

CONDUITES SUICIDAIRES

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Introduction p.2 Décès par suicide (Source : CépiDc) p.3 Hospitalisations pour tentatives de suicide (Source : PMSI-MCO) p.5 Décès par suicide et hospitalisations – Inégalité départementale p.7 Passages aux urgences pour tentatives de suicide (Source : Oscour®) p.8 Conduites suicidaires (Source : Baromètre de Santé publique France) p.14 Prévention p.21 Méthodologie p.23 Pour en savoir plus p.24 Sigles, remerciements et contacts p.25

ÉDITO

Les suicides et tentatives de suicide demeurent un problème de santé publique majeur en Bretagne, la région la plus fortement touchée de la France. Le suicide a entraîné 729 décès lors de l'année en 2015 et est à l'origine d'environ 6 700 hospitalisations par an (données 2008-2017). En 2017, un habitant de la région sur 20 (5,1 % ou environ 117 000 personnes) déclarait avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année écoulée.

A l'occasion de la journée nationale pour la prévention du suicide du 5 février, Santé publique France dresse dans toutes les régions métropolitaines et ultra-marines un état des lieux détaillé des suicides, des tentatives de suicide ayant donné lieu à un passage aux urgences et/ou à une hospitalisation et des conduites suicidaires déclarées en population générale.

Les conduites suicidaires touchent de manière hétérogène les départements bretons avec les Côtes d'Armor particulièrement affecté en termes de mortalité par suicide et hospitalisation pour tentative de suicide.

Les données issues du baromètre de Santé publique France 2017 apportent également des informations au niveau régional sur les conduites suicidaires chez les 18-75 ans, ainsi que sur les facteurs, notamment socio-économiques, qui leur sont associés.

Ces approches complémentaires apportent un éclairage du phénomène suicidaire dans son ensemble. Elles ont été développées pour aider les Agences régionales de santé, et au-delà l'ensemble des acteurs locaux, à mieux définir, mettre en œuvre et évaluer les actions de santé publique en matière de prévention du risque suicidaire.

POINTS CLÉS EN REGION

CépiDc-2015 : Décès par suicide des 10 ans et plus

- La Bretagne est la région la plus fortement touchée par le suicide : 24,7 suicides pour 100 000 habitants. Les plus forts taux sont dans les Côtes d'Armor, suivi du Morbihan.
- Sur les 729 décès par suicide en Bretagne en 2015, 76% étaient des hommes.
- Une tendance à la baisse des taux de suicide est observé en Bretagne comme au niveau national.

PMSI-2017 : Hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus

- En 2017, en Bretagne, 213 hospitalisations pour 100 000 habitants ont été enregistrés (supérieur au taux national). Il s'agit majoritairement de femmes (60 %).
- Des disparités départementales importantes sont constatées: 183 pour 100 000 habitants en Ille-et-Vilaine à 277 pour 100 000 habitants dans les Côtes d'Armor.
- Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide présentaient une tendance à la baisse comme au niveau national.

Oscour®-2017: Passages aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus

- Plus de 4 500 recours pour « geste suicidaire » ont été identifiées dans les structures d'urgences bretonnes en 2017, soit une moyenne de 12 recours quotidiens.
- Il s'agissait principalement de femmes (60 %), d'intoxication médicamenteuse (95 %).
- Une première estimation des récives indique qu'un peu plus d'une personne sur 10 réitérait son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour geste suicidaire en 2017. Le taux de récive atteignait 18 % dans les Côtes d'Armor.

Baromètre de Santé publique France-2017 : Conduites suicidaires déclarées chez les 18-75 ans

- En 2017, 5,1 % des 18-75 ans interrogés en Bretagne déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (soit environ 117 000 personnes).
- La prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois était estimée à 0,51 % (environ 12 000 personnes).

Prévention : Revue de la littérature des interventions efficaces

- Plusieurs interventions sont reconnues comme efficaces par la littérature : la restriction des moyens létaux, le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital après une hospitalisation pour tentative de suicide, les lignes d'appel, la formation des médecins généralistes, les programmes en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge, l'information du public.

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, la prise en compte du suicide comme véritable problématique de santé publique a conduit à l'élaboration de plans d'actions dans plusieurs pays européens. D'après le rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur la prévention du suicide, publié en 2014, la France se situe parmi les pays de l'Union européenne (UE) enregistrant le taux de suicide le plus élevé (10^{ème} place parmi les 27 pays de l'UE en 2012). [1]

Depuis les années 2000, la France s'est dotée d'une stratégie nationale d'action face au suicide complétée par deux plans « psychiatrie et santé mentale » puis avec l'élaboration d'un programme national d'action contre le suicide 2011-2014 [2-5]. En 2013, la volonté d'agir contre le suicide a été réaffirmée par le Ministère en charge de la santé avec la création de l'Observatoire national du suicide (ONS), copiloté par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et Santé publique France, avec pour missions de coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide (TS), et de produire des recommandations notamment en matière de prévention.

Les dernières données publiées dans le rapport de l'ONS 2016 faisait état de 10 686 décès par suicide en 2012 en France métropolitaine soit un taux standardisé sur l'âge de 16,7 pour 100 000 habitants [6]. Les hommes étaient trois fois plus touchés que les femmes avec un taux de 25,9 décès pour 100 000 hommes contre 7,4 décès pour 100 000 femmes. Se démarquaient également des disparités liées à l'âge avec un taux de suicide qui augmentait fortement au-delà de 75 ans, en particulier chez les hommes (67,1 décès pour 100 000 hommes). Mais c'est parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans que le suicide représentait la part la plus importante de la mortalité (17,0 % contre 1,7 % tous âges confondus). Ce rapport mettait aussi en lumière l'importante hétérogénéité régionale avec une surmortalité suicidaire (2010-2012) dans les régions du quart nord-ouest de la France (Bretagne, Normandie et Hauts-de-France).

Un rapport [7] de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) met également en lumière les disparités d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France (données en 2011) malgré une situation globalement favorable au regard des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) en ce qui concerne les capacités d'hospitalisation en psychiatrie et la densité de psychiatres.

L'objectif de ce travail est de faire **un état des lieux régional avec 4 sources de données** :

- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 et **séjours hospitaliers** pour tentatives de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au moins un **passage aux urgences pour tentative de suicide** dans les structures implantées dans la région et adhérant à Oscour® en 2017,
- Parmi la population résidente dans la région âgée entre 18 et 75 ans et ayant répondu au **Baromètre de Santé publique France 2017** aux questions relatives aux conduites suicidaires déclarées.

Enfin, les outils de prévention sont rappelés à la fin du document.

Ce travail a été élaboré dans le cadre d'un Groupe d'échange de pratiques professionnelles - GEPP « Santé mentale » de Santé publique France dont un des objectifs est d'assurer le développement d'une méthodologie partagée en région pour la mise à disposition de données comparables utilisables par les partenaires.

[1] World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Place of publication not identified: World Health Organization; 2015

[2] Direction générale de la santé. Stratégie nationale d'action face au suicide 2000/2005 [Internet]. 2000. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nat-2.pdf

[3] Direction générale de la santé. Psychiatrie et santé mentale 2005-2008 [Internet]. 2005. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

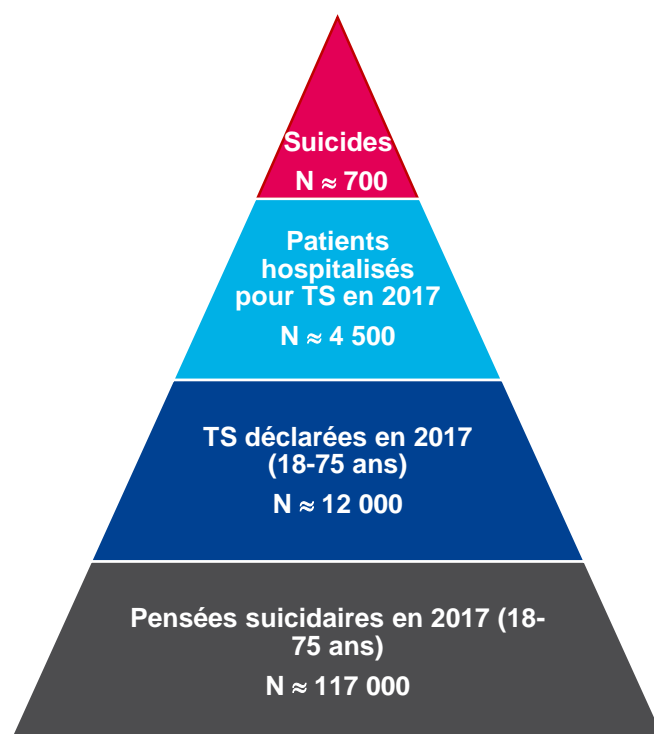
[4] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. 2012. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_Psychiatrie_et_Sante_Mentale_2011-2015.pdf

[5] Ministère des Affaires sociales et de la santé. Programme national d'action contre le suicide [Internet]. 2011. Disponible sur : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf

[6] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. Disponible sur : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf

[7] <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf>

Les chiffres-clés régionaux



DÉCÈS PAR SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : CÉPIDC)

Données issues du CépiDc - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

Les données de **mortalité** sont issues des causes médicales de décès, établies à partir des certificats de décès. Les analyses précédentes confirment l'aspect multifactoriel des facteurs de risque de suicide, incluant des dimensions d'âge, de sexe, de statut marital et de profession. Ces deux dernières informations sont souvent trop partielles, peu fiables et peu précises.

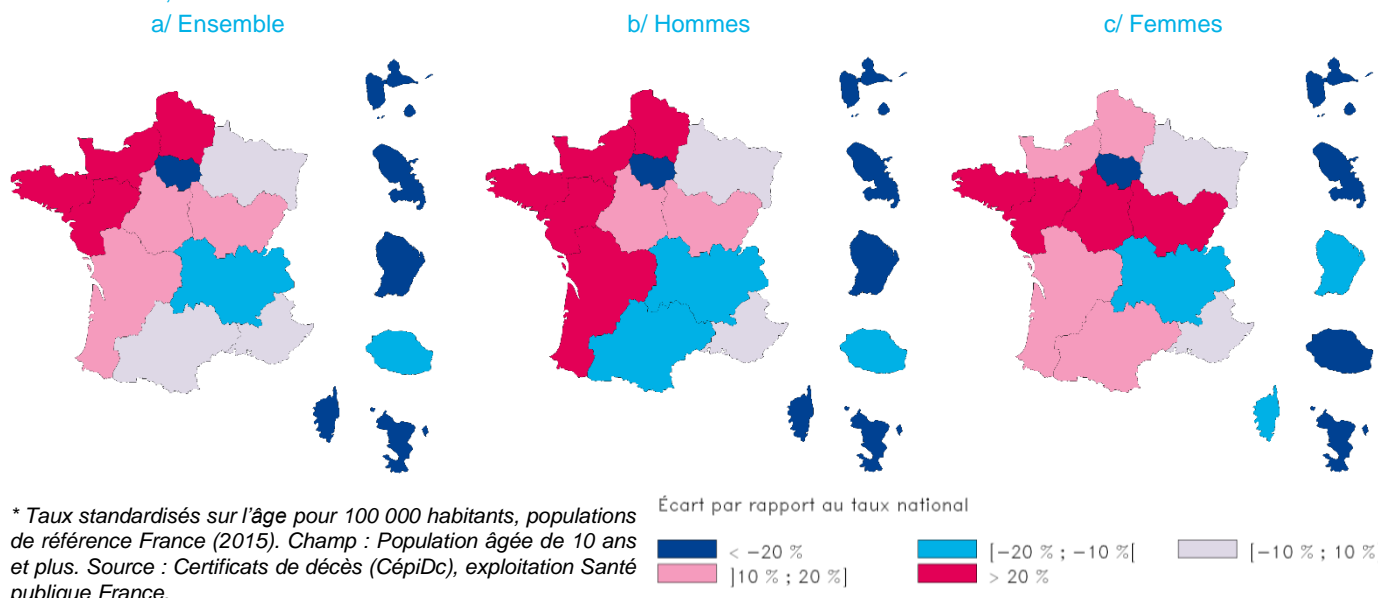
Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) montrait que la région Bretagne avait un taux de sous-déclaration estimée du taux de suicide de 0,3 %, valeur régionale minimale. Le taux régional maximal observé était de 46 % en Île-de-France. Dans ce contexte, les indicateurs présentés doivent être interprétés avec prudence. [1]

• Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Bretagne

En 2015, 729 personnes résidant en Bretagne se sont suicidées et 76,2 % d'entre elles étaient des hommes (n = 556). Avec un taux standardisé de 24,7 suicides pour 100 000 habitants, la Bretagne était la région la plus fortement touchée. Chez les hommes (40,2 pour 100 000 habitants) comme chez les femmes (11,2 pour 100 000 habitants), les taux de suicide en Bretagne par sexe étaient également les plus élevés en France (Figure 1).

Figure 1 : Écart des taux régionaux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2015.

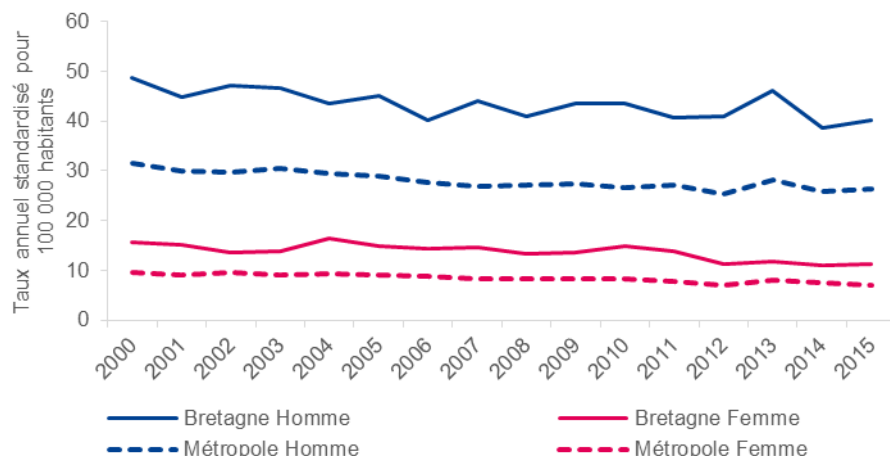


• Évolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a varié de 29,9 à 24,7 pour 100 000 habitants en Bretagne.

Une tendance à la baisse s'observait également selon le sexe (Figure 2). Chez les hommes, le taux standardisé a en effet varié de 48,6 en 2000 à 40,2 pour 100 000 hommes en 2015. Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge s'élevait à 15,6 suicides en 2000 et à 11,2 suicides pour 100 000 femmes en 2015.

Figure 2 : Évolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), standardisés* sur l'âge, par sexe, Bretagne et France métropolitaine, 2000-2015.



• Répartition par sexe et âge

Le dernier rapport sur « [l'état de santé de la population en France](#) » fait état d'un taux de décès par suicide plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées [2]. En région, cette même tendance est observée.

En Bretagne, entre 2013-2015, les hommes représentaient 76,4 % (1 710/2 237) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les 50-54 ans représentaient la part des suicides la plus importante (11,4 %, n = 255) et les 10-14 ans la plus petite (0,4 %, n = 8). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à eux 5,3 % des suicides (n = 118). Les moins de 25 ans représentaient 4,4 % et les personnes de 60 ans et plus environ 37 %. (Figure 3)

Les suicides représentaient la plus grosse part des causes de décès chez les 30-34 ans (30,4 %). Chez les plus jeunes (10-14 ans), les suicides constituaient 14,0 % des décès et seulement 0,3% chez les plus âgés (85 ans et plus). (Tableau 1)

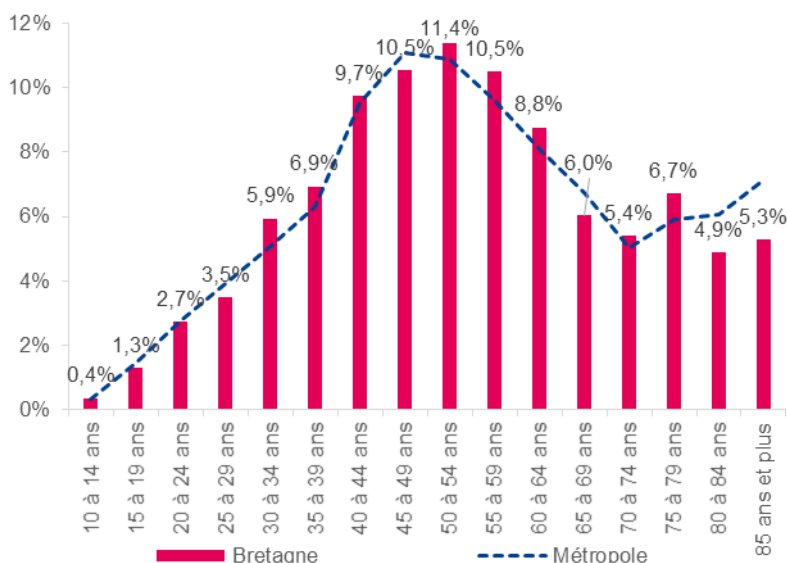
Entre 2013-2015, les suicides représentaient 2,3 % (n = 2 237) des décès toutes causes confondus contre 1,6 % (n = 27 965) en France entière. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 3,5 % (n = 1 710) dans la région contre 2,5 % (n = 21 152) en France entière. Chez les femmes, elle était de 1,1 % (n = 527) contre 0,8 % (n = 6 813) en France entière.

• Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Bretagne était la pendaison (64,3 % versus 56,6 %) et ceci aussi bien chez les hommes (69,0 %) que chez les femmes (49,0 %). (Tableau 2)

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (9,7 %) et chez les femmes, il s'agissait de l'auto-intoxication médicamenteuse (18,8 %). (Tableau 2)

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale, Bretagne, 2013-2015 (n = 2 237).



Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Tableau 1 : Part des décès par suicide parmi les décès toutes causes chez les hommes et chez les femmes, Bretagne, 2013-2015.

	Ensemble	Hommes	Femmes
	%	%	%
10 à 14 ans	14,0 %	14,7 %	13,0 %
15 à 19 ans	22,3 %	20,6 %	27,3 %
20 à 24 ans	25,5 %	25,0 %	27,0 %
25 à 29 ans	23,7 %	28,2 %	10,7 %
30 à 34 ans	30,4 %	35,7 %	13,5 %
35 à 39 ans	26,5 %	30,0 %	16,0 %
40 à 44 ans	20,8 %	23,8 %	14,3 %
45 à 49 ans	14,0 %	15,9 %	10,1 %
50 à 54 ans	9,3 %	10,7 %	6,1 %
55 à 59 ans	5,9 %	5,6 %	6,6 %
60 à 64 ans	3,5 %	3,7 %	3,1 %
65 à 69 ans	2,1 %	2,0 %	2,1 %
70 à 74 ans	1,9 %	2,1 %	1,5 %
75 à 79 ans	1,5 %	2,0 %	0,9 %
80 à 84 ans	0,7 %	1,1 %	0,3 %
85 ans et plus	0,3 %	0,6 %	0,1 %
Total	2,3 %	3,5 %	1,1 %

Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Tableau 2 : Part des modes de suicides chez les hommes et chez les femmes, Bretagne, 2013-2015 (n = 2 303).

Mode de suicide	Ensemble	Hommes	Femmes
Pendaison	1 438	64,3 %	49,0 %
Auto-intoxication médicamenteuse	208	9,3 %	18,8 %
Arme à feu	168	7,5 %	0,4 %
Noyade	143	6,4 %	13,5 %
Saut dans le vide	104	4,6 %	7,6 %
Auto-intoxication par d'autres produits	46	2,1 %	4,0 %
Collision intentionnelle	23	1,0 %	0,6 %
Objet tranchant	22	1,0 %	0,9 %
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	19	0,8 %	2,5 %
Mode non précisé	132	5,9 %	6,5 %

Note : les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

[1] Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf

[2] 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

HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : PMSI – MCO)

Données issues du PMSI-MCO - Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

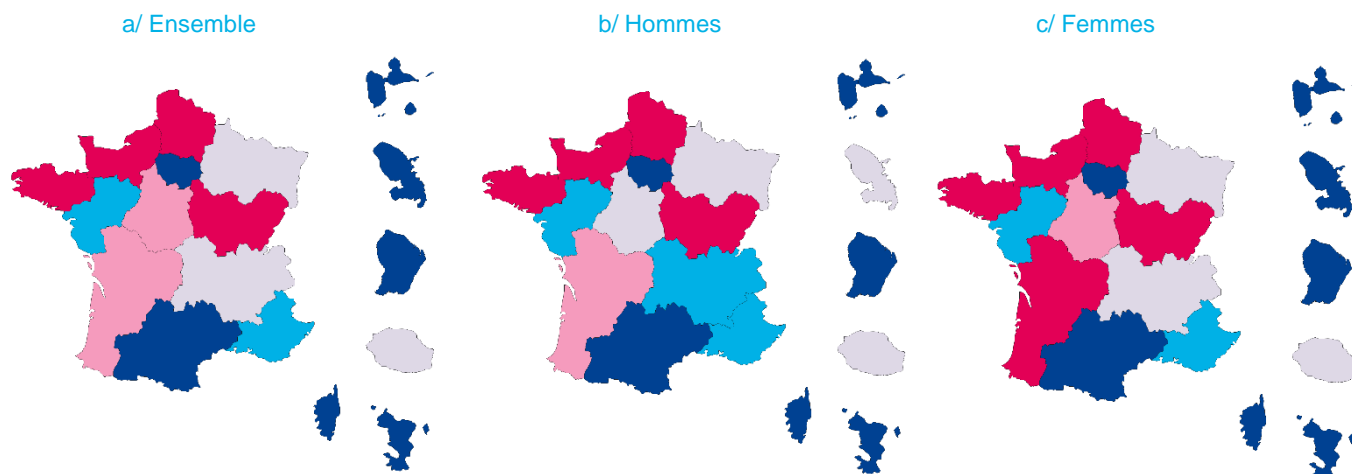
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir une vision complète du phénomène car elles n'incluent pas les hospitalisations en services de psychiatrie et ne donnent pas d'informations sur les TS non hospitalisés. Cependant, elles présentent l'avantage d'être collectées en routine et de permettre une exploitation nationale, régionale et départementale permettant des comparaisons.

• Hospitalisations pour tentatives de suicide des 10 ans et plus, Bretagne

Entre 2008 et 2017, 6 707 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Bretagne chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 99 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

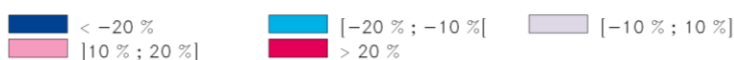
Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 212,7 pour 100 000 habitants en 2017, la région Bretagne se situait au-dessus du taux national (148,0 pour 100 000 habitants). Avec la Normandie, les Hauts-de-France et la Bourgogne-Franche Comté, elle présentait l'un des plus importants différentiels par rapport au taux national (plus de 20 %) (Figure 1).

Figure 1 : Écart des taux régionaux d'hospitalisations pour tentative de suicide standardisés* sur l'âge (pour 100 000 habitants) par rapport à la France entière, 2017.



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : France entière, population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

Écart par rapport au taux national

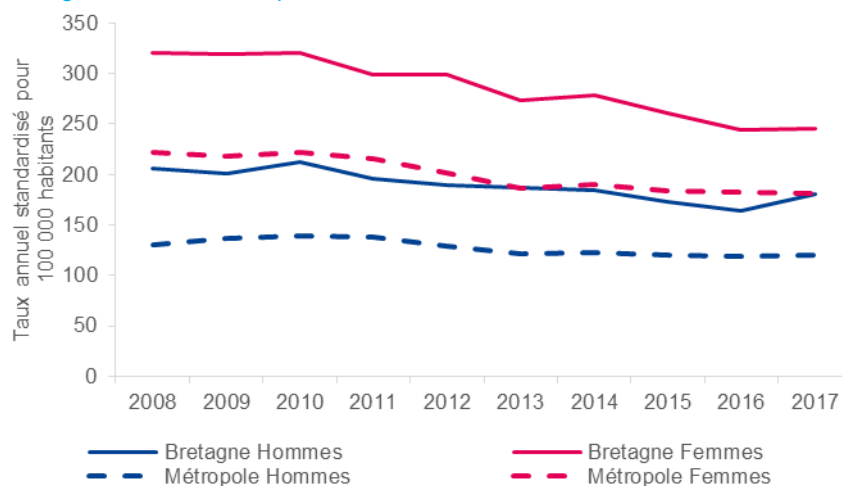


• Évolution temporelle

A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisations pour TS était en diminution depuis 2010. En Bretagne, une tendance à la baisse est également observée sur l'ensemble de la période quel que soit le sexe. Chez les hommes, une baisse apparaissait de manière continue entre 2010 et 2016. (Figure 2).

A l'échelle départementale, une tendance à la baisse est observée dans le Finistère, l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan. Cette tendance à la baisse est observée dans les Côtes d'Armor depuis 2013. Entre 2014 et 2017, l'ensemble des départements bretons présentait des taux d'hospitalisations pour TS supérieur au niveau national allant de +21 % en Ille-et-Vilaine à +76 % dans les Côtes d'Armor.

Figure 2 : Évolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (TS) (pour 100 000 habitants), standardisés* sur l'âge, par sexe, Bretagne et France métropolitaine, 2008-2017.



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France (2015). Champ : Bretagne, population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

• Répartition par sexe et âge

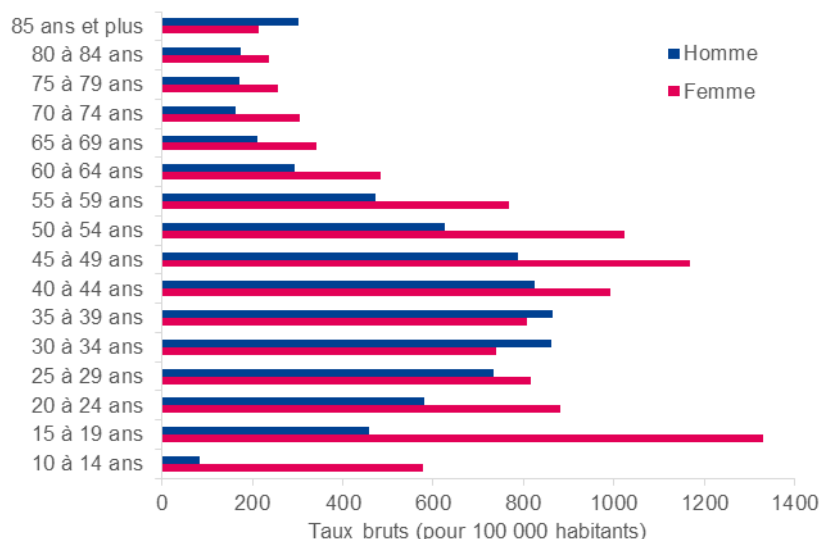
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 60 % (10 825/18 074) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. Pendant cette période de trois ans, en terme d'âge, le taux d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (1 331 pour 100 000). Le second taux le plus élevé concernait les femmes âgées de 45-49 ans (1 168 pour 100 000 habitants). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 35-39 ans (865 pour 100 000 habitants), suivi par les 30-34 ans (862 pour 100 000 habitants). (Figure 3)

• Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était les intoxications médicamenteuses volontaires qui concernaient 73,0 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Parmi elles, 11,1 % (n = 1 465) correspondaient à des intoxications par ingestion de paracétamol. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les auto-intoxications non médicamenteuses (18,3 %), les automutilations par objets tranchants (8,1 %) puis les pendaisons (3,1 %). (Tableau 1)

Au total, 205 décès ont été rapportés parmi les 18 074 hospitalisations, soit un taux de létalité de 11,3 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 17,9 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 6,9 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les taux de létalité les plus forts étaient observés pour les TS par arme à feu (180,7 décès pour 1 000 hospitalisations) et par pendaison (148,2 décès pour 1 000 hospitalisations). La collision intentionnelle, l'auto-intoxication médicamenteuse et l'automutilation présentaient les taux de létalité les plus faibles (respectivement 0,0, 4,1 et 4,8 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS).

Figure 3 : Taux bruts des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (TS) par sexe et âge pour 100 000 habitants, 2015-2017, Bretagne (n = 18 074).



Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

• Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 18 074 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 94,7 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 57,4 % des cas.

La durée médiane des séjours était de 1 jour pour tous âges. La durée médiane la plus forte était les 85 ans et plus (5 jours), suivie des 10-14 ans, des 75-79 ans et des 80-84 ans (2 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par saut dans le vide (7 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire. (Tableau 1)

Tableau 1 : Part des modes de tentatives de suicide (TS) chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS), 2015-2017, Bretagne (n = 19 837).

	Total		Hommes	Femmes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	13 195	73,0 %	67,9 %	76,4 %	1,0	4,1
Auto-intoxication par d'autres produits	3 302	18,3 %	19,4 %	17,5 %	1,0	9,4
Objet tranchant/automutilation	1 459	8,1 %	8,8 %	7,6 %	1,0	4,8
Pendaison	567	3,1 %	5,4 %	1,6 %	1,0	148,2
Saut dans le vide	257	1,4 %	1,6 %	1,3 %	7,0	58,4
Noyade	97	0,5 %	0,5 %	0,5 %	1,0	30,9
Arme à feu	83	0,5 %	0,9 %	0,1 %	3,0	180,7
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	73	0,4 %	0,7 %	0,2 %	1,0	109,6
Collision intentionnelle	46	0,3 %	0,4 %	0,1 %	1,0	0,0
Mode non précisé	758	4,2 %	4,5 %	4,0 %	1,0	15,8

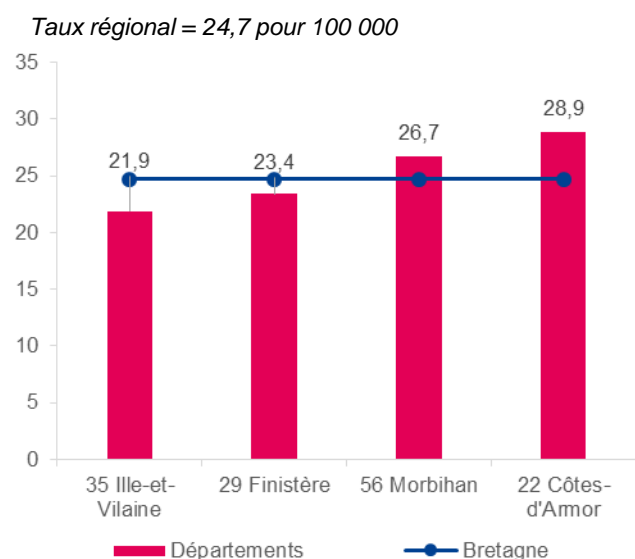
Note : Les modes ne sont pas exclusifs. Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

DÉCÈS PAR SUICIDE ET HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVES DE SUICIDE - INEGALITE DEPARTEMENTALE

• Situation en 2015

En Bretagne, les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) variaient selon les départements. Le département des Côtes d'Armor apparaissait comme le territoire le plus touché tant en termes de mortalité par suicide (28,9 pour 100 000) que de taux d'hospitalisations pour TS (277,7 pour 100 000). L'Ille-et-Vilaine était le département le moins touché avec un taux de mortalité de 21,9 pour 100 000 et un taux d'hospitalisations pour TS de 182,6 pour 100 000. Les inégalités territoriales observées n'étaient pas identiques pour les suicides et les TS, pour les départements du Finistère et du Morbihan. En effet, le Finistère présentait un taux de suicide (23,4 pour 100 000) moindre et un taux d'hospitalisation pour TS (227,8 pour 100 000) plus fort par rapport au Morbihan (respectivement 26,7 décès par suicide pour 100 000 et 206,1 hospitalisations pour TS pour 100 000).

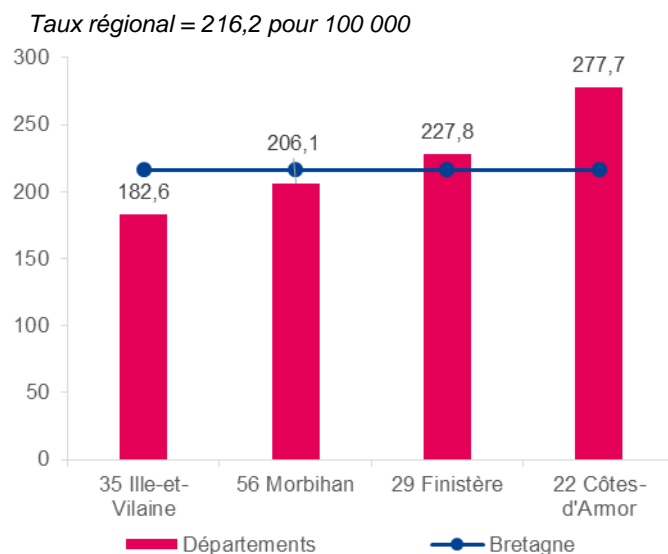
Figure 1 : Taux de mortalité par suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Bretagne (n = 729).



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France 2015.

Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Figure 2 : Taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide standardisés* sur l'âge par département, 2015, Bretagne (n = 6 151).



* Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population de référence France 2015.

Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France.

Un territoire...des territoires

Que ce soit en termes de mortalité par suicide ou d'hospitalisation en Médecine, Chirurgie, Obstétrique et odontologie (MCO) pour tentative de suicide, la situation en Bretagne est plus défavorable qu'en France métropolitaine.

Les moyennes départementales peuvent masquer des hétérogénéités infra départementales qu'il pourrait être intéressant d'étudier, sous réserve de disposer d'effectifs suffisants pour obtenir une précision suffisante des estimateurs. Dans une perspective de prévention ciblée au plus près des territoires, un projet d'analyse est en cours et sera prochainement disponible. D'autres indicateurs tels que les récurrences sont à mobiliser et à intégrer.

Pour en savoir plus

L'Observatoire régional de la santé (ORS), soutenu par le Conseil régional de Bretagne et de l'ARS Bretagne a publié une nouvelle version du tableau de bord sur le phénomène suicidaire en Bretagne (décembre 2018) ainsi qu'une étude que l'observation du phénomène suicidaire en Bretagne (février 2018).

https://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/suicides/

PASSAGES AUX URGENCES POUR TENTATIVES DE SUICIDE – ANALYSE RÉGIONALE (SOURCE : OSCOUR®)

Données issues d'Oscour® - Organisation coordonnée de la surveillance des urgences

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

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

• Caractéristiques et qualité du dispositif régional Oscour®

En 2017, l'ensemble des 30 structures d'urgences (SU) de la région Bretagne participait au réseau Oscour® et couvrait, 97 % des 898 341 passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#) [1].

Si la couverture régionale en terme d'établissements participants était exhaustive, la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU transmis s'améliorerait mais demeurerait hétérogène entre les départements en 2017. Dans l'ensemble des départements au moins 2 RPU sur 3 disposaient d'un diagnostic. (Tableau 1)

Du fait de l'évolutivité de la couverture et de la complétude du dispositif, l'analyse ci-dessous n'avait pas pour ambition d'estimer d'incidence ou de prévalence des tentatives de suicide ou de comparer les régions entre elles mais de décrire les principales caractéristiques clinico-épidémiologiques des tentatives de suicide identifiées dans les recours aux SU participant au réseau Oscour® en 2017 dans la région.

Tableau 1 : Nombre de structures d'urgence (SU), couverture régionale et complétude diagnostique des résumés des passages aux urgences transmis par les établissements participant au réseau Oscour® en Bretagne, 2017.

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Côtes d'Armor	5/5 (100 %)	66,2 %
Finistère	12/12 (100 %)	85,0 %
Ille-et-Vilaine	8/8 (100 %)	76,9 %
Morbihan	5/5 (100 %)	67,0 %
Bretagne	30/30 (100 %)	75,8 %

DP : Diagnostic principal ; DA : Diagnostic associé.

Champ : tous passages aux urgences toutes causes, tous âges. Source : Oscour® (Santé publique France).

• Identification des passages aux urgences pour tentatives de suicide

Le regroupement syndromique « Geste suicidaire », correspondant aux codes diagnostics de la 10^{ème} Classification internationale des maladies (CIM-10) listés dans le tableau 2, a été défini par un groupe de travail composés d'épidémiologistes, d'urgentistes et de médecins des départements d'information médicale (DIM) afin de permettre une exploitation standardisée dans toutes les régions des passages aux urgences pour tentatives de suicide. Ce regroupement a été appliqué pour les recours aux urgences de personnes âgées de 10 ans et plus, pour lesquelles il existe un consensus sur l'intentionnalité des gestes suicidaires au même titre que pour les autres sources de données présentées dans ce bulletin.

Au final, les codes diagnostiques retenus dans le regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire » correspondaient aux codes également utilisés pour le recensement des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide dans la base de données du PMSI.

L'analyse présentée ci-dessous concernait les recours pour tentatives de suicide en 2017 dans les structures d'urgences de Bretagne pour des patients résidant ou non dans la région.

Tableau 2 : Composition (codes CIM-10) du regroupement syndromique Oscour® « Geste suicidaire », 2017.

Catégorie	Codes CIM-10	Libellés diagnostiques
Regroupement syndromique « Geste suicidaire »	X60-X64, X66-X84	Auto-intoxications et lésions auto-infligées
	T39	Intoxication par analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et antirhumatisants
	T42	Intoxication par anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et anti-parkinsoniens
	T43	Intoxication par médicaments psychotropes, non classés ailleurs
	T50	Intoxication par diurétiques et médicaments et substances biologiques, autres et sans précision
	T60	Effet toxique de pesticides
	T71	Asphyxie
	Y870	Séquelle de lésion auto infligée

Sources : CIM-10 (Classification internationale des maladies, 10^{ème} version), Oscour® (Santé publique France).

• Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Bretagne en 2017

Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

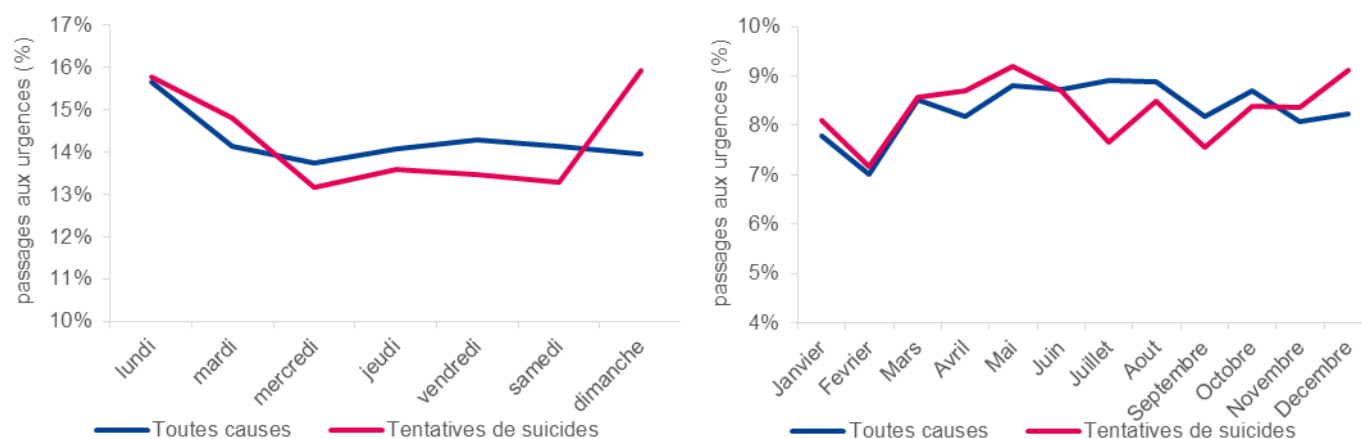
Au total, en 2017, 4 548 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 30 SU de Bretagne participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 12 recours quotidiens et près de 6 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représentait 6,4 % du total national (en France métropolitaine).

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondus mettait en évidence une augmentation modérée des passages aux urgences pour TS au printemps et en décembre (Figure 1).

L'analyse quotidienne pointait l'augmentation des recours pour TS le dimanche et le lundi (Figure 1bis) et la répartition horaire, la recrudescence importante des passages pour TS en soirée et début de nuit (plus de la moitié des recours pour TS sont enregistrés entre 16h et avant minuit). La tendance inverse est observée pour le recours toutes causes (39,4 % entre 16h et avant minuit). (Figure 1ter)

Figures 1 et 1bis : Répartitions quotidienne et mensuelle de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicides (TS) dans les structures d'urgences (SU) de Bretagne participant au réseau Oscour®, 2017.

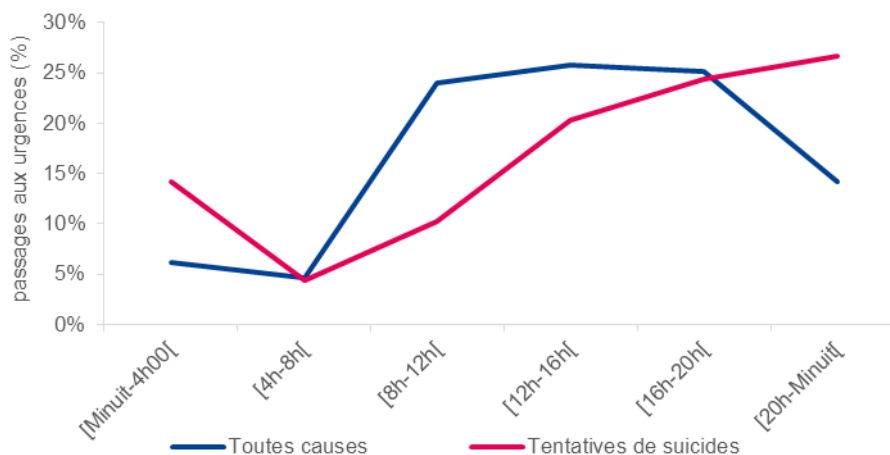
Échelles différentes



Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

Figure 1ter : Répartition horaire de la part des recours toutes causes et pour tentative de suicides (TS) dans les structures d'urgences (SU) de Bretagne participant au réseau Oscour®, 2017.

Échelles différentes



Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

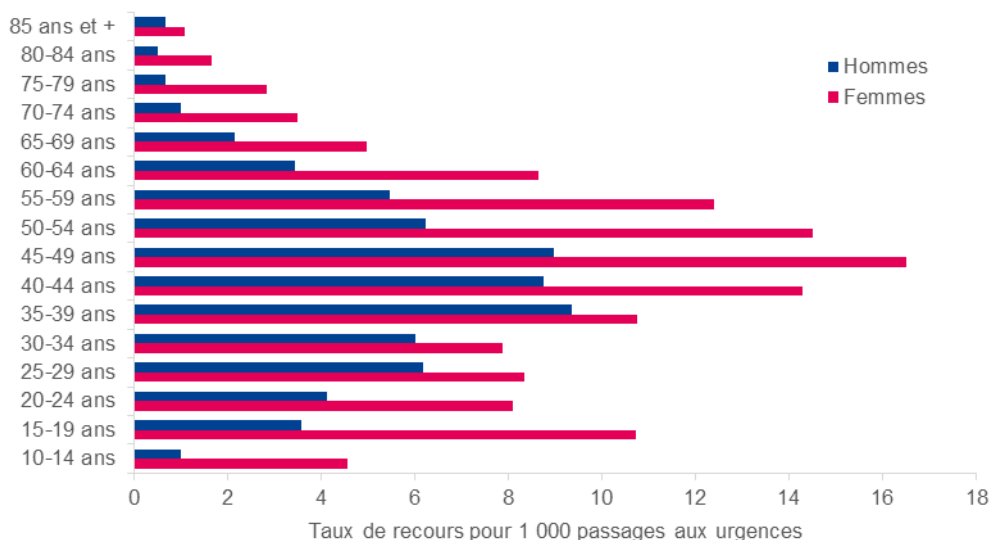
Caractéristiques socio-démographiques des recours aux urgences pour tentative de suicide

La majorité des recours pour TS dans les SU de Bretagne concernaient des personnes résidant dans la région (97 %), 2 % des résidents d'autres régions de France métropolitaine et moins de 1 % des ressortissants de pays étrangers.

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (61 %, n = 2 789) alors que le sex-ratio H/F était de 1,1 pour le recours toutes causes. Dans les recours pour TS, la répartition par sexe et classes d'âges retrouvait une sur-représentation des femmes (sex-ratio (H/F)<1) dans toutes les classes d'âges, à l'exception des 35-39 ans.

Chez les femmes, les taux de recours les plus importants sont observés chez les 35-59 (pic chez les 45-49 ans avec 16,5 pour 1 000 passages). Les adolescentes (15-19 ans) avaient un taux de recours de 10,7 pour 1000 passages. Chez les hommes, les taux de recours pour TS les plus élevés s'observaient chez les 35-49 ans (Figure 2).

Figure 2 : Taux de recours pour tentative de suicide (TS) pour 1 000 passages toutes causes confondues par classe d'âges et par sexe (n = 1 757 hommes et 2 789 femmes), Bretagne, 2017.



Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

Modes de tentatives de suicide

Plus de 95 % des recours pour TS résultaient d'intoxications médicamenteuses (93,7 %) ou non médicamenteuses (2,0 %) (Tableau 3). Leur fréquence élevée quel que soit le sexe variait de 83 à 96 % selon la classe d'âge.

Parmi les intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses représentaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 34,5 % (1 468/4 260) des recours,
- l'intoxications aux benzodiazépines (T424) : 32,7 % (1394/4 260),
- les autres psychotropes (T43) : 16,1 % (684/4 260),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) : 8,5 % (362/4 260),
- le paracétamol (T391) : 4,6 % (195/4 260).

Ces résultats sont non mutuellement exclusifs certaines intoxications pouvant être polymédicamenteuses.

Les pendaisons, l'utilisation d'armes à feu sont des modes de TS violents. Parce qu'ils sont mortels le plus souvent, ils étaient rares dans les recours aux urgences pour TS mais plus nombreux chez les hommes.

Tableau 3 : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Bretagne, 2017.

Mode de suicide	Ensemble		Hommes		Femmes	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Auto-intoxication médicamenteuse	4 258	(93,7 %)	1 609	(91,1 %)	2 649	(94,7 %)
Auto-intoxication par d'autres produits	92	(2,0 %)	44	(2,5 %)	48	(1,7 %)
Objet tranchant	58	(1,3 %)	24	(1,4 %)	34	(1,2 %)
Pendaison	50	(1,1 %)	40	(2,3 %)	10	(< 1,0 %)
Noyade	11	(< 1,0 %)	4	(< 1,0 %)	7	(< 1,0 %)
Saut dans le vide	6	(< 1,0 %)	2	(< 1,0 %)	4	(< 1,0 %)
Collision intentionnelle	5	(< 1,0 %)	1	(< 1,0 %)	4	(< 1,0 %)
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	3	(< 1,0 %)	3	(< 1,0 %)	0	(0,0 %)
Arme à feu	2	(< 1,0 %)	2	(< 1,0 %)	0	(0,0 %)
Mode non précisé et séquelles	77	(1,7 %)	37	(2,1 %)	40	(1,4 %)

Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

Provenance et orientation des recours aux urgences pour tentatives de suicide

Lorsque la provenance était renseignée (95,7 % des recours), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (98,8 %). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans 81,2 % des cas.

Lorsque le mode de sortie était renseigné (93,2 % des recours), près de 6 suicidants sur 10 (59,2 %) ont été hospitalisés dans l'établissement de recours (42,9 %) ou dans un autre établissement de soins (16,3 %). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (63,3 %) réalisées en services de médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO) et plus d'un tiers en unités psychiatriques (36,2 %). La majorité des hospitalisations pour lesquelles l'orientation était renseignée (44,9 %) étaient effectuées en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) (39,9 %) et 23,1 % en unités de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

Principales caractéristiques des récurrences de TS identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018

Un « identifiant-patient » a été créé à partir de trois variables du résumé de passage aux urgences (sexe, date de naissance et code postal de résidence renseignés). Cet identifiant a permis d'estimer les récurrences de TS, définies par l'enregistrement de plusieurs recours pour TS pour un même patient sur une période d'étude de 18 mois (01/01/2017 au 30/06/2018).

Seuls les patients avec un primo-recours aux urgences pour TS en 2017 ont été pris en compte dans l'analyse. L'élargissement de la période d'étude du 01/01/2018 au 30/06/2018 visait à recenser et étudier les récurrences jusqu'à 6 mois pour les patients suicidants passés aux urgences durant les 6 derniers mois de l'année 2017.

Seuls les patients résidant et pris en charge en Bretagne ont été inclus dans cette analyse afin de limiter le risque de perte de vue pour les non-résidents dans la région pour lesquels la probabilité de nouveau recours pour TS à une structure d'urgence de la région est plus faible que pour les résidents.

Les taux et délais de récurrence à 6 mois présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récurrence identifiée dans les 6 mois suivant un premier recours pour TS, enregistré en 2017.

Au total, 4 548 recours aux urgences pour TS, correspondant à 3 706 patients résidant en Bretagne ont été estimés du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017 dans les SU de Bretagne participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 437 (11,8 %), soit une personne suicidante sur 10, a réitéré au moins une fois son geste dans les 6 mois suivant un premier passage pour TS en 2017 (Tableau 4).

Le taux de récurrence dans les 6 mois estimé le plus élevé a été observé dans les Côtes d'Armor (18,4 %) et les plus faibles dans le Finistère (9,2 %) et le Morbihan (9,9 %) (Tableau 4).

Tableau 4 : Estimation du taux de récurrence de tentative de suicide dans les 6 mois parmi les suicidants passés aux urgences du 1^{er} janvier au 31 décembre 2017, selon le département de résidence, structures d'urgence de Bretagne.

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récurrence
Côtes d'Armor	749	138	18,4 %
Finistère	1 175	108	9,2 %
Ille-et-Vilaine	937	107	11,4 %
Morbihan	845	84	9,9 %
Bretagne	3 706	437	11,8 %

Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

Le taux de récurrence dans les 6 mois était légèrement supérieur chez les hommes (12,3 % (175/1 428)) que chez les femmes (11,5 % (262 / 2 278)) et il variait selon la classe d'âge. Il était maximum pour les 2 sexes chez les trentenaires et les quadragénaires (Figure 3). Il était plus élevé chez les hommes que chez les femmes à partir de 30 ans sauf pour la classe d'âge 70-79 ans, pour laquelle le taux de récurrence était similaire quel que soit le sexe. A l'inverse, le taux de récurrence était plus élevé chez les femmes jeunes (<30 ans) que chez les hommes.

Le délai à la 1^{ère} récurrence était globalement similaire quel que soit le sexe. La moitié des patients récidivistes réitérait leur geste suicidaire dans les 2 mois [31 à 60 jours] suivant un premier recours pour TS pour les hommes et dans les 3 mois pour les femmes [61 à 90 jours]. A 6 mois (180 jours), 70 % des femmes et 77 % des hommes avaient récidivé leur geste. (Figure 4)

Figure 3 : Taux de récurrence de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âge et par sexe, structures d'urgence de Bretagne, du 01/01/2017 au 30/06/2018.

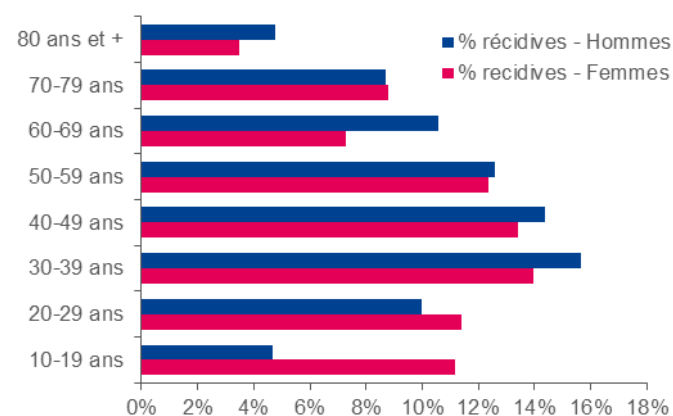
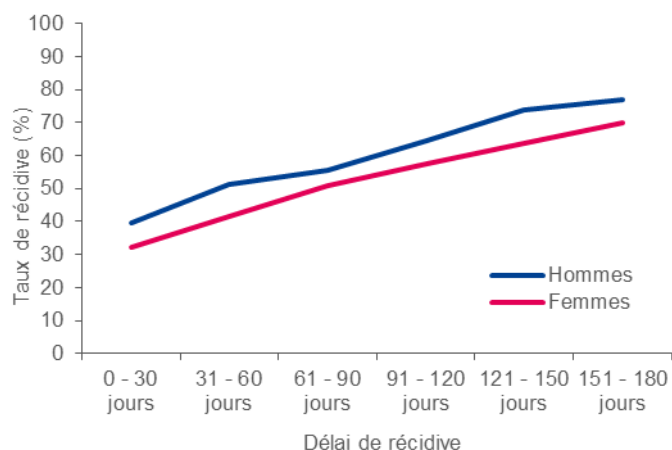


Figure 4 : Distribution cumulée du délai à la 1^{ère} récurrence de TS selon le sexe, structures d'urgence de Bretagne, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



Champ : Population âgée de 10 ans et plus. Source : Oscour® (Santé publique France).

• Discussion, conclusion

Les principales caractéristiques épidémiologiques des recours pour TS dans les SU de Bretagne, sont cohérentes et complémentaires à celles décrites dans les autres sources de données (CépiDc et PMSI) présentées dans ce bulletin.

Néanmoins et à l'instar des autres sources de données de surveillance, les recours aux urgences pour tentatives de suicide ne constituent pas non plus une source exhaustive de données, ce d'autant que le dispositif est encore évolutif en termes d'exhaustivité des passages aux urgences et de complétude et des pratiques de codage des diagnostics.

Par ailleurs, lorsque plusieurs passages aux urgences présentent les mêmes caractéristiques de date d'entrée, date de naissance, code postal, sexe, mais avec une heure d'entrée différente, seul le passage le plus récent est conservé dans la base de données Oscour® (algorithme de gestion des doublons). De ce fait, il est possible que cette caractéristique du dispositif Oscour® ait pu entraîner l'élimination de certains recours pour un même patient sur une même journée et conduire à une sous-estimation probablement mineure des récurrences de TS immédiatement après la sortie avec ou sans consentement du patient.

S'agissant du regroupement syndromique « geste suicidaire » défini dans Oscour[®], la perspective d'un nouveau format du résumé de passage aux urgences (RPU), intégrant une variable « circonstance » et un thésaurus de codage simplifié, pourra permettre de faire évoluer le regroupement syndromique défini. Il est en effet possible que certaines intoxications médicamenteuses retenues ne soient pas intentionnelles et à l'inverse que pour certains types d'intoxications, l'intentionnalité n'a pas été retenue dans le regroupement actuel.

Le dispositif Oscour[®] demeure, malgré ses limites actuelles et ses améliorations potentielles, un dispositif de surveillance qui permet de disposer en temps quasi-réel de données permettant d'apporter une réponse rapide à des sollicitations urgentes des autorités sanitaires portant par exemple sur de nouveaux modes de TS, de classes d'âge concernées ou de classes médicamenteuses.

Enfin, cette analyse a permis de tester pour la première fois la faisabilité avec Oscour[®] d'un suivi des taux et délais de récurrence chez les patients ayant recours aux urgences pour TS. Les résultats obtenus, cohérents avec ceux de la littérature [2, 3], pointent la nécessité d'une prise en charge rapide des personnes suicidantes afin de prévenir les récurrences qui surviennent chez la moitié des personnes récidivistes dans les 2 à 3 mois suivant un premier geste suicidaire.

[1] Statistique annuelle des établissements. <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

[2] Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1^{er} rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>

[3] Cf. « Pour en savoir plus » page 24 de ce document.

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE SANTE)

Données issues du Baromètre Santé

Mis en place dans les années 1990 et aujourd'hui portés par Santé publique France, les Baromètres santé abordent les différents comportements et attitudes de santé en France, dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées, constituent un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance (PMSI, CépiDc, Oscour®). Elles permettent, d'une part, de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide en population générale et, d'autre part, d'approfondir l'étude des facteurs associés, notamment en termes de profils sociodémographiques. Ce travail présente une estimation de la prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine, et plus particulièrement en Bretagne, à partir de l'exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Les évolutions des prévalences à trois temps de mesure (2005, 2010 et 2017) sont présentées aux niveaux national et régional. Par ailleurs, les associations avec d'autres facteurs sont aussi présentées.

• Description de l'échantillon en Bretagne

Pour la Bretagne, 1 428 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 5,6 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 676 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 108, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 738. Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 582 individus.

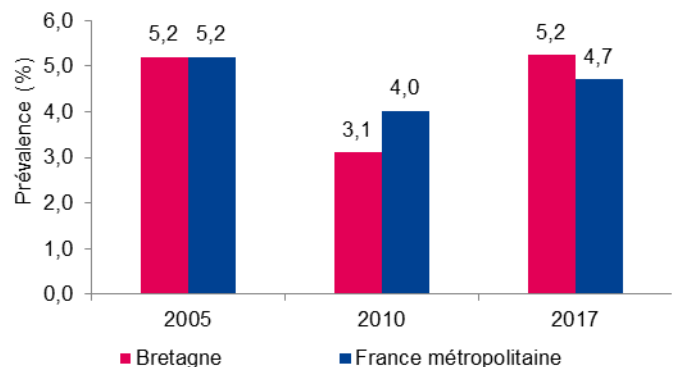
Évolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en 2005, 2010 et 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** a significativement diminué en Bretagne entre 2005 (5,2 %) et 2010 (3,1 %) et significativement augmenté entre 2010 et 2017 (5,2 %). Les mêmes évolutions ont été observées en France métropolitaine. (Figure 1)

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** a significativement augmenté en Bretagne entre 2005 (3,5 %) et 2010 (6,4%) et au niveau national entre 2010 (5,9 %) et 2017 (7,2 %). Sur la période 2005-2017, cette prévalence a significativement augmenté en Bretagne comme en France métropolitaine. (Figure 2)

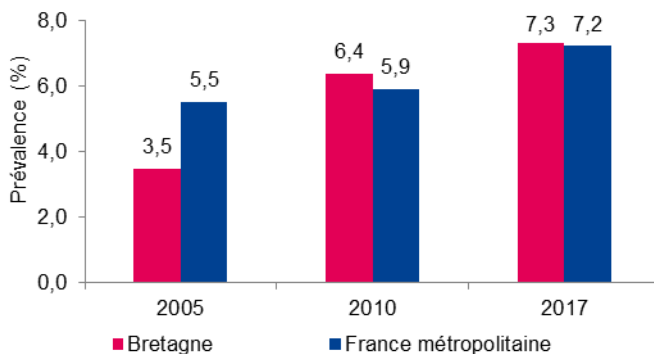
La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** a augmenté significativement entre 2005 (0,1 %) et 2010 (0,6 %) en Bretagne, pour redescendre à une valeur de 0,5 % en 2017 (non significatif). Cette tendance est également observée au niveau national. (Figure 3)

Figure 1 : Évolution de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, Bretagne et France métropolitaine.



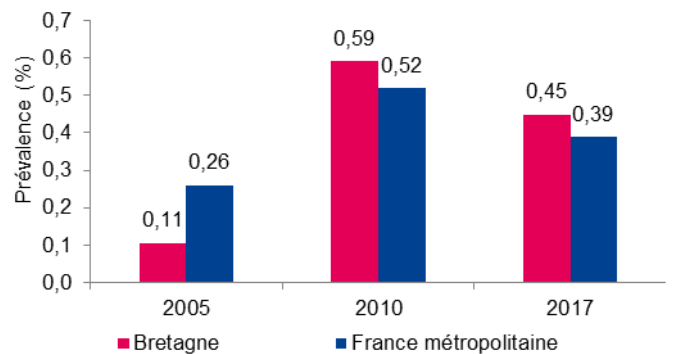
Prévalence pour 100 habitants. Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France).

Figure 2 : Évolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, Bretagne et France métropolitaine.



Prévalence pour 100 habitants. Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France).

Figure 3 : Évolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, Bretagne et France métropolitaine.



Prévalence pour 100 habitants. Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France).

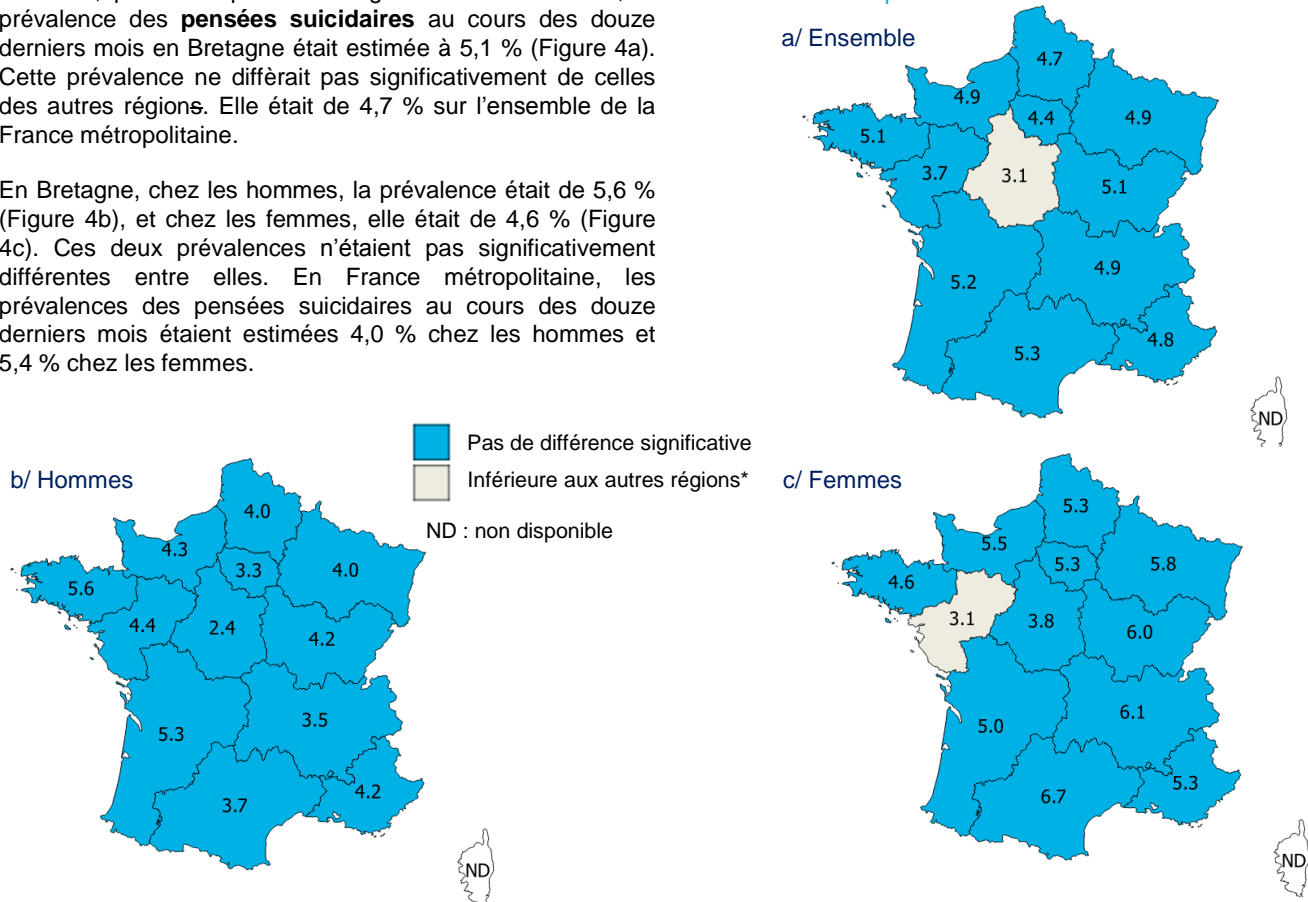
• Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017

Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois en Bretagne était estimée à 5,1 % (Figure 4a). Cette prévalence ne différait pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 4,7 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En Bretagne, chez les hommes, la prévalence était de 5,6 % (Figure 4b), et chez les femmes, elle était de 4,6 % (Figure 4c). Ces deux prévalences n'étaient pas significativement différentes entre elles. En France métropolitaine, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois étaient estimées 4,0 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes.

Figure 4 : Prévalence standardisée des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine.



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016

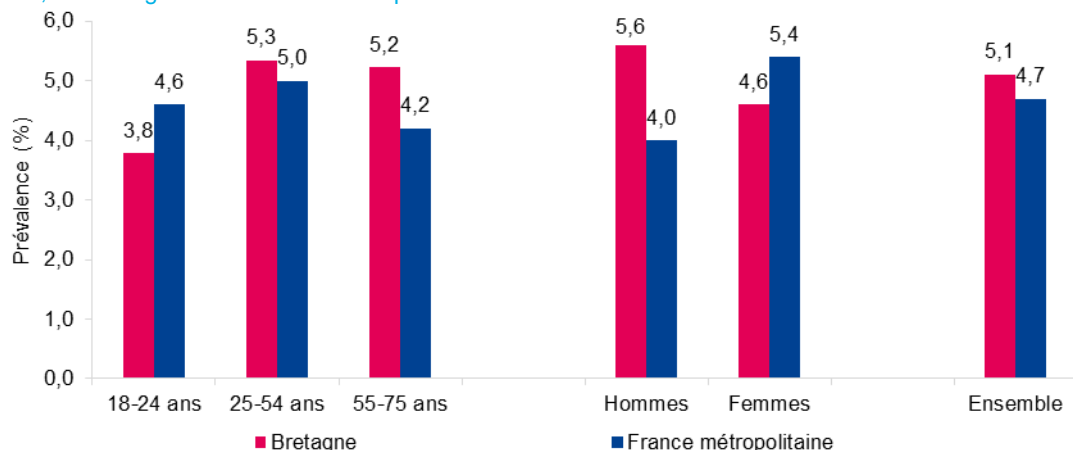
* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Comparaison selon le sexe et l'âge

En Bretagne, les **prévalences des pensées suicidaires** chez les 25-54 ans (5,3 %) et chez les 55-75 ans (5,2 %) étaient quasi-identiques. La prévalence des pensées suicidaires semblaient plus importantes chez les hommes que chez les femmes, à l'inverse du niveau national. Les distributions des prévalences par âge et sexe étaient identiques en Bretagne et en France métropolitaine (différences non significatives).

Figure 5 : Prévalence standardisée des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en Bretagne et en France métropolitaine.



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016. Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Facteurs associés aux pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017

Tableau 1 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (n = 25 038).

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
Age	*		
18-24 ans (réf.) (n=2274)	4,6	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	5,0	1,3	[1,0-1,8]
55-75 ans (n=9909)	4,2	1,3	[0,9-1,8]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9597)	5,1	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	4,1	0,8*	[0,6-1,0]
Supérieur au Bac (n=10223)	4,4	1,1	[0,9-1,3]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs ¹ (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7237)	6,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	3,8	0,7***	[0,6-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	3,1	0,7***	[0,5-0,8]
NSP/Refus (n=1181)	3,8	0,8	[0,5-1,2]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24744)	4,4	- 1 -	
Oui (n=549)	14,8	1,4	[0,9-2,1]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
Consommation quotidienne d'alcool	***		
Non (réf.) (n=22581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

Au niveau national, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois apparaissaient liées aux facteurs suivants :

- un état dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois,
- le fait de vivre seul,
- le fait d'être au chômage ou inactif,
- le fait d'avoir été victime de menaces, d'humiliation ou d'intimidation au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,
- ou encore une consommation quotidienne d'alcool ou de tabac (Tableau 1).

A l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme équivalent au Bac semblait diminuer le risque de pensées suicidaires, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile.

L'âge, le sexe, et la catégorie d'agglomération ne semblaient pas significativement liés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois.

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - OR_a : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 % . Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions.

1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

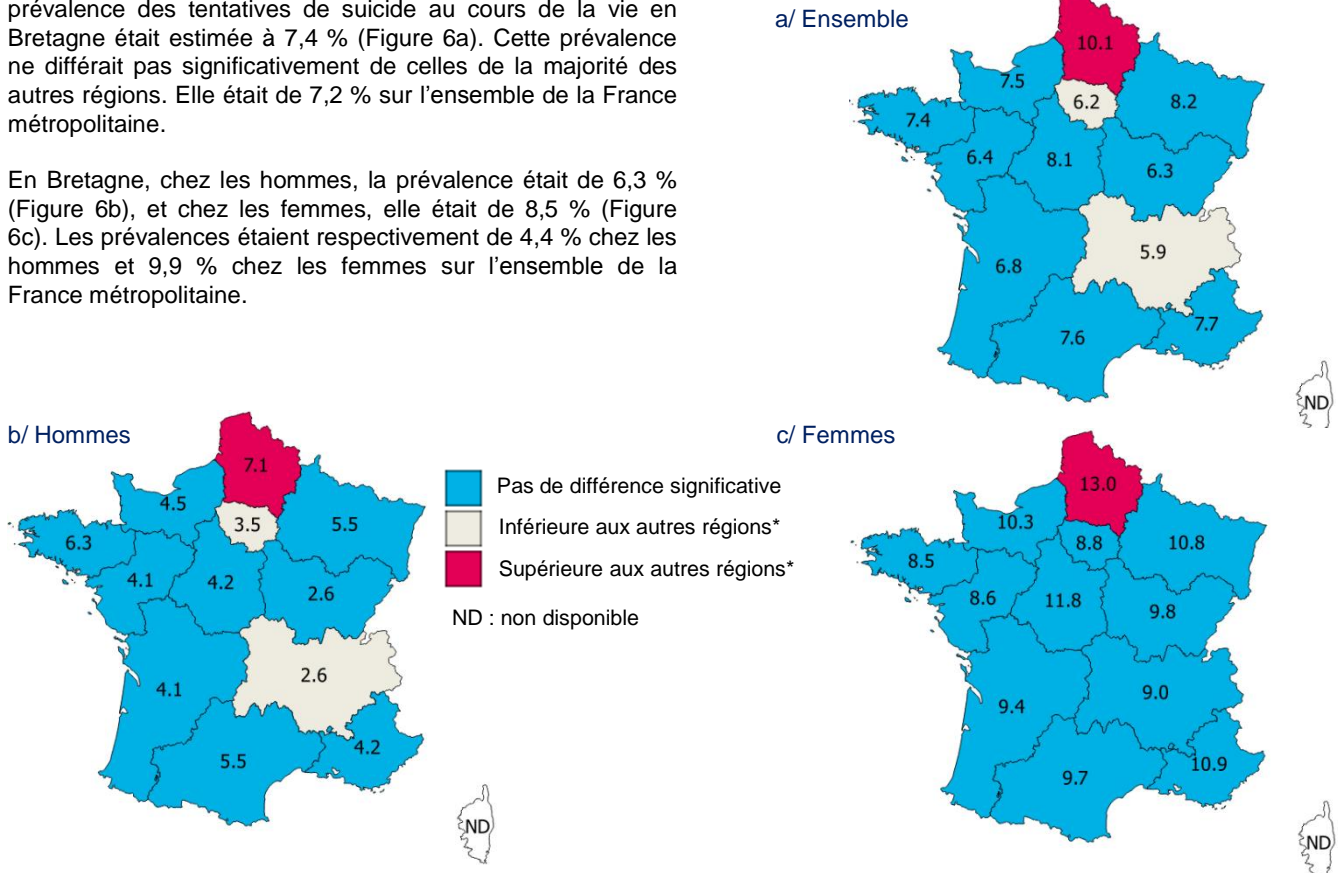
• Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie des 18-75 ans, 2017

Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en Bretagne était estimée à 7,4 % (Figure 6a). Cette prévalence ne différait pas significativement de celles de la majorité des autres régions. Elle était de 7,2 % sur l'ensemble de la France métropolitaine.

En Bretagne, chez les hommes, la prévalence était de 6,3 % (Figure 6b), et chez les femmes, elle était de 8,5 % (Figure 6c). Les prévalences étaient respectivement de 4,4 % chez les hommes et 9,9 % chez les femmes sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Figure 6 : Prévalence standardisée des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, 2017, France métropolitaine.



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

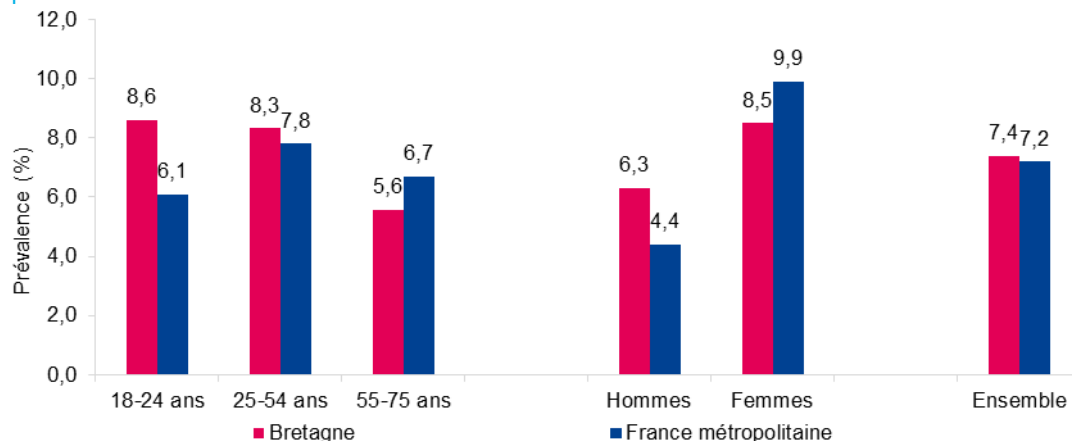
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre santé 2017, Santé publique France.

Comparaison selon le sexe et l'âge

En Bretagne, les **prévalences de tentatives de suicide au cours de la vie** apparaissaient similaires chez les 18-24 ans (8,6 %) et les 25-54 ans (8,3 %). Elle était de 5,6 % chez les 55-75 ans (Figure 7). La répartition par classes d'âge en Bretagne ne différait pas de celle de la France métropolitaine.

La distribution des prévalences par âge et sexe était identique en Bretagne et en France métropolitaine.

Figure 7 : Prévalence standardisée des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, Bretagne et France métropolitaine.



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016 - Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées au cours de la vie, 18-75 ans, 2017

Tableau 2 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (n = 24 903).

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,4	- 1 -	
Femme (n=13708)	9,9	1,9***	[1,7-2,2]
Age	**		
18-24 ans (réf.) (n=2273)	6,1	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	7,8	1,5**	[1,1-1,9]
55-75 ans (n=9911)	6,7	1,2	[0,9-1,5]
Niveau de diplôme	***		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9598)	9,0	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	6,6	0,8	[0,7-1,0]
Supérieur au Bac (n=10224)	4,9	0,7***	[0,6-0,9]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19512)	6,3	- 1 -	
Oui (n=5784)	11,7	1,7***	[1,5-2,0]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14390)	5,8	- 1 -	
Chômage (n=1815)	11,3	1,2	[1,0-1,5]
Inactifs ¹ (n=9091)	8,4	1,5***	[1,2-1,8]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7239)	10,7	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	6,4	0,8*	[0,7-1,0]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	4,2	0,8**	[0,6-0,9]
NSP/Refus (n=1180)	4,7	0,7*	[0,5-1,0]
Catégorie d'agglomération	*		
Rurale (réf.) (n=6663)	6,5	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18547)	7,5	1	[0,9-1,2]
Parents décédés ou malades avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=19965)	6,2	- 1 -	
Oui (n=5296)	11,0	1,2**	[1,1-1,4]
Climat de violence entre parents avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=20153)	4,7	- 1 -	
Oui (n=5066)	16,2	2,1***	[1,8-2,4]
Parents divorcés ou séparés avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=21154)	6,0	- 1 -	
Oui (n=4093)	12,4	1,2*	[1,1-1,5]
Graves problèmes d'argent vie	***		
Non (réf.) (n=20133)	4,5	- 1 -	
Oui (n=5137)	16,4	2,2***	[1,9-2,5]
Perte être cher vie	***		
Non (réf.) (n=19158)	6,4	- 1 -	
Oui (n=6132)	9,8	1,2*	[1,0-1,4]
Attouchements / rapports sexuels forcés vie	***		
Non (réf.) (n=23736)	5,7	- 1 -	
Oui (n=1477)	30,7	3,7***	[3,1-4,4]
Consommation quotidienne d'alcool	NS		
Non (réf.) (n=22584)	7,2	- 1 -	
Oui (n=2712)	7,8	1,2	[0,9-1,5]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19303)	5,5	- 1 -	
Oui (n=5958)	11,9	1,7***	[1,5-2,0]

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - OR_a : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions.

1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Au niveau national, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissaient liées aux facteurs suivants :

- le fait d'être une femme,
- le fait d'avoir entre 25 et 54 ans,
- le fait de vivre seul,
- le fait d'être inactif,
- le fait d'avoir eu des parents malades ou décédés avant 18 ans,
- un climat de violence entre parents avant 18 ans,
- des parents séparés ou divorcés avant 18 ans,
- le fait d'avoir des graves problèmes d'argent au cours de la vie, la perte d'un être cher,
- le fait d'avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés au cours de la vie, et
- une consommation quotidienne de tabac (Tableau 2).

A l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme supérieur au Bac semblait diminuer le risque de tentatives de suicide, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile.

La catégorie d'agglomération et la consommation quotidienne d'alcool ne semblaient pas significativement liées aux tentatives de suicide au cours de la vie.

• Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois de 18-75 ans, 2017 : prévalence, facteurs associés

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** en Bretagne était estimée à 0,51 % (Figure 8). On ne notait pas de différence significative sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

Par ailleurs, en raison des faibles effectifs en région, les prévalences par sexe et classe d'âge n'ont pas pu être calculées.

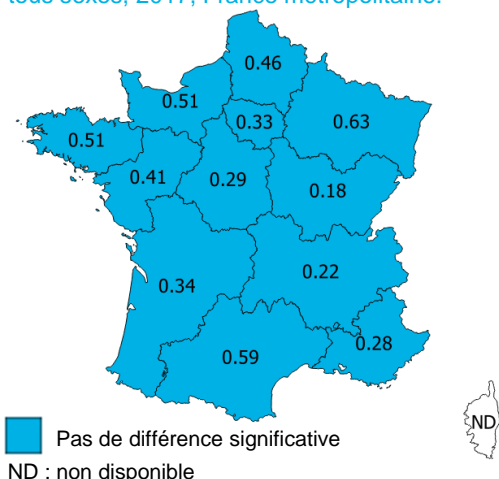
Au niveau national, les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois apparaissaient liées aux facteurs suivants :

- un état dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,
- le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,
- et une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile semblait diminuer le risque de tentatives de suicide (Tableau 3).

Le sexe, l'âge, la catégorie d'agglomération, le niveau de diplôme et la situation professionnelle ne semblaient pas significativement liés aux tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois.

Figure 8 : Prévalence standardisée des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, France métropolitaine.



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Tableau 3 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, 2017, France métropolitaine (n = 24 997).

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	NS		
Homme (réf.) (n=11577)	0,3	- 1 -	
Femme (n=13674)	0,5	1,5	[0,8-2,9]
Age	***		
18-24 ans (réf.) (n=2270)	0,7	- 1 -	
25-54 ans (n=13088)	0,4	0,8	[0,4-1,9]
55-75 ans (n=9893)	0,2	0,5	[0,2-1,5]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9571)	0,4	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5406)	0,4	0,8	[0,4-1,5]
Supérieur au Bac (n=10216)	0,3	1,1	[0,5-2,1]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19483)	0,3	- 1 -	
Oui (n=5768)	0,7	1,7	[0,9-3,3]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14373)	0,3	- 1 -	
Chômage (n=1812)	0,9	1,3	[0,6-2,8]
Inactifs ¹ (n=9066)	0,4	1,4	[0,7-2,8]
Revenus par unité de consommation en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7216)	0,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8259)	0,2	0,4*	[0,2-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8604)	0,1	0,3*	[0,1-0,7]
NSP/Refus (n=1172)	0,6	1,3	[0,4-4,0]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18516)	0,4	1	[0,5-2,0]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois	***		
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
Consommation quotidienne d'alcool	**		
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19278)	0,2	- 1 -	
Oui (n=5938)	0,8	1,5	[0,8-3,1]

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - OR_a : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 % . Résultats issus d'une régression logistique multivariée

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions

1 : « inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

• Discussion

Tendance

En Bretagne comme en France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois ont significativement diminué entre 2005 et 2010 puis significativement augmenté entre 2010 et 2017. De même, les prévalences des tentatives de suicide au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2005 et 2017.

Enfin, pour les deux niveaux géographiques, les prévalences des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois ont significativement augmenté entre 2005 et 2010 mais n'ont pas significativement diminué entre 2010 et 2017. Il n'y a pas de tendance significative sur l'ensemble de la période 2005-2017.

Situation en 2017

- Prévalence et effectif

En 2017, 5,1 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en Bretagne déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 117 000 personnes), et 7,4 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois était de 0,51 %, soit environ 11 800 personnes.

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois était plus importante chez les 25-54 ans et les 55-75 ans. La prévalence des tentatives de suicides au cours de la vie était plus forte chez les 18-24 ans et les 25-54 ans.

- Facteurs associés aux conduites suicidaires

Selon l'indicateur analysé, plusieurs facteurs associés émergeaient, révélant la dimension multifactorielle de la survenue des conduites suicidaires.

D'après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblaient plus enclins aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide : c'était le cas notamment de facteurs socio-économiques tels que vivre seul, être au chômage ou inactif. Ces résultats étaient aussi retrouvés en ce qui concerne la prévalence de l'état dépressif caractérisé [1].

En revanche, un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Bac et des revenus supérieurs au 1^{er} tercile diminuaient les risques de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** étaient plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales étaient cohérentes avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et positions sociales selon le sexe. Les femmes pourraient être notamment plus exposées au stress. Une autre explication possible est le fait que les hommes admettraient moins facilement leur mal-être, et rapporteraient moins aisément des pensées suicidaires. La mesure de l'état de santé étant déclarative, on peut s'interroger sur l'équivalence des prédispositions des hommes et des femmes à identifier et verbaliser une situation de mal-être mental.

A noter par ailleurs que la consommation quotidienne d'alcool était liée à un risque plus élevé de **pensées suicidaires** et de **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois**. Le fait d'être un fumeur quotidien était également lié à un risque plus élevé de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours de la vie.

Enfin, de nombreux événements de vie négatifs semblaient avoir un impact sur les **pensées suicidaires** et **tentatives de suicide** : avoir perdu un être cher, avoir vécu un climat familial compliqué, avoir été victime de menace, d'intimidation ou d'humiliation, avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés, avoir été victime de harcèlement sexuel, etc...

D'autre part, le fait d'avoir présenté un **état dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois** augmentait considérablement le risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois. Ces éléments de connaissance confortaient l'importance d'investir sur le **suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de tentatives de suicide et ou présentant des troubles psychiques**.

Limites

Il est nécessaire de rester prudent dans l'interprétation des résultats en raison de potentiels biais. Notamment, il s'agit de données déclaratives. Les personnes enquêtées doivent faire un effort de mémoire et de rappel d'événements potentiellement douloureux ou embarrassants, entraînant ainsi un biais de mémorisation avec possiblement un phénomène de réinterprétation de situations par désirabilité sociale. Les problèmes de santé pouvant être associés à un état de santé mental altéré tels que être atteint d'une maladie chronique n'ont pas été étudiés.

Ces résultats ont vocations à étayer les orientations des Agences Régionales de Santé (ARS) en matière de prévention et de promotion de la santé, mais aussi à constituer un outil de travail pour les acteurs engagés dans ces politiques et actions.

[1] Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html

PREVENTION

• Contexte en France

La France se situe à la 10^{ème} place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3^{ème} rapport de l'ONS](#) [1]. En 2009, le coût financier annuel des suicides et tentatives de suicide (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités... et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros [2]. Les coûts humains, sociaux, sanitaires et financiers des conduites suicidaires ont inscrit la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

• Facteurs associés aux conduites suicidaires

Les facteurs associés aux conduites suicidaires sont multiples et relèvent de déterminants biologiques, individuels, sociaux et environnementaux. Parmi les principaux facteurs associés au suicide figurent :

- **les antécédents de tentatives de suicide (TS) et les troubles psychiques**, en particulier les troubles dépressifs, bipolaires et la dépendance à l'alcool => Ces éléments de connaissance confortent l'importance d'investir sur **le suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de TS et/ou présentant des troubles psychiques** ;
- **les évènements de vie négatifs**, en particulier les situations de maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels, les violences physiques et psychologiques, également associés aux troubles psychiques => Dans ce cadre, le travail en amont sur **le développement des compétences psychologiques et sociales des individus** pour renforcer leurs facteurs de protection face à l'adversité ou encore le travail sur les environnements sociaux (familles, école, travail) pour promouvoir des contextes plus favorables à la santé mentale constituent des pistes d'investissement prometteuses ;
- **les conditions socio-économiques** (niveau de revenu, d'éducation, chômage, pauvreté...) sont également des déterminants qui sont associés à l'échelle d'une population, aux conduites suicidaires => Il est donc important de s'assurer que l'offre de prévention puisse rejoindre **les publics les plus défavorisés**.

• Les stratégies de prévention du suicide

Interventions efficaces

Une revue de littérature [3, 4] conduite pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), présentait les conclusions suivantes concernant les principales catégories d'intervention visant la réduction des conduites suicidaires :

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (il prend la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;
- 3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;
- 4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se centraient sur le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs ;
- 5) **Les programmes en milieu scolaire** : les programmes ayant montré un effet sur la réduction des conduites suicidaires semblent être des programmes visant la sensibilisation et l'information de l'ensemble des élèves ainsi que la formation de professionnels dans les établissements scolaires ;
- 6) **L'organisation de la prise en charge** : elle est efficace lorsqu'elle assure la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital ou qu'elle engage une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier ;
- 7) **L'information du public** : dans cette catégorie d'intervention, les expériences ayant montré un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de tentatives de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

Préconisations et orientations institutionnelles

Les préconisations d'interventions visant la prévention des conduites suicidaires à l'échelle nationale sont fondées sur une analyse de la littérature, des consensus d'experts (HCSP, CNSM) et la volonté politique de structurer une politique nationale de prévention du suicide dont les axes prioritaires ont été retranscrits dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.

[1] Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence (2018). 221 p.

[2] M.-A. Vinet, A. Le Jeanic, T. Lefèvre, *et al.* Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France, *Rev Epidemiol Sante Publique* 62, 2014, S62-S63.

[3] du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2013;61(4):363-74.

[4] du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature, *La Santé de l'homme, INPES*, n°422,2012:41-42.

La prévention du suicide a fait l'objet de **préconisations** de la part du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2016 et du Conseil national de la santé mentale (CNSM) en 2017. En lien avec ces préconisations, le projet territorial de santé mentale (2017), le plan priorité prévention 2018 et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 en fixent le cadre opérationnel.

Les documents en bref

Rapport d'évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016 [1]

Le HCSP recommande de mettre en œuvre une prévention spécifique des conduites suicidaires ciblant les personnes les plus à risque (personnes suicidaires et/ou avec antécédents de TS) visant une réduction effective et quantifiée du nombre de suicides et de TS.

Recommandations du Conseil national de la santé mentale (CNSM), groupe de travail sur le suicide, janvier 2017

Reprenant les données de la littérature scientifique et suivant les recommandations du HCSP, le CNSM propose de développer un « kit » de prévention du suicide à destination des agences régionales de santé (ARS). Ce kit centré sur les personnes les plus à risque suicidaire, vise une réduction à court terme du nombre de décès par suicide.

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017 [2]

Il reprend l'une des mesures préconisée par le HCSP et le CNSM et prévoit (Art. R. 3224-8. 4e point) « l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. »

Plan Priorité prévention, Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018 [3]

Le plan priorité prévention reprend les recommandations émises par le groupe suicide du CNSM et confirme « la mise en place d'un kit de prévention du suicide comportant cinq actions complémentaires : le recontact, la formation des médecins généralistes, un numéro d'appel national, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public. En particulier deux actions sont présentées comme prioritaires. Il s'agit du déploiement dans chaque région d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide à leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation et de l'étude « des conditions de mise en place d'une ligne d'appel nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire. »

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018 [4]

Le premier axe de cette feuille de route consiste à « promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ». L'action n°6 de cet axe prévoit de « mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide ».

Les interventions mentionnées par document

Année	2016		2017		2018	
	HCSP	CNSM	Décret	Plan Priorité prévention	Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie	
Restriction des moyens létaux	X	X				
Maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS ^a	X	X	X	X		X
Lignes d'appel ^b	X	X		X		X
Formation des médecins généralistes ^c	X	X		X		X
Programmes en milieu scolaire ^d						X
Organisation de la prise en charge	X		X			
Prévention de la contagion suicidaire ^e	X	X	X	X		X
Information du public	X	X	X	X		X

Note : La croix signifie la mention de la catégorie d'intervention dans le document ; ^a Cf. dispositifs Vigilans ; ^b des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une ligne d'appel unique et pour travailler les référentiels d'écoute avec les associations bénévoles ; ^c Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressif et au repérage du risque suicidaire ; ^d un seul programme est recommandé : le programme YAM ; ^e Cf. programme Papageno.

[1] Évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Rapport. Haut comité de santé publique, mars 2016, 74 p.

[2] Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif à la mise en place des projets territoriaux de santé mentale et stratégie nationale de santé 2018-2022.

[3] Priorité prévention. Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018. 33 p.

[4] Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère des solidarités et de la santé, juin 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

MÉTHODOLOGIE

Source de données

- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) pour les données de mortalité par suicide [années 2000-2015] ;
- Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information MCO (PMSI-MCO) pour les données d'hospitalisation [années 2008-2017] ;
- Dispositif Oscour® pour les données des urgences hospitalières [année 2017 et les 6 premiers mois de 2018 pour l'analyse spécifique des récidives] ;
- Baromètre de Santé publique France 2017.

Codage des suicides et tentatives de suicide (CépiDc, PMSI-MCO et Oscour®)

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10^{ème} révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'OMS. Les suicides et tentatives de suicide ont été identifiés à l'aide des codes X60 à X84 correspondant aux lésions auto-infligées du chapitre XX de la CIM-10 :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse (analgésiques, anti-épileptiques, narcotiques et psychodysléptiques, autres substances pharmacologiques, substances biologiques) ;
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, gaz, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation ;
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu (arme de poing, fusil et arme à feu) ;
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz ;
- X78, X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant ou contondant ;
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81, X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle (sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement, collision d'un véhicule à moteur) ;
- X83, X84 : lésion auto-infligée par un autre moyen ou moyen non précisé.

Pour la base Oscour®, la liste des codes basée sur la CIM-10 définie par des experts nationaux (médecins de département d'information médicale, psychiatres, urgentistes et épidémiologistes) présentée dans ce document a été appliquée que le code ait été utilisé en diagnostic principal ou associé. Elle intègre les codes classiquement utilisés (ceux présentés ci-dessus excepté le X65 : auto-intoxication par l'alcool) auxquels des codes ont été ajoutés correspondant aux intoxications sans que l'intentionnalité de l'acte ne soit clairement indiquée.

Précisions méthodologiques

- Seules les personnes de 10 ans et plus sont considérées dans les analyses CépiDc, PMSI-MCO et Oscour® ;
- Seules les personnes résidant dans la région sont considérées dans les analyses CépiDc et PMSI-MCO. Pour Oscour®, ce sont les personnes se présentant dans les établissements hospitaliers de la région ;
- L'unité statistique des analyses PMSI-MCO est le séjour ;
- L'analyse d'Oscour® présentée ici est réalisée en terme de nombre de passages pour tentative de suicide aux urgences implantés dans la région et des patients récidivistes. Les récidives pour Oscour® ont été définies ainsi « Patients ayant effectué un premier passage aux urgences en 2017 avec une récidive dans les 6 mois » ;
- Les statistiques de mortalité par suicide doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide au vu de la sous-déclaration ;
- Les données CépiDc, PMSI-MCO sont analysées au niveau de la région et du département ; les données Oscour® et du Baromètre de Santé publique France 2017 au niveau de la région ;
- Les taux de mortalité et d'hospitalisation standardisés ont été calculés en prenant en compte la référence de la population France, 2015, permettant de comparer le niveau de mortalité et d'hospitalisation de chaque unité géographique indépendamment de la structure par âge de la population ;
- Les tentatives de suicide ne sont pas codées en diagnostic principal dans la base PMSI-MCO, l'exploitation des diagnostics associés est donc nécessaire, avec un risque de non renseignement de cet item.

Méthodologie – exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Recueil des données : les données ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu), par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Un échantillon représentatif de 25 319 personnes âgées de **18 à 75 ans** vivant en France métropolitaine a été constitué entre janvier et juillet 2017.

- **Indicateurs** : Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.
- **Analyses statistiques** : Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (χ^2 de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariable. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (OR_a) avec un intervalle de confiance à 95 %, et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %.

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1^{er} rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p.
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3^e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p.
- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

CépiDc / PMSI et Oscour[®] et Baromètre Santé – Données nationales

- 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
- 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
- Baromètre Santé : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(47-78):488-92.
<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2018.
[\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf).
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>
- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bull Épidémiol Hebd. 2019;(3-4):36-86.
http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html

Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

Prévention des comportements suicidaires

- *Références mentionnées dans les pages dédiées*

SIGLES

ARS	Agence Régionale de Santé	OMS	Organisation mondiale de la santé
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	ONS	Observatoire National des Suicides
CIM	Classification internationale des maladies, 10ème version	Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
CNSM	Conseil national de la santé mentale	RPU	Résumé des passages aux urgences
DA / DP	Diagnostic associé / Diagnostic principal	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SU	Structure d'urgence
EDC	État dépressif caractérisé	SurSaUD®	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
GEPP	Groupe d'échange de pratiques professionnelles	TS	Tentative de suicide
HCSP	Haut conseil de santé publique	VSAB	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Aujourd'hui Santé publique France)	UE	Union européenne
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale		
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé		
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie		
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information		
OCDE	l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)		

REMERCIEMENTS

Avec une contribution de Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, du Roscoät Enguerrand, Marie-Michèle Thiam de Santé publique France

Aux collègues de leurs équipes de la Direction, Appui, Traitements et Analyses des données (DATA), la Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT) et la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) et le groupe du Baromètre Santé 2017 de Santé publique France et au GEPP Santé Mentale

La Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU)

Les structures d'urgence et tous les partenaires participant activement au développement et au bon fonctionnement du réseau Oscour®

Le Réseau Bretagne Urgences et son Observatoire régional des urgences

Groupe d'experts pour le regroupement syndromique utilisé dans les analyses Oscour®

Les départements d'information médicale des établissements de la région pour les données du PMSI-MCO

Les services des états-civils pour les données de mortalité

L'Agence Régionale de Santé Bretagne