand ces dernières ne sont pas disponibles (pendant le week-end, les vacances, ou hors de leur temps de présence) les équipes des urgences ne prennent pas toujours l'initiative de présenter le dispositif Vigilans aux patients suicidants. Le relatif cloisonnement de l'activité des équipes (urgences, liaison, psychiatrie) ralentit le déploiement de Vigilans. En outre, le turnover des équipes, au sein des urgences hospitalières est important ce qui nécessite de systématiser l'information pour que tous les professionnels soient bien informés. Les problèmes de ressources humaines et les difficultés organisationnelles sont ainsi un frein majeur identifié en ce qui concerne le déploiement du dispositif Vigilans.

L'inclusion des patients dans le dispositif Vigilans peut être perçue comme chronophage par les professionnels des urgences (médecins, infirmiers) et ce d'autant plus qu'ils peuvent parfois manquer d'une formation spécifique sur la prise en charge des tentatives de suicide (TS), sur l'évaluation du risque suicidaire et la communication avec les patients en détresse. Ce manque d'information peut d'emblée engendrer des représentations négatives sur le temps nécessaire à la mise en œuvre de Vigilans au sein du service et créer des réticences des personnels des urgences à ce que le dispositif soit présenté aux patients suicidants.

D'autres freins au déploiement de Vigilans ont été évoqués, concernant l'organisation propre à chaque service d'urgence. En premier lieu, les protocoles de prise en charge des tentatives de suicide varient d'un établissement à l'autre, certains services réalisent uniquement un examen somatique et orientent les patients vers un autres établissements tandis que d'autres, mieux dotés, appliquent une prise en charge avec une évaluation de la situation psychique du patient. Il semble que dans certains services d'urgence, surtout en dehors des grands centres hospitaliers, l'accès à un psychiatre ou à un infirmier en psychiatrie soit limité, voire impossible quand il n'y a pas d'astreinte de ces professionnels la nuit ou le week-end. Les patients suicidants sont alors éventuellement orientés vers une consultation extérieure ultérieure, sans évaluation psychiatrique immédiate.

Ainsi, selon l'organisation des services d'urgence et la présence ou non d'une équipe spécialisée en psychiatrie, Vigilans peut plus ou moins facilement se déployer.

En ce qui concerne les leviers au déploiement du dispositif Vigilans, les interviewés soulignent avant toute chose le soutien institutionnel de l'établissement et la mise en place, en interne, de référents Vigilans.

3 Les leviers au déploiement de Vigilans

3.1 La communication en direction des établissements partenaires

En Auvergne-Rhône-Alpes, le dispositif Vigilans a concerné dans un premier temps les services d'urgence hospitaliers (SU). Le lien entre Vigilans et les services d'urgence s'est d'abord construit par des rencontres pour présenter le dispositif aux équipes, répondre aux questions et aider à la mise en place opérationnelle de Vigilans dans les services. Ce lien est depuis entretenu régulièrement par des retours réguliers des professionnels des cellules Vigilans aux équipes partenaires sous différentes formes : rencontres, newsletter... Ce retour d'information qui renseigne notamment sur le nombre d'entrées dans le dispositif à l'échelle de l'établissement et du territoire de la cellule de coordination est apprécié par les équipes partenaires et manque lorsqu'il n'est pas développé. Ces retours sont nécessaires aux équipes partenaires pour leur transmettre des informations sur le dispositif, connaître l'évolution des entrées dans Vigilans en fonction des années, adapter leur participation à l'évolution du contexte et, peut-être le plus important, pour maintenir la mobilisation des équipes. Dans les situations où il est apparu que ces retours n'étaient pas faits, les professionnels partenaires sont en attente principalement d'informations relatives aux suites données aux entrées.

Pour maintenir ou développer un niveau satisfaisant d'informations pour les partenaires, les cellules de coordination soulignent la nécessité d'avoir des ressources humaines suffisantes pour entretenir les liens et transmettre des informations, mais également des moyens financiers afin de développer une communication adaptée aux différents contextes et besoins et donc diversifiée. Les équipes de coordination et de Vigilans adaptent d'ores et déjà les modes et supports de communication avec leurs partenaires (visioconférences, rencontres en présentiel en direction de différents publics, transmissions de documents, bilans).

Au-delà, les cellules de coordination notent le besoin de se faire davantage connaître des établissements partenaires, de se présenter et d'expliquer leurs missions et compétences aux partenaires.

3.2 Le soutien institutionnel

L'intégration de critères Vigilans (nombre d'entrées) dans l'accréditation de la Haute Autorité de Santé (HAS) des établissements est un levier pour le déploiement du dispositif mais elle n'est pas suffisante. Les établissements impliqués se saisissent bien de cette opportunité mais celle-ci n'est pas suffisante pour que les établissements s'impliquent véritablement dans Vigilans. Au-delà de l'implication des professionnels référents, le soutien institutionnel formel et explicite est important.

3.3 Les ressources matérielles apportées par Vigilans : un levier motivationnel

Tous les éléments facilitant les aspects pratiques professionnels dans le cadre de la prise en charge des patients suicidants et la prévention de la réitération sont des leviers pour la participation des professionnels :

- « automatisation des parcours » : évaluation systématique des patients ;
- inclusion de la fiche d'entrée à Vigilans dans le logiciel patient ;
- renseignement automatique de la partie administrative ;
- automatisation de l'envoi de la fiche d'entrée ;
- ...

Ces possibilités, qui dépendent des établissements, sont diversement mises en place. Toutefois, les personnes interrogées qui utilisent une fiche papier pour les entrées dans Vigilans (renseignement de la fiche d'inclusion et envoi par fax à la cellule de coordination) signalent cet échange comme un frein important à l'adhésion à Vigilans.

3.4 La stabilité et l'expérience des équipes

Enfin, un facteur de déploiement et de réussite important est la qualité des équipes de coordination et de Vigilans : leur stabilité, leur haut niveau d'expérience, leur connaissance des services d'urgence leur permettent de mener à bien des entretiens individuels complexes avec les patients inclus.

Les équipes de Vigilans sont soutenues dans leur pratique par des échanges d'expériences et des réflexions sur l'éthique du dispositif (la prise en charge, les responsabilités des Vigilans...).

4 Un point d'attention sur les files actives gérables par les Vigilans

La réussite du programme est directement liée aux moyens humains qui lui sont alloués en termes de coordination et de Vigilans pour passer et recevoir les appels des patients suicidants. Or, aujourd'hui, les équipes de Vigilans en place, ne peuvent plus, pour beaucoup d'entre elles, augmenter leur file active de patients : le nombre de patients suicidants à inclure dans les files actives des Vigilans ne peut s'accroître à moyens constants sans mettre en difficulté les équipes de Vigilans.

Le dispositif s'adapte aux mieux et répond aux objectifs de recontact mais il ne peut néanmoins couvrir l'ensemble des patients potentiels de la région. Comme l'a résumé l'un des interviewés : « Si tous les services d'urgence faisaient des inclusions, les Vigilans ne pourraient faire l'ensemble des rappels ».

Il existe ainsi un risque de voir le dispositif perdre en qualité si sa file active devient trop importante et que les rappels ne peuvent être tous faits au moment adapté. Ce type de situation peut, par ailleurs, engendrer un sentiment de désarroi chez les Vigilans qui peuvent se sentir dans l'impossibilité de mener à bien leur mission. L'augmentation des appels de suicidants inclus dans le dispositif peut déséquilibrer le travail de recontact des équipes. En outre, le changement d'algorithme d'appel peut créer des incertitudes pour les Vigilans et créer une fragilité pour les équipes.

Conclusions

Les premiers éléments indiquent un déploiement du dispositif de Vigilans qui nécessite un important travail de coordination ; les services d'urgence qui ne sont pas des acteurs de prévention doivent être accompagnés dans la mise en place du dispositif.

Vigilans contribue au découplage de la psychiatrie dans ces services. Le souhait d'élargir le dispositif à d'autres professionnels de santé, y compris la médecine de ville, contribuera à permettre à davantage de patients suicidants d'entrer dans le dispositif Vigilans.

L'ORS remercie les cellules de coordination et tous les professionnels qui ont participé à cette enquête.

Depuis 2017, aux côtés de la description statistique de la problématique du suicide en région, les ressources des territoires sont mises en valeur par l'Observatoire régional du suicide. Leurs typologies, leur densité, variables selon les territoires, vont influencer les stratégies et les actions de prévention possibles à mettre en œuvre. Ces informations seront désormais mises à jour avant l'élaboration du schéma régional de santé de notre région. Les cartes ressources sont mises à disposition et consultables dans un document unique : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Ressources_2026.pdf.

En 2025, plusieurs cartes ont été actualisées :

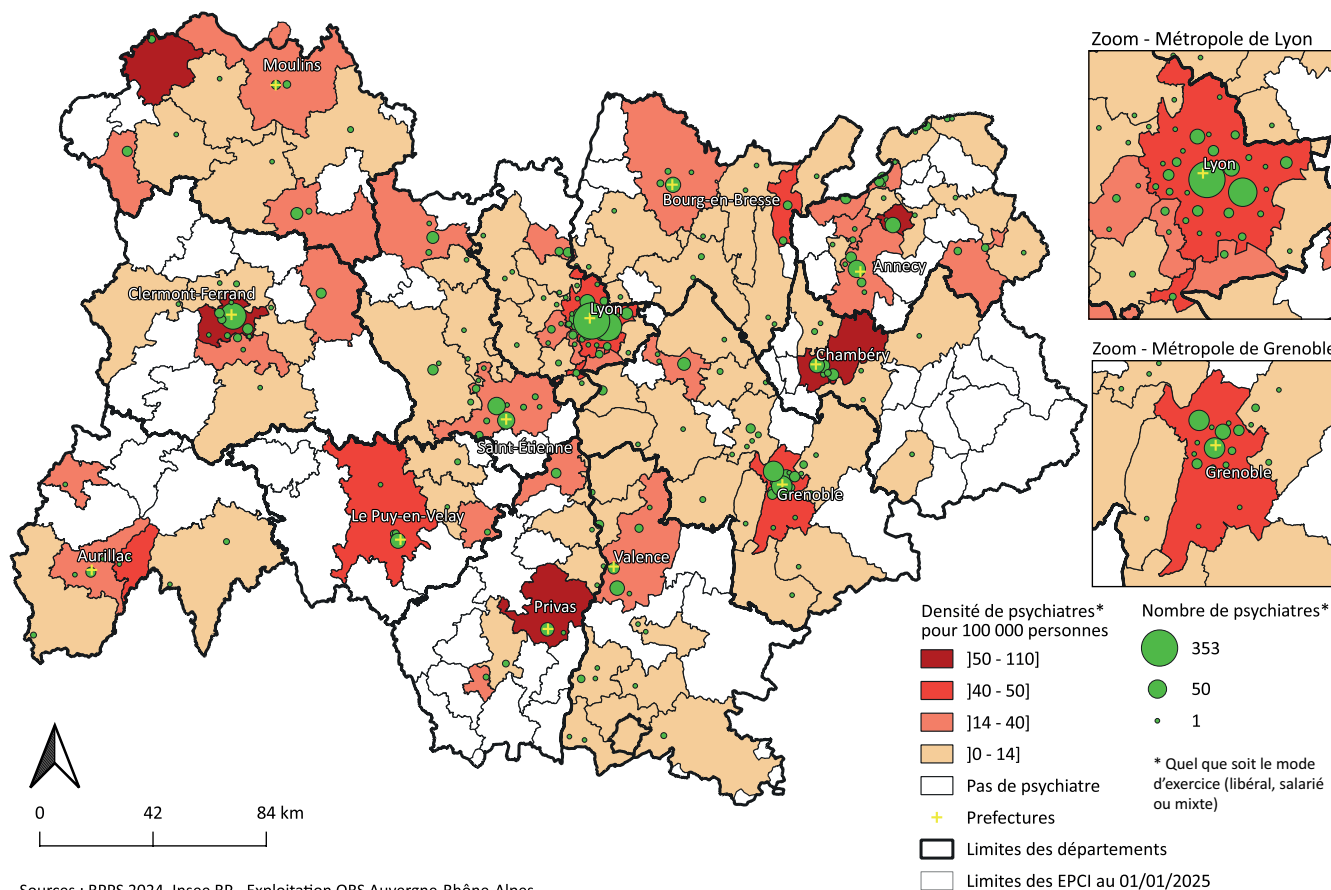
- Carte 1 - Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Carte 2 - Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Carte 3 à 7 - Les établissements médico-psychologiques en 2025 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Carte 8 - Les missions locales en 2025 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Carte 9 - Les contrats locaux de santé (CLS) et les contrats locaux de santé mentale (CLSM) en 2025 - Auvergne-Rhône-Alpes

Carte 1 - Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes

La région Auvergne-Rhône-Alpes compte 1 910 psychiatres en activité au 1^{er} janvier 2024, quel que soit leur mode d'exercice, soit une densité de 23,4 psychiatres pour 100 000 habitants. Cette densité est proche de celle enregistrée en France métropolitaine (23,5 pour 100 000 habitants).

La carte 3 représente le nombre de psychiatres par commune (et non le nombre d'équivalents temps plein) selon leur activité la plus récente et la densité par EPCI. Les psychiatres, qu'ils soient salariés, libéraux ou mixtes, sont essentiellement localisés dans les grandes agglomérations de la région.

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



Sources : RPPS 2024, Insee RP, Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

- L'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes par commune - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons de santé pluri-professionnelles ouvertes et renseignées dans Finess en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychiatres selon leur activité la plus récente au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice) - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation en psychiatrie selon le type d'établissement en 2022 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence et les structures mobiles d'urgence et de réanimation (Smur) en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les permanences d'accès aux soins de santé (Pass) MCO et psychiatriques et structures de rattachement des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons des adolescents (Mda) et leurs antennes en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes

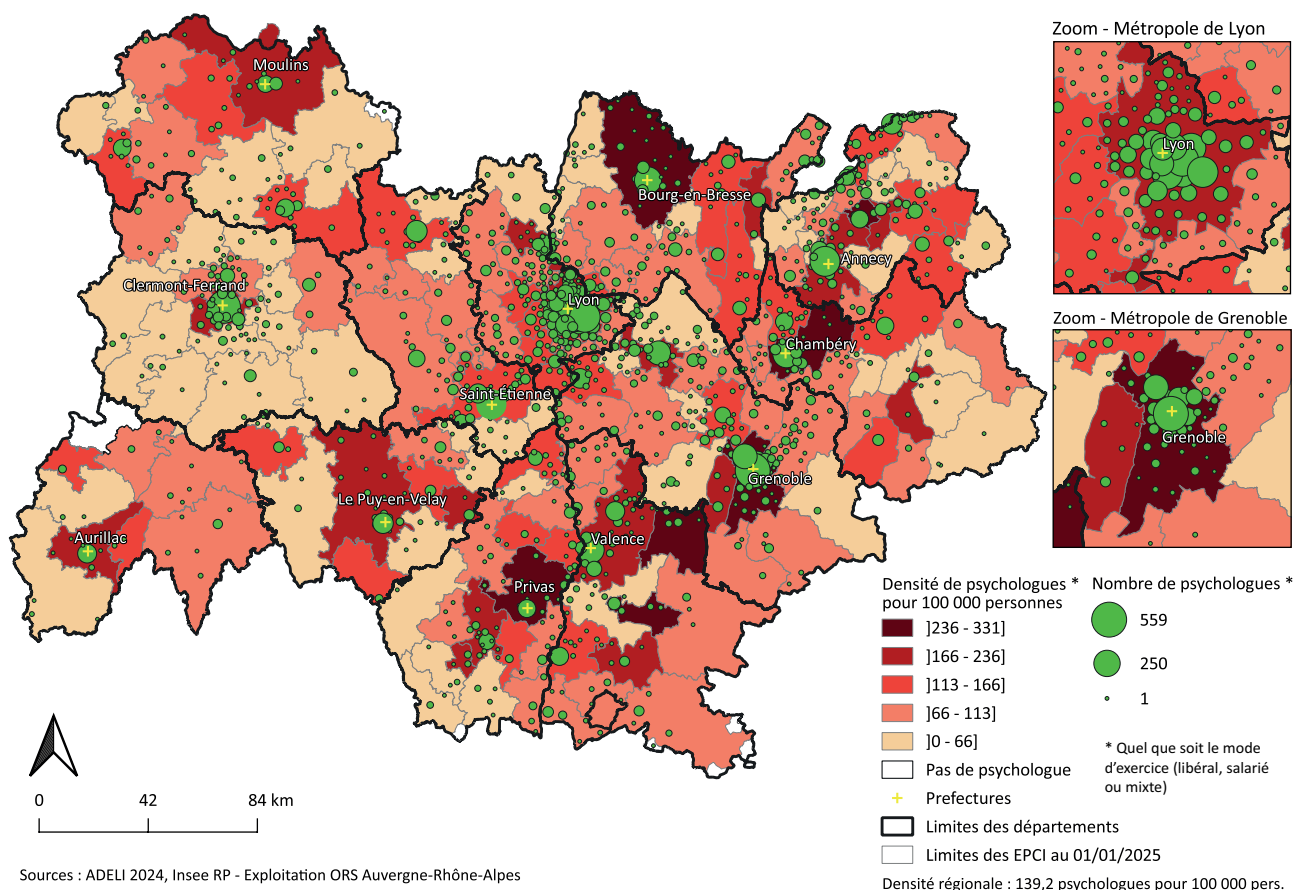
- Les points accueil écoute jeunes (PAEJ) en 2024 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les missions locales et leurs antennes en 2021 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Csapa et leurs antennes en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les Caarud en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les consultations jeunes consommateurs (CJC) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les équipes de liaison et de soins en addictologie (Elsa) en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les conseils locaux de santé mentale - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les maisons médicales de garde en 2023 - Auvergne-Rhône-Alpes
- Liste des établissements réalisant des soins sans consentement - Auvergne-Rhône-Alpes
- Les établissements médico-psychologiques en 2025
- 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

Carte 2 - Nombre et densité de psychologues en activité au 1^{er} janvier 2024 (quel que soit le mode d'exercice)* - Auvergne-Rhône-Alpes

Au 1^{er} janvier 2024, 13 766 psychologues en activité sont comptabilisés en Auvergne-Rhône-Alpes (quel que soit le mode d'exercice), soit une densité de 139,2 psychologues pour 100 000 habitants. Cette densité est légèrement supérieure à celle enregistrée sur le territoire national (138,0 pour 100 000 habitants).

Comme pour la carte des psychiatres, la carte 4 représente le nombre de psychologues par commune (et non le nombre d'équivalents temps plein) et la densité par EPCI.

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



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

Les établissements médico-psychologiques - Auvergne-Rhône-Alpes

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

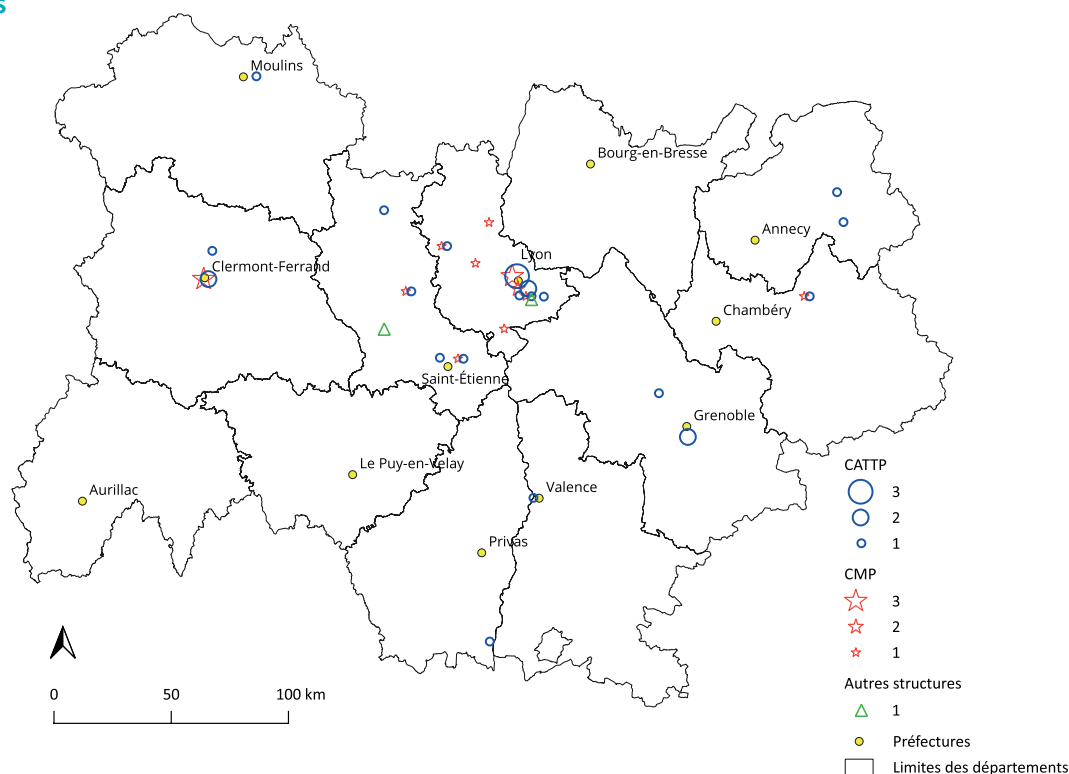
Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) recense l'ensemble de l'offre sanitaire et du médico-social en hiérarchisant les établissements par établissements juridiques, puis par établissements géographiques jusqu'aux unités opérationnelles, un même établissement géographique pouvant avoir plusieurs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

Les unités opérationnelles permettent de faire la distinction des structures (CMP, CATTP, HDJ, consultations, équipes mobiles...) par âge de la patientèle reçue. En Auvergne-Rhône-Alpes, 661 unités opérationnelles d'établissements médico-psychologiques sont recensées en août 2025 dans le ROR ; il est cependant difficile de confirmer l'exhaustivité de ces structures dans la mesure où elles ne sont pas soumises à autorisation.

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

- unités opérationnelles pour enfants (0 à 12 ans) : 43 structures (cf. carte 3)
- unités opérationnelles infanto-juvéniles (0 à 21 ans) : 220 structures (cf. carte 4)
- unités opérationnelles pour adolescents (11 à 25 ans) : 42 structures (cf. carte 5)
- unités opérationnelles pour adultes : 335 structures (cf. carte 6)
- unités opérationnelles pour personnes âgées (65 ans et plus) : 21 structures (cf. carte 7)
- unités opérationnelles tous âges (0 à 100 ans) : 7 structures (cf. carte 6).

Carte 3 - Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour enfants (n=43) - Auvergne-Rhône-Alpes

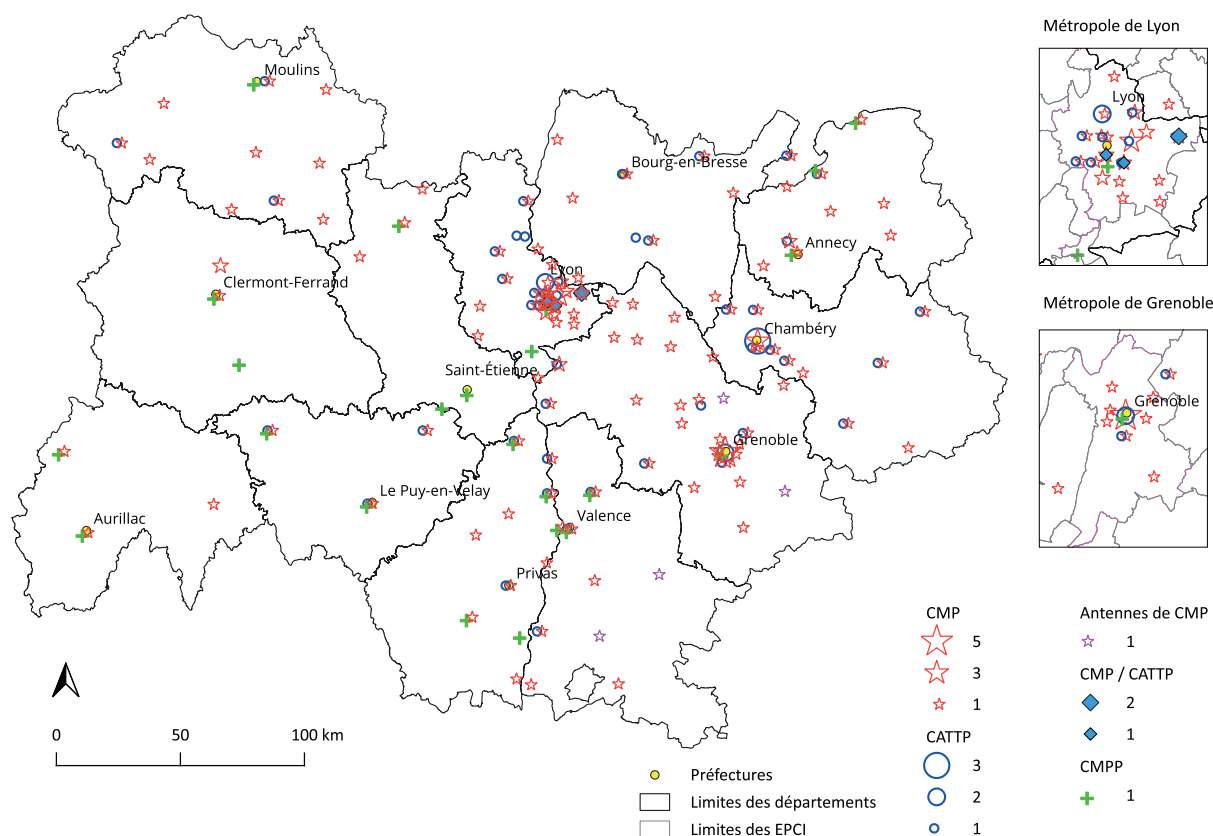


Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), août 2025 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour enfants

Allier - CATTP enfants - Yzeure	Puy-de-Dôme - CATTP Jeunes enfants (UPSAJE) - Clermont-Ferrand	Rhône - CATTP Petite Enfance Vaise Lyon 9 ^{ème}
Ardèche - CATTP - Bourg-Saint-Andéol	Puy-de-Dôme - CMP Diagnostic Précoce TSA CFE - Clermont-Ferrand	Rhône - CATTP Vaise Lyon 9 ^{ème}
Ardèche - CATTP « la petite bobine » - Guilhaud-Granges	Puy-de-Dôme - CMP ELISE - Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Lyon 9 ^{ème}
Isère - CATTP ASStriade Sud - Échirolles	Puy-de-Dôme - CMP UPAA - Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Lyon 9 ^{ème}
Isère - CATTP Enfants - Jenny Aubry - Échirolles	Puy-de-Dôme - CATTP Enfants - Riom	Rhône - CMP Petite enfance Vaise Lyon 9 ^{ème}
Isère - CATTP ASStriade Nord - Moirans	Rhône - CMP Les Bords du Gier - Givors	Rhône - CATTP petite Enfance - Oullins-Pierre-Bénite
Loire - CATTP Enfants - Feurs	Rhône - CMP - Gleizé	Rhône - CATTP Le Vieux Village - Saint-Priest
Loire - CMP Enfants - Feurs	Rhône - CMP Petite Enfance - L'Arbresle	Rhône - CATTP - Tarare
Loire - Hôpital de jour pédopsychiatrie Enfant - Montbrison	Rhône - CMP Centre petite enfance Esther Bick - Lyon 7 ^{ème}	Rhône - CMP - Tarare
Loire - CATTP - La Maisonnée - Roanne	Rhône - CMP Esther Bick - Lyon 7 ^{ème}	Rhône - CATTP Winnicott - Vénissieux
Loire - CATTP - Saint-Chamond	Rhône - CATTP Isatis Denver Lyon 8 ^{ème}	Rhône - Centre petite enfance - Vénissieux
Loire - CMP - Saint-Chamond	Rhône - CATTP Petite enfance - Lyon 8 ^{ème}	Rhône - CMP Winnicott - Vénissieux
Loire - CATTP spécialisé - Saint-Priest-en-Jarez	Rhône - CATTP Lyon 9 ^{ème}	Savoie - CATTP enfants - Albertville
Puy-de-Dôme - CATTP Enfant CFE - Clermont-Ferrand		Savoie - CMP enfants - Albertville
		Haute-Savoie - CATTP de Cluses
		Haute-Savoie - CATTP de Sallanches

Carte 4 - Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques infanto-juvéniles (n=220) - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), août 2025 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

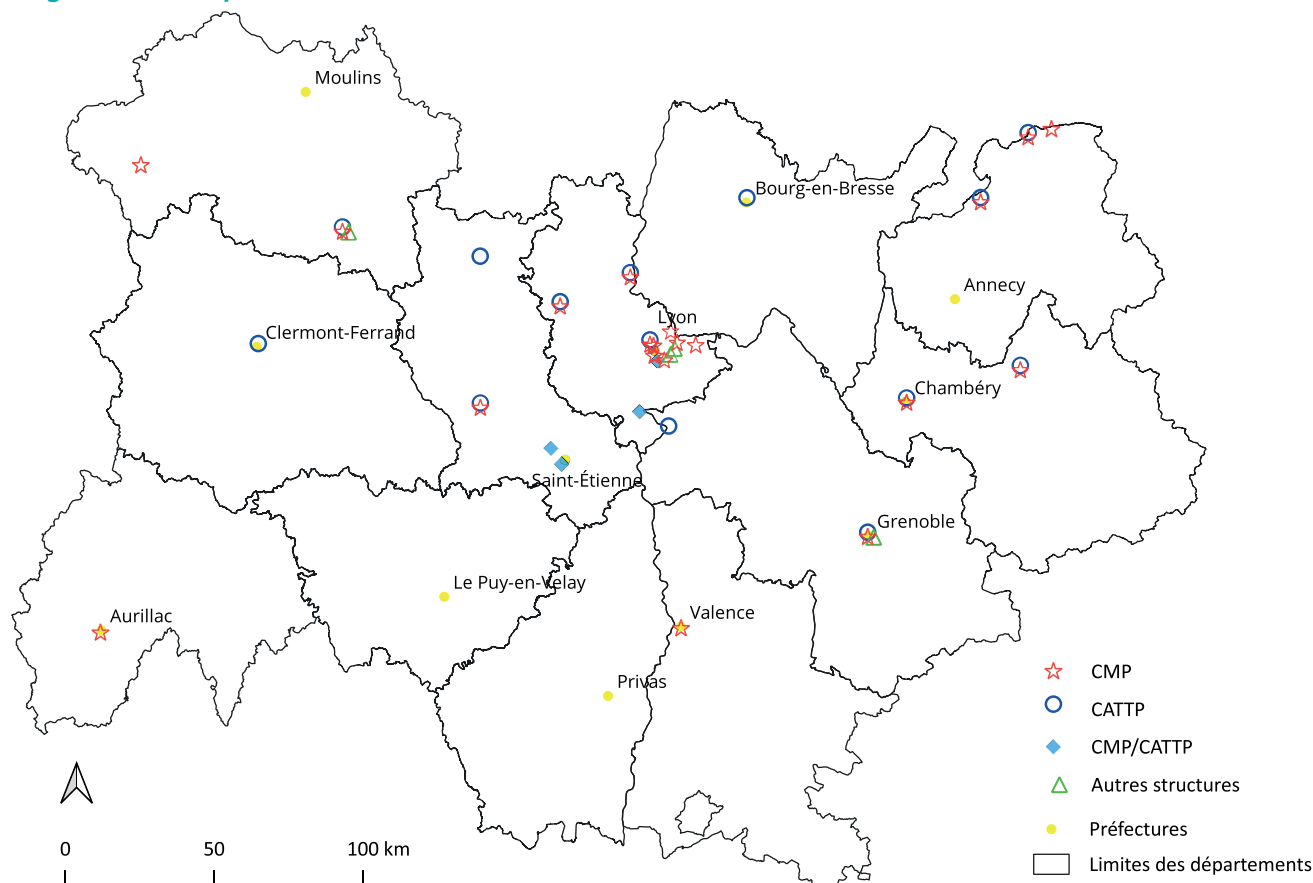
Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques infanto-juvéniles

Ain - CATTTP Infanto-Juvenile d'Ambérieu-en-Bugey	Ardèche - CMP Guilherand-Granges	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Grenoble Diatkine
Ain - CMP Infanto-Juvenile d'Ambérieu-en-Bugey	Ardèche - CMP La Voulte-sur-Rhône	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Grenoble Ferrière
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Belley	Ardèche - CMP Lamastre	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Grenoble Villeneuve
Ain - CATTTP Infanto-Juvenile - Les 4 saisons de Bourg-en-Bresse	Ardèche - CMP Le Cheylard	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Pont de Claix
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Bourg-en-Bresse	Ardèche - Unité Annexe du CMPP de Privas - Le Teil	Isère - Unité CMPP Bernard Andrey Grenoble
Ain - CATTTP Infanto-Juvenile de Château-Gaillard	Ardèche - CATTTP Privas	Isère - CMP Enfants et Adolescents - La Côte-Saint-André
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Châtillon-sur-Chalaronne	Ardèche - CMP Privas	Isère - CMP Enfants et Adolescents - La Mure
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Feillens	Ardèche - CATTTP Enfant Tournon-sur-Rhône	Isère - CMP La Tour-du-Pin
Ain - CATTTP Infanto-Juvenile de Ferney-Voltaire	Ardèche - CMP Enfant Tournon-sur-Rhône	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Antenne Le Bourg-d'Oisans
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Ferney-Voltaire	Cantal - CMP Enfant Aurillac	Isère - CMP Le Pont-de-Beauvoisin
Ain - CATTTP Infanto-Juvenile d'Oyonnax	Cantal - Unité CMPP Aurillac	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Meylan
Ain - CMP Infanto-Juvenile d'Oyonnax	Cantal - CMP Enfant Mauriac	Isère - CMP Morestel
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Saint-Maurice-de-Beynost	Cantal - Unité Antenne CMPP de Mauriac	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Pontcharra
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Trévoux	Cantal - CMP enfant Saint-Flour	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Rives
Ain - CMP Infanto-Juvenile de Bellegarde Valserhône	Drôme - CMP Enfant Crest	Isère - CATTTP Enfants Rousillon
Allier - CMP - Commentry	Drôme - Antenne du CMP Crest Die	Isère - CMP Enfants/Adolescents - Rousillon
Allier - CMP de Cosne-d'Allier	Drôme - Antenne du CMP de Nyons Dieulefit	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Saint-Egrève
Allier - CMP enfants de Dompierre-sur-Besbre	Drôme - CATTTP enfants Montélimar	Les Villas
Allier - CMP Enfants Gannat	Drôme - CMP Montélimar	Isère - CATTTP Enfants et Adolescents - Saint Ismier
Allier - CMP Enfants Lapalisse	Drôme - CMP Nyons	Espace Victor
Allier - CMP Enfants Le Mayet-de-Montagne	Drôme - CMP Pierrelatte	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Saint Ismier
Allier - CATTTP Montluçon	Drôme - CATTTP Enfant Romans-sur-Isère	Espace Victor
Allier - CMP Montluçon	Drôme - CMP Enfant Romans-sur-Isère	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Antenne Saint-Laurent-du-Pont
Allier - Unité CMPP de Moulins	Drôme - Unité CMPP Pierrotte Romans-sur-Isère	Isère - CATTTP Enfants et Adolescents - Saint Marcellin
Allier - CMP enfants Saint-Pourçain-sur-Sioule	Drôme - CATTTP Enfant Saint-Vallier	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Saint Marcellin
Allier - CATTTP Enfants Vichy	Drôme - CMP Enfant Saint-Vallier	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Saint-Martin-d'Hères
Allier - CMP Enfants Vichy	Drôme - CATTTP Prévert Valence	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Seyssinet-Pariset
Allier - CATTTP classe Yzeure	Drôme - CMP Prévert Valence	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Tullins
Allier - CMP enfants Yzeure Yzeure	Drôme - Unité CMPP Valence	Isère - CATTTP Enfants - Vienne
Ardèche - CATTTP Annonay	Isère - CMP de Bourgoin-Jallieu	Isère - CMP Adolescents - Vienne
Ardèche - Centre Medico Psycho Pédagogique Haut Vivarais Annonay	Isère - CMP de Charvieu-Chavagneux	Isère - CMP Enfant - Vienne
Ardèche - CMP Annonay	Isère - CATTTP Enfants Collégiens TND - Coulevie	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Villard-de-Lans
Ardèche - CMP Aubenas	Isère - CMP de Crémieu	Isère - CMP du Vellein Villefontaine
Ardèche - CMPP d'Aubenas	Isère - CATTTP Graffiti - Classe intégrée Échirolles	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Vizille
Ardèche - CMP Bourg-Saint-Andéol	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Échirolles	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Voiron
Ardèche - Annexe CMPP de Tournon Guilherand-Granges	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Fontaine MİKADO	Loire - CMP enfant Charlieu
	Isère - CATTTP Enfants et Adolescents - Grenoble Villeneuve	
	Isère - CMP Enfants et Adolescents - Grenoble Berthelot	

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

Loire - Unité C.M.P.P. Firminy	Rhône - CATTP PPE Sud Monplaisir Lyon 8 ^{ème}	Savoie - CMP enfants - Bourg saint Maurice
Loire - Centre Médico Psychologique (CMP) - Les Iris Roanne	Rhône - CMP PPE Sud Monplaisir Lyon 8 ^{ème}	Savoie - CATTP enfants - Châlles-les-Eaux
Loire - Unité C.M.P.P. Roanne	Rhône - CMP Téta sud Bastié Lyon 8 ^{ème}	Savoie - CMP enfants - Châlles-les-Eaux
Loire - Unité C.M.P.P. Saint-Étienne	Rhône - CMP CCOPS Vaise Lyon 9 ^{ème}	Savoie - CATTP enfants - Chambéry - J.Bergès
Loire - CMP Entant Saint-Just-en-Chevalet	Rhône - Ambulatoire Est Meyzieu	Savoie - CATTP enfants - Chambéry - Winnicott
Haute-Loire - CATTP enfants Brioude	Rhône - CATTP PPE Est Meyzieu	Savoie - CMP enfants - Chambéry - J.Bergès
Haute-Loire - CMP enfants Brioude	Rhône - CMP PPE Est Meyzieu	Savoie - CMP enfants - Chambéry - Maconnais
Haute-Loire - CMPP ADPEP 43 - Brioude	Rhône - CMP Téta Est Meyzieu	Savoie - CMP enfants - Chambéry - Winnicott
Haute-Loire - CATTP enfants Le Puy-en-Velay	Rhône - Denver Est Meyzieu	Savoie - CATTP enfants - Cognin
Haute-Loire - CMP enfants Le Puy-en-Velay	Rhône - CMP - Moins	Savoie - CMP enfants - Cognin
Haute-Loire - Unité Centre médico psycho-pédagogique Le Puy-en-Velay	Rhône - CMP Teta Nord Neuville-sur-Saône	Savoie - CMP enfants - La Rochette - Valgelon-La Rochette
Haute-Loire - CATTP enfants Monistrol-sur-Loire	Rhône - CMP - Oullins-Pierre-Bénite	Savoie - CMP enfants Modane
Haute-Loire - CMP enfants Monistrol-sur-Loire	Rhône - CMP Oullins-Pierre-Bénite	Savoie - CATTP enfants - Montmélian
Puy-de-Dôme - CMP CFE PEA Clermont-Ferrand	Rhône - CATTP PPE Nord Rillieux-la-Pape	Savoie - CMP enfants - Montmélian
Puy-de-Dôme - CMPP La Gravière - Clermont-Ferrand	Rhône - CMP PPE Nord Rillieux-la-Pape	Savoie - CATTP enfants - Moûtiers
Puy-de-Dôme - CMPP La Gravière-Antenne d'Issoire	Rhône - CMP TETA Nord Rillieux-la-Pape	Savoie - CMP enfants - Saint-Jean-de-Maurienne
Puy-de-Dôme - CMP Riom PEA	Rhône - CATTP Dedt psychothérapie Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	Savoie - CMP enfants - Saint-Jean-de-Maurienne
Puy-de-Dôme - CMP Soins Précoces Riom	Rhône - CATTP Monts d'Or Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	Savoie - CATTP enfants - Yenne
Rhône - CATTP Belleville-en-Beaujolais	Rhône - CMP (69114) Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	Haute-Savoie - CMP Enfants Annecy
Rhône - CMP Belleville-en-Beaujolais	Rhône - CATTP Maison jardin - Sainte-Foy-lès-Lyon	Haute-Savoie - CMPP Championnet - Annecy
Rhône - CMP - Condrieu	Rhône - CMP - Sainte-Foy-lès-Lyon	Haute-Savoie - CMPI de Cluses
Rhône - CATTP Écully	Rhône - CMP - Saint-Fons	Haute-Savoie - CATTP Valvert-Seynod - Epagny Metz-Tessy
Rhône - CMP Écully	Rhône - CMP Le Grand Jardin - Saint-Laurent-de-Chamousset	Haute-Savoie - Centre Médico Psychologique Infantile Pericles - Epagny Metz-Tessy
Rhône - CMP - Feyzin	Rhône - CMP Le Vieux Village - Saint-Priest	Haute-Savoie - CMP le Sextant Metz-Tessy - Epagny Metz-Tessy
Rhône - CATTP Territoire Ouest - Francheville	Rhône - CMP - Saint-Symphorien-sur-Coise	Haute-Savoie - CMP de La Roche-sur-Foron
Rhône - CMP - Francheville	Rhône - CATTP Infanto Juvénile Le Bois D'Oingt Val d'Oingt	Haute-Savoie - CMP Rumilly
Rhône - Unité CMPP RENE MILLIEX Givors	Rhône - CMP Val d'Oingt	Haute-Savoie - CMPI de Saint-Julien-en-Genevois
Rhône - CATTP Gleizé	Rhône - CMP PPE Est Vaulx-en-Velin	Haute-Savoie - CMP de Sallanches
Rhône - CATTP L'Arbresle	Rhône - CMP Téta Est Vaulx-en-Velin	Haute-Savoie - CMPI de Thonon-les-Bains
Rhône - CMP L'Arbresle	Rhône - CATTP petite enfance périnatalité Villefranche-sur-Saône	Haute-Savoie - Unité CMPP Championnet Thonon-les-Bains
Rhône - Unité CMPP BOSSUET Lyon	Rhône - CATTP PPE centre Villeurbanne Périnatalité	Haute-Savoie - CATTP de Vétraz-Monthoux
Rhône - Ambulatoire Ouest Perrache Lyon 2 ^{ème}	Rhône - CMP ADO centre Villeurbanne	Haute-Savoie - CMP de Vétraz-Monthoux
Rhône - CMP PPE Ouest Perrache Lyon 2 ^{ème}	Rhône - CMP PPE centre Villeurbanne PE	Haute-Savoie - Unité CMPP Championnet Ville-la-Grand
Rhône - CATTP PPE Ouest Croix Rousse Lyon 4 ^{ème}	Rhône - CMP Teta centre Villeurbanne	
Rhône - CMP Téta Ouest Croix Rousse Lyon 4 ^{ème}	Savoie - CATTP enfants - Aix-les-Bains	
Rhône - Centre de psychothérapies et psychodrames Arthur Rimbaud - Lyon 7 ^{ème}	Savoie - CMP enfants - Aix les Bains	
Rhône - Ambulatoire Sud Monplaisir Lyon 8 ^{ème}	Savoie - CATTP enfants - Bourg saint Maurice	

Carte 5 - Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adolescents (n=42) - Auvergne-Rhône-Alpes

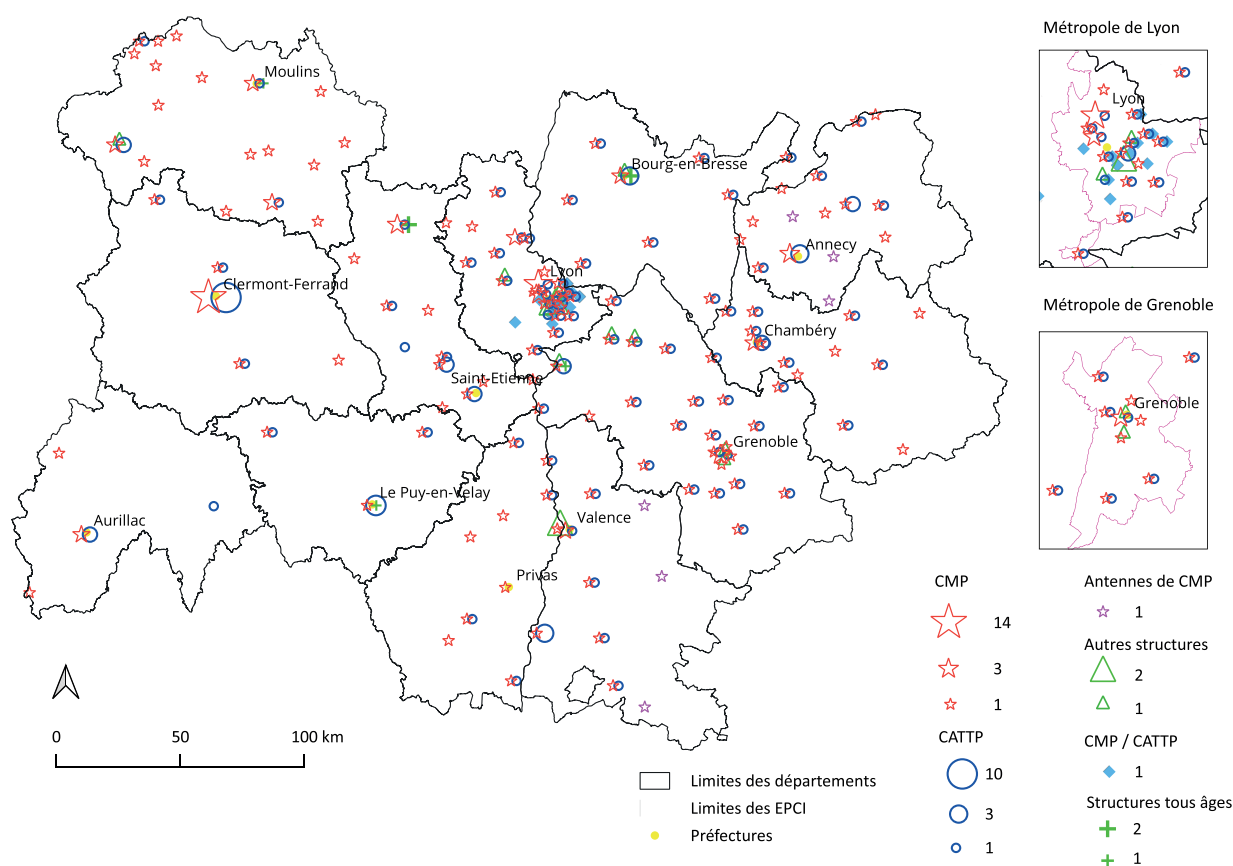


Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), août 2025 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adolescents

Ain - CATTP Infanto-Juvenile de Bourg-en-Bresse - Escal'Ados	Loire - Centre Consultation Adolescent (CCA) - Saint-Priest-en-Jarez	Rhône - CATTP équipe mobile Ado nord - Villefranche-sur-Saône
Allier - CATTP Adolescents de Cusset	Puy-de-Dôme - CATTP ADO - Clermont-Ferrand	Rhône - CMP équipe Ado nord - Villefranche-sur-Saône
Allier - CMP Adolescents de Cusset	Rhône - Centre de soins Adolescents - Givors	Savoie - CATTP adolescents - Albertville
Allier - Maison des Ados de Cusset	Rhône - CMP Ado Ouest Perrache - Lyon 2 ^{ème}	Savoie - CMP adolescents - Albertville
Allier - CMP - Maison des Adolescents - Montluçon	Rhône - Espace Santé Jeunes Lyon 3 ^{ème}	Savoie - CATTP adolescents - Centre Santé Adolescents - Dépt Psycho Ado - Chambéry
Cantal - CMP Enfant Maurs - Aurillac	Rhône - CMP Ado Ouest Croix Rousse Lyon 4 ^{ème}	Savoie - CMP adolescents - Centre Santé Adolescents - Dépt Psycho Ado - Chambéry
Drôme - CMP adolescents - Valence	Rhône - Centre de soins ambulatoires (CMP-CATTP) pour adolescents Arthur Rimbaud - Lyon 7 ^{ème}	Haute-Savoie - CMPI d'Évian-les-Bains
Isère - CATTP L'interFAS - Grenoble	Rhône - CMP Ado Sud Monplaisir - Lyon 8 ^{ème}	Haute-Savoie - CATTP ado de Thonon-les-Bains
Isère - Centre Ambulatoire Intensif Adolescents - Grenoble	Rhône - CATTP adolescent Lyon 9 ^{ème}	Haute-Savoie - CMP/Point écoute jeunes Vétraz-Monthoux - Thonon-les-Bains
Isère - CMP Adolescents - Grenoble	Rhône - CMP adolescent Lyon 9 ^{ème}	Haute-Savoie - CATTP ado de Vétraz-Monthoux
Isère - CATTP Adolescents - Vienne	Rhône - CMP Ado Est - Meyzieu	Haute-Savoie - CMP/MDA Rouge Cargo de Vétraz-Monthoux
Loire - CATTP Adolescents - Montbrison	Rhône - CMP Ado Nord - Rillieux-la-Pape	
Loire - CMP - Montbrison	Rhône - CATTP adolescent - Tarare	
Loire - CATTP - Le Patio - Roanne	Rhône - CMP adolescent - Tarare	
Loire - Centre Consultation Adolescent (CCA) - Saint-Étienne	Rhône - CMP Ado Est - Vaulx-en-Velin	
	Rhône - Pôle Jeunes Adultes (PJA) - Villeurbanne	

Carte 6 - Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes (n=335) - Auvergne-Rhône-Alpes



Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes

Ain - CATTP Adultes d'Ambérieu-en-Bugey	Ain - CATTP Adultes de Montluel	Allier - CMP adultes de Dompierre-sur-Besbre
Ain - CMP Adultes d'Ambérieu-en-Bugey	Ain - CMP Adultes de Montluel	Allier - CMP Adultes Gannat
Ain - CATTP Adultes de Belley	Ain - CATTP Adultes de Montrevel-en-Bresse	Allier - CMP Adultes Lapalisse
Ain - CMP Adultes de Belley	Ain - CMP Adultes de Montrevel-en-Bresse	Allier - CMP adultes Le Donjon
Ain - Activité ambulatoire CTB/Deep TMS (Filière anxio-dépression) de Bourg-en-Bresse	Ain - CATTP Adultes d'Oyonnax	Allier - CMP Adultes Le Mayet-de-Montagne
Ain - CATTP Agora (Filière Réhabilitation) de Bourg-en-Bresse	Ain - CMP Adultes d'Oyonnax	Allier - CMP Lurcy-Lévis
Ain - CATTP Adultes de Bourg en Bresse - Kairos	Ain - CATTP Adultes de Bellegarde Valserhône	Allier - CATTP Montluçon Est Adultes
Ain - CATTP Unité Activité expression de Bourg-en-Bresse	Ain - CATTP Par Chemin (Filière Réhabilitation) de Bourg-en-Bresse	Allier - CATTP Montluçon Ouest
Ain - CMP Adultes de Bourg-en-Bresse	Ain - CATTP Réhabilitation (Filière Réhabilitation) de Bourg-en-Bresse	Allier - CMP Montluçon Est Adultes
Ain - CMP Adultes de réhabilitation de Bourg-en-Bresse	Allier - CATTP Ainay-le-Château	Allier - CMP Montluçon Ouest
Ain - CATTP Adultes de Châtillon-sur-Chalaronne	Allier - CMP CH AINAY Ainay-le-Château	Allier - VAD Montluçon Ouest
Ain - CMP Adultes de Châtillon-sur-Chalaronne	Allier - CMP adultes de Bourbon-l'Archambault	Allier - CATTP Montluçon Moulins
Ain - CATTP Adultes de Ferney-Voltaire	Allier - CMP de Cérilly	Allier - CMP adultes Moulins
Ain - CMP Adultes de Ferney-Voltaire	Allier - CMP Est Commentry Adultes	Allier - CMP Saint-Bonnet-Tronçais
	Allier - CMP de Cosne-d'Allier	Allier - CMP adultes Saint-Pourçain-sur-Sioule
		Allier - CMP VALIGNY/LURCY Valignay
		Allier - CMP Adultes Varennes-sur-Allier

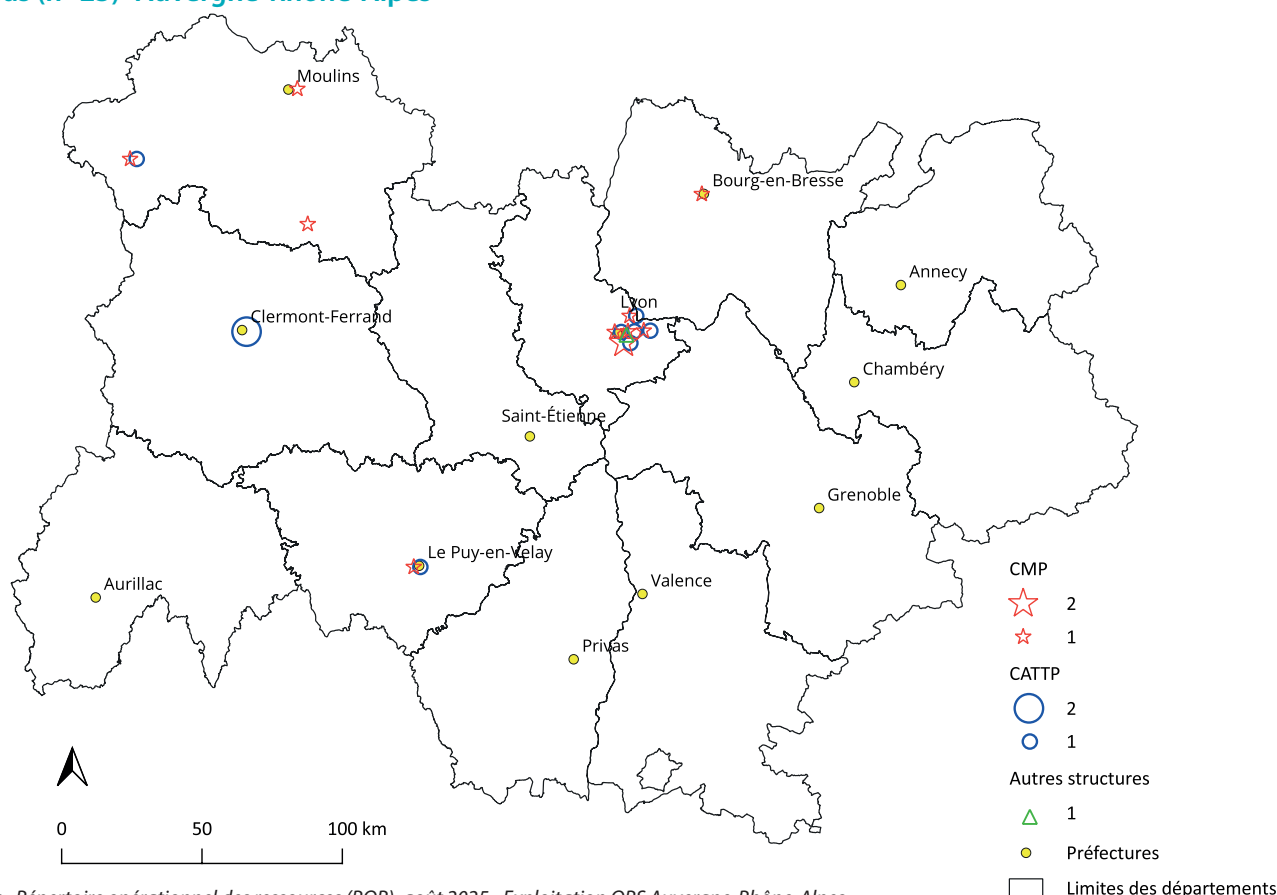
Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour adultes (suite)

Allier - CATTP Adultes Intersectoriel Vichy	Isère - CATTP Le Bourg-d'Oisans	Puy-de-Dôme - CMP Accueil - UAEO Clermont-Ferrand
Allier - CMP Vichy-Est Adultes Vichy	Isère - CMP Le Bourg-d'Oisans	Puy-de-Dôme - CMP Addictologie Clermont-Ferrand
Allier - CMP Vichy-Ouest Adultes Vichy	Isère - CATTP Le Péage-de-Roussillon	Puy-de-Dôme - CMP ASUR Clermont-Ferrand
Allier - Atelier thérapeutique adulte Moulins	Isère - CMP Adultes - Le Péage-de-Roussillon	Puy-de-Dôme - CMP CFE Centre Clermont-Ferrand
Ardèche - CATTP Restaurant thérapeutique Annonay	Isère - CATTP Pontcharra	Puy-de-Dôme - CMP CFE Gare Clermont-Ferrand
Ardèche - CMP Annonay Annonay	Isère - CMP Pontcharra	Puy-de-Dôme - CMP CFE Nord Clermont-Ferrand
Ardèche - CATTP adultes Aubenas	Isère - CATTP Adultes - Pont-de-Chéruf	Puy-de-Dôme - CMP CFE Sud Clermont-Ferrand
Ardèche - CMP Aubenas	Isère - CMP Adultes Pont-de-Chéruf	Puy-de-Dôme - CMP Clermont Gare Clermont-Ferrand
Ardèche - CATTP adultes Bourg-Saint-Andéol	Isère - CATTP Saint-Laurent-du-Pont	Puy-de-Dôme - CMP Consultation SAI Clermont-Ferrand
Ardèche - CMP adultes Bourg-Saint-Andéol	Isère - CMP Saint-Laurent-du-Pont	Puy-de-Dôme - CMP Consultations intersectorielles Clermont-Ferrand
Ardèche - Centre de thérapie familiale «Métaphore» Guilherand-Granges	Isère - CATTP Saint-Marcellin, Vinay, Pont en Royans	Puy-de-Dôme - CMP Consultations spécialisées (thérapie familiale, TCC, RTMS) Clermont-Ferrand
Ardèche - CMP Adulte Guilherand-Granges	Isère - CMP Saint-Marcellin Vinay Pont en Royans	Puy-de-Dôme - CMP Croix de Neyrat Nord Clermont-Ferrand
Ardèche - Prévention récurrence violences sexuelles Guilherand-Granges	Isère - CMP Dolto Saint-Martin-d'Hères	Puy-de-Dôme - CMP ECAFIIP Clermont-Ferrand
Ardèche - CMP Lamastre	Isère - CATTP Tullins	Puy-de-Dôme - CMP Prestation analyse de capacités (PAC) Clermont-Ferrand
Ardèche - CMP Largentière	Isère - CMP Tullins Adultes	Puy-de-Dôme - CATTP Issoire Sud Issoire
Ardèche - CMP Le Chétyard	Isère - Appartements de transition Vienne	Puy-de-Dôme - CMP Issoire Sud Issoire
Ardèche - CMP Privas	Isère - CATTP Périnatalité Vienne	Puy-de-Dôme - CATTP Riom Nord
Ardèche - CATTP Adulte Tournon-sur-Rhône	Isère - CATTP Vienne	Puy-de-Dôme - CMP Riom nord
Ardèche - CMP Adulte Tournon-sur-Rhône	Isère - CMP Adultes - Vienne	Puy-de-Dôme - CATTP Youx Nord
Cantal - CATTP Aurillac	Isère - CATTP Adulte Vif	Puy-de-Dôme - CATTP Youx Nord
Cantal - CATTP adulte intersectoriel Aurillac	Isère - CMP Vif	Rhône - CMP Albigny-sur-Saône
Cantal - Centre médico-psychologique de CH Henri Mondor - Aurillac	Isère - CATTP Adultes Villard-de-Lans	Rhône - CATTP Beaujeu
Cantal - CMP intersectoriel Aurillac	Isère - CMP Adultes Villard-de-Lans	Rhône - CMP Beaujeu
Cantal - CMP Adultes Mauriac	Isère - Appartements de transition Villefontaine	Rhône - CADEO Adultes Bron
Cantal - CMP adulte Maurs	Isère - CATTP Adultes - Villefontaine	Rhône - CMP Adultes Bron
Cantal - CATTP de Saint-Flour	Isère - CMP Adultes - Villefontaine	Rhône - CATTP Champagne-au-Mont-d'Or
Drôme - CMP Buis-les-Baronnies - Antenne CMP Nyons	Isère - CATTP Vizille	Rhône - CMP Champagne-au-Mont-d'Or
Drôme - CATTP Adulte Crest Barcelo	Isère - CMP Vizille	Rhône - CMP Condrieu
Drôme - CATTP Adulte Crest Barcelo	Isère - CATTP Voiron	Rhône - CADEO Adultes Décines-Charpieu
Drôme - Antenne du CMP Crest Die	Isère - CMP Voiron	Rhône - CATTP Adultes Décines-Charpieu
Drôme - CATTP Dieulefit	Isère - Centre psychothérapique parents-bébé - Vienne	Rhône - CMP Adultes Décines-Charpieu
Drôme - CMP Adulte Dieulefit Bonnafe	Loire - CATTP Andrézieux-Bouthéon	Rhône - CATTP Le Passage - Givors
Drôme - CATTP Montélimar	Loire - CATTP Vallée du Gier Andrézieux-Bouthéon	Rhône - CMP Les Bords du Gier - Givors
Drôme - CATTP réhabilitation Montélimar	Loire - CMP Andrézieux-Bouthéon	Rhône - CATTP Gleizé
Drôme - CATTP réhabilitation Montélimar	Loire - CATTP Boën-sur-Lignon	Rhône - CMP Gleizé
Drôme - CMP Montélimar	Loire - CMP Boën-sur-Lignon	Rhône - CMP Géroton Gleizé
Drôme - CATTP Adulte Nyons	Loire - CMP Adulte Feurs	Rhône - CMP Grandris
Drôme - CMP Adulte Nyons	Loire - CMP Firminy	Rhône - CSA d'Yvours Irigny
Drôme - CMP Adulte Zola Romans-sur-Isère	Loire - CATTP Montbrison	Rhône - CATTP L'Arbresle
Drôme - CMP Adulte Zola Romans-sur-Isère	Loire - CATTP Roanne	Rhône - CMP L'Arbresle
Drôme - Antenne Saint-Jean-en-Royans	Loire - Centre Médico Psychologique Roanne	Rhône - Liaison CH L'Arbresle
Drôme - CATTP Adulte Saint-Vallier	Loire - Centre Médico Psychologique Roanne	Rhône - CADEO Adultes Presqu'île Lyon 2 ^{ème}
Drôme - CMP Adulte Saint-Vallier	Loire - CMP Adultes Roanne	Rhône - CATTP Adultes Presqu'île Lyon 2 ^{ème}
Drôme - CATTP Adulte Valence	Loire - CMP Saint-Chamond	Rhône - CMP Adultes Presqu'île Lyon 2 ^{ème}
Drôme - Centre de Remédiation Cognitive et de Réhabilitation Psychosociale - CMP Valence	Loire - CATTP Adultes - Saint-Étienne	Rhône - CADEO Adultes Villette Lyon 3 ^{ème}
Drôme - CMP Adulte Valence	Loire - CATTP Dupuytren Saint-Étienne	Rhône - CATTP Lyon 3 ^{ème}
Isère - CMP Adultes - Beaurepaire	Loire - CMP Adultes - Saint-Étienne	Rhône - CATTP Lyon 3 ^{ème}
Isère - CATTP Adultes - Bourgoin-Jallieu	Loire - CMP adultes Saint-Just-en-Chevalet	Rhône - CMP Adultes Villette Lyon 3 ^{ème}
Isère - CMP de Bourgoin-Jallieu	Loire - CATTP Veauche	Rhône - CSA Lyon 7 ^{ème}
Isère - Service d'addictologie Bourgoin-Jallieu	Loire - CMP Veauche	Rhône - Ambulatoire Lyon 8 ^{ème}
Isère - CATTP de Crolles	Loire - CATTP Adultes Roanne	Rhône - Ateliers thérapeutiques Lyon 8 ^{ème}
Isère - CMP de Crolles	Haute-Loire - CATTP adultes Brioude	Rhône - CATTP CCOPS (Centre De Consultation et d'Orientation Psychiatrie et Surdité) Lyon 9 ^{ème}
Isère - CMP Échirolles	Haute-Loire - CATTP adultes Les Carmes Le Puy-en-Velay	Rhône - CMP Lyon 9 ^{ème}
Isère - POLARIS Échirolles	Haute-Loire - CATTP neuro-physiologie Le Puy-en-Velay	Rhône - CMP CCOPS (Centre de Consultation et d'Orientation Psychiatrie et Surdité) Lyon 9 ^{ème}
Isère - CATTP Fontaine	Haute-Loire - CATTP réhabilitation Le Puy-en-Velay	Rhône - CMP Lyon 9 ^{ème} VAISE
Isère - CMP Fontaine	Haute-Loire - CATTT éducation thérapeutique Le Puy-en-Velay	Rhône - CATTP de réhabilitation les Célestins - Oullins-Pierre-Bénite
Isère - CATTP Adultes Lemperrière Fontanil-Cornillon	Haute-Loire - CATTP adultes Les Carmes Le Puy-en-Velay	Rhône - CSA Oullins-Pierre-Bénite
Isère - CMP Adultes Lemperrière Fontanil-Cornillon	Haute-Loire - CATTP adultes Monistrol-sur-Loire	Rhône - RECREA - EGCA Espace Groupal Contenant d'Amont Oullins-Pierre-Bénite
Isère - CATTP Frantz Fanon Grenoble	Haute-Loire - CMP adultes Monistrol-sur-Loire	Rhône - CADEO Adultes Les Mercières Rillieux-la-Pape
Isère - Centre de Lutte contre l'isolement et de Prévention du Suicide (CLIPS38) Grenoble	Haute-Loire - CATTP thérapies médiatisées Le Puy-en-Velay	Rhône - CATTP Adultes Les Mercières Rillieux-la-Pape
Isère - CMP Grenoble Bonnafé	Puy-de-Dôme - CMP Adulte Lambert	Rhône - CMP Adultes Les Mercières Rillieux-la-Pape
Isère - CMP Grenoble Lanteri Laura	Puy-de-Dôme - CATTP Addictologie Clermont-Ferrand	Rhône - CATTP Activités médiatisées, socioesthétique et art-thérapie Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Isère - CMP Grenoble les Marronniers	Puy-de-Dôme - CATTP Art thérapie Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Ariane Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Isère - CATTP La Côte-Saint-André	Puy-de-Dôme - CATTP CFE Centre Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Calades Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Isère - CMP La Côte-Saint-André	Puy-de-Dôme - CATTP CFE Gare Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Éducation Thérapeutique du Patient Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Isère - CATTP Adulte La Mure	Puy-de-Dôme - CATTP Gare Centre Clermont-Ferrand	Rhône - CMP EMPP Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Isère - CMP Adultes La Mure	Puy-de-Dôme - CATTP psychiatrie générale : Prévert Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Équipe parcours Saint-Cyr-au-Mont-d'Or
Isère - CATTP Adultes - La Tour-du-Pin	Puy-de-Dôme - CATTP Récupération professionnelle Clermont-Ferrand	
Isère - CMP adulte La Tour-du-Pin/Pont de Beauvoisin/Passins	Puy-de-Dôme - CATTP Rééducation Clermont-Ferrand	
Isère - CMP Saint-Eynard La Tronche	Puy-de-Dôme - CATTP Réhabilitation Clermont-Ferrand	

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

Rhône - CMP Hélianthe Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	Savoie - CATTP adultes - Albertville	Haute-Savoie - CMP Annecy
Rhône - CMP UHCD Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	Savoie - CMP adultes - Albertville	Haute-Savoie - CMP Seynod Annecy
Rhône - CMP UJA (Unité Jeunes Adultes) Saint-Cyr-au-Mont-d'Or	Savoie - CATTP adultes - Chambéry - Mandala	Haute-Savoie - CMP site Annecy-Le-Vieux Annecy
Rhône - CATTP Le Vieux Village - Saint-Priest	Savoie - CMP adultes - Chambéry - Mandala - Bassens	Haute-Savoie - CATTP de Bonneville
Rhône - CMP Le Vieux Village - Saint-Priest	Savoie - CMP adultes - Bourg Saint Maurice	Haute-Savoie - CATTP Maison d'arrêt de Bonneville
Rhône - CATTP - Saint-Symphorien-d'Ozon	Savoie - CATTP adultes - Chambéry - Champagne	Haute-Savoie - CMP de Bonneville
Rhône - CMP - Saint-Symphorien-d'Ozon	Savoie - CATTP adultes - Chambéry - Paul Bert	Haute-Savoie - CATTP de Cluses
Rhône - CATTP Tarare	Savoie - CMP adultes - Chambéry - Champagne	Haute-Savoie - CMP de Cluses
Rhône - CMP Tarare	Savoie - CMP adultes - Chambéry - Paul Bert	Haute-Savoie - CMP Annecy-le-Vieux antenne de Cruseilles
Rhône - CSA Tassin - Tassin-la-Demi-Lune	Savoie - CMP adultes - La Rochette - Valgelon-La Rochette	Haute-Savoie - CMP Adultes d'Évian-les-Bains
Rhône - CMP Thizy-les-Bourgs	Savoie - CATTP adultes - Le Pont-de-Beauvoisin	Haute-Savoie - CMP Annecy-le-Vieux antenne de Faverges-Seythenex
Rhône - CSA Thurins - Thurins	Savoie - CMP adultes - Le Pont-de-Beauvoisin	Haute-Savoie - CMP Adultes Annecy - Frangy
Rhône - CATTP Val d'Oingt	Savoie - CMP adultes - Modane	Haute-Savoie - CMP de La Roche-sur-Foron
Rhône - CMP Val d'Oingt	Savoie - CATTP adultes - Montmélian	Haute-Savoie - CATTP site de Rumilly
Rhône - CADEO Adultes Vaulx-en-Velin	Savoie - CMP adultes - Montmélian	Haute-Savoie - CMP site de Rumilly
Rhône - CATTP Adultes Vaulx-en-Velin	Savoie - CATTP adultes - Moûtiers	Haute-Savoie - CMP de Saint-Julien-en-Genevois
Rhône - CMP Adultes Vaulx-en-Velin	Savoie - CMP adultes - Moûtiers	Haute-Savoie - CMP de Sallanches
Rhône - CATTP - Vénissieux	Savoie - CATTP adultes - Saint-Jean-de-Maurienne	Haute-Savoie - CMP Adultes de Seyssel
Rhône - CMP - Vénissieux	Savoie - CMP adultes - Saint-Jean-de-Maurienne	Haute-Savoie - CMP site Annecy de Vieux - Antenne de Thônes
Rhône - CATTP Villefranche-sur-Saône	Savoie - CMP adultes - Aiguebelle - Val-d'Arc	Haute-Savoie - CATTP de Thonon-les-Bains
Rhône - CMP Villefranche-sur-Saône	Savoie - CATTP adultes - Voglans	Haute-Savoie - CMP de Thonon-les-Bains
Rhône - Accueil Liaison Psychothérapie (ALP) Villeurbanne	Savoie - CMP adultes - Voglans	Haute-Savoie - CATTP de Vétraz-Monthoux - Centre Joseph Daquin
Rhône - CADEO Persoz Villeurbanne	Savoie - CATTP adultes - Yenne	Haute-Savoie - CMP de Vétraz-Monthoux - Centre Joseph Daquin
Rhône - CATTP Persoz Villeurbanne	Savoie - CMP adultes - Yenne	
Rhône - CMP Persoz Villeurbanne	Haute-Savoie - CATTP Annecy	
Savoie - CATTP adultes - Aix-les-Bains	Haute-Savoie - CATTP Seynod Annecy	
Savoie - CMP adultes - Aix-les-Bains	Haute-Savoie - CATTP site Annecy-le-Vieux Annecy	

Carte 7 - Les unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour personnes âgées de 65 ans et plus (n=23)- Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Répertoire opérationnel des ressources (ROR), août 2025 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des unités opérationnelles des établissements médico-psychologiques pour personnes âgées

Ain - CMPPA de Bourg-en-Bresse	Matisse - Clermont-Ferrand	Rhône - CATTP Personnes âgées Quadrille Lyon 8 ^{ème}
Allier - CATTP Montluçon Est Personnes âgées	Puy-de-Dôme - CATTP St Vincent - Clermont-Ferrand	Rhône - CMP Personnes âgées Quadrille Lyon 8 ^{ème}
Allier - CMP Est Personnes âgées - Montluçon	Rhône - CATTP Personnes âgées - Décines-Charpieu	Rhône - CMP Simone de Beauvoir Lyon 8 ^{ème}
Allier - CMP Sujets Âgés - Vichy	Rhône - CMP Personnes âgées - Décines-Charpieu	Rhône - CATTP Personnes âgées Les Mercières - Rillieux-la-Pape
Allier - CMP psychogériatrie - Yzeure	Rhône - CATTP Personnes âgées Pierres Plantées Lyon 1 ^{er}	Rhône - CMP Personnes âgées Les Mercières - Rillieux-la-Pape
Haute-Loire - CATTP personnes âgées - Le Puy-en-Velay	Rhône - CMP Personnes âgées Pierres Plantées Lyon 1 ^{er}	Rhône - CATTP Personnes âgées - Persoz
Haute-Loire - CMP personnes âgées - Le Puy-en-Velay	Rhône - Centre de guidance Lyon 6 ^{ème}	Rhône - CMP Personnes âgées Persoz - Villeurbanne
Puy-de-Dôme - CATTP psychiatrie sujet âgé :		

Les missions locales et leurs antennes

Les missions locales remplissent une mission de service public pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes en risque d'exclusion (articles L.322-4-17-1 et 2 du Code du travail) : « Toute personne de seize à vingt-cinq ans révolus en difficulté et confrontée à un risque d'exclusion professionnelle a droit à un accompagnement [...] mis en œuvre par les Missions locales » (accueil, information, orientation, accompagnement).

Les Missions locales sont des associations ou groupements d'intérêts publics (GIP) créées par des communes ou des groupements de communes. À ce titre, présidées par un élu d'une collectivité territoriale, elles réunissent des élus des collectivités territoriales, des représentants des services de l'État ainsi que des représentants des partenaires économiques, sociaux et associatifs (par exemple établissements scolaires, centres d'information et d'orientation, pôle emploi, réseau d'information jeunesse, service de protection judiciaire, organismes de formations professionnelles, prévention...).

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

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

Les textes réglementaires

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

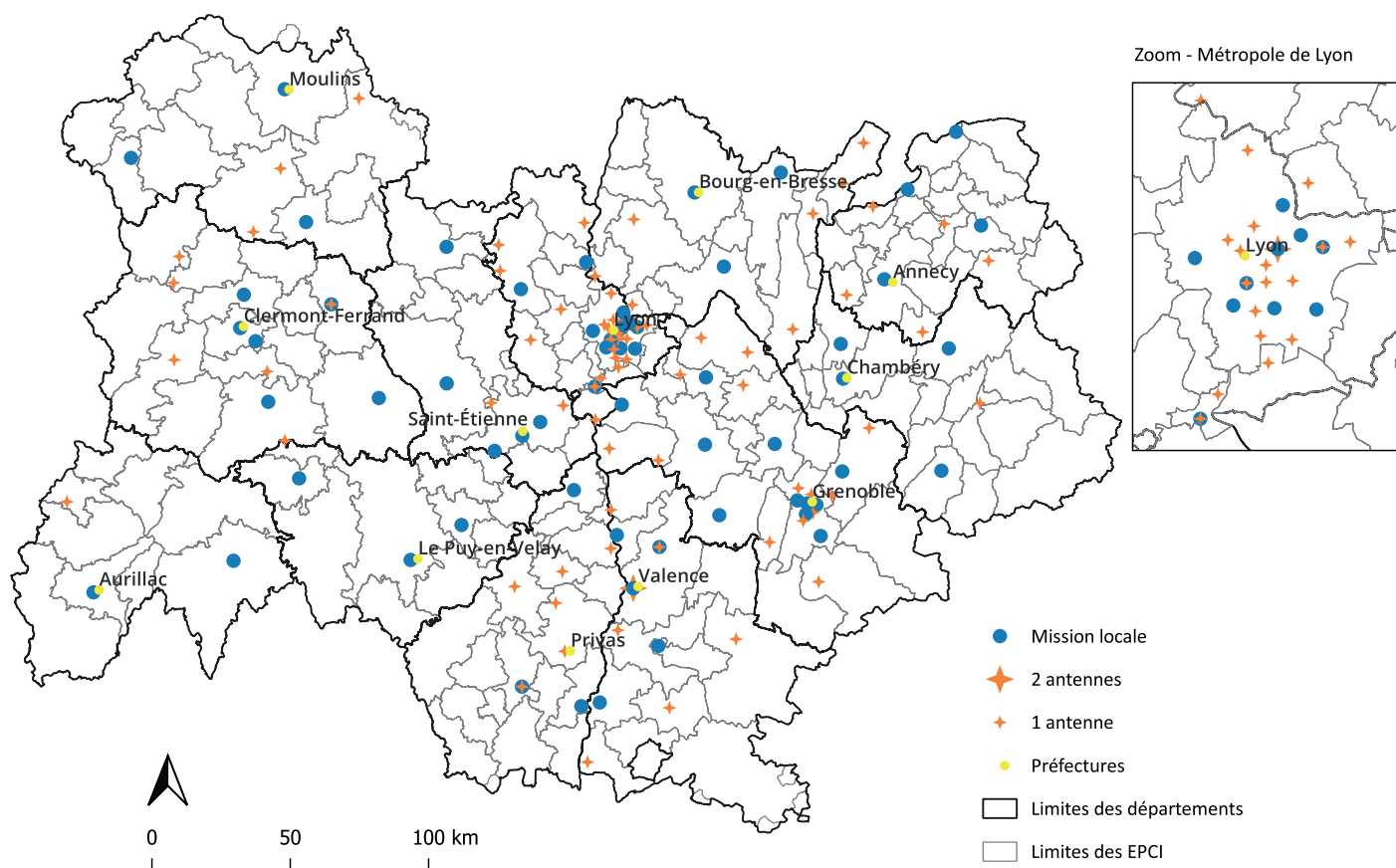
Sites pouvant être consultés

- Association régionale des Missions Locales Auvergne-Rhône-Alpes
- Union nationale des Missions Locales

En Auvergne-Rhône-Alpes en 2025, 61 missions locales existent avec 77 antennes en région. L'Association régionale des Missions locales Auvergne-Rhône-Alpes (AMILAURA), rassemble les 61 président(e)s des missions locales. Il existe par ailleurs une union nationale des missions locales.

En 2025, 57 missions locales de la région disposent de temps de psychologue financé par l'ARS à hauteur de 17,4 équivalents temps plein au total. Ces psychologues interviennent en Mission locale et dans certaines de leurs antennes du territoire en fonction du temps disponible. Une mission locale a un dispositif de psychologues en dehors des financements ARS.

Carte 8 - Les Missions locales et leurs antennes en 2025 - Auvergne-Rhône-Alpes



Source : Annuaire des missions locales Auvergne-Rhône-Alpes 2025 - Exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Liste des missions locales et de leurs antennes

Ain - Mission Locale Jeunes Bugey Plaine de l'Ain
 Ain - Mission Locale Jeunes Bresse, Dombes, Côtier
 Ain - Mission Locale Oyonnax, Bellegarde, Gex
 Ain - Antenne de Belley
 Ain - Antenne de Dombes
 Ain - Antenne de Gex
 Ain - Antenne de Loyettes
 Ain - Antenne de Côtier Miribel
 Ain - Antenne de Trévoux
 Ain - Antenne de Bellegarde

Allier - Mission Locale du bassin Montluçonnais
 Allier - Mission Locale de Moulins et sa région
 Allier - Mission Locale de Vichy et sa région
 Allier - Antenne de Dompierre-sur-Besbre
 Allier - Antenne de Gannat
 Allier - Antenne de Saint-Pourçain-sur-Sioule

Ardèche - Mission Locale Nord Ardèche
 Ardèche - Mission Locale Ardèche Méridionale
 Ardèche - Mission Locale Centre Ardèche
 Ardèche - Antenne de Place de la Paix
 Ardèche - Antenne de Bourg Saint Andéol
 Ardèche - Antenne de Lamastre
 Ardèche - Antenne de Privas
 Ardèche - Antenne de Boutières Le Pont
 Ardèche - Antenne de Tournon

Cantal - Mission Locale de l'arrondissement d'Aurillac
 Cantal - Mission Locale des Hautes Terres et du Nord Ouest Cantal
 Cantal - Antenne de Mauriac

Drôme - Mission Locale Vallée de la Drôme
 Drôme - Mission Locale Portes de Provence
 Drôme - Mission Locale Drôme Provençale
 Drôme - Mission Locale Drôme des Collines-Royans-Vercors
 Drôme - Mission Locale Agglomération et Territoire du Valentinois
 Drôme - Antenne de Die
 Drôme - Antenne de Dieulefit
 Drôme - Antenne de Livron
 Drôme - Antenne de Pierrelatte
 Drôme - Antenne Romans-sur-Isère (réservée aux jeunes CEJ)
 Drôme - Antenne de Saint Vallier
 Drôme - Antenne de Valence (Garentie Jeunes)
 Drôme - Antenne de Valence

Isère - Mission Locale Nord Isère
 Isère - Mission Locale Grésivaudan-Alpes-Métropole
 Isère - Mission Locale Sud Isère
 Isère - Mission Locale Isère Drac Vercors
 Isère - Mission Locale de Grenoble
 Isère - Mission Locale de la Bièvre (MOB)

Isère - Mission Locale « Jeunes » Saint-Marcellin Vercors Isère
 Isère - Mission Locale de St Martin d'Hères
 Isère - Mission Locale de l'Isère Rhodanienne
 Isère - Mission Locale Alpes Sud Isère
 Isère - Mission Locale du Pays Voironnais
 Isère - Antenne de Beaurepaire
 Isère - Antenne de Crémieu
 Isère - Antenne de Domène
 Isère - Antenne de Eybens
 Isère - Antenne de La Tour-du-Pin
 Isère - Antenne de La Tronche
 Isère - Antenne de Morestel
 Isère - Antenne de Pontcharra
 Isère - Antenne de Pont de Claix
 Isère - Antenne de Roussillon
 Isère - Antenne de Saint-Egrève
 Isère - Antenne de la Matheysine
 Isère - Antenne de Vercors
 Isère - Antenne de Villefontaine

Loire - Mission Locale Ondaine et Haut Pilat
 Loire - Mission Locale du Forez
 Loire - Mission Locale du Roannais
 Loire - Mission Locale Gier Pilat
 Loire - Mission Locale de Saint Etienne et de la Couronne Stéphanoise
 Loire - Antenne de Andrézieux Bouthéon
 Loire - Antenne de Rive de Gier

Haute-Loire - Mission Locale pour les jeunes du bassin d'emploi de Brioude
 Haute-Loire - Mission Locale du Velay
 Haute-Loire - Mission Locale jeunes de la Loire et ses rivières

Puy-de-Dôme - Mission Locale du Livradois-Forez
 Puy-de-Dôme - Mission Locale de Clermont métropole et volcans
 Puy-de-Dôme - Mission Locale du secteur de Cournon
 Puy-de-Dôme - Mission Locale pour les jeunes du Val d'Allier
 Puy-de-Dôme - Mission Locale de Riom, de la Limagne et des Combrailles
 Puy-de-Dôme - Mission Locale Bassin Thiernois
 Puy-de-Dôme - Antenne de Brassac-les-Mines
 Puy-de-Dôme - Antenne de Ancizes
 Puy-de-Dôme - Antenne de Clermont Montagne
 Puy-de-Dôme - Antenne de Saint-Gervais-d'Auvergne
 Puy-de-Dôme - Antenne de CEJ
 Puy-de-Dôme - Antenne de Vic-le-Comte

Rhône - Mission Locale de Bron, Décines, Meyzieu
 Rhône - Mission Locale Rhône Sud
 Rhône - Mission Locale de Lyon

Rhône - ML Sud Ouest Lyonnais
 Rhône - Mission Locale du Plateau Nord Val de Saône
 Rhône - Mission Locale Rhône Sud Est
 Rhône - Mission Locale Rurale Nord Ouest Rhône
 Rhône - Mission Locale des Monts d'Or et des Monts du Lyonnais
 Rhône - Mission Locale de Vaulx en Velin
 Rhône - Mission Locale de Vénissieux
 Rhône - Mission Locale Avenir Jeunes Villefranche-Beaujolais
 Rhône - Mission Locale de Villeurbanne
 Rhône - Antenne de Amplepuis
 Rhône - Antenne de Nord
 Rhône - Antenne de Bron
 Rhône - Antenne de Caluire et Cuire
 Rhône - Antenne de Condrieu
 Rhône - Antenne de Corbas
 Rhône - Antenne de Décines
 Rhône - Antenne de Feyzin
 Rhône - Antenne de Vernes
 Rhône - Antenne de Grigny
 Rhône - Antenne de Arbresle
 Rhône - Antenne de Pentes
 Rhône - Antenne de Voltaire
 Rhône - Antenne de Gerland
 Rhône - Antenne de Bachut
 Rhône - Antenne de Duchère
 Rhône - Antenne de Meyzieu
 Rhône - Antenne de Neuville-sur-Saône
 Rhône - Antenne de Saint-Fons
 Rhône - Antenne de St Laurent en Chamousset
 Rhône - Antenne de Sud-Est
 Rhône - Antenne de Thizy les Bourgs
 Rhône - Antenne de Charpennes-Tonkin
 Rhône - Antenne de Buers

Savoie - Mission Locale jeunes Aix les bains Lac du Bourget—Albanais-Chautagne
 Savoie - Mission Locale de la Tarentaise
 Savoie - ML Chambéry
 Savoie - Mission Locale Pays de Maurienne
 Savoie - Antenne de Moûtiers

Haute-Savoie - Mission Locale du Bassin Annécien
 Haute-Savoie - Mission Locale du Genevois
 Haute-Savoie - Mission Locale Jeunes Faucigny Mont Blanc
 Haute-Savoie - Mission Locale du Chablais
 Haute-Savoie - Antenne de Bonneville
 Haute-Savoie - Antenne de Faverges
 Haute-Savoie - Antenne de Rumilly
 Haute-Savoie - Antenne de St Julien en Genevois
 Haute-Savoie - Antenne de Sallanches Haute vallée

Les contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM)

Un **Contrat local de santé (CLS)** est conçu pour décliner et adapter localement le Projet régional de santé (PRS) de l'ARS. Il couvre un large éventail de thématiques de santé : prévention, accès aux soins, déterminants sociaux de la santé. La loi dite « 3DS » adoptée en février 2022 prévoit l'obligation d'inscrire un volet dédié à la santé mentale dans les CLS, afin de renforcer la prise en compte du bien-être et de la santé mentale des habitants dans les politiques locales. Les CLS ont pour objectif principal de : réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ; promouvoir la santé et la prévention dans toutes ses dimensions ; favoriser l'accès aux soins et la santé mentale et développer l'accompagnement médico-social.

Les CLS couvrent des champs variés, notamment la santé mentale : première priorité identifiée dans 95 % des CLS avec des actions concrètes de prévention, de lutte contre la stigmatisation et de développement de CLSM (Conseils locaux de santé mentale) et lieux d'écoute pour les jeunes.

Les CLS couvrent également l'accès aux soins, la promotion de la santé et la prévention, la santé environnementale et la précarité sociale et alimentaire.

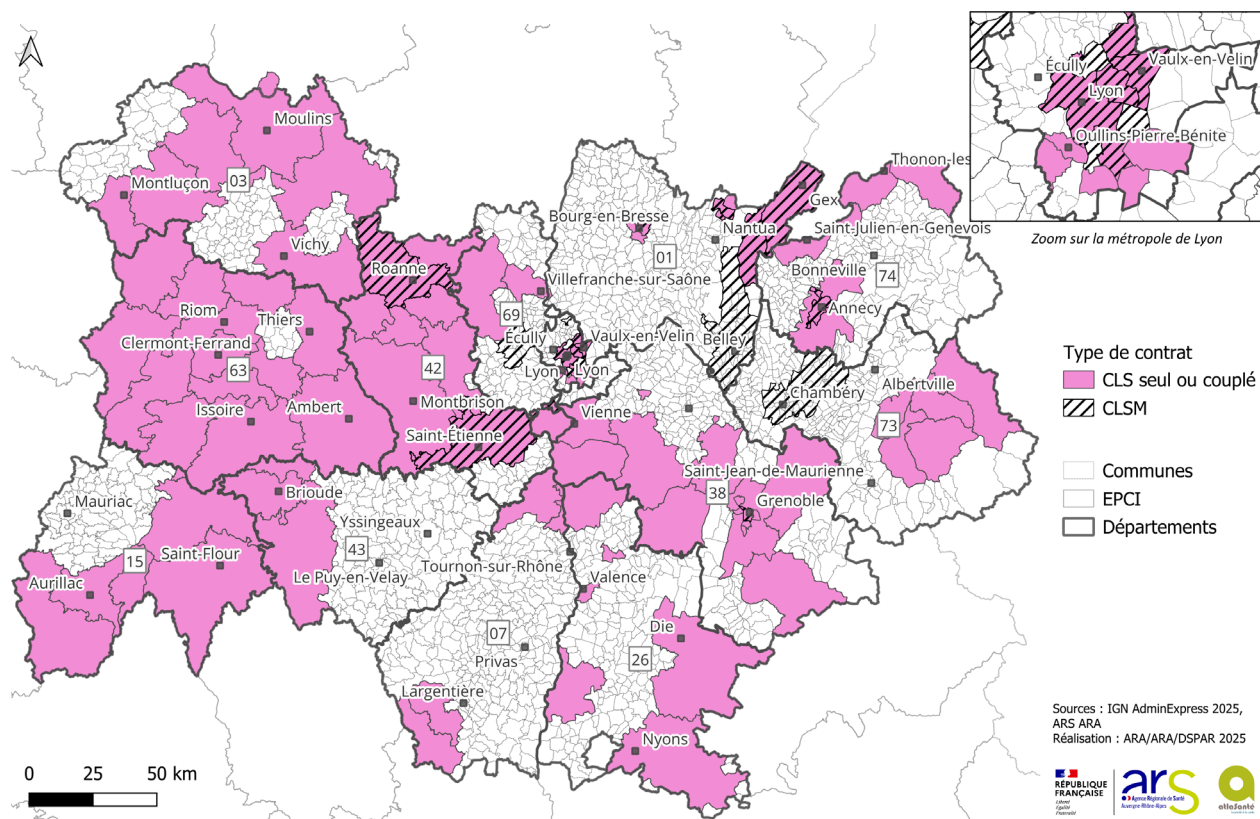
Les **Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM)** sont des espaces de concertation et de coordination à l'échelle d'un territoire de proximité (commune ou intercommunalité). Ils réunissent les élus, les professionnels de santé mentale, les usagers, les aidants et les acteurs locaux pour co-construire des réponses adaptées aux besoins en santé mentale des habitants.

Les CLSM ont pour missions principales de :

- définir une stratégie locale de santé mentale et mettre en place des actions concrètes adaptées aux réalités du territoire ;
- favoriser la promotion du bien-être mental et la prévention des troubles psychiques ;
- lutter contre la stigmatisation et promouvoir l'inclusion sociale des personnes concernées ;
- soutenir la coordination entre les acteurs du champ sanitaire, social, médico-social et éducatif.

Les CLSM viennent en complément des Contrats locaux de santé.

Carte 9 - Les Contrats locaux de santé (CLS) et les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) en 2025 - Auvergne-Rhône-Alpes



Sources de données et méthode

Les données de mortalité par suicide

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 annuel moyen de décès par suicide sur une période de trois ans (2021-2023, l'année centrale étant indiquée) pour une classe d'âge spécifique à la population de cette même classe d'âge.

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

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

Les données d'hospitalisation pour geste auto-infligé (GAI)

Les données d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour geste auto-infligé (GAI) 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 GAI dans les établissements MCO publics et privés de France ont été sélectionnés chez les personnes âgées de 10 ans et plus. Les GAI 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 GAI 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 GAI 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 un GAI mais non hospitalisés, ni ceux hospitalisés en psychiatrie, ni encore les personnes non passées aux urgences ou non hospitalisées après le GAI.

Les taux spécifiques d'hospitalisation pour GAI par âge sont calculés par classe d'âge spécifique en rapportant le nombre annuel moyen de séjours hospitaliers sur une période de trois ans (2022-2024, l'année centrale étant indiquée) d'une classe d'âge spécifique à la population de cette même classe d'âge.

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

L'évolution des taux d'hospitalisation pour GAI 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'hospitalisation 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 geste auto-infligé

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

Les passages aux urgences pour geste auto-infligé (GAI)

L'analyse des gestes auto-infligés 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 geste auto-infligé présentées dans ce bulletin (causes médicales de décès et séjours hospitaliers pour GAI enregistrés dans le PMSI) n'étant exhaustives, les passages aux urgences pour GAI 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). La couverture régionale en termes d'établissements participants est proche de l'exhaustivité (95 %) et la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'élève en 2024 à 92 %.

Les variables de diagnostic dans les résumés de passages aux urgences sont codées à partir de la CIM 10. Pour la surveillance des gestes auto-infligés, 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
P	Idem que 1 avec problème dominant psychiatrique ou psychologique isolé ou associé à une pathologie somatique jugée stable
2	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé stable, réalisation d'actes complémentaires aux urgences en dehors des actes diagnostiques éventuellement réalisés et interprétés au lit du malade
3	État lésionnel ou pronostic fonctionnel jugé susceptible de s'aggraver aux urgences sans mettre en jeu le pronostic vital
4	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences sans manœuvre de réanimation initiée ou poursuivie dès l'entrée aux urgences
5	Situation pathologique engageant le pronostic vital aux urgences avec initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation dès l'entrée aux urgences
D	Patient décédé à l'entrée aux urgences sans avoir pu bénéficier d'initiation ou poursuite de manœuvres de réanimation

Les inégalités sociales et territoriales de mortalité par suicide

- **L'indice de défavorisation FDep19** (Sources : Insee, recensement de la population 2019, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA fichier localisé social et fiscal 2019. Traitement : L'Institut Paris Région) est défini à l'échelle communale et construit sur la base de données de recensement de la population et des déclarations fiscales, à savoir :

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

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

- **Les taux standardisés de mortalité par suicide** sont calculés sur une période de trois ans (l'année centrale étant indiquée) pour les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et pour les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) et pour chaque type de communes (rurales et urbaines) :
 - le numérateur est le nombre de décès lissé sur 3 ans (Source : Insee-CépiDc 2000-2023) ;
 - le dénominateur est le nombre de personnes-années de l'année centrale de la période considérée (Sources : Insee, estimation de population 2000-2005, Insee, recensement de la population 2006-2022) ;
 - la population de référence est la population France métropolitaine 2018 (Source : Insee, recensement de la population 2018).

- **Tests de comparaison des taux standardisés et analyse des évolutions**

Les taux standardisés de mortalité 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 [10].

Les taux standardisés de mortalité par suicide sont modélisés par régression linéaire. La variable indépendante est le temps exprimé en années. Le différentiel de variation des taux de mortalité au cours du temps entre les communes favorisées (quintiles 1 et 2) et les communes défavorisées (quintiles 4 et 5) est modélisé par régression linéaire univariée. La variable indépendante est le temps exprimé en années.

Consignes de codage et amélioration de la codification

Les données du PMSI

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

Les données présentées dans certains départements illustrent bien cette problématique. Ainsi, en Isère, la valeur des taux spécifiques annuels de séjours hospitaliers en MCO pour geste auto-infligé (GAI) 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 [11] 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 [12], 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. Les données de mortalité doivent donc être considérées comme des estimations minimales.

Une étude portant sur un échantillon aléatoire de certificats de décès pour l'année 2006 estimait que la mortalité par suicide en France était sous-estimée de 9,4 %. Cette sous-estimation, souvent arrondie à 10 % quand elle était mentionnée, n'a jamais été réévaluée depuis 2006. En Rhône-Alpes, cette sous-estimation des décès par suicide s'élevait à 22 %. Néanmoins, celle-ci ne modifiait pas le rang de la région au niveau national, après correction. Après vérification auprès de l'Institut médico-légal (IML) de Lyon, cette sous-estimation était 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 de coordination auprès de l'IML de Lyon a permis d'améliorer la qualité des données de mortalité par suicide dans le Rhône où l'exhaustivité de déclaration des décès par suicide semblait s'être améliorée en 2020.

En 2018, la remontée statistique au niveau national s'améliore en raison de deux mécanismes concomitants :

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

- l'amélioration de la collecte à partir de 2018 avec la mise en place d'une transmission particulière des décès ayant fait l'objet d'une autopsie par l'Institut médico-légal (IML) de Paris et d'autres IML en France.

L'évaluation de l'effet de l'introduction d'une case « suicide » dans les nouveaux certificats a fait l'objet d'une thèse de médecine réalisée au CépiDc qui conclut que l'augmentation apparente des taux de suicide entre 2017 et 2020 est très vraisemblablement le fait d'une diminution de la sous-estimation de la mortalité par suicide, et non pas le reflet d'une réelle augmentation de cette mortalité.

Liste des abréviations

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
CCMU : Classification clinique des malades aux urgences
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CH : Centre hospitalier
CHS : Centre hospitalier spécialisé
CHU : Centre hospitalier universitaire
CIM : Classification internationale des maladies
CMP : Centre médico-psychologique
DA : Diagnostic associé
DP : Diagnostic principal
DR : Diagnostic relié
Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPCI : Établissements publics de coopération intercommunale
GAI : Geste auto-infligé
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
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
RPU : Résumé de passage aux urgences
SPF : Santé publique France
SurSaUD® : Surveillance sanitaire des urgences et des décès
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée

[20] Rey G, Jouglu E, Fouillet A, and Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the periode 1997-2001 : variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health. 2009;9:33.

[21] Entre dynamisme démographique et vieillissement de la population. Insee Analyses Auvergne-Rhône-Alpes n°120. Avril 2021. [<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5360534>]

[22] Lang T, Ulrich V. Les inégalités sociales de santé - Actes du séminaire de recherche de la DREES 2015-2016. [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ouvrage_actes_seminaire_iss_pour_bat_cabinet_-_web.pdf]

[23] Observatoire français des drogues et des addictions (OFDT) (2023, mars). Les drogues à 17 ans - Analyse de l'enquête ESCAPAD 2022. Tendances, 155. [https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2023-08/field_media_document-3257-doc_num--explnum_id-33683-.pdf]

[24] Inserm-CépiDc. Indicateurs écologiques du niveau socio-économique. Répartition de l'indice de défavorisation sociale FDep15 à l'échelle communale – 2015 France métropolitaine. Le Kremlin-Bicêtre: CépiDC; 2020. [<https://www.cepidc.inserm.fr/documentation/indicateurs-ecologiques-du-niveau-socio-economique>]

[25] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2025;11:1-38. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull11_2025.pdf]

Pour citer ce bulletin :

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes. Bulletin. Janvier 2026;12:1-45. [http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull11_2025.pdf]

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

Dr Bénet T. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Bertrand C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Bogey A. (Directeur de la santé publique, ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Bussière-Lheureux M. (CHU Saint-Étienne, CICA), Casamatta D. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Dubuc M. (CHU de Grenoble, Psychiatrie de liaison), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU de Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques et psycho trauma), Heros J. (CHU de Clermont-Ferrand), 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), Ollier R. (CHU Saint-Étienne, CICA), Dr Plet F. (Hôpital Édouard Herriot, Urgences psychiatriques), Pr Poulet E. (Hôpital Édouard Herriot, Urgences psychiatriques / CH Le Vinatier, Centre de prévention du suicide), Spaccaferri G. (Délégué régional Santé publique France - Auvergne-Rhône-Alpes), Terpent G. (Santé publique France - Cellule Auvergne-Rhône-Alpes), Vaissade L. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Vieux M. (CH Le Vinatier, CPS/VigilanS), Dr Wawer E. (CH Le Vinatier, CPS/VigilanS).