

Cinq ans après la création de l'Observatoire régional du suicide, ce bulletin est l'occasion de présenter l'ensemble des travaux et réflexions menés conjointement par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARS), la Cire Auvergne-Rhône-Alpes (Santé publique France), l'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes (ORS) et les référents psychiatres sur la surveillance des suicides et tentatives de suicide (TS). Depuis 2012, l'Observatoire régional du suicide s'attache à décrire de plus en plus finement le contexte régional et ce pour maintenir un continuum entre observation, surveillance et prévention.

Les travaux précédents ont mis l'accent sur :

### ❖ une situation plus favorable dans la région que sur le territoire national

Que ce soit en termes de mortalité par suicide ou d'hospitalisation en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide, la situation en Auvergne-Rhône-Alpes est plus favorable qu'en France métropolitaine. La région se caractérise sur la période 2011-2013 par un taux standardisé de mortalité par suicide inférieur au taux métropolitain. De même, sur la période 2013-2015, le taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide est moins élevé dans la région que sur le territoire national. Globalement, les taux standardisés sont en baisse, depuis 2009 pour la mortalité par suicide et depuis 2011 pour les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide.

### ❖ des inégalités selon le sexe et l'âge

La surmortalité masculine par suicide est constamment retrouvée aux niveaux régional, national et international [1], tandis que les TS hospitalisées en MCO restent majoritairement le fait des femmes.

La probabilité que le geste suicidaire entraîne le décès varie donc selon le sexe mais également selon l'âge. En effet le ratio suicides / tentatives de suicide est particulièrement élevé chez les personnes âgées. Les principaux facteurs à prendre en compte sont la détermination de la personne, la létalité des moyens employés, la fragilité organique de la personne et les capacités de prise en charge.

### ❖ des inégalités territoriales et sociales très marquées au sein de la région

Les départements de l'Allier, de l'Ardèche, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme enregistrent depuis plusieurs années des taux de mortalité par suicide particulièrement élevés et des taux d'hospitalisation en MCO pour TS plus importants que dans les autres départements de la région. Ces disparités s'expliquent, en partie, par des inégalités sociales de santé. Les études nationales, qui ont analysé les décès par suicide selon les groupes socioprofessionnels, ont montré que le risque de décéder par suicide est trois fois plus élevé chez les chômeurs que chez les personnes en activité professionnelle [2]. De même, les agriculteurs, employés et ouvriers ont un risque de décéder par suicide deux à trois fois plus élevé que celui des cadres [1-3]. Au sein de la région Auvergne-Rhône-Alpes, les départements cités constituent les départements parmi les plus fragiles socio-économiquement.

### ❖ des sous-déclarations sur certains territoires

Depuis la parution du 1<sup>er</sup> bulletin en décembre 2014, il est fait mention de la sous-déclaration des données de mortalité qui doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide. En effet, certains suicides, lors de la certification médicale, ne sont pas reconnus comme tels ou l'information sur la nature du décès ne remonte pas au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Ainsi, en France, la sous-estimation du nombre de suicides approcherait les 10 % [6]. Par ailleurs, des interrogations existent également concernant des écarts importants de séjours hospitaliers en MCO pour TS par département. À notre connaissance, aucune étude n'a pu chiffrer une sous-estimation du nombre de séjours hospitaliers en MCO pour TS sur la région ou en France mais, en revanche, il est connu que la qualité des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est dépendante du codage effectué par les cliniciens [7]. Ainsi, depuis plusieurs années, les équipes de l'Observatoire régional du suicide travaillent pour améliorer ces déclarations et la codification au sein des établissements hospitaliers.

## SOMMAIRE

La mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes .....	2
Les séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes .....	7
Baromètre santé 2014 - Santé mentale.....	11
Les passages aux urgences pour tentative de suicide.....	14
Les jeunes de 15-24 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	15
Les personnes de 45-64 ans en Auvergne-Rhône-Alpes .....	16
Les personnes de 65 ans et plus en Auvergne-Rhône-Alpes.....	17
Profils de territoire.....	18
Synthèse.....	21

Ce nouveau bulletin dresse l'état actualisé des données de mortalité par suicide, d'hospitalisation en MCO et de passage aux urgences pour tentative de suicide. Des focus ont été réalisés chez les jeunes de 15-24 ans, chez les 45-64 ans et chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Est présenté également l'historique des données par département et par tranche d'âge. Ces données permettent un meilleur suivi de l'état de surveillance épidémiologique du suicide et tentative de suicide par département.

Les données du nouveau baromètre santé de 2014 ont aussi été exploitées, permettant d'avoir des données complémentaires aux données traitées annuellement.

Enfin pour la 1<sup>ère</sup> fois des profils de territoire ont été dressés par typologie sur l'ensemble de la région Auvergne-Rhône-Alpes afin de disposer de données plus étayées sur la problématique du suicide. Ces profils constituent une aide supplémentaire, et non la seule, pour éclairer les choix en matière de prévention, choix qui relèvent du croisement de plusieurs types d'informations (quantitatives, qualitatives).

Il est par ailleurs précisé dans ce numéro l'avancée des travaux entrepris sur l'amélioration de la qualité des données.

## Rappel : contexte national

### Décès par suicide

Le dernier rapport sur « l'état de santé de la population en France » [8] fait état d'un taux de décès par suicide s'élevant à 15,5 pour 100 000 habitants en 2013 en France. Il est plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées.

Entre 2000 et 2013, les taux de décès par suicide ont globalement diminué de 22 % hormis chez les hommes de 45 à 64 ans où ils ont légèrement augmenté.

Ces taux varient fortement selon les régions avec des valeurs plus élevées dans la moitié nord de la France. Au sein de l'Europe, la France se situe parmi les pays à taux élevés de suicide.

Concernant les modes opératoires, la pendaison est, de loin, le mode opératoire le plus utilisé. Des différences notables apparaissent toutefois entre hommes et femmes quant aux autres moyens. Les premiers utilisent beaucoup plus les armes à feu tandis que les secondes ont recours plus massivement aux médicaments.

### Les tentatives de suicide

Selon le 2<sup>ème</sup> rapport de l'Observatoire national du suicide [9], en France métropolitaine, les tentatives de suicide sont vingt fois plus nombreuses que les décès par suicide. Elles concernent plus les femmes que les hommes, que ce soit lors d'enquêtes déclaratives en population générale ou dans les données d'hospitalisation.

Le taux d'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide est de 159 pour 100 000 habitants en 2014 [8]. Ces hospitalisations sont principalement le fait de femmes jeunes (entre 15 et 20 ans) ou, dans une moindre mesure, âgées de 40 à 50 ans.

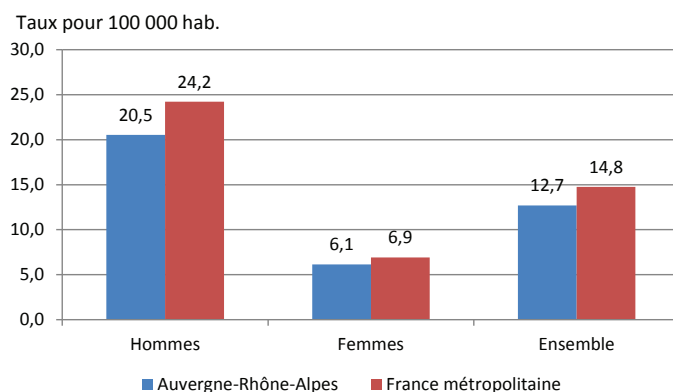
D'après les enquêtes déclaratives en France chez les jeunes [10], les facteurs de risque des TS sont les événements traumatiques, tels que les violences subies récentes et les violences sexuelles.

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

En 2014, 920 décès par suicide ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes, 1 008 en 2013 et 1 017 en 2012. Chaque année, 75 % de ces décès concernent des hommes.

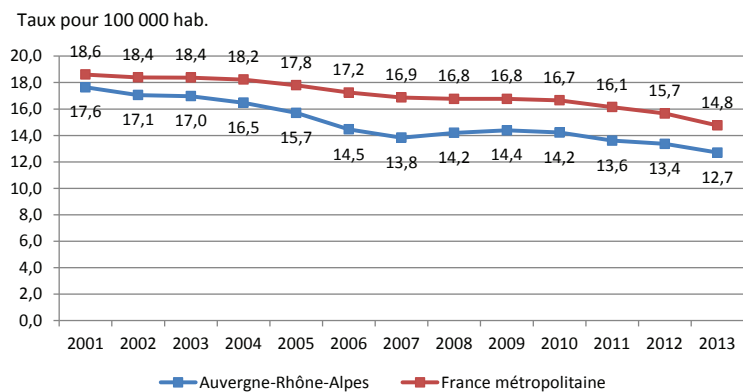
Figure 1 - Taux annuels standardisés de mortalité par suicide, par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2012-2014

Sur la période 2012-2014, 982 décès par suicide sont recensés, en moyenne par an. Le taux annuel standardisé de mortalité par suicide (cf. sources de données et méthode p.22) s'élève à 12,7 pour 100 000 habitants (*versus* 14,8 en France métropolitaine). Chez les hommes, le taux s'élève à 20,5 pour 100 000 (*versus* 24,2 en France métropolitaine) et chez les femmes à 6,1 pour 100 000 (*versus* 6,9 en France métropolitaine).



Sources : Inserm-CépiDc 2012-2014, Insee (RP 2012-2014), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 2 - Évolution des taux annuels standardisés de décès par suicide pour 100 000 habitants de 2000 à 2014 en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine (taux lissés sur 3 ans – année centrale indiquée)

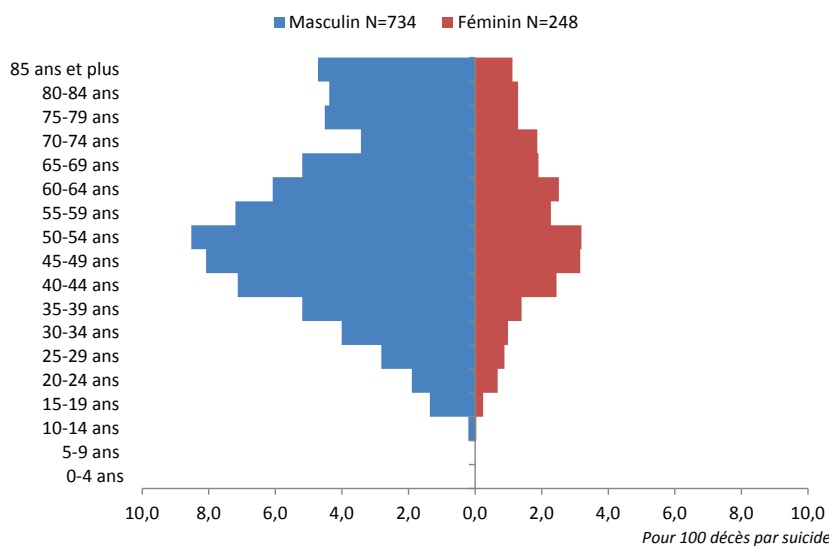


Sources : Inserm-CépiDc 2000-2014, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La tendance observée précédemment se confirme en 2012-2014 : le taux annuel standardisé de décès par suicide diminue aussi bien en Auvergne-Rhône-Alpes, qu'en France métropolitaine.

Figure 3 - Répartition des décès par suicide, par sexe et âge, Auvergne-Rhône-Alpes, 2012-2014

Les tranches d'âge des 45-54 ans concentrent le plus de décès par suicide aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, après un pic à 50-54 ans, le nombre diminue pour augmenter de nouveau à partir de 75 ans.



Source : Inserm-CépiDc 2012-2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Tableau 1 - Part de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès par classe d'âge, 2012-2014

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

\* Tous âges

Source : Inserm-CépiDc 2012-2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

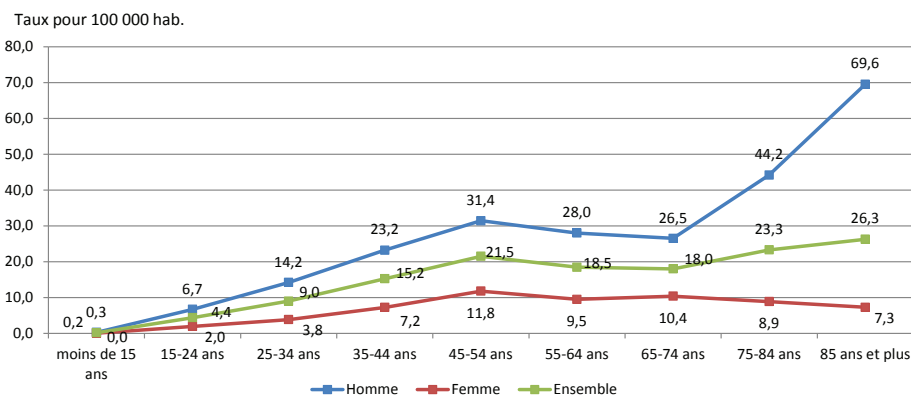
Les décès par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes représentent 1,5 % de l'ensemble des décès (versus 1,7 % en France métropolitaine). Cette part est plus élevée chez les jeunes adultes de 25 à 39 ans. Elle atteint 17,8 % chez les 30-34 ans, tandis que chez les personnes âgées de 85 ans et plus, la part s'élève à 0,2 %.

Le taux spécifique de mortalité par suicide (cf. sources de données et méthode p.22) chez les hommes augmente fortement avec l'âge. Il varie de 14 pour 100 000 habitants chez les jeunes hommes de 25-34 ans à 70 pour 100 000 habitants chez les hommes de 85 ans et plus.

Chez les femmes, les taux sont beaucoup moins élevés. Le taux de mortalité augmente jusqu'à 45-54 ans pour atteindre 11,8 pour 100 000 femmes avant de diminuer en Auvergne-Rhône-Alpes.

En France métropolitaine, un pic est également enregistré à 45-54 ans (11,8 pour 100 000 femmes), le taux se stabilise ensuite et augmente légèrement à partir de 75 ans pour atteindre 12,7 pour 100 000 femmes de 85 ans et plus.

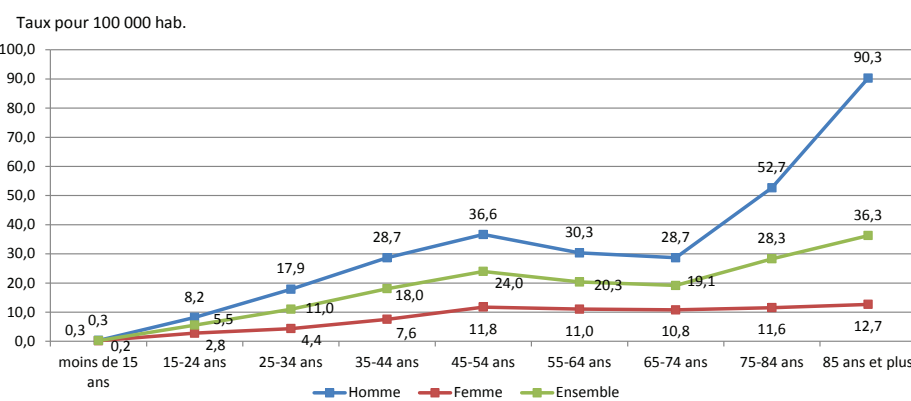
Figure 4 - Taux\* spécifique de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes par tranche d'âge et par sexe 2012-2014



\* taux bruts lissés sur 3 ans

Sources : Inserm-CépiDc 2012-2014, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

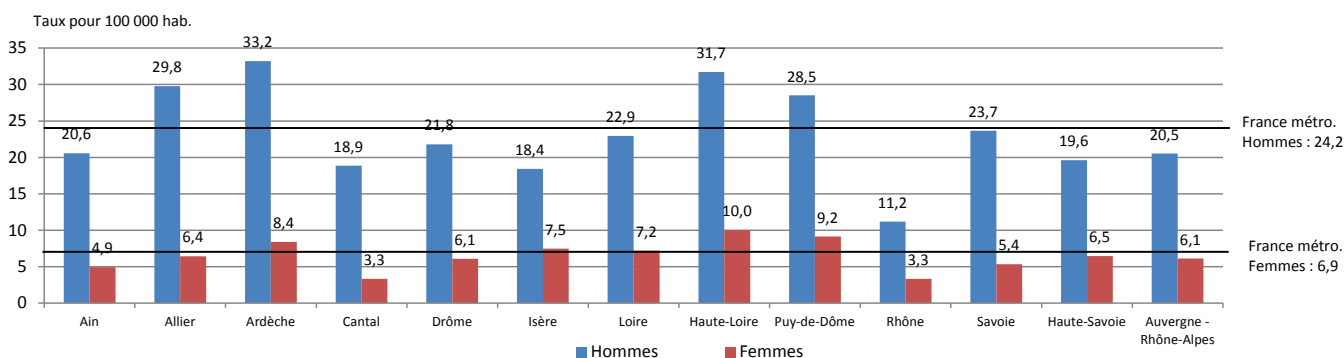
Figure 5 - Taux\* spécifique de mortalité par suicide en France métropolitaine par tranche d'âge et par sexe 2012-2014



\* taux bruts lissés sur 3 ans

Sources : Inserm-CépiDc 2012-2014, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 6 - Taux annuels standardisés de mortalité par suicide, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et France métropolitaine, 2012-2014



Sources : Inserm-CépiDc 2012-2014, Insee (RP 2012-2014), exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

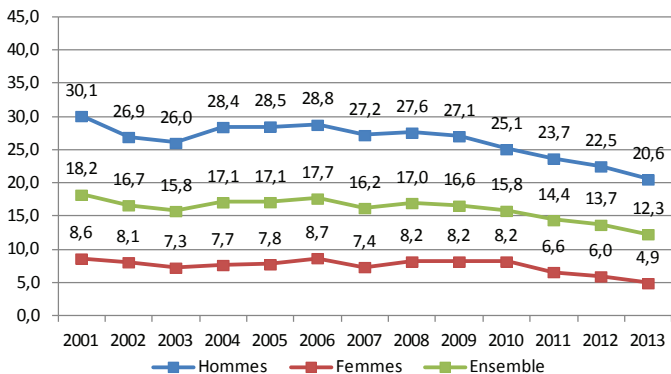
Des écarts importants persistent entre les départements : chez les hommes les taux annuels standardisés de mortalité par suicide demeurent élevés dans les départements de l'Allier, de l'Ardèche, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme. Chez les femmes, les taux les plus élevés sont observés comme les années antérieures dans les départements de l'Ardèche, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme. Les graphiques qui suivent, présentent l'évolution des taux annuels standardisés de mortalité par suicide par département de 2000 à 2014.

Au niveau régional, comme au niveau national, les données présentent une tendance à la baisse des taux annuels standardisés de mortalité par suicide depuis plusieurs années. Cette baisse s'observe dans tous les départements de la région, excepté en Ardèche, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Pour rappel, le taux annuel standardisé de mortalité par suicide en Auvergne-Rhône-Alpes s'élève à 12,7 pour 100 000 habitants (20,5 chez les hommes et 6,1 chez les femmes).

Figure 7 - Évolution des taux\* annuels standardisés de mortalité par suicide selon les départements

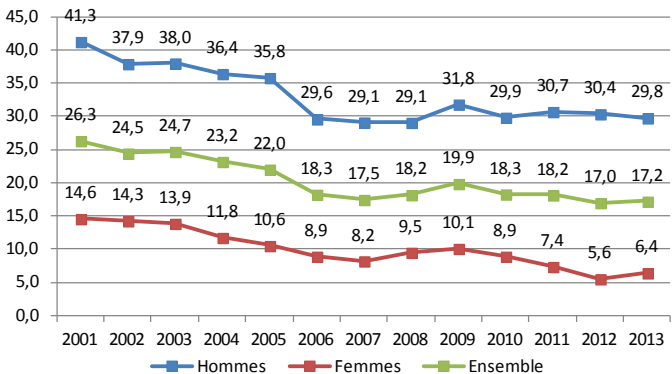
**Ain**

Taux pour 100 000 hab.



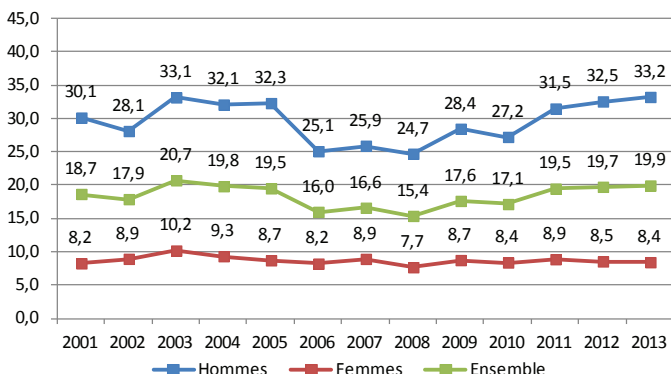
**Allier**

Taux pour 100 000 hab.



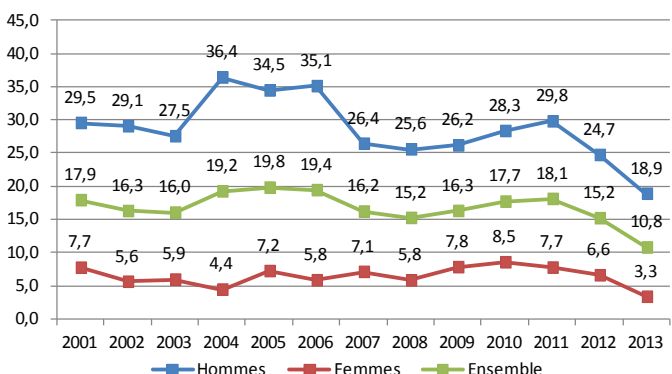
**Ardèche**

Taux pour 100 000 hab.



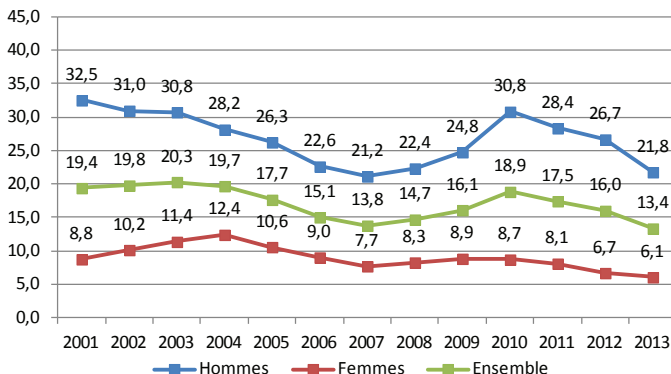
**Cantal**

Taux pour 100 000 hab.



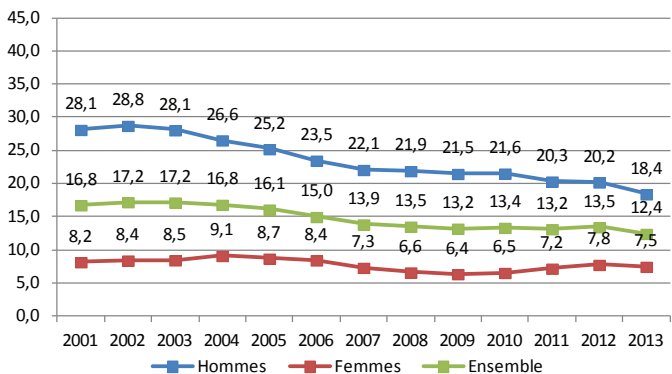
**Drôme**

Taux pour 100 000 hab.



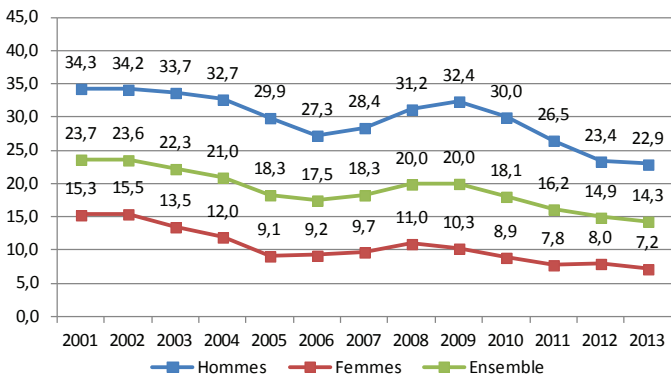
**Isère**

Taux pour 100 000 hab.



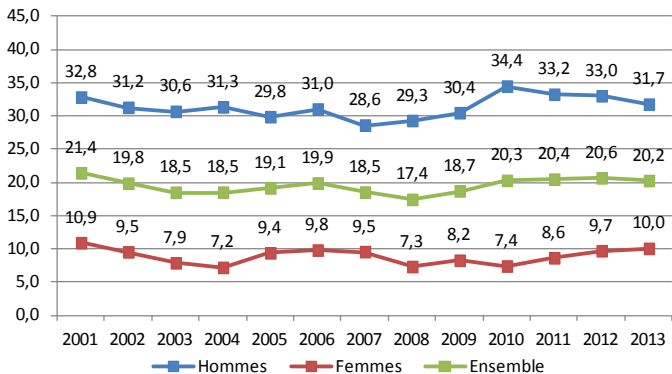
**Loire**

Taux pour 100 000 hab.



**Haute-Loire**

Taux pour 100 000 hab.

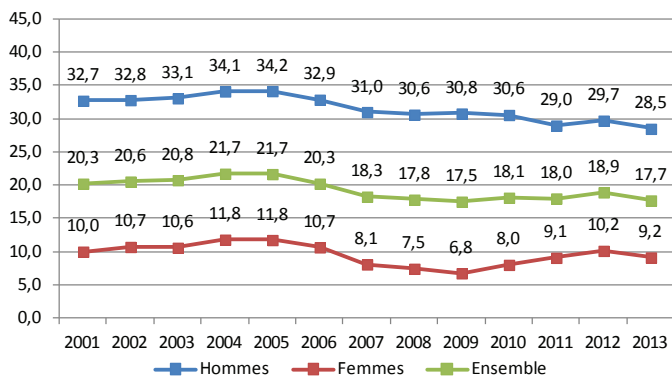


\* taux lissés sur 3 ans. Année centrale indiquée.  
Sources : Inserm-CépiDc 2000-2014, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 7 - Évolution des taux\* annuels standardisés de mortalité par suicide selon les départements (suite)

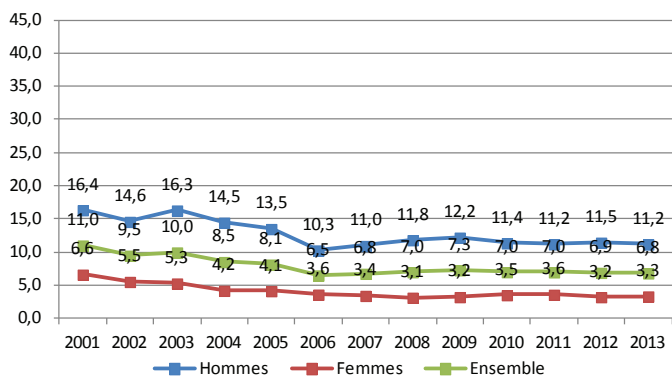
### Puy-de-Dôme

Taux pour 100 000 hab.



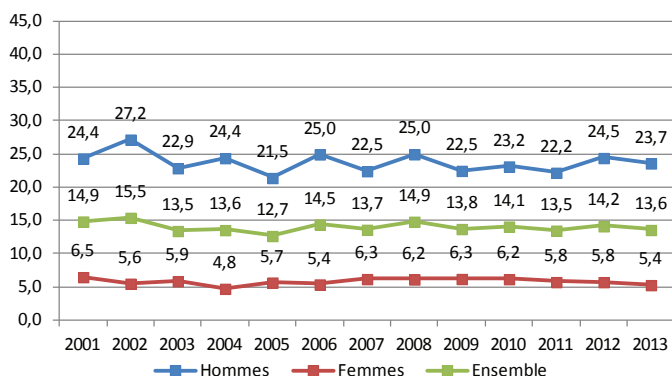
### Rhône

Taux pour 100 000 hab.



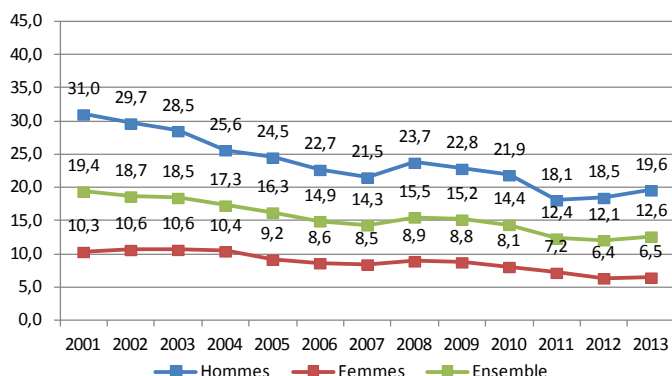
### Savoie

Taux pour 100 000 hab.



### Haute-Savoie

Taux pour 100 000 hab.

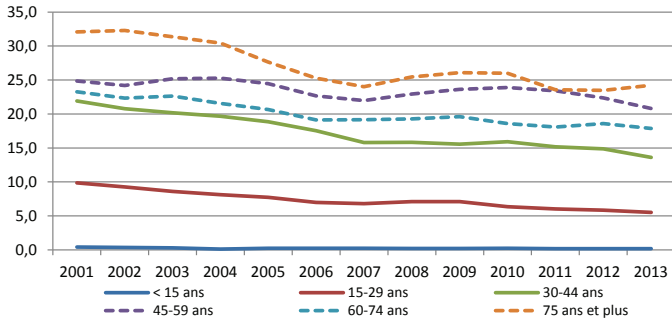


\* taux lissés sur 3 ans. Année centrale indiquée.

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2014, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 8 - Évolution des taux\* bruts de mortalité par suicide selon les groupes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes, entre 2000 et 2014

Taux pour 100 000 hab.



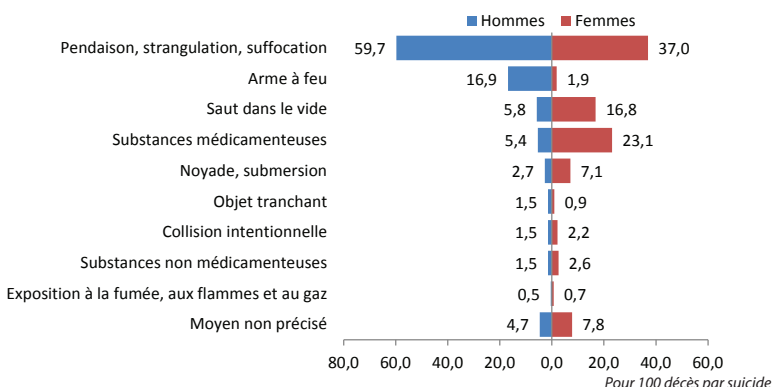
\* taux lissés sur 3 ans. Année centrale indiquée.

Sources : Inserm-CépiDc 2000-2014, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Toutes les tranches d'âge sont également concernées par la baisse de la mortalité, à l'exception des 75 ans et plus. Cette tranche d'âge enregistre une légère augmentation depuis la période 2010-2012.

Figure 9 - Répartition des suicides selon le mode opératoire - Période 2012-2014 - Auvergne-Rhône-Alpes

La pendaison est, de loin, le mode opératoire le plus utilisé (60 % chez les hommes et 37 % chez les femmes). Des différences notables apparaissent toutefois entre hommes et femmes quant aux autres moyens. Les premiers ont recours plus souvent aux armes à feu (16,9 % contre 1,9 % pour les femmes) tandis que les secondes ont recours plus massivement aux médicaments (23,1 % contre 5,4 % pour les hommes).

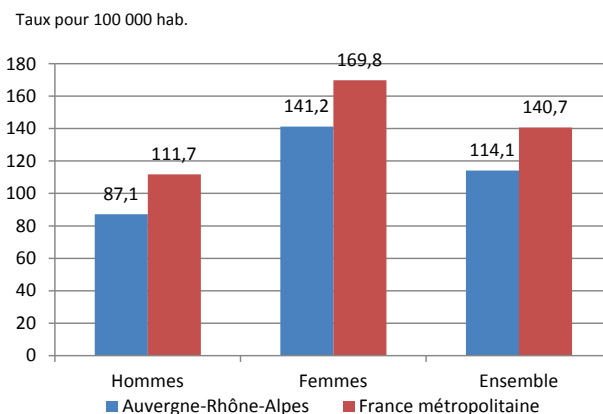


Source : Inserm-CépiDc 2012-2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En 2016, 8 904 séjours hospitaliers en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide (TS) ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes, 8 600 en 2015 et 9 218 en 2014. Ainsi, après avoir baissé en 2015, le nombre de séjours connaît une nouvelle hausse en 2016. Chaque année, 63 % des séjours hospitaliers pour TS concernent des femmes.

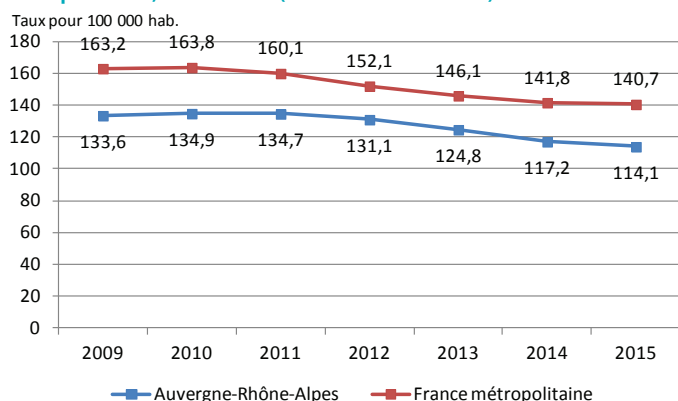
**Figure 10 - Taux annuels standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS, par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014-2016**

Avec en moyenne 8 907 séjours hospitaliers en MCO pour TS sur la période 2014-2016, le taux annuel standardisé de séjours hospitaliers MCO pour TS (cf. sources de données et méthode p.22) s'élève à 114 pour 100 000 habitants (*versus* 141 pour 100 000 en France métropolitaine). Ce taux s'élève à 87 pour 100 000 chez les hommes (*versus* 112 en France métropolitaine) et à 141 pour 100 000 chez les femmes (*versus* 170 en France métropolitaine).



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

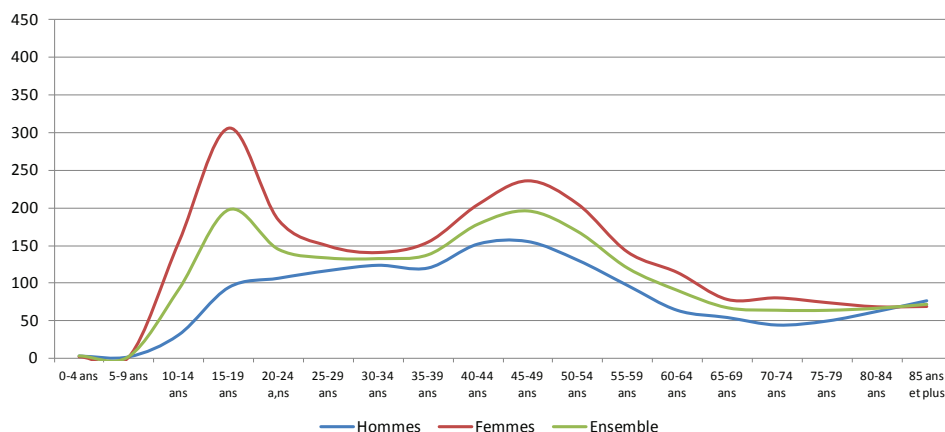
**Figure 11 - Évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2008-2016 (taux lissés sur 3 ans)**



Sources : PMSI-MCO 2008-2016, Insee estimation population 2008-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Malgré une augmentation des effectifs, les taux annuels standardisés des séjours hospitaliers MCO pour TS continuent à diminuer sur la période 2014-2016.

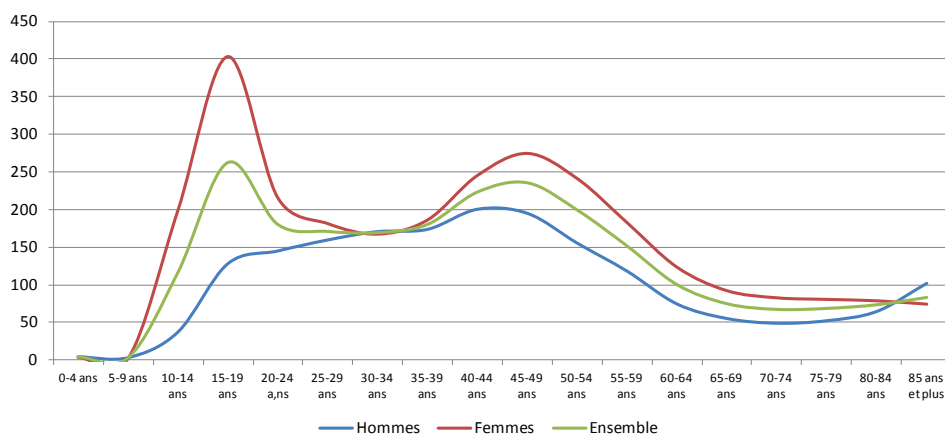
**Figure 12 - Taux bruts annuels de séjours hospitaliers MCO pour TS par tranche d'âge et par sexe, en Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016**



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

En Auvergne-Rhône-Alpes, sur la période 2014-2016, les taux bruts de séjours hospitaliers en MCO pour TS par classe d'âge (cf. sources de données et méthode p.22) présentent, comme les périodes antérieures, deux pics particulièrement élevés chez les femmes : l'un chez les 15-19 ans et l'autre chez les 45-49 ans. Le taux le plus élevé se situe chez les adolescentes de 15-19 ans, où il s'élève à 306 pour 100 000 habitantes.

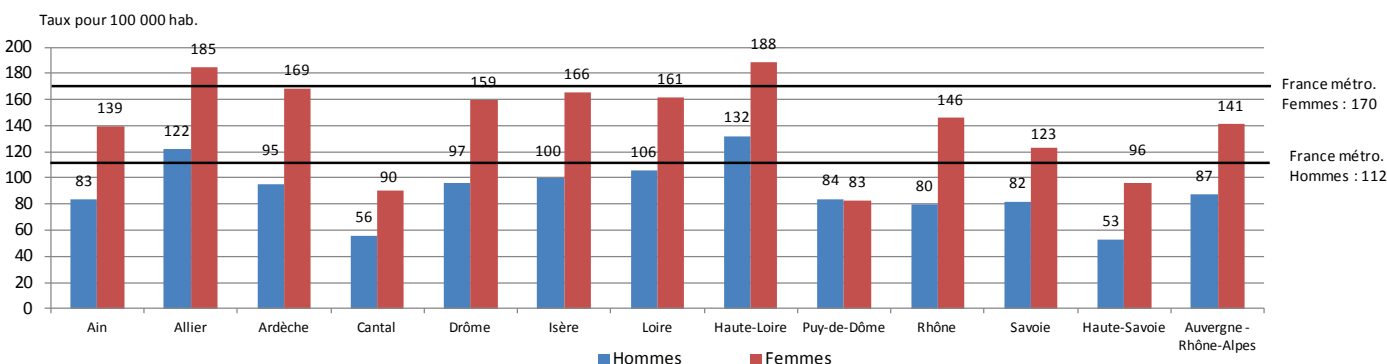
Figure 13 - Taux bruts annuels de séjours hospitaliers MCO pour TS par tranche d'âge et par sexe, en France métropolitaine, 2014-2016



Les tendances sont identiques en France métropolitaine et le taux de séjours hospitaliers en MCO pour TS s'élève à 404 pour 100 000 habitantes chez les adolescentes de 15-19 ans.

Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 14 - Taux annuels standardisés de séjours hospitaliers MCO pour TS, par sexe et par département en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014-2016



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Comme les années antérieures, des écarts significatifs existent entre les départements : les départements de l'Allier et de la Haute-Loire ont chez les hommes et chez les femmes un taux supérieur au taux national (respectivement 122 pour 100 000 habitants et 185 pour 100 000 habitantes dans le département de l'Allier et 132 pour 100 000 et 188 pour 100 000 dans le département de la Haute-Loire). Les taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS dans le département du Puy-de-Dôme restent particulièrement bas. Cette tendance est liée à une sous déclaration des TS dans le département (cf. encadré sur « les consignes de codage et amélioration de la codification » page 23). Ainsi, il convient d'être prudent dans l'interprétation de ces résultats.

Les graphiques, qui suivent, présentent l'évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS par département de 2008 à 2016.

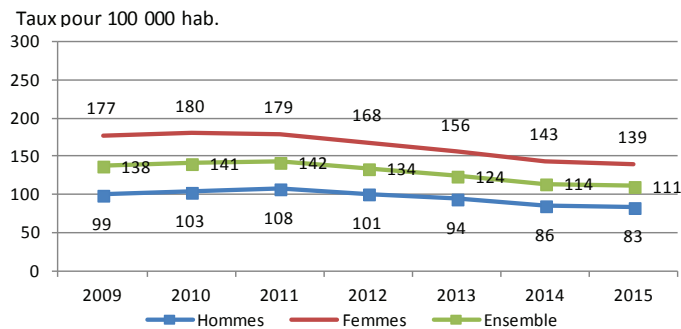
Là également, comme cela a été évoqué, au niveau régional, comme au niveau national, les taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS diminuent depuis 2010. Cette baisse s'observe dans tous les départements de la région aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Pour rappel le taux annuel standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour TS en Auvergne-Rhône-Alpes s'élève à 114 pour 100 000 habitants (87 chez les hommes et 141 chez les femmes).

Seuls les taux du département du Puy-de-Dôme augmentent de manière importante, mais cette augmentation est à mettre en lien avec l'amélioration récente de la qualité des données (cf. encadré sur « les consignes de codage et amélioration de la codification » page 23).

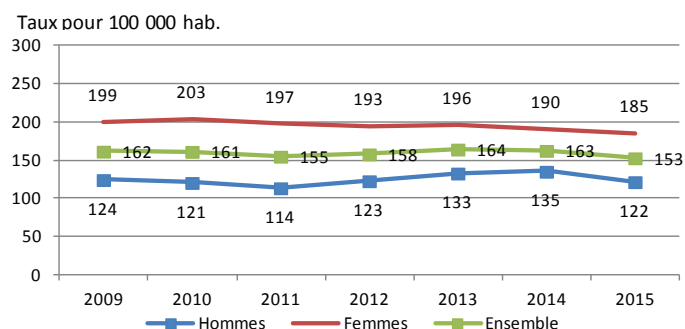


Figure 15 - Évolution des taux\* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les départements

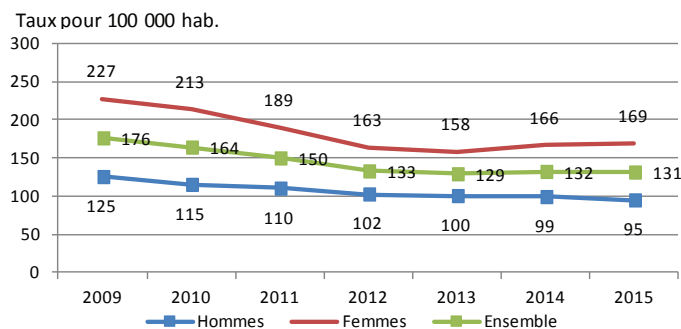
Ain



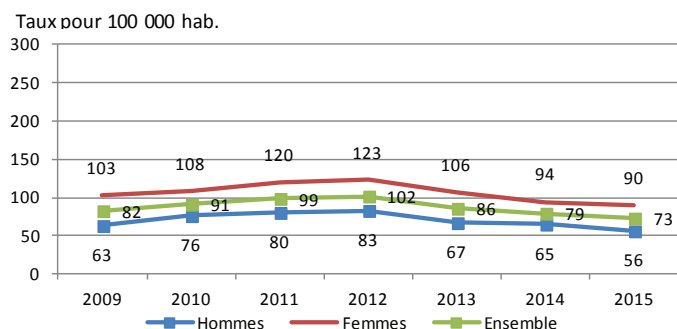
Allier



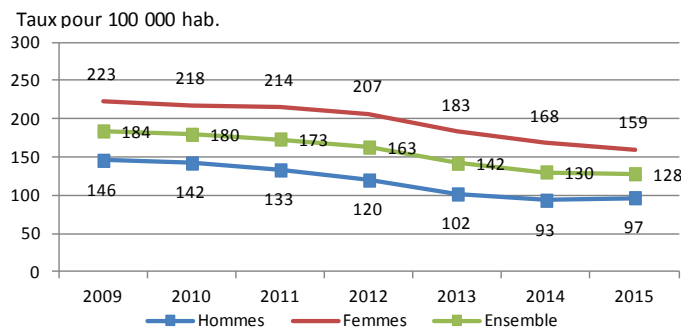
Ardèche



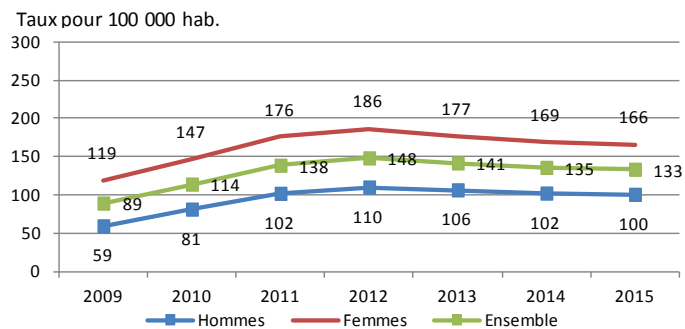
Cantal



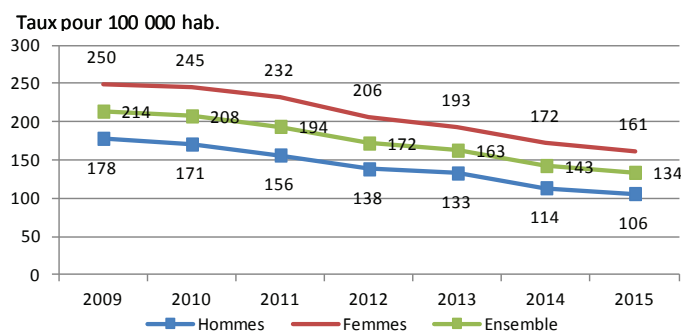
Drôme



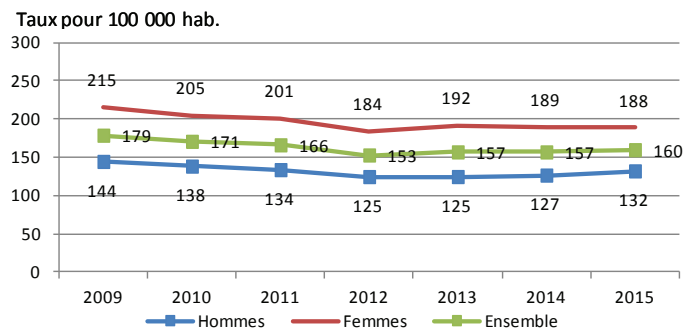
Isère



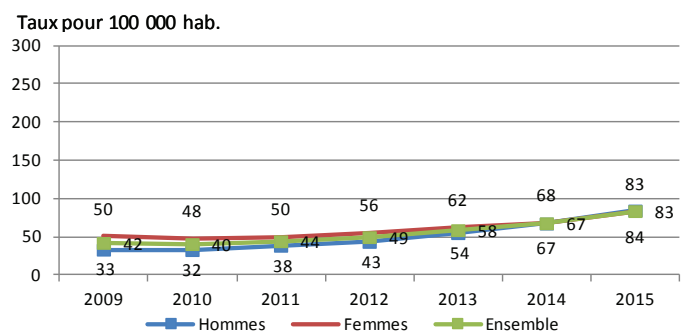
Loire



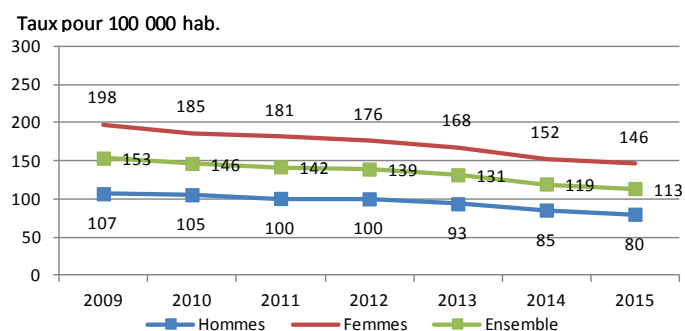
Haute-Loire



Puy-de-Dôme



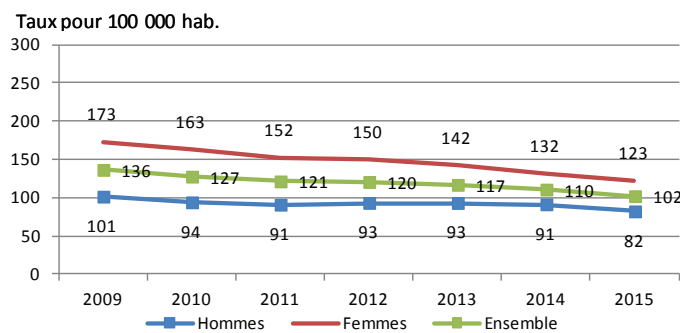
Rhône



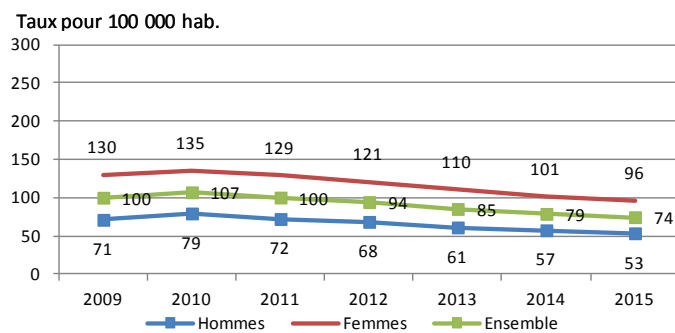
\*taux lissés sur 3 ans. Année centrale indiquée  
Sources : PMSI-MCO 2008-2016, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 15 - Évolution des taux\* annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les départements (suite)

Savoie

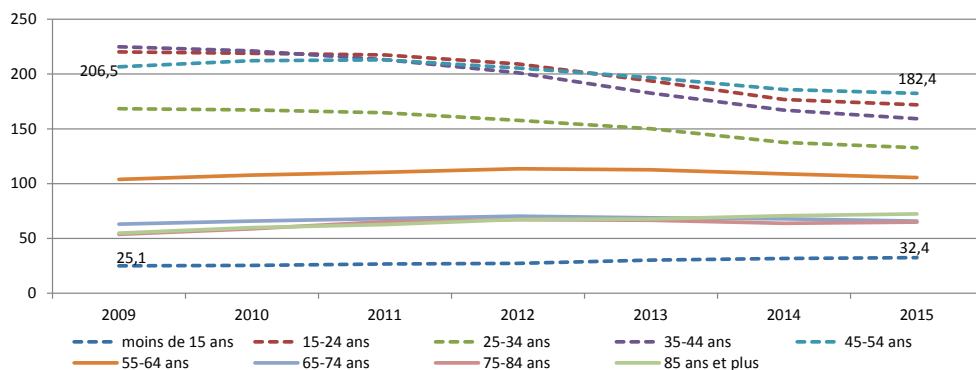


Haute-Savoie



\*taux lissés sur 3 ans. Année centrale indiquée  
Sources : PMSI-MCO 2008-2016, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Figure 16 - Évolution des taux\* bruts de séjours hospitaliers en MCO pour TS selon les groupes d'âge - Auvergne-Rhône-Alpes

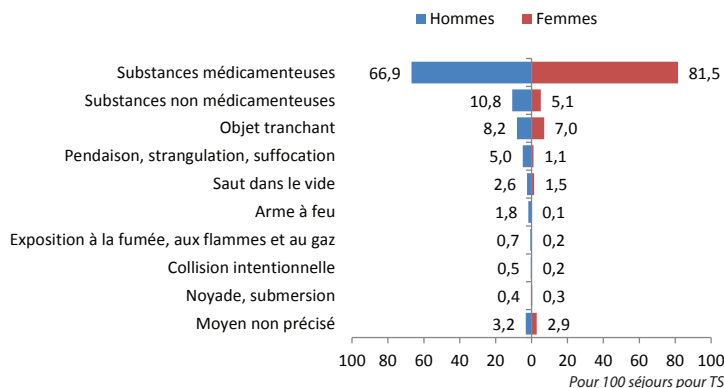


\*taux lissés sur 3 ans. Année centrale indiquée  
Sources : PMSI-MCO 2008-2016, Insee, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

La baisse des taux de séjours hospitaliers en MCO pour TS enregistrée depuis quelques années ne concerne pas toutes les tranches d'âge. Chez les personnes les plus jeunes (moins de 15 ans) et les plus âgées (85 ans et plus), ce taux a tendance au contraire à augmenter sensiblement depuis une dizaine d'années.

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

Concernant les modes opératoires des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'un séjour hospitalier en MCO, l'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire de loin le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les hommes (66,9 %) que chez les femmes (81,5 %) suivi loin derrière par la consommation de substances non médicamenteuses et de l'utilisation d'un objet tranchant.



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

### Le suicide chez les agriculteurs

Le focus réalisé sur les décès par suicide chez les agriculteurs exploitants dans le précédent bulletin [4] avait mis en lumière la surmortalité par suicide dans ce groupe populationnel (plus de 20 % au-dessus de la moyenne nationale). Une nouvelle étude [5] sur les caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011 a mis en évidence des différences entraînant une surmortalité selon les caractéristiques socioprofessionnelles suivantes :

- un âge compris entre 45 et 54 ans par rapport à ceux âgés de moins de 35 ans ;

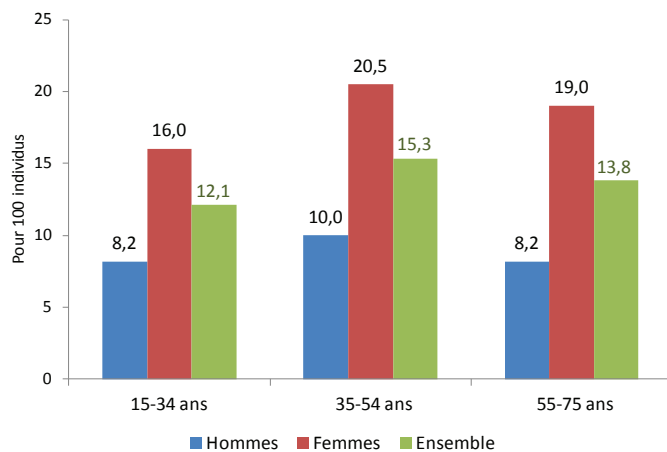
- une exploitation à titre individuel par rapport au fait d'avoir une exploitation à titre sociétaire ;
- une activité d'exploitant à titre exclusif par rapport au fait d'avoir une activité d'exploitant à titre non exclusif ;
- une surface agricole utile (SAU) comprise entre 20 et 49 hectares par rapport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

Le Baromètre santé est une enquête téléphonique transversale sur les opinions et comportements des Français en matière de santé. Cette enquête nationale est menée régulièrement depuis le début des années 1990 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, maintenant Santé Publique France) auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées de 15 à 75 ans.

L'échantillon national est composé de 15 635 personnes, dont 2 024 résidant en Auvergne-Rhône-Alpes (936 hommes et 1 088 femmes). Ce questionnaire aborde des thèmes variés liés à la santé et notamment la santé mentale.

## Un état de détresse psychologique moins fréquemment déclaré dans la région

Figure 18 - Part des individus en état de détresse psychologique selon le sexe et l'âge – Auvergne-Rhône-Alpes (n=2 024)



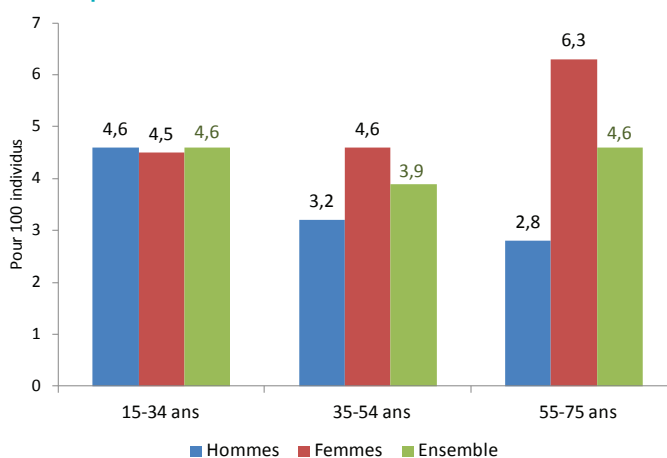
En 2014, 13,8 % des individus âgés de 15 à 75 ans de la région déclarent présenter un état de détresse psychologique (cf. définitions et méthode p.24). Cette part est plus faible que sur le territoire national (16,1 %). Dans la région comme en France, la détresse psychologique affecte principalement les femmes (18,5 % contre 8,9 % chez les hommes) et ce quel que soit l'âge.

Source : Baromètre santé 2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Un état de détresse psychologique est plus fréquemment rencontré chez les personnes vivant seules (19,3 % contre 12,7 %), chez les personnes déclarant avoir une maladie chronique (18,7 % contre 11,2 %) ou chez les personnes déclarant être limitées dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé (22,5 % contre 10,9 %). La détresse psychologique touche enfin davantage les individus déclarant fumer quotidiennement (19,1 %) que les autres (9,4 %).

## Des pensées suicidaires plus souvent déclarées par les personnes vivant seules, en état de détresse psychologique, ayant une maladie chronique, limitées dans les activités de la vie quotidienne, au chômage ou inactives

Figure 19 - Part des individus ayant déclaré des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge – Auvergne-Rhône-Alpes (n=2 024)



En 2014, 4,3 % des individus âgés de 15 à 75 ans résidant en Auvergne-Rhône-Alpes déclarent avoir déjà pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Cette part est similaire à la part nationale (4,8 %). Globalement, contrairement à ce qui est observé au niveau national, la part d'individus de la région ayant eu des pensées suicidaires n'est pas significativement plus élevée chez les femmes (5,1 %) que chez les hommes (3,5 %). Seules les femmes âgées de 55-75 ans déclarent davantage de pensées suicidaires que les hommes de manière significative.

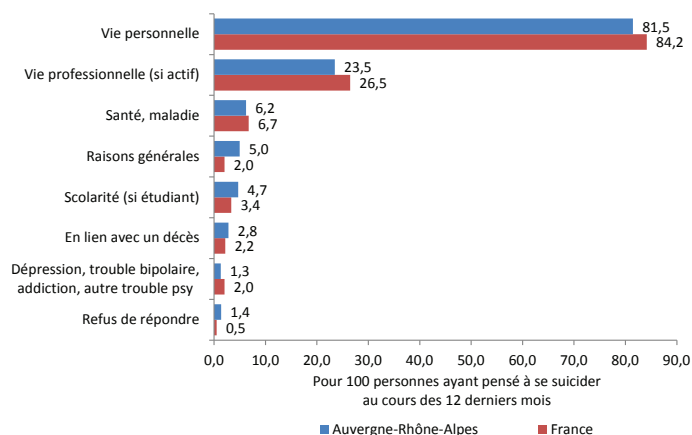
Source : Baromètre santé 2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Déclarer des pensées suicidaires dans l'année apparaît, toutes choses égales par ailleurs, plus fréquent chez les personnes vivant seules (respectivement 9,5 % contre 3,3 %), en état de détresse psychologique (respectivement 17,8 % contre 2,1 %), déclarant une maladie chronique (6,1 % contre 3,4 %) ou étant limitées depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement (8,7 % contre 2,9 %). Enfin, les

personnes étant au chômage ou inactives déclarent plus fréquemment des pensées suicidaires que celles ayant un emploi (respectivement 11,7 % et 9,9 % contre 2,7 %).

## Des pensées suicidaires principalement dues à la vie personnelle

Figure 20 - Raisons évoquées pour expliquer les pensées suicidaires\*



Que ce soit en Auvergne-Rhône-Alpes ou sur le territoire national, la principale raison avancée pour expliquer ces pensées suicidaires est la vie personnelle (y compris la vie familiale, sentimentale, amicale, sociale). La situation ou la vie professionnelle est ensuite la 2<sup>ème</sup> raison la plus souvent citée.

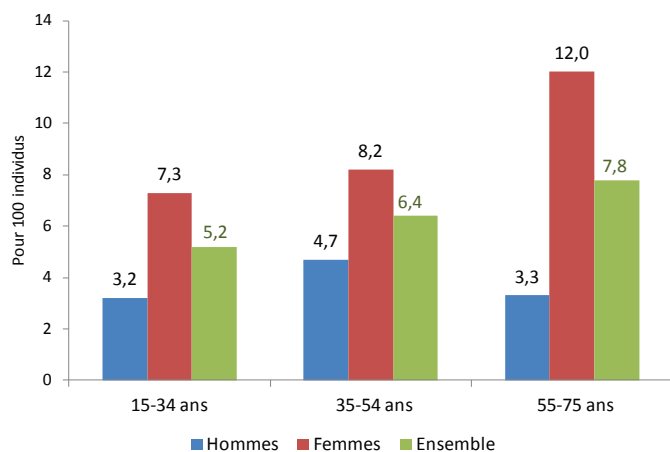
\* Plusieurs réponses possibles

Source : Baromètre santé 2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les personnes ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année ont, dans la plupart des cas, été jusqu'à imaginer comment s'y prendre (69,1 %) et 10,1 % sont passés à l'acte dans l'année (11,3 % en France). Une personne sur deux déclare avoir parlé de ses pensées suicidaires à quelqu'un. Cette part est plus élevée chez les plus jeunes (68,5 % chez les 15-34 ans contre 25,8 % chez les 35-54 ans et 54,8 % chez les 55-75 ans).

## Des tentatives de suicide plus souvent déclarées par les femmes que par les hommes

Figure 21 - Part des individus ayant déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie selon le sexe et l'âge – Auvergne-Rhône-Alpes (n=2 024)



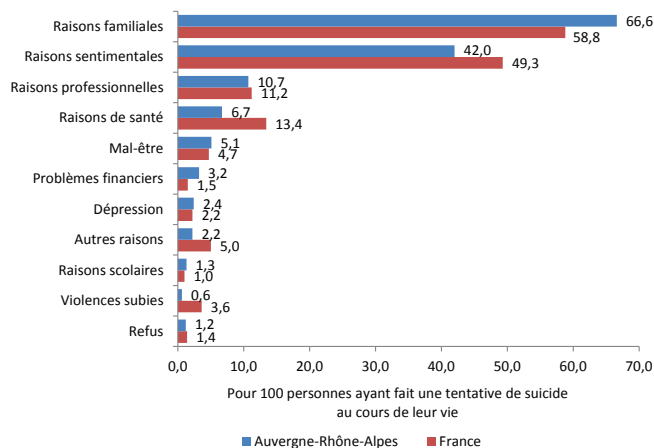
Plus de 6 % des personnes enquêtées dans la région déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. Cette part est équivalente à celle observée en France (6,7 %). Ces tentatives de suicide sont plus souvent déclarées par les femmes que par les hommes, que ce soit en Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement 9,1 % et 3,8 %) ou sur le territoire national (respectivement 8,8 % et 4,6 %) et ce, quelle que soit la tranche d'âge considérée. Parmi les personnes ayant déclaré au moins une tentative de suicide au cours de la vie, un tiers déclare au moins une récurrence (16,5 % des hommes et 41,0 % des femmes) et 12,7 % ont fait cet acte au cours des 12 derniers mois.

Source : Baromètre santé 2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

Les personnes vivant seules déclarent plus fréquemment avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (12,1 % contre 5,3 %), tout comme les personnes en état de détresse psychologique (16,2 % contre 4,9 %) et les personnes étant limitées dans leurs activités habituelles depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé (10,7 % contre 5,1 %). Tous ces facteurs de risque se retrouvent sur le plan national. Il est également constaté, en France, une plus grande fréquence des tentatives de suicide chez les personnes ayant un niveau de diplôme et de revenu plus faible. Ces résultats sont également observés au niveau régional mais de manière non significative.

## Une tentative de suicide motivée par des raisons familiales ou des raisons sentimentales

Figure 22 - Raisons évoquées pour expliquer la tentative de suicide\* au cours de la vie



Que ce soit en Auvergne-Rhône-Alpes ou sur le territoire national, les principales raisons avancées pour ces tentatives de suicide sont les raisons familiales, suivies des raisons sentimentales.

\* Plusieurs réponses possibles.

Source : Baromètre santé 2014, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Un appel à l'aide pour plus de la moitié des personnes déclarant une tentative de suicide

Concernant les motivations données à cet acte, 33,6 % des personnes ayant fait une tentative et acceptant d'en parler étaient vraiment décidées à mourir et c'est seulement par chance qu'elles ont survécu, 12,6 % souhaitaient mourir mais savaient que le moyen n'était pas le plus efficace. Enfin, il s'agissait d'un appel à l'aide pour plus de la moitié de ces personnes (53,1 %), ces dernières n'ayant pas l'intention de mourir.

## Des tentatives de suicide qui aboutissent dans la majorité des cas à une hospitalisation

Suite à leur dernière tentative de suicide, 68,5 % des individus souhaitant en parler sont allés à l'hôpital, 64,1 % ont été suivis par un médecin ou un « psy » et 59,4 % en ont parlé à une autre personne qu'un médecin ou un « psy ». Le passage à l'hôpital a donné lieu à une hospitalisation d'au moins une nuit dans la grande majorité des cas (91,9 %). Ces résultats sont comparables à ceux observés sur le territoire national.

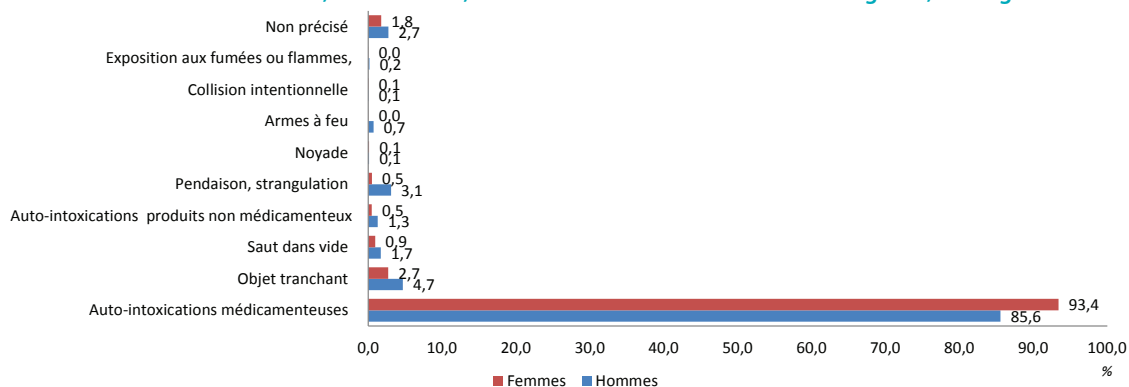
En croisant ces informations, en Auvergne-Rhône-Alpes, il est observé que, parmi les individus ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie :

- près de la moitié (48,8 %) a à la fois été à l'hôpital et suivie par un médecin ou un « psy » ;
- 19,7 % sont allés à l'hôpital mais n'ont pas été suivis par un médecin ou un « psy » ;
- 15,2 % n'ont pas été à l'hôpital mais ont été suivis par un médecin ou un « psy » ;
- 16,2 % n'ont ni été à l'hôpital, ni été suivis par un médecin ou un « psy ».

## LES PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVE DE SUICIDE

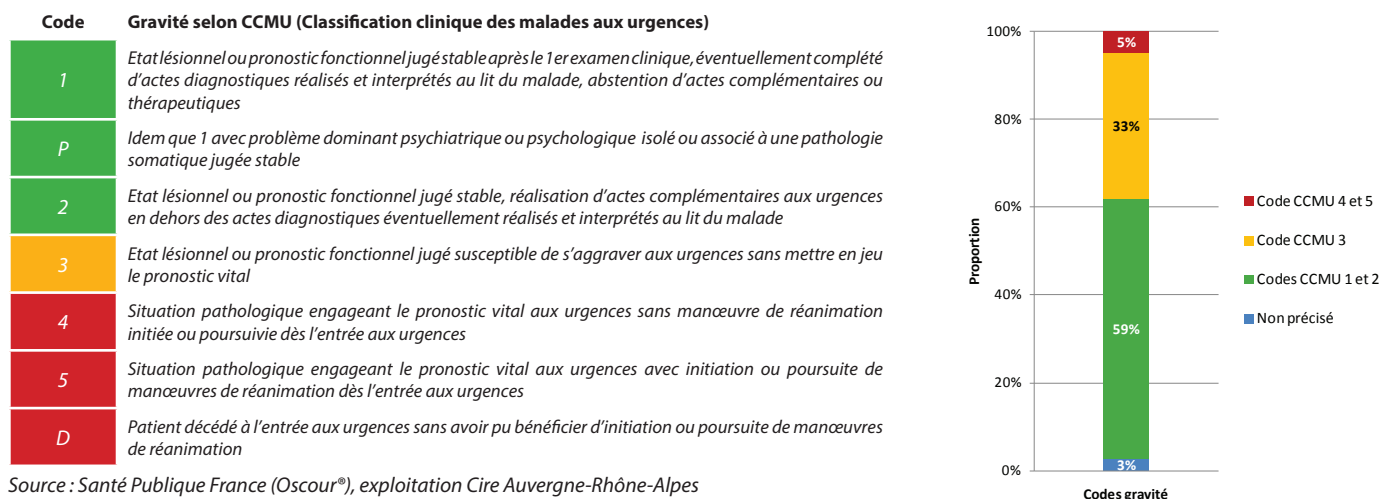
La surveillance des tentatives de suicide est analysée à partir des résumés des passages aux urgences transmis par le réseau Oscour®. Ce dispositif, conçu initialement pour l'alerte, est complémentaire à l'étude des causes médicales de décès et des séjours hospitaliers. Plusieurs biais limitent les interprétations. En particulier, il existe une sous-estimation probablement importante de passages pour tentative de suicide liée à la sélection de services d'urgences (cf. « Sources et méthodologie » p.22) qui transmettent et codent les diagnostics, mais aussi à des codages en CIM10 qui ne permettent pas d'identifier l'intention suicidaire (les limites de l'étude sont décrites dans la partie méthodologie). De même, l'analyse géographique infrarégionale est encore limitée par la sélection des services d'urgence. La répartition des modes opératoires lors de passages aux urgences pour les diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43 est cohérente avec celle observée parmi les tentatives de suicide hospitalisées en MCO : fréquence élevée d'auto-intoxications médicamenteuses quel que soit le sexe et plus spécifiquement chez les femmes et fréquence plus élevée de pendaisons, d'utilisation d'armes à feu et d'utilisation de substances non médicamenteuses chez les hommes.

Figure 23 - Répartition des modes opératoires utilisés par les patients pour les passages aux urgences des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43, selon le sexe, dans une sélection de 56 services d'urgence, Auvergne-Rhône-Alpes, 2016



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

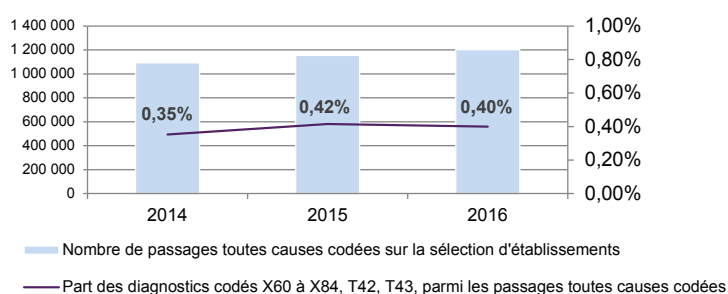
Figure 24 - Répartition des passages aux urgences pour les diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43, selon les codes de gravité de la CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences), dans une sélection de 56 services d'urgence, Auvergne-Rhône-Alpes, 2016



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

Parmi les passages aux urgences pour des diagnostics codés X60 à X64, T42 et T43, près de 60 % d'entre eux correspondent à des situations où l'état lésionnel ou le pronostic fonctionnel sont jugés stables, tandis que 5 % d'entre eux correspondent à des situations où le pronostic vital est engagé.

Figure 25 - Évolution annuelle de la part des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43 (CIM10), parmi les passages toutes causes codées dans une sélection de 45 services d'urgences, Auvergne-Rhône-Alpes, 2014-2016



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

La proportion des diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43 en CIM10, parmi l'ensemble des passages codés dans les 45 services d'urgence sélectionnés (services qui ont transmis des données consolidées sur la période considérée (cf. sources de données et méthode p 22)) sur la période 2014-2016, reste stable entre 2015 et 2016, tandis que l'activité globale des urgences poursuit sa progression sur la même période.

# LES JEUNES DE 15-24 ANS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

## Les décès par suicide chez les jeunes de 15-24 ans par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2012-2014

En 2014, 31 décès par suicide ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes chez les jeunes de 15-24 ans, 43 en 2013 et 49 en 2012. Sur la période 2012-2014, 41 décès chez les jeunes de 15-24 sont recensés en moyenne par an dans la région dont 32 décès concernent les jeunes hommes.

Le taux spécifique de décès par suicide sur la période 2012-2014 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 4,4 pour 100 000 (6,7 chez les garçons et 2,0 chez les filles) versus 5,5 pour 100 000 en France métropolitaine (8,2 chez les garçons et 2,8 chez les filles).

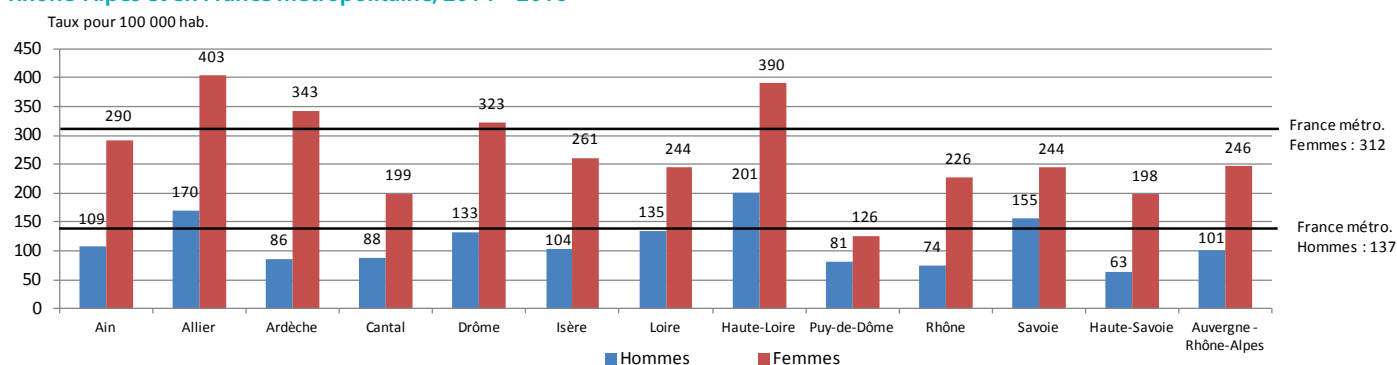
## Les séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les jeunes de 15-24 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014-2016

En 2016, 1 653 séjours hospitaliers en MCO pour TS ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes chez les jeunes de 15-24 ans, 1 531 en 2015 et 1 655 en 2014. Chaque année, 70 % de ces séjours concernent des jeunes femmes.

Le taux brut annuel de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 15-24 ans s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 172 pour 100 000 (101 chez les garçons et 246 chez les filles) versus 223 pour 100 000 en France métropolitaine (137 chez les garçons et 312 chez les filles).

Comme pour l'ensemble de la population, les taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO sont supérieurs à la moyenne nationale dans les départements de l'Allier et de la Haute-Loire. Les départements de l'Ardèche et de la Drôme présentent des taux également très élevés chez les jeunes femmes. Il est à noter que les taux dans le Puy-de-Dôme demeurent sous-estimés pour les raisons évoquées précédemment.

Figure 26 - Taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les jeunes de 15 à 24 ans, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014 - 2016



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Résultats du Baromètre Santé 2014 chez les 15-24 ans (Effectif : 254)

### Plus de 13 % des jeunes de 15-24 ans en état de détresse psychologique

D'après les données du Baromètre santé 2014, 13,3 % des jeunes de 15-24 ans de la région sont en état de détresse psychologique (14,5 % sur le territoire national). Les jeunes femmes se rencontrent plus souvent dans cette situation : elles sont 21,2 % à être en état de détresse psychologique contre 5,7 % chez les jeunes hommes.

### Plus de 5 % des jeunes de 15-24 ans ont déjà pensé à se suicider

En 2014, 5,4 % des jeunes de la région déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (3,4 % en France). Cette part est similaire entre les hommes (5,3 %) et les femmes (5,4 %) de cette tranche d'âge.

### Des tentatives de suicide plus souvent déclarées par les jeunes femmes

Chez les 15-24 ans de la région, 5,4 % déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie (5,0 % en France). Un tel acte est plus souvent déclaré par les femmes de cette tranche d'âge (8,8 %) que par les hommes (2,1 %).

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

## Les décès par suicide chez les 45-64 ans par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes, 2012-2014

En 2014, 372 décès par suicide ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes chez les 45-64 ans, 410 en 2013 et 426 en 2012. La baisse du nombre de décès par suicide chez les 45-64 ans se confirme [4] en Auvergne-Rhône-Alpes aussi bien chez les 45-54 ans (202 décès en 2014 *versus* 226 en 2013) que chez les 55-64 ans (170 décès en 2014 *versus* 183 en 2013).

Sur les 403 décès par suicide recensés en moyenne par an en Auvergne-Rhône-Alpes chez les 45-64 ans sur la période 2012-2014, 293 décès concernent les hommes (73 %). Le taux spécifique de décès par suicide sur cette période s'élève à 20,1 pour 100 000 (29,8 chez les hommes et 10,7 chez les femmes) *versus* 22,2 pour 100 000 en France métropolitaine (33,6 chez les hommes et 11,4 chez les femmes).

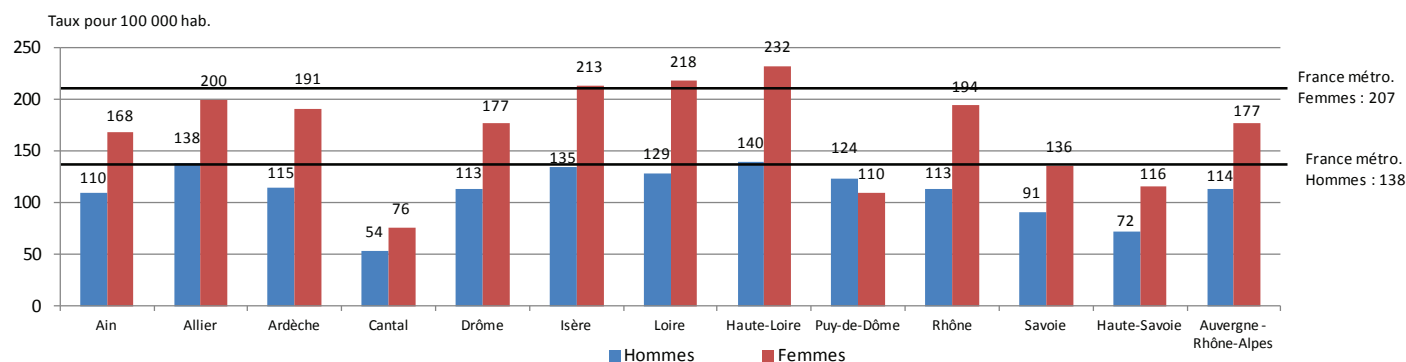
## Les séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 45-64 ans par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014-2016

En 2016, 2 930 séjours hospitaliers en MCO pour TS ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes chez les 45-64 ans, 2 855 en 2015 et 3 082 en 2014. Chaque année, 62 % de ces séjours concernent des femmes.

Le taux brut annuel de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 45-64 ans s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 146 pour 100 000 (114 chez les hommes et 177 chez les femmes) *versus* 173 pour 100 000 en France métropolitaine (138 chez les hommes et 207 chez les femmes).

Chez les femmes de 45-64 ans, les taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS sont supérieurs à la moyenne nationale dans les départements de l'Isère, la Loire et la Haute-Loire. Chez les hommes, les départements de l'Allier, de l'Isère et de la Haute-Loire ont des taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS proches du taux national. Il est à noter que les taux dans le Puy-de-Dôme demeurent sous-estimés pour les raisons évoquées précédemment.

Figure 27 - Taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 45-64 ans, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014 - 2016



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes



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

## Les décès par suicide chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2012-2014

En 2014, 293 décès par suicide ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 306 en 2013 et 276 en 2012. Sur la période 2012-2014, il est recensé, en Auvergne-Rhône-Alpes, en moyenne par an, 292 décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus, dont 218 décès concernent les hommes (75 %).

Le taux spécifique de décès par suicide sur la période 2012-2014 s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 21,2 pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus (37,0 chez les hommes et 9,2 chez les femmes) *versus* 25,1 pour 100 000 en France métropolitaine (44,1 chez les hommes et 11,4 chez les femmes).

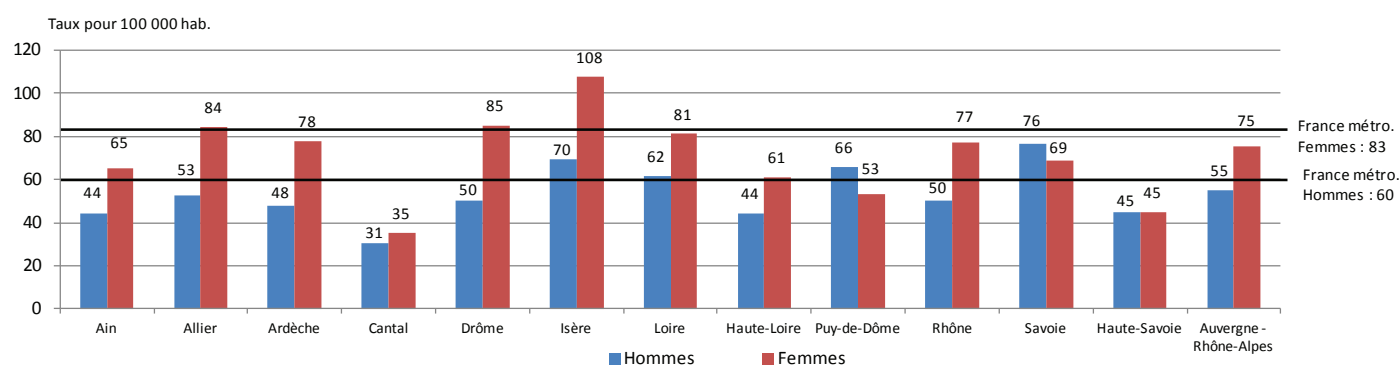
## Les séjours hospitaliers MCO pour TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus par sexe et par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014-2016

En 2016, 1 011 séjours hospitaliers en MCO pour TS ont été recensés en Auvergne-Rhône-Alpes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 982 en 2015 et 924 en 2014. Environ 65 % de ces séjours concernent des femmes.

Le taux brut annuel de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les 65 ans et plus s'élève en Auvergne-Rhône-Alpes à 67 pour 100 000 (55 chez les hommes et 75 chez les femmes) *versus* 73 pour 100 000 en France métropolitaine (60 chez les hommes et 83 chez les femmes).

L'analyse par département souligne, chez les femmes, des taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO supérieurs à la moyenne nationale dans les départements de l'Allier, de la Drôme et surtout de l'Isère. Chez les hommes, les taux sont plus élevés en Isère et dans les départements de la Savoie et du Puy-de-Dôme. Il est à noter que les taux élevés en Isère, observés depuis plusieurs années ont fait l'objet d'une analyse approfondie présentée dans l'encadré sur « les consignes de codage et amélioration de la codification » page 23.

Figure 28 - Taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus, par département, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine, 2014-2016



Sources : PMSI-MCO 2014-2016, Insee estimation population 2014-2016, exploitation ORS Auvergne-Rhône-Alpes

## Résultats du Baromètre Santé 2014 chez les 65-75 ans (Effectif : 270)

### Près de 12 % des 65-75 ans en état de détresse psychologique

D'après les données du Baromètre santé 2014, 11,8 % des 65-75 ans de la région sont en état de détresse psychologique (13,3 % sur le territoire national). Les femmes de cette tranche d'âge sont plus fréquemment en état de détresse psychologique (19,7 %) que les hommes (2,9 %).

### Plus de 6 % des 65-75 ans ont déjà pensé à se suicider

Chez les 65-75 ans de la région, 6,4 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (4,7 % en France). Même si la part d'individus ayant déclaré des pensées suicidaires semble plus élevée chez les femmes (9,1 %) que chez les hommes (3,3 %), aucune différence significative n'a pu être mise en évidence entre les sexes chez les individus de cette tranche d'âge.

### Des tentatives de suicide plus souvent déclarées par les femmes de 65-75 ans que par les hommes

En 2014, 7,1 % des personnes âgées de 65 à 75 ans déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie (4,7 % sur le territoire national). Dans cette tranche d'âge, les femmes se retrouvent plus souvent dans cette situation (11,5 %) que les hommes (2,1 %).

# PROFILS DE TERRITOIRE

Pour enrichir la réflexion sur la question du suicide et des tentatives de suicide, des profils de territoire ont été réalisés à partir d'une typologie produite à l'échelle des Établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) 2017. Dix-sept indicateurs en lien avec la thématique du suicide ont donc été retenus pour construire des profils de territoire.

Ces profils se fondent sur des indicateurs démographiques, sociaux et des indicateurs de mortalité et de morbidité, pouvant expliquer les différences territoriales observées dans l'analyse des données sur le suicide et les tentatives de suicide. Ces indicateurs décrivent ainsi la structure de la population, la situation sociale et « l'état de santé mentale » de la population.

Cette typologie permet de donner une image synthétique de la région Auvergne-Rhône-Alpes, en situant les territoires les uns par rapport aux autres. Loin d'être la seule information pour soutenir les choix à réaliser, ces profils constituent une aide précieuse aux côtés d'autres informations pour aider à établir des priorités en matière de prévention du suicide.

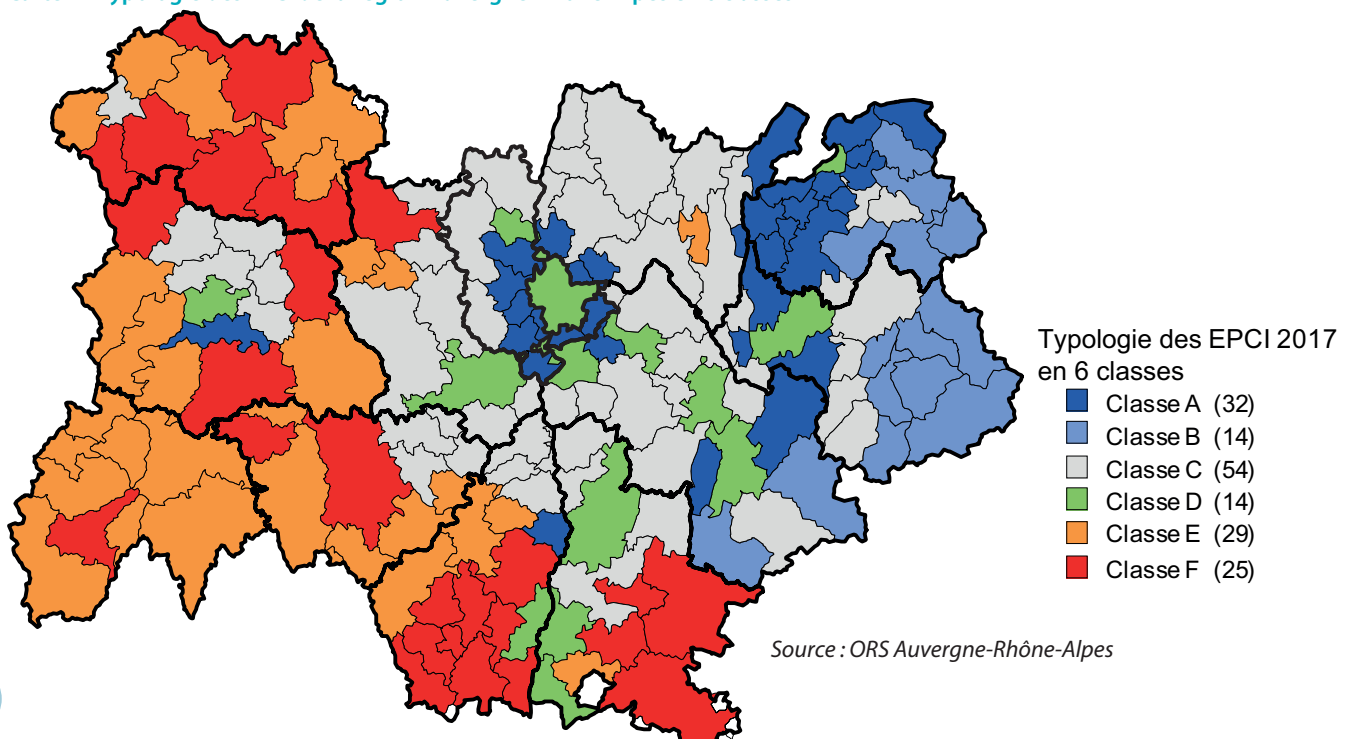
Une analyse en composantes principales (ACP) (cf. méthodologie p.25) a été réalisée à partir d'une sélection de 17 indicateurs :

- indicateurs sur les caractéristiques sociodémographiques : part des 15-24 ans, des 45-64 ans et des 65 ans et plus, part des agriculteurs exploitants, des artisans, commerçants, chefs d'entreprise, des cadres et professions intellectuelles supérieures, des professions intermédiaires, des employés, des ouvriers et des autres inactifs (sans retraités), part de la population couverte à bas revenu, taux de chômage au sens du recensement, part des familles monoparentales, part de personnes vivant seules ;
- indicateurs sur « l'état de santé mentale » : taux standardisé de recours à l'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide, taux standardisé de recours aux médicaments psychotropes, taux standardisé de prévalence d'une ALD pour affections psychiatriques de longue durée pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires (cf. méthodologie p.25). Il est à noter que ces indicateurs sont le reflet de la santé mentale en lien avec la problématique du suicide. Ils ne peuvent représenter à eux seuls la problématique de la santé mentale ;
- plusieurs indicateurs supplémentaires ont été utilisés pour compléter la description et la caractérisation de chacune des classes : le taux standardisé de mortalité par suicide, la part des retraités et le taux de recours aux psychiatres libéraux.

Pour compléter l'analyse, des informations plus qualitatives seront données dans la description des classes.

Une classification ascendante hiérarchique (CAH) (cf. méthodologie p.25) a ensuite été réalisée dans le but de construire des groupes homogènes d'EPCI avec comme principe, au sein d'un même groupe, des caractéristiques les plus similaires possibles et entre les groupes, des différences les plus nettes possibles. La typologie met en évidence six classes d'EPCI dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Carte 1 - Typologie des EPCI de la région Auvergne-Rhône-Alpes en 6 classes



Il est à noter que 9 EPCI s'étendent hors du territoire de la région Auvergne-Rhône-Alpes. Seuls les EPCI ayant plus de communes dans la région qu'à l'extérieur ont été pris en compte dans cette analyse (2 EPCI) (cf. méthodologie p.25). La population de la région Auvergne-Rhône-Alpes au 1<sup>er</sup> janvier 2014 est de 7 820 966 habitants. Elle est de 7 814 588 habitants dans l'ensemble des EPCI pris en compte.

Un fort contraste est observé entre les 6 classes d'EPCI, au niveau de la structure de population, de la situation sociale et de « l'état de santé mentale » de la population. Chaque classe ci-dessous (nommée de A à F) regroupe les EPCI de la région ayant des caractéristiques globalement les plus similaires possible. Toutefois des différences peuvent parfois être constatées au sein d'un même EPCI dans les situations sociodémographiques ou sanitaires ; c'est le cas des EPCI des grandes agglomérations où cohabitent des quartiers défavorisés en politique de la ville et des quartiers plus favorisés. À noter que les six classes d'EPCI sont inégales en taille de population. Les classes B et E par exemple représentent chacune seulement moins de 5 % de la population régionale, alors que la classe D en représente 43 % à elle seule.

**Classe A : Une population jeune, socialement favorisée, avec de bons indicateurs de « santé mentale »**

32 EPCI (19 %) – 1 263 263 habitants (16 % de la population régionale)

**Situation sociodémographique**

La classe A regroupe principalement des EPCI frontaliers avec la Suisse ou situés dans le département du Rhône autour de la Métropole lyonnaise. Les EPCI de la classe A comptent une population plus jeune, avec une part de personnes âgées de 15 à 24 ans plus élevée que la moyenne régionale et, à l'inverse, une part de personnes âgées de 65 ans et plus, plus faible. Les familles monoparentales sont plus présentes dans cette classe à l'inverse des personnes vivant seules qui y sont moins représentées.

En termes de catégories socioprofessionnelles, les cadres et professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires sont surreprésentés alors que les ouvriers, les agriculteurs exploitants et les retraités sont peu représentés.

Cette classe présente une situation sociale favorisée avec un taux de chômage et une part de population couverte à bas revenus plus faibles.

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

Les indicateurs de « santé mentale » retenus sont plutôt favorables dans cette classe, avec moins de décès par suicide, moins de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, moins de bénéficiaires de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et moins de recours aux médicaments psychotropes.

**Classe B : Une population socialement favorisée, avec des indicateurs de « santé mentale » favorables**

14 EPCI (8 %) – 186 857 habitants (2 % de la population régionale)

**Situation sociodémographique**

La classe B regroupe principalement des EPCI frontaliers avec la Suisse et l'Italie, situés en Savoie, Haute-Savoie et en Isère. Les EPCI de cette classe comptent une part d'artisans, commerçants, chefs d'entreprise, d'employés et de professions intermédiaires plus élevée ainsi qu'une part de retraités plus faible.

La population est socialement favorisée avec un taux de chômage et une population couverte à bas revenu plus faibles.

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

Les indicateurs de « santé mentale » retenus sont plutôt favorables dans cette classe, avec un taux de recours aux séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, un taux de recours aux médicaments psychotropes et un taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires plus faibles. Le recours aux psychiatres libéraux est également plus faible dans les EPCI de cette classe.

**Classe C : Une population ouvrière, peu âgée, avec un « état de santé mentale » dans la moyenne régionale**

54 EPCI (32 %) – 1 809 104 habitants (23 % de la population régionale)

**Situation sociodémographique**

Les EPCI de la classe C se caractérisent par une population peu âgée, avec une part plus faible de personnes âgées de 45-64 ans et de 65 ans et plus. La part de personnes vivant seules est également plus faible dans cette classe.

En termes de catégories socioprofessionnelles, les EPCI de la classe C se composent d'une population majoritairement ouvrière. À l'inverse, les artisans, commerçants, chefs d'entreprise sont peu représentés dans cette classe.

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

Dans cette classe, les indicateurs de « santé mentale » retenus sont proches de la moyenne régionale.

**Classe D : Une population dense, urbaine ou périurbaine, peu âgée, avec une situation sociale et un « état de santé mentale » contrastés**

14 EPCI (8 %) – 3 386 584 habitants (43 % de la population régionale)

**Situation sociodémographique**

Les EPCI de la classe D se caractérisent par une population dense, urbaine ou périurbaine. Les grandes agglomérations de la région sont présentes dans cette classe (Lyon, Grenoble, Valence, Saint-Étienne, Clermont-Ferrand, Chambéry). Cette classe se caractérise par une population jeune, avec une part de personnes âgées de 15 à 24 ans plus élevée et, au contraire, des parts de personnes âgées de 45-64 ans et de 65 ans et plus, plus faibles. Les familles monoparentales et les personnes vivant seules sont surreprésentées dans la classe D.

La situation sociale y est contrastée avec une part de cadres et d'inactifs élevée, une part de retraités, d'agriculteurs et d'artisans faible mais également un taux de chômage et une population couverte à bas revenu élevés.

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

Comme pour la situation sociale, « l'état de santé mentale » est également contrasté, avec un taux de mortalité par suicide plus faible mais un taux de prévalence de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires élevé. Le taux de recours aux psychiatres libéraux est également plus élevé dans cette classe.

Ces EPCI concentrent près de 50 % de la population du territoire. Comme évoqué précédemment, ils sont également confrontés à des disparités en leur sein, ces zones urbaines présentant un nombre important de Quartiers prioritaires de la ville (QPV) où la précarité peut être plus prégnante. Ce sont aussi dans ces territoires urbains qu'est installée une très grande majorité des psychiatres libéraux. Cela peut expliquer le taux de recours aux psychiatres libéraux plus élevé dans cette classe par rapport à la moyenne régionale des taux relevés dans les EPCI.

**Classe E : Des EPCI plutôt ruraux, avec une population âgée, comprenant davantage d'agriculteurs et un « état de santé mentale » défavorable**

29 EPCI (17 %) – 322 125 habitants (4 % de la population régionale)

**Situation sociodémographique**

Les EPCI de la classe E sont plutôt ruraux, situés dans les 4 départements auvergnats et au nord de l'Ardèche. Ils se caractérisent par une population plus âgée, avec une part de retraités et d'agriculteurs exploitants plus élevée. Les cadres, employés, professions intermédiaires et inactifs y sont au contraire moins présents. Cette classe compte une part élevée de personnes vivant seules et au contraire une part faible de familles monoparentales.

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

« L'état de santé mentale » y est plus défavorable, avec un taux de mortalité par suicide, un taux de bénéficiaires d'une ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et un taux de recours aux médicaments psychotropes plus élevés. Le taux de recours aux psychiatres libéraux est plus faible dans les EPCI de cette classe.

**Classe F : Une population âgée, socialement défavorisée, avec un « état de santé mentale » défavorable**

25 EPCI (15 %) - 846 655 habitants (11 % de la population régionale)

**Situation sociodémographique**

Les EPCI de cette classe comprennent les moyennes agglomérations auvergnates (Moulins, Montluçon, Vichy, Le Puy-en-Velay, Issoire, Aurillac). La population de la classe F est une population plus âgée avec une part de personnes âgées de 45 à 64 ans et de personnes âgées de 65 ans et plus élevée. Les personnes vivant seules et les familles monoparentales y sont surreprésentées.

En termes de catégories socioprofessionnelles, les retraités sont surreprésentés et les cadres, employés et professions intermédiaires sont peu présents. La situation sociale est défavorable, avec un taux de chômage et une part de la population couverte à bas revenu plus élevés.

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

Cette classe se caractérise par des indicateurs de « santé mentale » retenus défavorables, avec un taux de mortalité par suicide, de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, de bénéficiaires de l'ALD 23 pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires et de recours aux psychotropes plus élevés.

Cette première typologie infra-départementale portant sur la problématique du suicide et des tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes est une aide supplémentaire pour mieux cibler les territoires et adapter les actions de prévention. Pour cela elle devra toutefois être complétée en confrontant ces profils à l'offre présente sur les territoires qui les composent : offre de prise en charge (psychiatrie publique, CMP...), offre de prévention... L'analyse doit être en outre confrontée à la connaissance des territoires par les acteurs de proximité.

## Une mortalité par suicide plus élevée chez les hommes

La région Auvergne-Rhône-Alpes a enregistré 982 décès par suicide en moyenne par an sur la période 2012-2014, soit 12,7 décès par suicide pour 100 000 habitants. Ce taux est inférieur à celui constaté en France métropolitaine (14,8 pour 100 000). La mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et ce, quel que soit le territoire. Les taux de mortalité par suicide varient également selon l'âge : le poids des suicides dans l'ensemble des décès est plus élevé chez les personnes âgées de 25 à 39 ans. En termes de mortalité par suicide, la pendaison est, de loin, le mode opératoire le plus utilisé.

Au niveau régional, comme au niveau national, les taux annuels standardisés de mortalité par suicide présentent une tendance à la baisse depuis plusieurs années. Cette baisse s'observe dans tous les départements de la région, excepté en Ardèche, aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

## Un taux brut annuel de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide plus élevé chez les femmes de 15-19 ans

Sur la période 2014-2016, 8 907 séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide ont été comptabilisés en moyenne par an dans la région, soit 114 pour 100 000 habitants. Ce taux est inférieur à celui enregistré sur le territoire national (141 pour 100 000 habitants). Sur cette période, les femmes sont plus concernées que les hommes par des séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide, notamment les femmes âgées de 15-19 ans et de 45-49 ans. L'absorption de substances médicamenteuses est le mode opératoire le plus fréquemment utilisé aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Au niveau régional, comme au niveau national, les taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide diminuent depuis 2010. Cette baisse s'observe dans tous les départements de la région aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

## Des inégalités territoriales importantes entre les départements de la région

Des écarts importants persistent entre les départements de la région, tant en termes de mortalité par suicide que de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide. Les départements de l'Allier et de la Haute-Loire se démarquent par des taux annuels standardisés de mortalité et des taux annuels de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide élevés. Concernant la mortalité par suicide, les départements de l'Ardèche et du Puy-de-Dôme se distinguent également par des taux plus élevés.

## Enquête en population générale : des pensées suicidaires principalement dues à la vie personnelle

Selon l'enquête du Baromètre santé 2014, parmi les 2 024 personnes de 15-75 ans interrogées en Auvergne-Rhône-Alpes, 13,8 % déclarent être en état de détresse psychologique, 4,3 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et 6,4 % avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie. Les femmes sont plus fréquemment affectées par la détresse psychologique et déclarent plus souvent une tentative de suicide au cours de la vie que les hommes. La vie personnelle est la principale raison avancée pour expliquer les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. Enfin, il apparaît que les tentatives de suicide déclarées aboutissent dans la majorité des cas à une hospitalisation, même si pour 16 % d'entre-elles, ce geste n'a été suivi ni par une hospitalisation, ni par un suivi par un professionnel.

## Des passages aux urgences pour les diagnostics codés X60 à X84, T42 et T43 stables depuis 2014

L'évolution des passages aux urgences pour les codes sélectionnés est stable en proportion sur les 3 dernières années (2014-2016) dans la région. En 2016, d'après l'analyse des résumés des passages aux urgences (réseau Oscour®) pour les diagnostics codés X60 à X64, T42 et T43, l'auto-intoxication médicamenteuse est le principal mode opératoire utilisé.

## Une typologie en 6 classes d'EPCI

Pour enrichir la réflexion sur la question du suicide et des tentatives de suicide, des profils de territoire ont été réalisés à partir d'une typologie produite à l'échelle des EPCI 2017. Dix-sept indicateurs en lien avec la thématique du suicide ont été retenus pour construire des profils de territoire. Cette typologie a permis d'identifier 6 classes regroupant des EPCI au profil similaire :

- les 2 premières classes regroupent des EPCI situés à l'est de la région ou autour de la Métropole lyonnaise. Ils se caractérisent par une population socialement favorisée. Les indicateurs de « santé mentale » retenus sont plutôt favorables dans ces 2 classes ;
- la 3<sup>ème</sup> classe regroupe des EPCI comprenant une population plutôt ouvrière, peu âgée, avec les indicateurs de « santé mentale » retenus dans la moyenne régionale ;
- la 4<sup>ème</sup> classe comprend les grandes agglomérations de la région. Dans cette classe, la population est plutôt jeune et, du fait de la composition de cette classe, la situation sociale ainsi que « l'état de santé mentale » y sont contrastés ;
- les 2 dernières classes regroupent les EPCI principalement présents dans les départements auvergnats ainsi que dans l'Ardèche et la Drôme. Les EPCI de ces classes sont plutôt marqués par une population âgée, avec des indicateurs sociaux et « d'état de santé mentale » moins favorables.

## Sources de données et méthode

### Données de mortalité

Les données de mortalité présentées proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) qui récupère les certificats médicaux de décès. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM 10). Les suicides sont regroupés sous les codes X60 à X84 et correspondent aux lésions auto-infligées. Les données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens de décès par suicide calculés sur une période de trois ans [2012-2014]. L'historique des données reprend les données depuis 2000.

**Les taux spécifiques de mortalité** sont des taux bruts calculés en rapportant le nombre moyen annuel de décès par suicide pour une tranche d'âge spécifique rapporté à la population d'Auvergne-Rhône-Alpes de cette même tranche d'âge.

**Les taux annuels standardisés de mortalité** par suicide sont la moyenne pondérée des taux spécifiques. La pondération s'effectue sur la structure d'âge quinquennale de la population de la France métropolitaine 2012.

### Les données d'hospitalisation

Les données d'hospitalisation en MCO pour tentative de suicide (TS) analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'unité statistique est le séjour hospitalier (tous les séjours concernant les patients domiciliés en Auvergne-Rhône-Alpes et hospitalisés pour TS dans les établissements MCO publics et privés de France ont été sélectionnés). Les suicides sont enregistrés sous les codes de la CIM10 X60-X69 « auto intoxication » et X70-X84 « lésion auto infligée » en diagnostic associé.

Les données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens de séjours hospitaliers calculés sur la période 2014-2016.

L'historique des données reprend les données depuis 2008.

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

**Les taux standardisés annuels moyens d'hospitalisation pour TS** sur l'âge ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de la France métropolitaine 2012 constituant la référence.

### Les passages aux urgences pour tentative de suicide

Le dispositif de surveillance non spécifique Oscour® (Organisation de la surveillance coordonnée des urgences), mis en œuvre par Santé publique France et dédié initialement à la détection d'une alerte, a été exploité pour étudier les résumés de passages aux urgences codés à partir des codes CIM10 spécifiques des tentatives de suicide X60 à X84 et des codes moins spécifiques T42 et T43 (intoxications médicamenteuses sans notion d'intention suicidaire, sans lesquelles une sous-estimation majeure des tentatives de suicide aux urgences est attendue). D'autres diagnostics codés en CIM10 peuvent masquer des intentions suicidaires. Ceci contribue à la sous-estimation des tentatives de suicide aux urgences, dont il n'est pas possible de mesurer l'importance. Les codes de gravité de la CCMU (Classification Clinique des Malades aux Urgences), regroupés en trois catégories selon que le pronostic vital est engagé (catégorie 1 = codes 1, 2 et P de la CCMU, catégorie 2 : code 3 de la CCMU, catégorie 3 : codes 4, 5 et D de la CCMU) ont été exploités.

Deux analyses ont été menées, l'une sur l'année 2016, l'autre sur la période 2014-2016. Sur l'année 2016, 56 services d'urgences sur les 89 de la région Auvergne-Rhône-Alpes ont transmis des données consolidées. Par ailleurs, 45 services d'urgences sur les 89 ont transmis des données consolidées sur la totalité de la période 2014-2016. La représentativité des services d'urgence est ainsi meilleure dans l'étude de 2016 que dans celle de la période 2014-2016.

En raison des limites d'interprétation de ces données, seules l'étude de la gravité et des modes de tentative de suicide des passages (codés X60 à X84, T42 et T43), sur 2016, et l'étude de la tendance de la part des passages (codés X60 à X84, T42 et T43) parmi les passages codés aux urgences entre 2014 et 2016, ont été jugées fiables et interprétables.



## 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.

Les données présentées en Isère (taux bruts annuels de séjours hospitaliers en MCO pour TS chez les personnes âgées de 65 ans et plus par département) et dans le Puy-de-Dôme (évolution des taux annuels standardisés de séjours hospitaliers en MCO pour TS dans le département du Puy-de-Dôme) illustrent bien cette problématique. Dans les deux cas, des réunions ont eu lieu avec les centres hospitaliers correspondants et des réponses précises d'amélioration du codage et de la qualité des données ont été apportées.

Le guide méthodologique du PMSI précise que « pour les séjours dont suicide ou tentative de suicide sont le motif, (il faut) un diagnostic principal codé avec le chapitre XIX de la CIM10 (Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de cause externe) et en diagnostics associés (...) un code du groupe X60–X84 du chapitre XX pour enregistrer le caractère auto-infligé des lésions et le ou les moyens utilisés ». Ces consignes de codage ont été rappelées en fin d'année 2017 aux établissements par le collège régional de l'Information Médicale (CRAIM) et certains établissements particulièrement sensibilisés ont entrepris des actions en vue d'améliorer leur pratique en la matière.

### Les données de mortalité du CépiDc

La validité des données de mortalité par suicide a longtemps été questionnée. Largement étudiées [9], les données de mortalité par suicide sont soumises à l'existence de plusieurs biais. Deux sources de biais peuvent être distinguées, correspondant aux deux étapes de la production des données de mortalité : les biais introduits au moment de la certification du décès par le médecin et les biais introduits au moment de la codification du décès.

Systématiquement, il est rappelé dans les bulletins que les données de mortalité doivent être considérées comme des estimations minimales. La sous-évaluation est estimée à 10 % pour les données nationales, due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm-CépiDc.

En Rhône-Alpes, une étude menée par l'Inserm [11], sur des données de mortalité de 2006 montrait une sous-estimation de 22 % des décès par suicide dans la région. Néanmoins, celle-ci ne modifiait pas le rang de la région au niveau national, après correction.

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

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

## Baromètre santé 2014

Le Baromètre santé est une enquête téléphonique transversale sur les opinions et comportements des Français en matière de santé. Cette enquête nationale est menée régulièrement depuis le début des années 1990 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes, maintenant Santé publique France) auprès d'un échantillon représentatif de personnes âgées entre 15 et 75 ans, résidant en France métropolitaine en ménage ordinaire et parlant le français.

L'échantillon national est composé de 15 635 personnes, dont 2 024 résidant en Auvergne-Rhône-Alpes (936 hommes et 1 088 femmes). Ce questionnaire aborde des thèmes variés liés à la santé (addiction, santé mentale, sexualité...).

Dans l'échantillon de l'enquête, certaines catégories de population sont sous-représentées ou surreprésentées. Pour assurer la représentativité et la comparabilité de l'échantillon régional à l'échantillon national, les données ont été redressées sur le sexe croisé avec la tranche d'âge, le niveau de diplôme, la taille de l'agglomération, le département de résidence (pour la région), la région UDA (Union des annonceurs<sup>1</sup>) (pour le reste de la France).

Différentes méthodes statistiques (analyses bivariées et multivariées) ont été réalisées pour analyser les résultats régionaux de l'enquête de 2014. Les analyses bivariées permettent de mettre en évidence l'influence d'une variable sociodémographique (âge, sexe, niveau de diplôme, CSP, revenus mensuels, taille de l'agglomération) sur les réponses apportées à une question donnée. Lorsqu'une différence significative est mise en évidence par cette analyse, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés à une ou plusieurs caractéristiques de la population. De manière générale, seules les associations entre deux variables significatives au seuil de 5 % en régression logistique sont commentées dans cette analyse.

La détresse psychologique : Dans le cadre du Baromètre santé 2014, les questions de l'échelle Mental Health 5 (MH5) ont été posées aux individus afin d'apprécier les états de détresse psychologique, qui correspondent à un état de santé mentale dégradée associé à des symptômes de nature anxiodépressive. Les personnes répondent aux questions suivantes en utilisant une échelle de réponse en cinq modalités (en permanence/souvent/quelquefois/rarement/jamais).

« Au cours de ces quatre dernières semaines, y a-t-il eu des moments où vous vous êtes senti... »

a. « très nerveux ? » b. « si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ? » c. « au calme et détendu ? » d. « triste et abattu ? » e. « heureux ? ». Un score est calculé à partir de la somme des réponses aux cinq items. Le score est ensuite transformé sur une échelle de 0 à 100. Dans cette étude, un score inférieur à 55 a été retenu comme état de détresse psychologique.

<sup>1</sup> En 2014, les régions UDA regroupent la Région parisienne, le Bassin parisien ouest (Centre, Haute-Normandie, Basse-Normandie), le Bassin parisien est (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie), le Nord (Nord-Pas-de-Calais), l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes), l'Est (Alsace, Lorraine, Franche-Comté), le Sud-Ouest (Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées), le Centre-Est (Auvergne, Rhône-Alpes) et la Méditerranée (Corse, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur).





## Méthodologie portrait de territoire

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

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

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

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

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

Part de familles monoparentales

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

Part de personnes vivant seules

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

Taux de chômage

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

Part de la population couverte à bas revenu

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

Taux standardisé de mortalité par suicide

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

Taux standardisé de séjours hospitaliers MCO pour tentative de suicide

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

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

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

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

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

Taux standardisé de recours aux psychiatres libéraux

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

Typologie des EPCI 2017

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

## Annexe - Indicateurs utilisés pour décrire la typologie des EPCI

Tableau 2 - Valeurs des indicateurs utilisés pour décrire la typologie des EPCI selon les classes et pour l'ensemble des EPCI

Indicateurs	Ensemble des EPCI	Classes					
		A	B	C	D	E	F
Nombre d'EPCI	168	32	14	54	14	29	25
Population au RP 2014	7 814 588	1 263 263	186 857	1 809 104	3 386 584	322 125	846 655
Part des 15-24 ans (en %)	9,8	10,8	9,6	9,8	12,5	7,8	9,2
Part des 45-64 ans (en %)	27,8	27,2	28,2	27,0	25,2	30,2	28,8
Part des 65 ans et plus (en %)	20,0	15,3	17,7	18,4	17,4	26,4	24,6
Part des agriculteurs exploitants (en %)	1,9	0,8	1,0	1,3	0,4	5,3	2,1
Part des artisans, commerçants, chefs d'entreprise (en %)	4,7	4,6	7,3	4,3	3,6	4,7	4,8
Part des cadres et professions intellectuelles supérieures (en %)	6,5	11,1	5,8	5,8	9,0	3,3	4,6
Part des professions intermédiaires (en %)	14,2	18,5	17,5	14,4	15,4	9,4	11,6
Part des employés (en %)	15,9	16,1	18,5	16,0	16,4	14,7	15,2
Part des ouvriers (en %)	14,5	12,6	13,8	17,1	13,1	14,2	13,0
Part des autres inactifs (en %)	12,5	12,6	10,6	12,6	16,4	10,7	13,0
Part de retraités (en %)	29,7	23,7	25,5	28,6	25,8	37,6	35,5
Part de la population couverte à bas revenu (en %)	11,2	6,9	7,9	10,6	15,7	12,2	16,1
Taux de chômage (en %)	10,4	8,3	5,5	10,3	13,7	9,9	14,7
Part des familles monoparentales (en %)	7,8	8,2	8,0	7,6	9,1	6,5	8,3
Part de personnes vivant seules (en %)	32,1	26,9	34,5	29,5	35,8	35,4	36,8
Taux standardisé de mortalité par suicide*	18,9	13,6	18,9	19,3	13,8	22,5	23,6
Taux standardisé de séjours hospitaliers en MCO pour tentative de suicide*	126,3	103,1	93,1	129,8	145,3	114,5	170,3
Taux standardisé de recours aux médicaments psychotropes*	9 687,9	8 288,1	7 006,9	9 964,9	10 206,9	11 100,3	10 453,6
Taux standardisé de prévalence d'une ALD 23**	1 747,8	1 174,8	1 055,7	1 670,0	2 094,7	2 071,8	2 466,6
Taux standardisé de recours au psychiatre libéraux (en %)	1,4	1,6	0,9	1,4	2,2	1,2	1,5

\* Taux standardisés pour 100 000 habitants

\*\* Taux standardisé de prévalence d'une ALD pour affections psychiatriques de longue durée pour certaines pathologies pouvant être en lien avec les conduites suicidaires (cf. méthodologie)

En rouge, sont indiquées les valeurs significativement supérieures à la moyenne de l'ensemble des EPCI.

En bleu, sont indiquées les valeurs significativement inférieures à la moyenne de l'ensemble des EPCI.

## Bibliographie

- [1] Observatoire national du suicide. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1<sup>er</sup> rapport. Paris: Drees; nov. 2014, 221p.  
[<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000730/>]
- [2] Nizard A, Bourgoïn N, de Divonne G. Suicide et mal-être social. Population et Société (Ined). 1995;(334):1-4.  
[[http://www.ined.fr/fichier/s\\_rubrique/18722/pop\\_et\\_soc\\_francais\\_334.fr.pdf](http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18722/pop_et_soc_francais_334.fr.pdf)]
- [3] Laanani M, Ghosn W, Jouglà É, Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(1-2):2-6.  
[[http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=12390](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12390)]
- [4] Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin N°3, Janvier 2017, 12p.  
[[http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide\\_Bull3\\_2017.pdf](http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/ORSuicide_Bull3_2017.pdf)]
- [5] Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva-Canu I, Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011. Santé publique France ; 2017. 10p.
- [6] Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev Epidémiol Santé Publique. 2010;58(2):139-50.
- [7] Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51p.  
[[http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=12195](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195)]
- [8] Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.  
[[http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat\\_sante\\_2017/ESP2017\\_Ouvrage\\_complet\\_vdef.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf)]
- [9] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2<sup>e</sup> rapport. Paris: Drees; fev. 2016, 481p.  
[[http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf)]
- [10] Beck F, Guignard , Du Roscoät E, Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. BEH. 2011; 47-48 : 488-49  
[<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>]
- [11] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglà E. Convention d'étude INSERM – DREES – N° 1 du 10 juillet 2008 - Rapport final (décembre 2009) - Amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide (Etudes des causes inconnues de décès, des causes indéterminées quant à l'intention et des suicides) - France métropolitaine – Année 2006

Observatoire régional du suicide Auvergne-Rhône-Alpes. Suicide et tentatives de suicide en Auvergne-Rhône-Alpes - Bulletin N°4, janvier 2018, 27p.

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

*Dr Chappert J.L. (Cire- Auvergne-Rhône-Alpes Santé publique France), Dr Courty E. (CHU Clermont-Ferrand, Unité Pass'Aje), Ferroud-Plattet B. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Fontaine-Gavino K. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Geneste J. (CHU Clermont-Ferrand, Urgences psychiatriques), Dr Mannoni C. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Maquinghen S. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes), Dr Monat T. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Poulet E. (Psychiatrie des Urgences des HCL Pavillon N, PsyR2 – CRNL (INSERM U1028 / CNRS UMR 5292 / UCBL1), CH Le Vinatier), Pouzet M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Pr Terra J.L. (CH Le Vinatier), Tournier M. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Vaisseix A. (ARS Auvergne-Rhône-Alpes), Venzac M. (ORS Auvergne-Rhône-Alpes)*

*PAO : Valérie Gonon (ORS Auvergne-Rhône-Alpes)*