

## 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 Santé publique France 2017) 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 Pays de la Loire, une des régions la plus fortement touchée en France. Le suicide a entraîné 695 décès lors de l'année en 2015 et est à l'origine d'environ 4 300 hospitalisations par an (données 2008-2017). En 2017, un habitant de la région sur 20 (3,7 % ou environ 96 000 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 ligériens avec la Sarthe particulièrement affectée en termes de mortalité par suicide et la Vendée et la Mayenne en termes d'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

- Le taux de suicide en Pays de la Loire était de 21,3 / 100 000 habitants en 2015.
- Les Pays de la Loire se trouvent au 2<sup>ème</sup> rang des régions françaises les plus atteintes par ce phénomène après la Bretagne.
- Sur les 695 décès par suicide en Pays de la Loire en 2015, 80% étaient des hommes.
- La Sarthe et la Mayenne étaient les deux départements de la région les plus touchés.

#### PMSI MCO – 2017 : Hospitalisations pour tentative de suicide des 10 ans et plus

- Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide était de 121 / 100 000 habitants en 2017 inférieur au taux retrouvé au niveau national.
- Ces hospitalisations concernaient plus souvent les adolescentes de 15 à 19 ans et les femmes de 40 à 55 ans.
- En 2015, les taux d'hospitalisation étaient de 164 / 100 000 habitants en Mayenne et en Vendée.

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

- En 2017, il y a eu 3284 recours aux structures d'urgence de la région pour « geste suicidaire » soit 9 recours pour ce motif par jour
- La majorité de ces recours (96%) concernaient des auto-intoxications médicamenteuses
- 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

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

- En 2017, 3,7% des adultes interrogés en Pays de la Loire déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 96 000 personnes).
- La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois était de 0,41%, soit environ 10 700 personnes.

#### Prévention : Préconisations nationales pour la prévention

- Plusieurs stratégies de prévention sont préconisées au niveau national parmi lesquelles le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS, la prévention de la contagion suicidaire, l'information du public.
- D'autres actions existent comme la formation des médecins généralistes à la prise en charge des troubles dépressifs et au repérage du risque suicidaire, certains programmes en milieu scolaire, les lignes d'appel, la restriction des moyens létaux.

## 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<sup>ème</sup> 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 des Affaires sociales et 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 faire **un état des lieux régional avec 4 sources de données** :

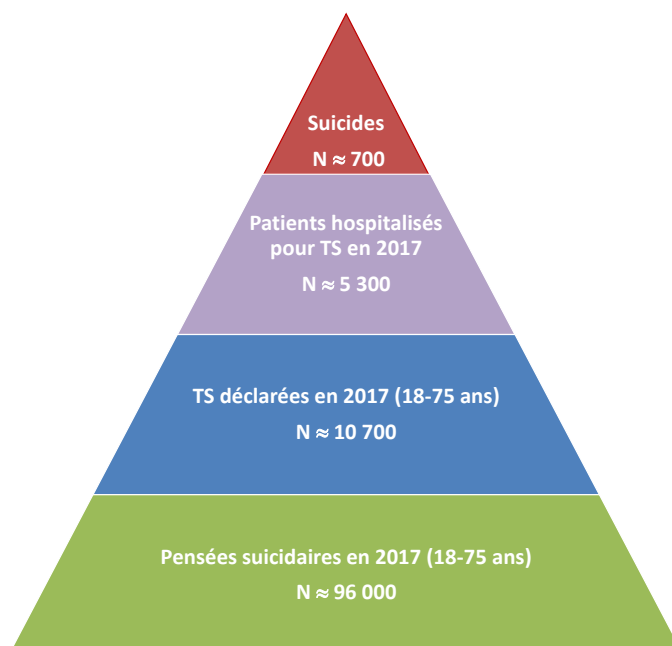
- Parmi la population des 10 ans et plus et résidente dans la région : **mortalité par suicide (CépiDc-Inserm)** en 2015 et **séjours hospitaliers** pour tentatives de suicide en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) (PMSI-MCO) en 2017,
- Parmi la population des 10 ans et plus avec au 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'échanges et de pratiques - 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](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](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](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](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. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. Disponible sur: [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](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 réalisées par l'Inserm-CépiDc et par Santé publique France montrent l'aspect multifactoriel des facteurs de risque de suicide, incluant des dimensions d'âge, de sexe..

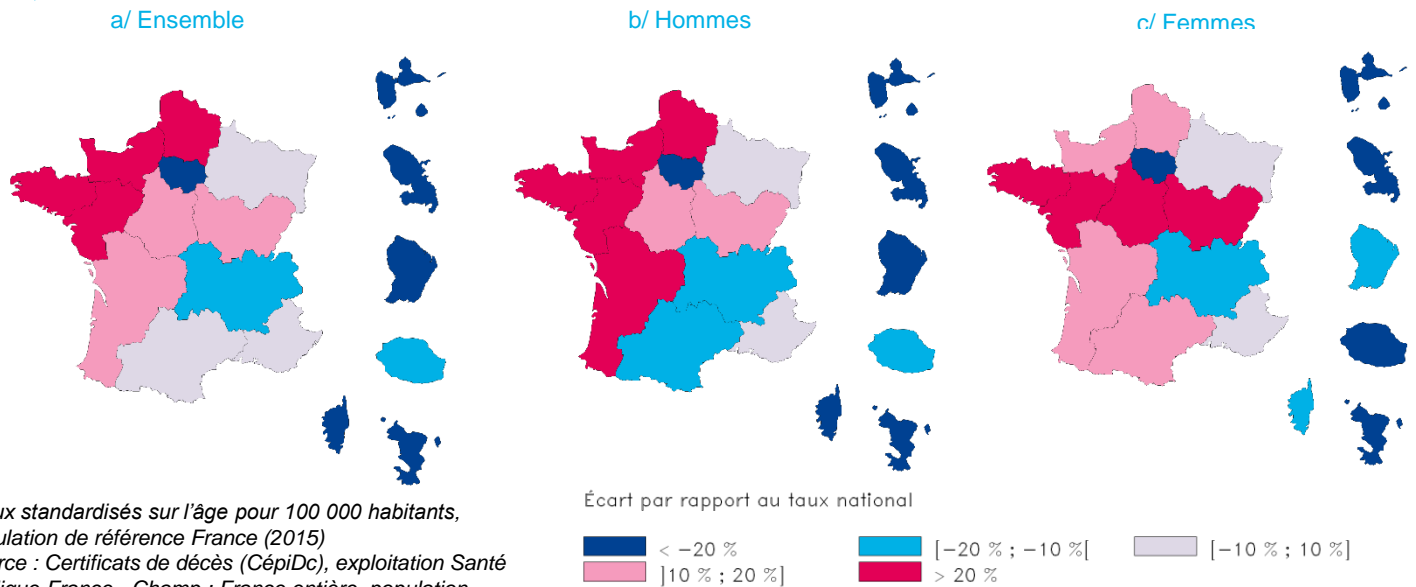
### Point de vigilance pour l'interprétation des résultats : qualité et exhaustivité des données

L'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide réalisée en 2006 par l'Inserm-CépiDc montrait que les Pays de la Loire avaient un taux de sous déclaration estimée du taux de suicide de 2,6 %. Les taux régionaux étant compris entre 46 % (Île-de-France) et 0,3 % (Bretagne). Dans ce contexte, les indicateurs présentés doivent être interprétés avec prudence.

### • Mortalité par suicide des 10 ans et plus, Pays de la Loire

En 2015, 695 personnes résidant en Pays de la Loire se sont suicidées et 79 % d'entre elles étaient des hommes (n=549). Avec un taux standardisé de 21,3 suicides pour 100 000 habitants, les Pays de la Loire se situaient parmi les régions les plus fortement touchées. Chez les hommes (36,1 pour 100 000) comme chez les femmes (8,5 pour 100 000), les taux de suicide en Pays de la Loire étaient également parmi les plus élevés en France (Figure 1).

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

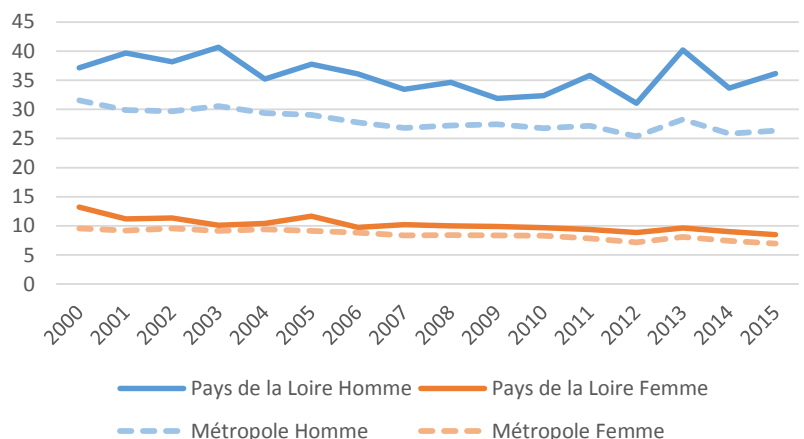


### • Evolution temporelle de 2000 à 2015

Entre 2000 et 2015, le taux standardisé de suicide a varié de 23,9 à 21,3 pour 100 000 habitants en Pays de la Loire.

Une baisse modérée s'observait selon le sexe (Figure 2). Chez les hommes, le taux standardisé est passé de 37,1 en 2000 à 36,1 pour 100 000 hommes en 2015. Alors qu'une diminution progressive était observée entre 2000 et 2012, une remontée du taux a été constatée en 2013 et une stagnation en 2014 et 2015. Chez les femmes, le taux standardisé sur l'âge s'élevait à 13,2 suicides en 2000 et à 8,5 suicides pour 100 000 femmes en 2015.

Figure 2 : Evolution des taux annuels de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge, par sexe en Pays de la Loire et en France métropolitaine, 2000-2015



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

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France - Champ : Pays de la Loire population âgée de 10 ans et plus

## • Répartition par sexe et âge

Le dernier rapport sur « [l'état de santé de la population en France](#) » [1] fait état d'un taux de décès par suicide plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées. En région, cette même tendance est observée.

En Pays de la Loire, entre 2013-2015, les hommes représentaient 78 % (1 653/2 116) des suicides et étaient majoritaires dans toutes les classes d'âge.

En termes d'âge, les 45-54 ans représentaient presque le quart des suicides (n=501) et les 10-14 ans la plus petite part (0,2%, n=4). Les personnes âgées de 85 ans et plus représentaient quant à eux 7% des suicides (n=156) (Figure 3). Les jeunes de 15 à 24 ans représentaient 4 % et les personnes de 60 ans et plus environ 37 %.

En Pays de la Loire, les suicides représentaient la plus forte part des causes de décès chez les jeunes : 26 % chez les 25 à 29 ans, 24% chez les 30-34 ans et 22% chez les 20-24 ans. Ils ne constituaient que 0,4% des décès chez les personnes âgées de 85 ans et plus (Tableau 1).

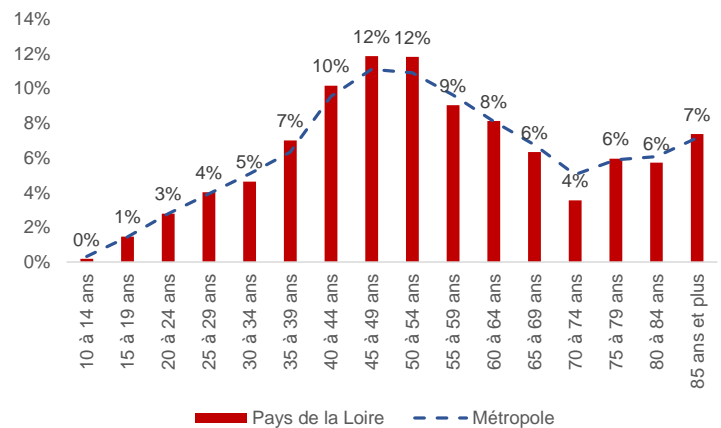
Entre 2013-2015, les suicides représentaient 2,2% (n=2116) des décès toutes causes confondus contre 1,6% (n=27 965) au niveau national. Chez les hommes, la part des suicides s'élevait à 3,4% (n=1653) dans la région contre 2,5% (n=21152) au niveau national. Chez les femmes, elle était de 1% (n=463) contre 0,8% (n=6813) au niveau national.

## • Modes de suicide

Comme au niveau national, le premier mode de suicide enregistré en Pays de la Loire était la pendaison (62,6% versus 56,6%) et ceci aussi bien chez les hommes (65,8%) que chez les femmes (51,4%).

Chez les hommes, le deuxième mode de suicide était l'usage d'arme à feu (13%) et chez les femmes il s'agissait de la noyade (17%).

Figure 3 : Répartition des décès par suicide par classe d'âge quinquennale en Pays de la Loire, 2013-2015 (n=2116)



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 en Pays de la Loire, 2013-2015

	Ensemble	Femmes	Hommes
	%	%	%
10 à 14 ans	7,0%	13,6%	2,9%
15 à 19 ans	16,9%	16,4%	17,2%
20 à 24 ans	21,8%	16,9%	23,1%
25 à 29 ans	26,4%	17,9%	29,4%
30 à 34 ans	24,0%	11,8%	28,1%
35 à 39 ans	24,1%	14,0%	28,3%
40 à 44 ans	20,9%	12,8%	24,8%
45 à 49 ans	14,9%	7,1%	18,7%
50 à 54 ans	9,4%	7,4%	10,3%
55 à 59 ans	4,9%	3,8%	5,3%
60 à 64 ans	3,2%	2,8%	3,4%
65 à 69 ans	2,1%	2,0%	2,2%
70 à 74 ans	1,2%	1,0%	1,3%
75 à 79 ans	1,3%	0,6%	1,8%
80 à 84 ans	0,8%	0,5%	1,1%
85 ans et plus	0,4%	0,1%	0,7%
Total	2,2%	1,0%	3,4%

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

Tableau 2 : Part des modes des suicides chez les hommes et chez les femmes, 2013-2015, Pays de la Loire (n=2116)

Mode de suicide	Ensemble	Femmes	Hommes	
	n	%	%	
Auto-intoxication médicamenteuse	151	7,1%	14,0%	5,2%
Objet tranchant	17	0,8%	0,6%	0,8%
Auto-intoxication par d'autres produits	40	1,9%	2,8%	1,6%
Pendaison	1 325	62,6%	51,4%	65,8%
Saut dans le vide	84	4,0%	6,0%	3,4%
Arme à feu	227	10,7%	2,8%	12,9%
Noyade	139	6,6%	16,8%	3,7%
Collision intentionnelle	38	1,8%	1,9%	1,8%
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	15	0,7%	0,6%	0,7%
Mode non précisé	143	6,8%	7,3%	6,6%

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] Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436p.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat\\_sante\\_2017/ESP2017\\_Ouvrage\\_complet\\_vdef.pdf](http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf)

## 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 et obstétrique

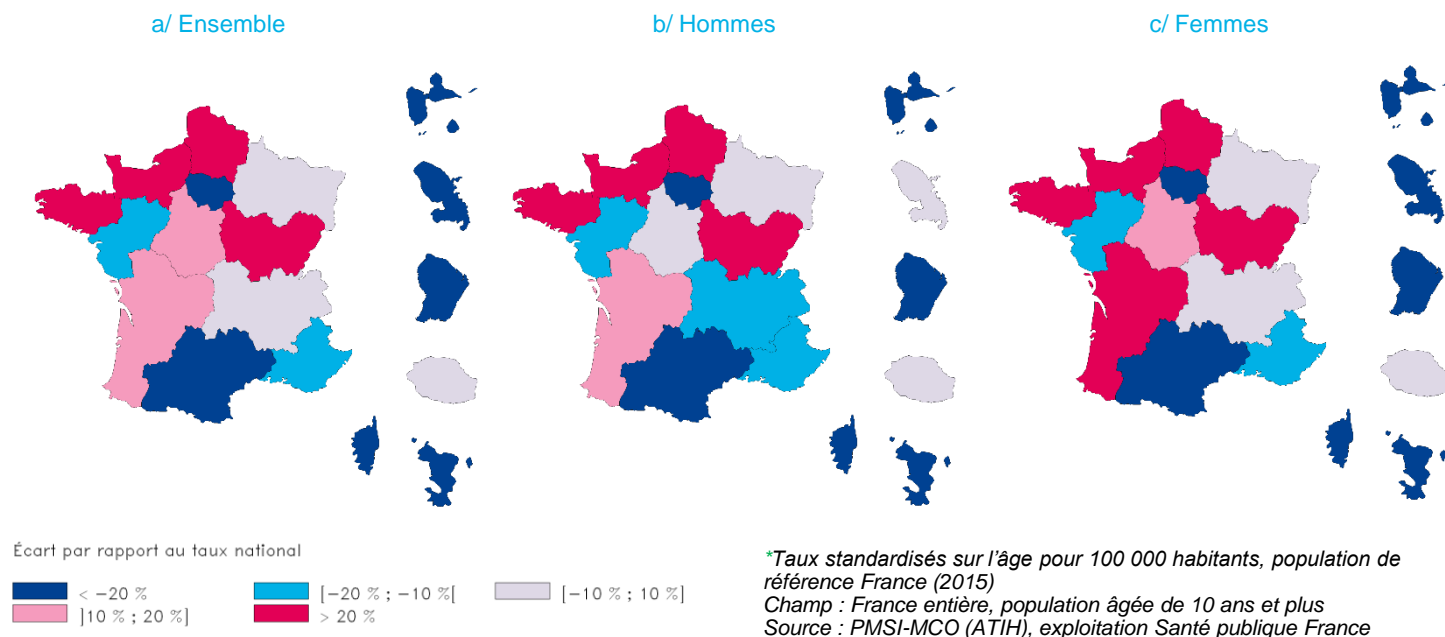
Les données d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) concernant tous les établissements français ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Ces données ne permettent pas d'obtenir 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 hospitalisées. 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, Pays de la Loire

Entre 2008 et 2017, 4 324 séjours hospitaliers pour TS ont été enregistrés en moyenne chaque année en Pays de la Loire chez des personnes résidant dans la région. Parmi eux, 95 % ont eu lieu dans une structure hospitalière de la région.

Avec un taux d'hospitalisation standardisé pour TS de 121,1 pour 100 000 habitants en 2017, la région Pays de la Loire se situe au-dessous du taux national (148,0 pour 100 000 habitants). L'écart par rapport au taux national se situait à -18% (Figure 1).

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

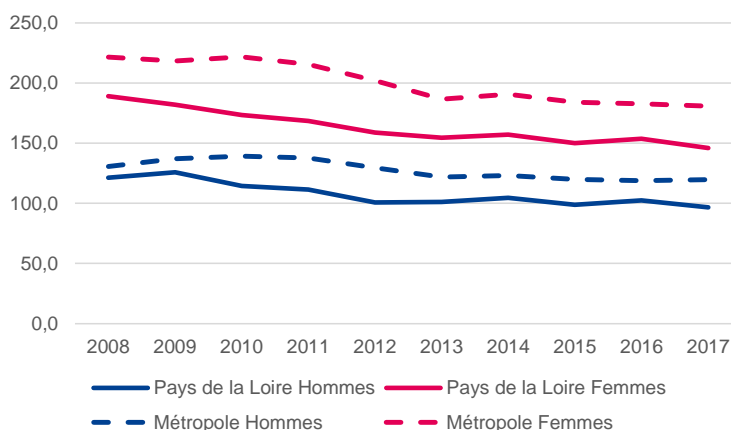


#### • Evolution temporelle

A l'échelle nationale, le taux d'hospitalisations pour TS est en diminution depuis 2010. En Pays de la Loire, une baisse constante des taux d'hospitalisations a été constatée chez les hommes et chez les femmes depuis 2008 (Figure 2).

Toutefois, cette tendance n'était pas aussi prononcée dans tous les départements notamment en Mayenne et en Vendée où les taux ont eu tendance à stagner. Entre 2014 et 2017, la Mayenne et la Vendée présentaient des taux plus élevés qu'au niveau national respectivement +24% et +13%

Figure 2 : Evolution des taux annuels de séjours hospitaliers pour tentatives de suicide (pour 100 000 habitants), standardisés sur l'âge, par sexe en Pays de la Loire et en France métropolitaine, 2008-2017



## • Répartition par sexe et âge

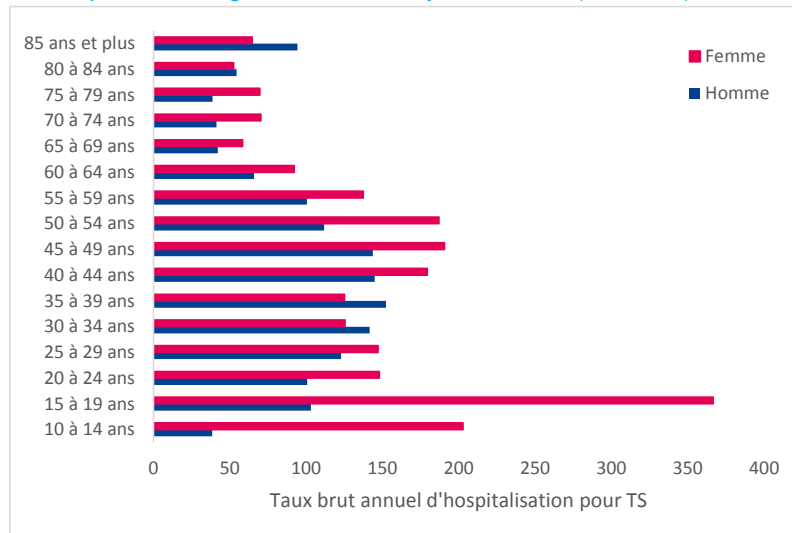
Comme observé à l'échelle nationale ([rapport de l'ONS](#)), les hospitalisations pour TS concernaient majoritairement les femmes : elles représentaient en effet près de 61 % (7 453 / 12 182) des hospitalisations pour TS entre 2015 et 2017. Pendant cette période de trois ans, en termes d'âge, le taux annuel d'hospitalisations pour TS le plus élevé était observé chez les adolescentes âgées de 15-19 ans (368 pour 100 000). Chez les hommes, le taux le plus fort s'observait chez les 35-39 ans (152 pour 100 000). La tranche d'âge 45-49 ans chez les femmes présentait aussi un fort taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (200 pour 100 000) (Figure 3).

## • Mode de tentative de suicide et létalité

Le mode de TS le plus fréquemment rapporté était l'intoxication médicamenteuse volontaire qui concernait 73 % des séjours hospitaliers pour TS enregistrés entre 2015 et 2017. Le paracétamol a été absorbé lors de 1109 hospitalisations soit 12 % des intoxications médicamenteuses. Les autres modes de TS les plus fréquents étaient les automutilations par objets tranchants (10 %) puis les intoxications non médicamenteuses (8 %) et les pendaisons (4 %) (Tableau 1).

Au total, 184 décès pour 12182 hospitalisations ont été soit un taux de létalité de 15,1 pour 1 000 hospitalisations pour TS. Ce taux était de 24,7 pour 1 000 hospitalisations chez les hommes et de 9,0 pour 1 000 hospitalisations chez les femmes. Les plus forts taux de létalité étaient observés pour les TS par pendaison (126 décès pour 1 000 hospitalisations) et par arme à feu (233 décès pour 1 000 hospitalisations). L'auto-intoxication médicamenteuse et l'automutilation présentaient les taux de létalité les plus faibles (respectivement 5,4 et 5,7 décès pour 1 000 hospitalisations pour TS).

Figure 3 : Taux bruts annuels des séjours hospitaliers pour tentatives de suicide par sexe et âge, 2015-2017, Pays de la Loire (n=12 182)



Source : PMSI-MCO (ATIH), exploitation Santé publique France

## • Caractéristiques des séjours hospitaliers

Parmi les 12 182 séjours hospitaliers enregistrés sur la période 2015-2017, 91% ont fait l'objet d'un passage aux urgences en amont. Un retour à domicile a été observé à l'issue du séjour dans 67% des cas.

La durée médiane des séjours tous âges était d'une journée. La durée médiane la plus forte était observée pour les 85 ans et plus (9 jours), les 80 à 84 ans (6 jours) et les 10-14 ans (5 jours).

La durée médiane des séjours était plus élevée pour les TS par saut dans le vide (7,5 jours). Elle était de 1 jour pour les TS par intoxication médicamenteuse volontaire.

Tableau 1 : Part des modes de tentatives de suicide chez les hommes et chez les femmes, durée médiane de séjour et létalité (nombre de décès parmi les hospitalisations pour TS), 2015-2017, Pays de la Loire (n = 12 182)

	Total		Femmes	Hommes	Durée médiane d'hospitalisation	Létalité
	n	%	%	%	nombre de jours	nombre de décès pour 1000 hospitalisations
Auto-intoxication médicamenteuse	8 937	73,4%	77,4%	67,0%	1,0	5,4
Objet tranchant	1 233	10,1%	11,0%	8,7%	2,0	5,7
Auto-intoxication par d'autres produits	953	7,8%	6,0%	10,7%	1,0	9,4
Pendaison	523	4,3%	2,2%	7,6%	2,0	126,2
Saut dans le vide	132	1,1%	0,9%	1,3%	7,5	83,3
Arme à feu	73	0,6%	0,1%	1,4%	3,0	232,9
Noyade	71	0,6%	0,5%	0,7%	2,0	42,3
Collision intentionnelle	39	0,3%	0,2%	0,5%	2,0	0,0
Exposition aux fumées, gaz ou flammes	48	0,4%	0,3%	0,6%	4,0	125,0
Mode non précisé	1 518	12,5%	11,9%	13,3%	1,0	17,1

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 Pays de la Loire, les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) variaient selon les départements. Les trois départements continentaux (Maine-et-Loire, Mayenne et Sarthe) présentaient des taux de suicide plus élevés que le taux régional. La Sarthe était particulièrement touchée avec un taux de suicide multiplié par deux par rapport au niveau national (+93%). La Mayenne était le deuxième département le plus atteint avec un taux augmenté (+61%) par rapport au niveau national. En termes d'hospitalisations pour tentative de suicide, la Mayenne présentait le plus fort taux avec la Vendée et dans une proportion moindre la Sarthe et le Maine-et-Loire.

La région Pays de la Loire présente donc des disparités territoriales vis-à-vis de la problématique du suicide. Elle apparaît prégnante dans les deux départements du nord-est de la région : Sarthe et Mayenne. La situation semble plus contrastée en Maine-et-Loire et en Vendée. Tandis que la Loire-Atlantique serait plus préservée comparée aux autres départements de la région.

Figure 1 : Taux de mortalité par suicide standardisés sur l'âge par département, 2015, Pays de la Loire (n=695)

Taux régional = 21,3 pour 100 000

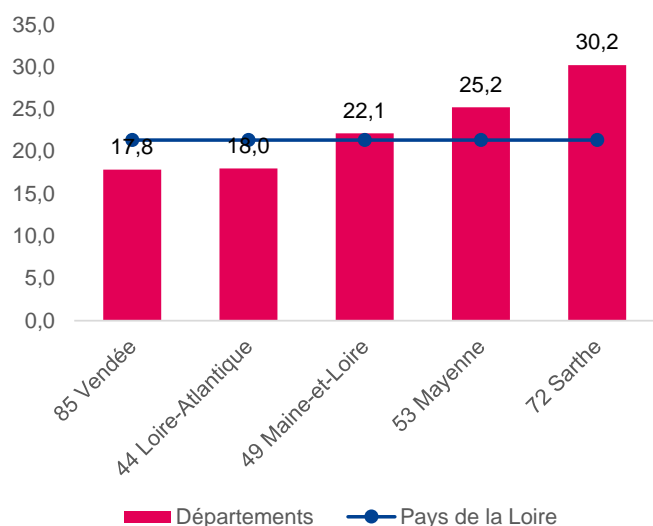
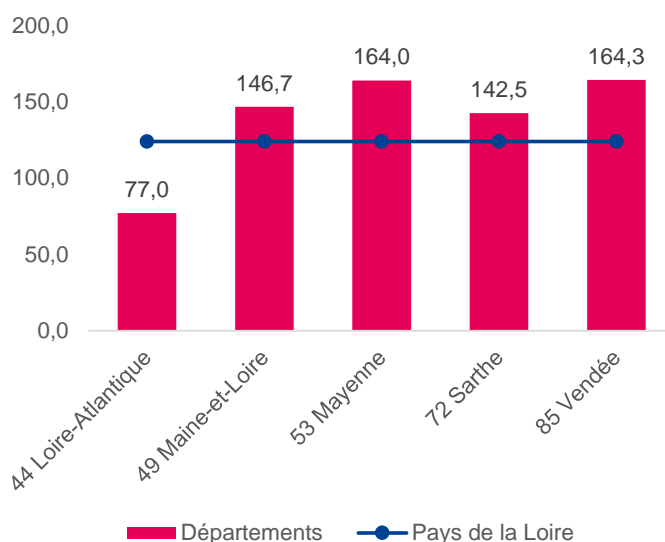


Figure 2 : Taux d'hospitalisations pour tentatives de suicide standardisés sur l'âge par département, 2015, Pays de la Loire (n=4031)

Taux régional = 124,0 pour 100 000



\*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

\*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

En termes de mortalité par suicide, les Pays de la Loire se trouvent dans une situation défavorable par rapport au reste de La France métropolitaine (+35% en 2015) avec des inégalités territoriales. Pour ce qui est des hospitalisations en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) pour tentative de suicide, la situation en Pays de la Loire apparaît plus favorable qu'en France métropolitaine (-17%) par rapport au taux d'hospitalisation en France métropolitaine en 2015. Toutefois, des contrastes géographiques ressortent au niveau départemental avec un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmenté de (+9%) en Mayenne et en Vendée par rapport au taux d'hospitalisation en France entière alors qu'il se situe à (-49%) en Loire-Atlantique. C'est pourquoi il serait intéressant de mener une analyse plus fine à l'échelle départementale, les découpages infrarégionaux devant offrir un effectif d'événements suffisants pour obtenir une estimation acceptable.

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 récidives sont à mobiliser et à intégrer.

## 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®

Dans les Pays de la Loire, le réseau Oscour® reposait sur l'ensemble des structures d'urgences (SU) (n=30) et couvrait, en 2017 100% des 920 659 passages aux urgences répertoriés par la [statistique annuelle des établissements de soins](#).

Si la couverture régionale en terme d'établissements est exhaustive, la complétude de codage des champs « diagnostic principaux et associés » des RPU présente des disparités entre départements en 2017 (Tab.1). Les codages des diagnostics dans les RPU offrent des marges d'amélioration notamment en Mayenne.

**Du fait de l'évolutivité de la couverture et de la complétude du dispositif, l'analyse ci-dessous n'a 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® dans les Pays de la Loire, 2017.

Départements	Couverture SU	% complétude diagnostique (DP ou DA)
Loire-Atlantique	7/7 (100 %)	74,0 %
Maine-et-Loire	5/5 (100 %)	66,2 %
Mayenne	3/3 (100 %)	22,4 %
Sarthe	8/8 (100 %)	71,2 %
Vendée	7/7 (100 %)	74,3 %
Pays de la Loire	30/30 (100 %)	66,7 %

DP: Diagnostic principal; DA: Diagnostic associé, Champ : Tous passages 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<sup>ème</sup> 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 est 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 » correspondent 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 concerne les recours pour tentatives de suicide en 2017 dans les structures d'urgences des Pays de la Loire 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<sup>ème</sup> version) , Oscour®, (Santé publique France)

## Description des recours aux urgences pour tentative de suicide des 10 ans et plus, Pays de la Loire en 2017

### ➤ Répartition temporelle des passages aux urgences pour TS

Au total, en 2017, 3 284 recours aux urgences pour TS ont été identifiés dans les 30 SU des Pays de la Loire participant au réseau Oscour®, soit en moyenne 9 recours quotidiens et près de 4 TS pour 1 000 passages aux urgences toutes causes. Le nombre régional de passages aux urgences pour TS représentait 5% du total national (France entière).

L'analyse comparative de la répartition temporelle des recours pour TS et des recours toutes causes confondues met retrouvait deux pics modérés de TS en juillet et en octobre (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 (57% des recours pour TS de 17h à 2h) alors qu'on observait une tendance inverse pour les recours toutes causes (Figure 1ter).

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



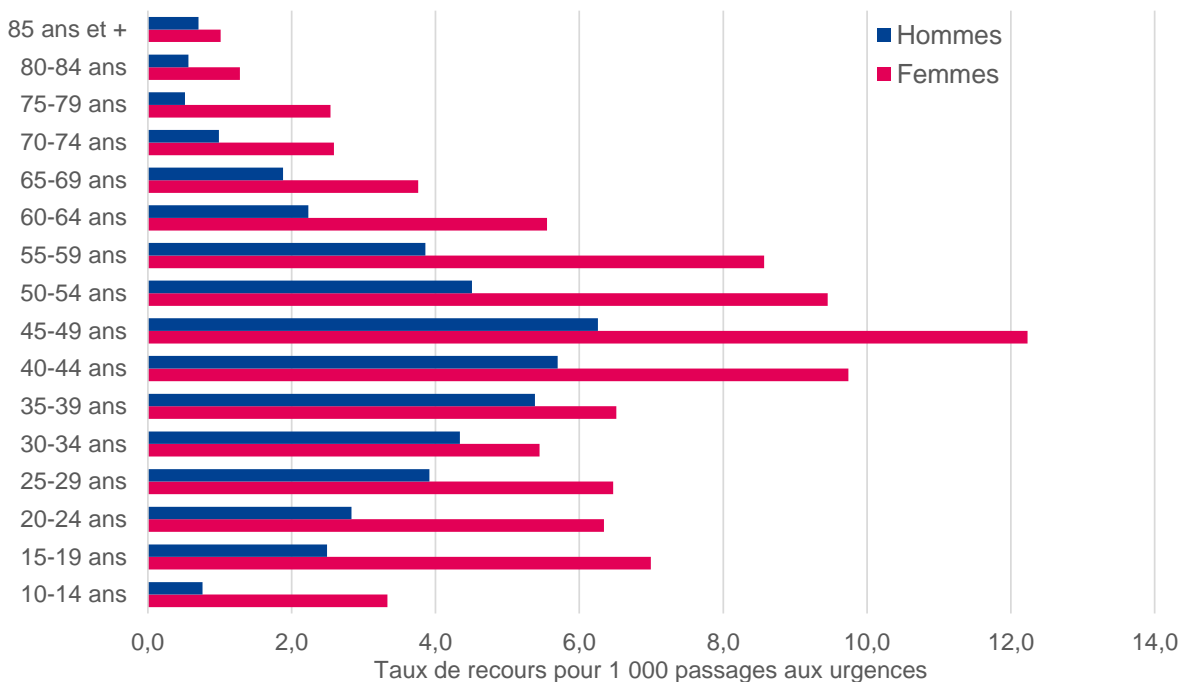
Champ : Population âgée de 10 ans et plus  
Source : Oscour® (Santé publique France)

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

Quatre-vingt-dix-sept pour cent des recours pour TS dans les SU des Pays de la Loire concernaient des personnes résidant dans la région, 3% des résidents d'autres régions de France métropolitaine. Moins de 10 ressortissants étrangers ont été comptabilisés parmi les personnes ayant présenté des TS.

Les femmes étaient majoritaires dans les recours pour TS (62 %, n = 2043) alors que le sex-ratio H/F est équilibré dans les recours toutes causes confondues. La répartition par sexe et classes d'âges retrouve une sur-représentation des femmes dans toutes les classes d'âges dans les recours pour TS avec 2 pics, chez les adolescentes (15-19 ans) d'une part et chez les quadra et quinquagénaires, d'autre part (Figure 2).

Chez les hommes, la distribution des recours pour TS augmente régulièrement en fonction de l'âge avec un pic de recours observé chez les quadragénaires (Figure 2).

**Figure 2** : Taux de recours pour tentative de suicide pour 1 000 passages toutes causes confondues par classe d'âges et par sexe, SU des Pays de la Loire, 2017

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

### ➤ Modes de tentatives de suicide

Quatre-vingt-seize pourcents (96%) des TS résultaient d'intoxications médicamenteuses (Tableau 3). Leur fréquence élevée quel que soit le sexe variait de 85 à 94% selon la classe d'âge.

Parmi les intoxications médicamenteuses, les classes médicamenteuses représentaient :

- les anti-épileptiques, sédatifs, hypnotiques et antiparkinsoniens (codes CIM-10 : T42) : 37 % (1164/3159),
- les intoxications aux benzodiazépines (T424) : 35 % (1121/3159) des recours,
- autres psychotropes (T43) : 21 % (659/3159),
- les analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti-rhumatisants (T39) : 9 % (278/3159),
- le paracétamol (T391) : 1 % (42/3159).

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

Les modes de TS violents (pendaisons, armes à feu, sauts dans le vide ou collisions...), parce qu'ils sont mortels le plus souvent, sont rares dans les recours aux urgences pour TS mais plus nombreux chez les hommes.

**Tableau 3** : Modes de tentative de suicide selon le sexe, Pays de La Loire, passages aux urgences, 2017

Modes de TS	Femmes n (%)	Hommes n (%)	Total n (%)
Auto-intoxications médicamenteuses	1998 (98%)	1160 (94%)	3158 (96%)
Objets tranchants, contondants	24 (1%)	21 (2%)	45 (1%)
Pendaisons	10 (<1%)	22 (2%)	32 (<1%)
Auto-intoxications non médicamenteuses	5 (<1%)	3 (<1%)	8 (<1%)
Sauts dans le vide	1 (<1%)	4 (<1%)	5 (<1%)
Noyades	2 (<1%)	2 (<1%)	4 (<1%)
Armes à feu	2 (<1%)	1 (<1%)	3 (<1%)
Expositions aux fumées, flammes, vapeurs, gaz	0 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)
Collisions intentionnelles	0 (<1%)	0 (<1%)	0 (<1%)
Autres modes non précisés (X83 et X84) et séquelles de lésions auto-infligées (Y870)	5 (<1%)	30 (2%)	35 (1%)

Source : Oscour® 2017 - Champ : Population âgée de 10 ans et plus

### ➤ **Provenance et orientation des recours aux urgences pour Tentatives de suicide**

Lorsque la provenance était renseignée (94% des recours), la TS avait eu lieu au domicile ou dans l'espace public dans la quasi-totalité des recours (97%). Le transport aux urgences était médicalisé (ambulance, hélicoptère, SMUR, VSAB) dans près de 86% des cas.

Lorsque le mode de sortie était renseigné (98% des recours), 3 suicidants sur 4 (68%) ont été hospitalisés dans l'établissement de recours (60%) ou dans un autre établissement de soins (8%). Les hospitalisations à l'issue du passage aux urgences pour TS étaient majoritairement (62%) réalisées en MCO (services de médecine-chirurgie-obstétrique) et 13% en unités psychiatriques. Pour les patients dont l'orientation était renseignée (48%), une majorité d'entre eux (83%) étaient dirigés vers une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et 8% vers une unité de réanimation, soins intensifs ou soins continus.

### ➤ **Principales caractéristiques des récidives de TS identifiées du 01/01/2017 au 30/06/2018**

Un « identifiant-patient » a été créé à partir de 3 variables du résumé de passage aux urgences (sexe, date de naissance et code postal de résidence renseigné). Cet identifiant a permis d'estimer les récidives 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 récidives 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 dans les Pays de la Loire 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 récidive à 6 mois présentés dans l'analyse ci-dessous ont été calculés à la première récidive identifiée dans les 6 mois suivant un premier recours pour TS, enregistré en 2017.

Au total, 3 284 recours aux urgences pour TS, correspondant à 2 762 patients résidant dans les Pays de la Loire ont été recensés du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017 dans les SU des Pays de la Loire participant au réseau Oscour®.

Parmi ces patients, 262 (9%), soit presque 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.

Les taux de récidive dans les 6 mois les plus élevés ont été observés en Mayenne, Sarthe et Vendée (Tableau 4).

**Tableau 4** : Estimation du taux de récidive de tentative de suicide dans les 6 mois parmi les suicidants passés aux urgences du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017, selon le département de résidence, Pays de la Loire

Départements	Patients avec recours aux urgences pour TS	Suicidants récidivistes	Taux de récidive
Loire-Atlantique	1 091	83	8%
Maine-et-Loire	321	8	2%
Mayenne	93	9	10%
Sarthe	716	86	12%
Vendée	541	76	14%
Pays de la Loire	2 762	262	9%

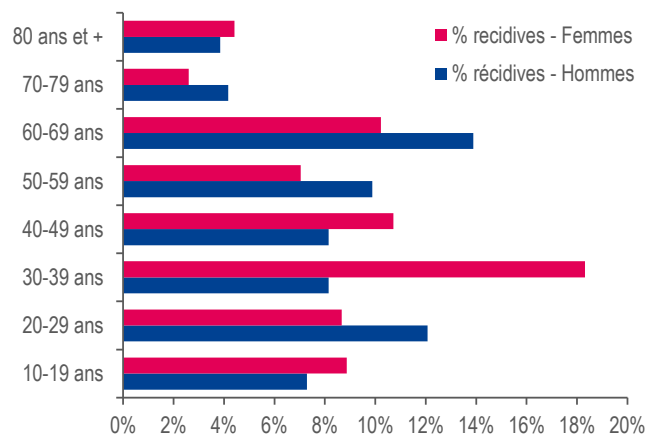
Source : Oscour® (Santé publique France) - Champ : Population âgée de 10 ans et plus

Le taux de récurrence dans les 6 mois était équivalent chez les hommes (9% (97/1057)) et chez les femmes (10% (165/1705)) et il variait selon la classe d'âge.

Il était au plus haut chez les hommes âgés de 60 à 69 ans et chez les femmes âgées de 30 à 39 ans (Figure 3).

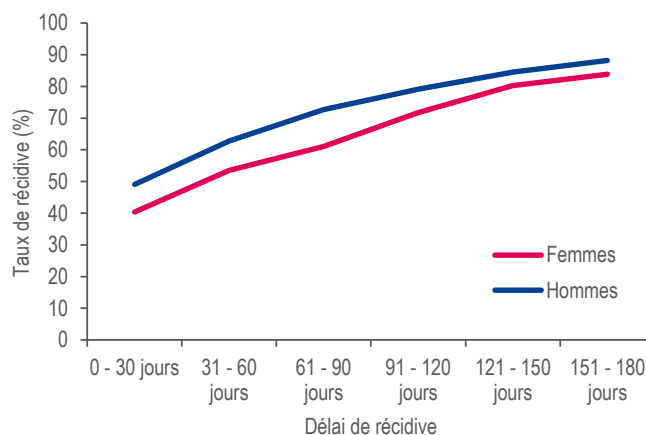
Le délai de 1<sup>ère</sup> récurrence était globalement équivalent quel que soit le sexe. La moitié des patients récidivistes réitéraient leur geste suicidaire dans les 2 mois [31 à 60 jours] suivant un premier recours pour TS et 85% dans les 6 mois. Le délai médian à la première récurrence était plus court chez les hommes (1 mois) que chez les femmes (2 mois) (Figure 4).

**Figure 3** Taux de récurrence de tentatives de suicide dans les 6 mois par classe d'âge et par sexe, SU des Pays de la Loire, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



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

**Figure 4** : Distribution cumulée du délai à la 1<sup>ère</sup> récurrence de TS selon le sexe, SU des Pays de la Loire, du 01/01/2017 au 30/06/2018.



## Discussion, conclusion

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

Néanmoins, à l'instar d'autres systèmes de surveillance, les recours aux urgences pour tentatives de suicide demeurent une source de données dont la qualité n'est pas optimale. En effet, si l'exhaustivité des passages aux urgences est satisfaisante, la complétude des informations cliniques et les pratiques de codage des diagnostics offrent des marges d'amélioration. Par ailleurs, lorsque plusieurs passages aux urgences présentent les mêmes caractéristiques de date d'entrée, date de naissance, code postal, mais avec une heure d'entrée différente, seul le passage le plus récent est conservé dans la base de données (algorithme de gestion des doublons). De ce fait, il est possible que cette caractéristique du dispositif 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, permettra de faire évoluer le regroupement syndromique défini pour lequel il est possible que certaines intoxications médicamenteuses retenues ne soient pas intentionnelles et à l'inverse, pour certains types d'intoxications dont 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 [cf. page 24 et le [rapport 2014](#)], 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.

## 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, Oscore®). 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 région Pays de la Loire, 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 région Pays de la Loire

Pour la région Pays de la Loire, 1 595 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 6,4 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi elles, 682 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 138, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 825. Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 631 individus.

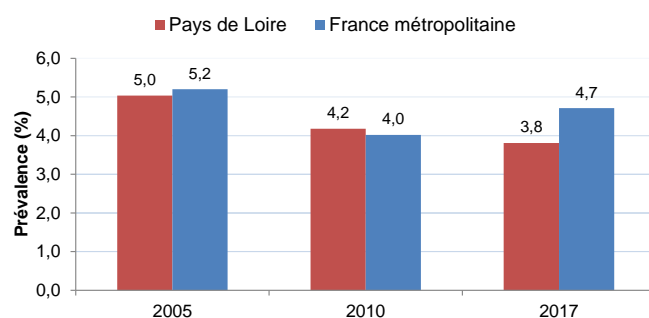
### EVOLUTION TEMPORELLE DES PRÉVALENCES DES PENSÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE EN 2005, 2010 ET 2017

La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** n'a pas évolué de façon significative en région entre 2005 (5,0%), 2010 (4,2%) et 2017 (3,8%) malgré une légère tendance à la baisse. En France métropolitaine, la prévalence a diminué de façon significative entre 2005 et 2010 puis augmenté significativement entre 2010 et 2017 pour retrouver un niveau comparable à 2005 (Figure 1).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** a diminué en région Pays de la Loire entre 2005 (6,2%) et 2010 (4,7%) et a augmenté en 2017 (6,5). Une tendance à la hausse était observée au niveau national (Figure 2).

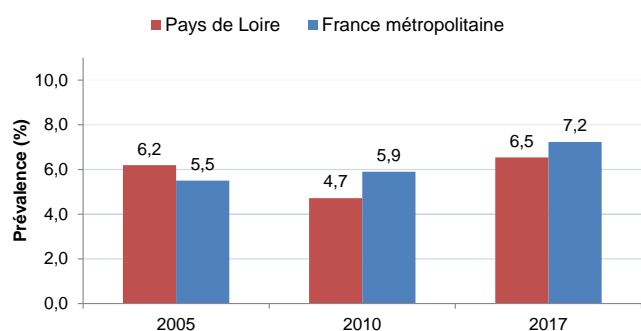
La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** est restée stable en Pays de la Loire (Figure 3).

Figure 1 : Evolution de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Pays de la Loire et en France métropolitaine



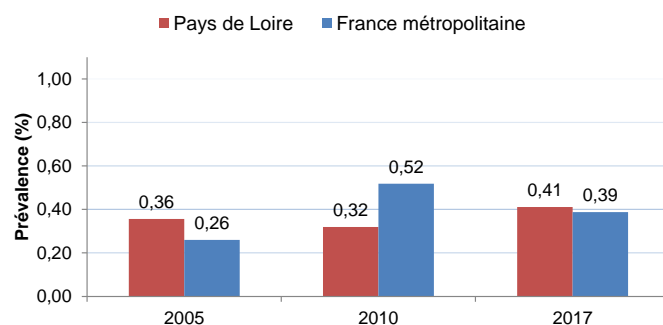
Prévalence pour 100 habitants.  
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires  
Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France)

Figure 2 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, en région Pays de la Loire et en 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 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Pays de la Loire et en 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

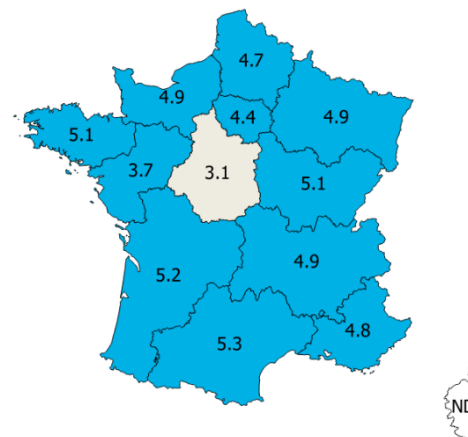
### Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois en région Pays de la Loire était estimée à 3,7% (Figure 4a). Cette prévalence ne diffère pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 4,7% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

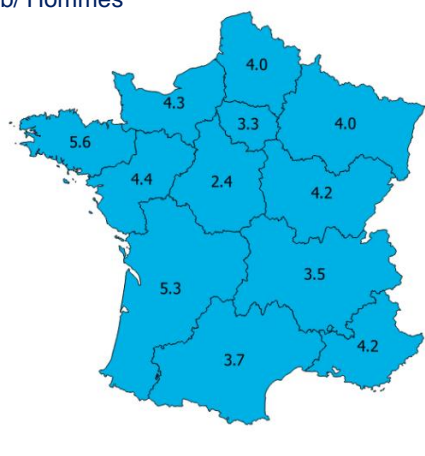
En région Pays de la Loire, chez les hommes, la prévalence était de 4,4% équivalente au niveau national (4,0%) (Figure 4b), et chez les femmes, elle était de significativement inférieure (3,1%) par rapport au niveau national (5,4%) (Figure 4c).

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

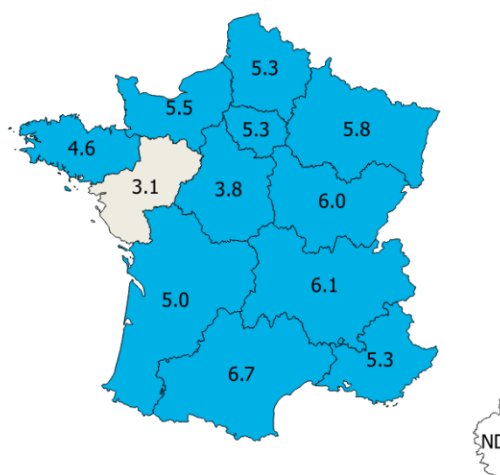
a/ Ensemble



b/ Hommes



c/ Femmes



■ Pas de différence significative  
 ■ Inférieure aux autres régions\*  
 ND : non disponible

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

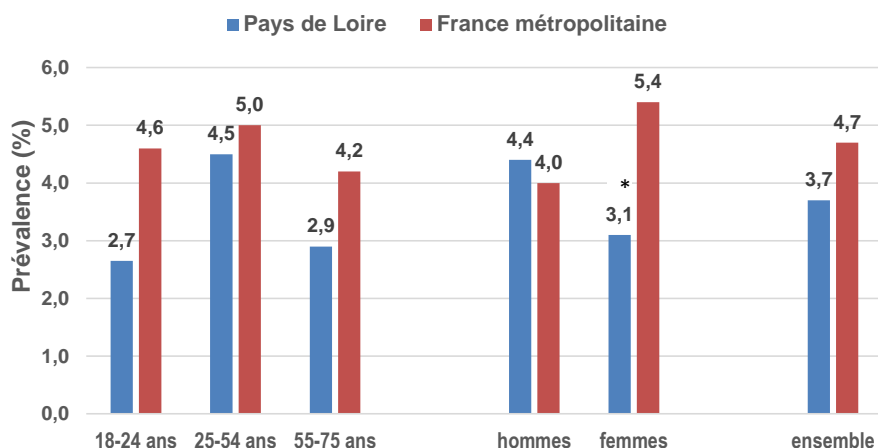
\* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

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 région Pays de la Loire, la **prévalence chez les 25-54 ans** (4,5%) était équivalente au niveau national. Par contre les tranches d'âge 18-24 ans et 55-75 ans apparaissaient plus faibles que les niveaux nationaux sans que cela ne fût significatif. Les pensées suicidaires étaient moins fréquentes chez les femmes des Pays de la Loire que celles résidant dans le reste du territoire (Figure 5).

Figure 5 : Prévalence standardisée des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Pays de la Loire et en France métropolitaine



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

## 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 %
<b>Sexe</b>	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
<b>Age</b>	*		
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]
<b>Niveau de diplôme</b>	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]
<b>Vit seul</b>	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
<b>Situation professionnelle</b>	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs <sup>1</sup> (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
<b>Revenus par unité de consommation<sup>2</sup> en terciles</b>	***		
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]
<b>Catégorie d'agglomération</b>	NS		
Rurale (réf.) (n=6665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
<b>Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=22360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
<b>Victime de violences 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=24744)	4,4	- 1 -	
Oui (n=549)	14,8	1,4	[0,9-2,1]
<b>A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=23575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
<b>Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=25156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
<b>Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois</b>	***		
Non (réf.) (n=22817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>	***		
Non (réf.) (n=22581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
<b>Fumeur quotidien</b>	***		
Non (réf.) (n=19301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

\*\*\* :  $p < 0,001$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*  $p < 0,05$ ; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées - ORa : 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).

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

Au niveau national, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois apparaissent 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 semble diminuer le risque de pensées suicidaires, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile.

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



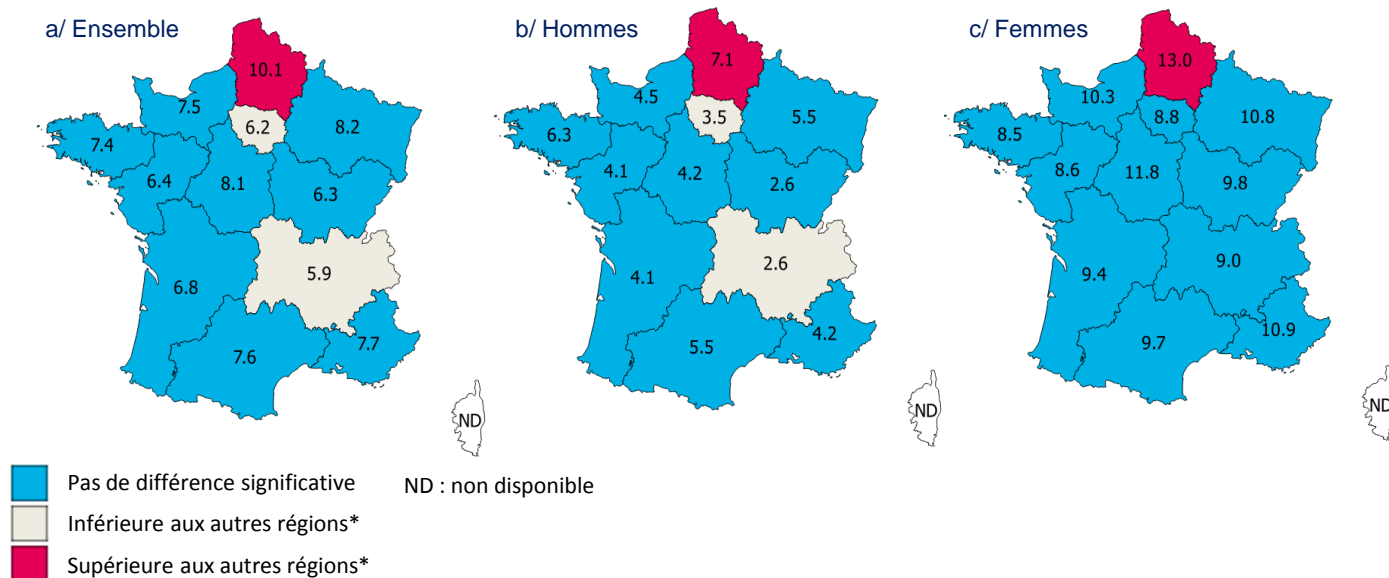
## PRÉVALENCE DES TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE DES 18-75 ANS, 2017

### 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 région Pays de la Loire était estimée à 6,4% (Figure 6a). Elle ne différait pas significativement de celle de l'ensemble des autres régions (7,2%).

En Pays de la Loire, la prévalence chez les hommes était de 4,1% (Figure 6b), et de 8,6% chez les femmes (Figure 6c) équivalentes à celles de l'ensemble des autres régions chez les hommes et chez les femmes respectivement 4,4% et 9,9%.

Figure 6 : Prévalence 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%

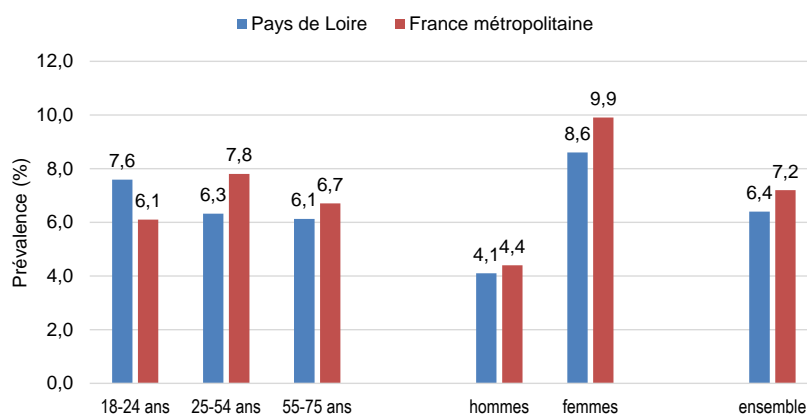
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

### Comparaison selon le sexe et l'âge

La prévalence des tentatives de suicide apparaissait plus élevée chez les 18-24 ans en Pays de la Loire (7,6%) qu'en France métropolitaine (6,1%). La prévalence était par contre moins élevée dans les deux autres tranches d'âge (Figure 7). Mais ces différences n'étaient pas significatives.

La prévalence globale des tentatives de suicides était globalement inférieure à celle observée en France métropolitaine de même que celles retrouvées selon le sexe sans que ces différences soient considérées comme significatives.

Figure 7 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en région Grand Est 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 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 %
<b>Sexe</b>	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,4	- 1 -	
Femme (n=13708)	9,9	1,9***	[1,7-2,2]
<b>Age</b>	**		
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]
<b>Niveau de diplôme</b>	***		
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]
<b>Vit seul</b>	***		
Non (réf.) (n=19512)	6,3	- 1 -	
Oui (n=5784)	11,7	1,7***	[1,5-2,0]
<b>Situation professionnelle</b>	***		
Travail (réf.) (n=14390)	5,8	- 1 -	
Chômage (n=1815)	11,3	1,2	[1,0-1,5]
Inactifs <sup>1</sup> (n=9091)	8,4	1,5***	[1,2-1,8]
<b>Revenus par unité de consommation<sup>2</sup> en terciles</b>	***		
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]
<b>Catégorie d'agglomération</b>	*		
Rurale (réf.) (n=6663)	6,5	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18547)	7,5	1	[0,9-1,2]
<b>Parents décédés ou malades avant 18 ans</b>	***		
Non (réf.) (n=19965)	6,2	- 1 -	
Oui (n=5296)	11,0	1,2**	[1,1-1,4]
<b>Climat de violence entre parents avant 18 ans</b>	***		
Non (réf.) (n=20153)	4,7	- 1 -	
Oui (n=5066)	16,2	2,1***	[1,8-2,4]
<b>Parents divorcés ou séparés avant 18 ans</b>	***		
Non (réf.) (n=21154)	6,0	- 1 -	
Oui (n=4093)	12,4	1,2*	[1,1-1,5]
<b>Graves problèmes d'argent vie</b>	***		
Non (réf.) (n=20133)	4,5	- 1 -	
Oui (n=5137)	16,4	2,2***	[1,9-2,5]
<b>Perte être cher vie</b>	***		
Non (réf.) (n=19158)	6,4	- 1 -	
Oui (n=6132)	9,8	1,2*	[1,0-1,4]
<b>Attouchements / rapports sexuels forcés vie</b>	***		
Non (réf.) (n=23736)	5,7	- 1 -	
Oui (n=1477)	30,7	3,7***	[3,1-4,4]
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>	NS		
Non (réf.) (n=22584)	7,2	- 1 -	
Oui (n=2712)	7,8	1,2	[0,9-1,5]
<b>Fumeur quotidien</b>	***		
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 - ORa : 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).

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

**Au niveau national**, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissent 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 semble diminuer le risque de tentatives de suicide, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile.

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

## Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois des 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 région Pays de la Loire était estimée à 0,41% (Figure 8). On ne note 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** apparaissent 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,

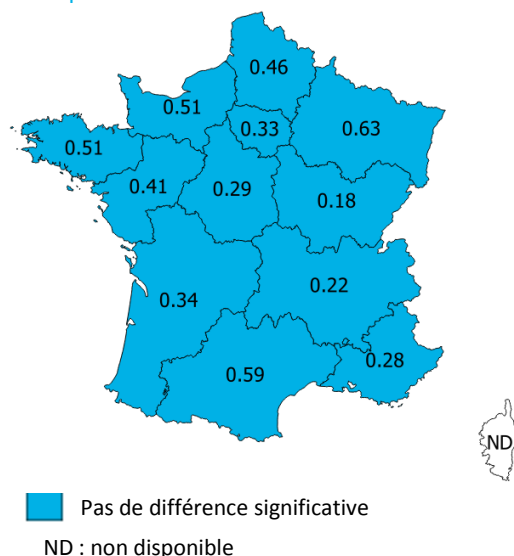
le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,

et une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1<sup>er</sup> tercile semble 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 semblent 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.

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

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

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
<b>Sexe</b>	<b>NS</b>		
Homme (réf.) (n=11577)	0,3	- 1 -	
Femme (n=13674)	0,5	1,5	[0,8-2,9]
<b>Age</b>	<b>***</b>		
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]
<b>Niveau de diplôme</b>	<b>NS</b>		
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]
<b>Vit seul</b>	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=19483)	0,3	- 1 -	
Oui (n=5768)	0,7	1,7	[0,9-3,3]
<b>Situation professionnelle</b>	<b>***</b>		
Travail (réf.) (n=14373)	0,3	- 1 -	
Chômage (n=1812)	0,9	1,3	[0,6-2,8]
Inactifs <sup>1</sup> (n=9066)	0,4	1,4	[0,7-2,8]
<b>Revenus par unité de consommation en terciles</b>	<b>***</b>		
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]
<b>Catégorie d'agglomération</b>	<b>NS</b>		
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18516)	0,4	1	[0,5-2,0]
<b>Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois</b>	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
<b>Victime de violences 12 derniers mois</b>	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
<b>A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois</b>	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
<b>Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois</b>	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
<b>Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois</b>	<b>***</b>		
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
<b>Consommation quotidienne d'alcool</b>	<b>**</b>		
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
<b>Fumeur quotidien</b>	<b>***</b>		
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 - ORa : 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).

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

## Discussion

### Tendance

En France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2010 et 2017. En Pays de la Loire, une diminution de la prévalence des pensées suicidaires a été constatée entre 2010 et 2017 sans qu'elle soit significative. La prévalence des tentatives de suicide dans la région a augmenté comme au niveau national sans que cette hausse soit significative.

### Situation en 2017 :

#### - Prévalence et effectif

En 2017, 3,7% des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en région Pays de la Loire déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 96 000 personnes), et 6,4% 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 0,41%, soit environ 10 700 personnes.

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois était plus importante chez les 25-54 ans. Mais globalement ce type de pensées survenait moins fréquemment dans la population des Pays de la Loire qu'en France métropolitaine notamment chez les femmes. Par contre, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie était semble plus élevée parmi la tranche d'âge 18-24 ans.

#### - Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

D'après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblent plus enclins aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide : c'est le cas notamment de facteurs socio-économiques tels que vivre seul, être au chômage ou inactif. Ces résultats sont 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<sup>er</sup> tercile diminuent les risques de pensées suicidaires et de tentatives de suicide.

Les **tentatives de suicide au cours de la vie** sont plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales sont 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 est 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 est 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 semblent 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** augmente considérablement le risque de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours des douze derniers mois. Ces éléments de connaissance confortent 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.

# PREVENTION

## Contexte en France

La France se situe à la 10<sup>ème</sup> place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3e rapport de l'ONS](#)<sup>1</sup>. 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<sup>2</sup>. 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<sup>3,4</sup> 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 concentraient 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 retranscrit dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.**

<sup>1</sup>Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence (2018). 221 p.

<sup>2</sup>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.

<sup>3</sup>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.

<sup>4</sup>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<sup>1</sup>

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<sup>2</sup>

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<sup>3</sup>

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<sup>4</sup>

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 <sup>a</sup>	X	X	X	X	X	
Lignes d'appel <sup>b</sup>	X	X		X	X	
Formation des médecins généralistes <sup>c</sup>	X	X		X	X	
Programmes en milieu scolaire <sup>d</sup>					X	
Organisation de la prise en charge	X		X			
Prévention de la contagion suicidaire <sup>e</sup>	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 ; <sup>a</sup> Cf. dispositifs Vigilans ; <sup>b</sup> 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 ; <sup>c</sup> Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressif et au repérage du risque suicidaire ; <sup>d</sup> un seul programme est recommandé : le programme YAM ; <sup>e</sup> Cf. programme Papageno.*

<sup>1</sup> Evaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Rapport. Haut comité de santé publique, mars 2016, 74 p.

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Priorité prévention. Ministère des solidarités et de la santé, mars 2018. 33 p.

<sup>4</sup> 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](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 Santé Publique France 2017.

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

Pour les bases CépiDc et PMSI-MCO, la codification des causes médicales de décès et des diagnostics s'appuie sur la 10<sup>ème</sup> 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 ont été ajoutés des codes correspondant aux intoxications sans que l'intentionnalité de l'acte ne soit clairement indiqué.

### 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 Santé 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 (Chi<sup>2</sup> 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 bivariée. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (OR<sub>a</sub>) 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 - 1er 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. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p.  
[http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_mel\\_220216.pdf](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. 3e 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-MCO, Oscour® et Baromètre de Santé publique France – 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](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](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 Epidemiol 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 Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44.  
[http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018\\_32-33\\_1.html](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>].
- 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 Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):36-86. [http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019\\_3-4\\_0.html](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	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	OMS	Organisation mondiale de la santé
CIM-10	Classification internationale des maladie, 10 <sup>ème</sup> version	ONS	Observatoire National des Suicides
DA	Diagnostic associé	Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
DP	Diagnostic principal	RPU	Résumé des passages aux urgences
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	SMUR	Structure mobile d'urgence et de réanimation
EDC	État dépressif caractérisé	SU	Structure d'urgence
GEPP	Groupe d'échange de pratiques professionnelles	SurSaUD®	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	TS	Tentative de suicide
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	VSAB	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie	UE	Union européenne

## REMERCIEMENTS

- Avec une contribution de Francis Chin, Christine Chan Chee, Christophe Léon, Enguerrand du Roscoät, 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®
- 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 des Pays de la Loire

## CONTACT

Santé publique France, Pays de la Loire : [cire-pdl@santepubliquefrance.fr](mailto:cire-pdl@santepubliquefrance.fr)