



Observation du phénomène suicidaire en Bretagne

Tableau
de Bord
Juin 2025

Le contexte

Dans son rapport de février 2016¹, l'Observatoire national du suicide souligne le **caractère plurifactoriel du risque suicidaire** : facteurs personnels, environnementaux, socio-économiques, biomédicaux...

Les pathologies psychiques et somatiques peuvent également jouer un rôle et générer de la souffrance mentale.

En Bretagne, le suicide est une priorité régionale de santé constamment réaffirmée en raison d'une mortalité supérieure à la moyenne française. Cette sur-représentation du suicide en Bretagne date des années 1950 où une surmortalité est observée. Plusieurs facteurs contributifs possibles dans la période d'après-guerre sont avancés par les chercheurs², d'ordre économique, social et culturel : pertes humaines liées à la Grande Guerre, mutation du monde agricole, perte des repères ruraux, perte du sentiment religieux, abandon de la langue bretonne, surreprésentation de conduites addictives, population à risque (agriculteurs).

Afin de suivre dans le temps et dans l'espace le phénomène suicidaire, l'Observatoire régional de la santé de Bretagne, soutenu par la Région Bretagne, met en œuvre, depuis 2011, ce tableau de bord.

Publié tous les deux ans, l'objectif de cet outil est de présenter des indicateurs permettant de décrire et de suivre l'évolution du phénomène suicidaire à l'échelon régional et infrarégional. Simultanément, ces indicateurs sont mis à jour annuellement sur un [espace numérique en ligne](#) sur le site de l'ORS Bretagne.

L'essentiel

Le phénomène suicidaire : un problème de santé publique plus important en Bretagne que dans les autres régions françaises...

Bien que la mortalité par suicide soit en baisse, la Bretagne reste la région de France la plus concernée. Si globalement la région suit l'amélioration constatée au niveau national, ces dernières années, la mortalité par suicide a diminué de manière plus rapide dans la région, réduisant sensiblement l'écart avec la France. S'agissant du recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide, les taux sont en

nette augmentation chez les Françaises (+20 %), et encore plus chez les Bretonnes (+24 %) entre 2020 et 2023. A l'inverse, ils sont stables chez les hommes.

...qui concerne des populations jeunes et actives

Environ 700 bretons se suicident en moyenne chaque année et 5400 ont été hospitalisés en court séjour en 2023 suite à une tentative de suicide (TS). De plus, ce sont 880 patients qui ont été hospitalisés en psychiatrie pour TS en 2023, les deux tiers ayant eu également une hospitalisation en court séjour. Sept décès par suicide sur dix surviennent avant 65 ans. Le suicide représente une cause de mortalité mineure chez les personnes de 65 ans et plus (1%), alors que plus d'un décès sur quatre est un suicide entre 25 et 34 ans. La mortalité par suicide est supérieure dans la population masculine quel que soit l'âge, l'écart avec les femmes étant particulièrement marqué pour les plus âgés. En parallèle, ce sont les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui présentent les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés.

Les troubles liés à l'alcool et la dépression sont fortement associés aux tentatives de suicide.

...et qui est loin d'être homogène selon les départements et les intercommunalités

▪ Au niveau départemental, les Côtes-d'Armor présentent les taux standardisés de décès et de recours à l'hospitalisation les plus importants. À l'inverse, l'Ille-et-Vilaine se situe dans la position la plus favorable.

▪ À l'échelle des EPCI de Bretagne, si neuf intercommunalités associent un recours hospitalier plus important et une surmortalité (Guingamp-Paimpol Agglo., Lannion-Trégor Communauté, Morlaix Cté, Saint-Brieuc Armor Agglo., Kreiz-Breizh, Pays de Dol et de la Baie du Mont Saint-Michel, Loudéac Cté - Bretagne Centre, Roi Morvan Cté, Ploërmel Cté), dans d'autres, les tendances s'opposent.



L'identification des personnes à risque de suicide est cruciale pour la prévention. Ce document constitue un véritable outil d'accompagnement des politiques publiques, avec pour objectif la mise en avant des priorités tant populationnelles que territoriales afin de soutenir les dynamiques partenariales existantes et de cibler au mieux les actions à mettre en place.

¹ Observatoire national du suicide (ONS) : consulter le 5^e rapport Suicide : Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes Observatoire national du suicide - Septembre 2022.

² La prévention du suicide en Bretagne : connaître, comprendre, agir. Céline Kopp Bigault, Pr Michel Walter - Juin 2023.

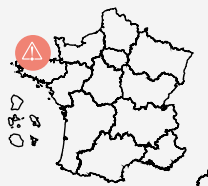
Les chiffres-clés

... de la mortalité par suicide en Bretagne

Environ **700 breton-ne-s** se **suicident*** chaque année en moyenne sur 2020-2022 soit 2 suicides par jour



3 fois plus d'hommes que de femmes



La **Bretagne** affiche le **taux de mortalité par suicide le plus élevé** en France hexagonale

Bretagne par rapport à la France



surmortalité de + **49%** chez **les hommes**



surmortalité de + **47%** chez **les femmes**

MAIS

La mortalité par suicide **a diminué** + vite en **Bretagne** qu'en France entre 2010-2012 et 2020-2022



de - **22%** chez **les hommes** - 17% en France



de - **30%** chez **les femmes** - 19% en France

... des hospitalisations en court séjour pour tentative de suicide en Bretagne

5 400 breton-ne-s hospitalisé-e-s pour tentative de suicide* en 2023



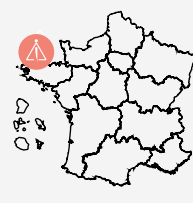
64% une majorité de **femmes** (341 filles de 5 à 14 ans hospitalisées et 1 139 jeunes femmes de 15 à 24 ans)



205 patientes concernées pour **100 000 habitantes** en 2023 en Bretagne contre 175 en 2019



Le **taux standardisé de recours à l'hospitalisation en court séjour** pour tentative de suicide en **nette hausse** chez les femmes depuis 2020



Des taux bretons de recours à l'hospitalisation à un niveau supérieur à la moyenne nationale chez **les femmes** comme chez les hommes



un **pic** chez les **jeunes femmes** de 15-24 ans et une forte augmentation dans cette tranche d'âge



un **pic** chez **les hommes** de 35-44 ans

Le sommaire

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN BRETAGNE	3
LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENT·E·S HOSPITALISÉ·E·S POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE	8
LES INÉGALITÉS TERRITORIALES SELON LES EPCI DE BRETAGNE	12
ZOOM SUR DES RÉSULTATS NATIONAUX	13
PROJET VIGILANS : DISPOSITIF DE VEILLE POST-HOSPITALIÈRE EN RÉGION BRETAGNE	14
SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE	15
EN SAVOIR PLUS	16



Étude réalisée avec le soutien de la Région Bretagne

RÉALISATION
Rédaction

sous la direction du Dr Isabelle TRON, directrice de l'ORS Bretagne
Patricia BÉDAGUE, cheffe de projets, ORS Bretagne

Mise en forme

Laurence POIRIER, secrétaire, ORS Bretagne

Conception graphique

Élisabeth QUÉGUINER – www.medias-lab.com

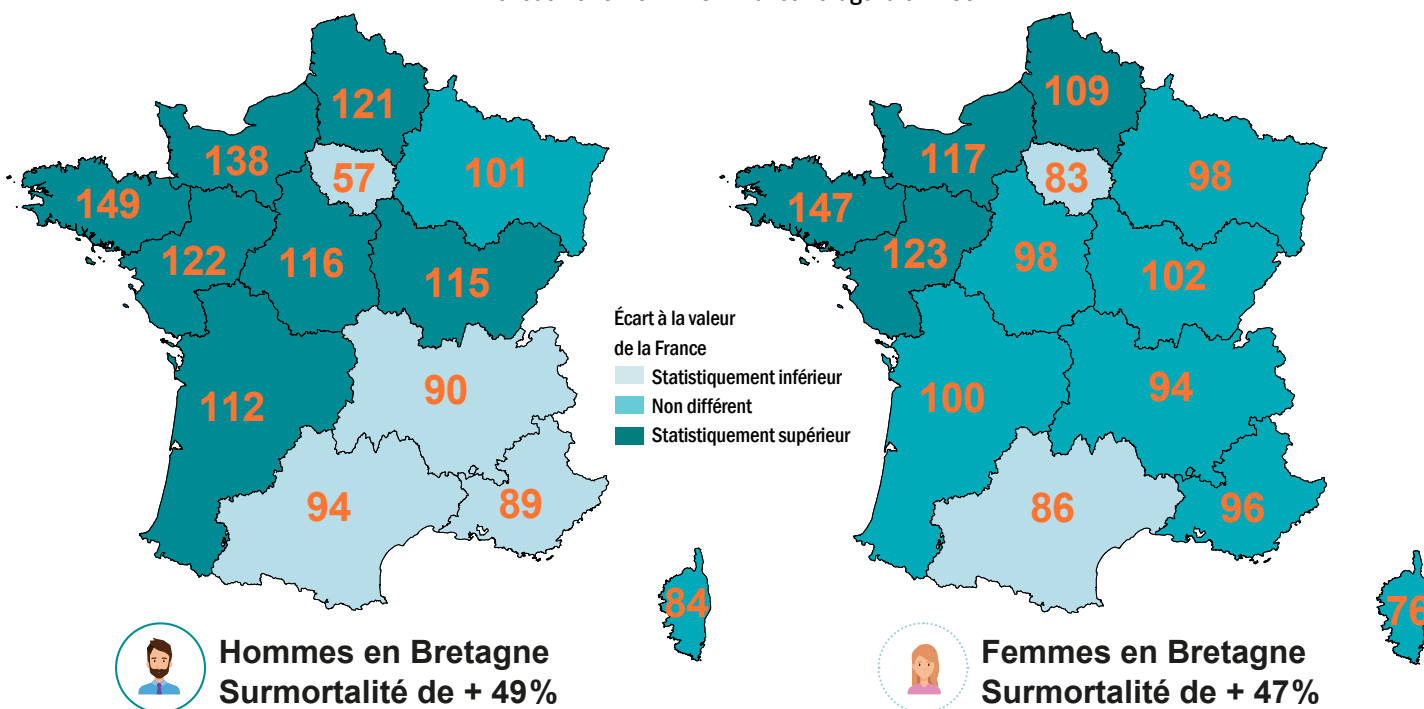
La mortalité par suicide en Bretagne



La Bretagne : région la plus touchée par le suicide

Sur la période 2020-2022, les indices comparatifs de mortalité placent la Bretagne au 1^{er} rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de + 49% et une surmortalité féminine de + 47%.

1 Indices comparatifs de mortalité par suicide
Période 2020-2022 - ICM France hexagonale = 100



Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

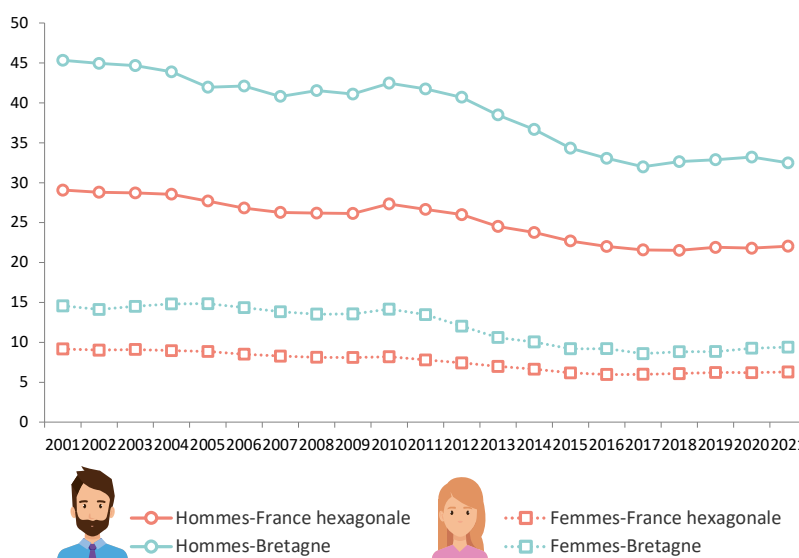
Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Bien que la mortalité par suicide soit en baisse, la région affiche une surmortalité qui persiste depuis le début des années 2000...

En 2020-2022, les taux standardisés de mortalité par suicide en Bretagne se situent à 32 décès pour 100 000 chez les hommes et 9 pour 100 000 chez les femmes contre respectivement 22 et 6 pour 100 000 en France hexagonale. Ces dix dernières années, la mortalité féminine par suicide a davantage diminué que la mortalité masculine : -30% entre 2010-2012 et 2020-2022 chez les femmes en Bretagne contre -22% chez les hommes (respectivement -19% et -17% en France).

La région suit l'amélioration constatée au niveau national. Cette baisse, plus rapide dans la région qu'en France, a réduit l'écart avec le niveau national. Toutefois, celui-ci semble stabilisé depuis les cinq dernières années.

2 Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2022* (unité pour 100 000)



* L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2021 correspond à la période 2020-2022.

Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

À noter : Un nouveau certificat de décès a été mis en place en 2018, il comporte une nouvelle case à cocher « Suicide » qui facilite la déclaration de cette cause. Ceci peut contribuer à un meilleur codage des suicides. De plus, la méthode de codage des certificats faisant appel à l'intelligence artificielle, la comparaison des données à compter de 2018, à celles des années précédentes doit être menée avec précaution.

Près de 700 décès par suicide par an en Bretagne entre 2020 et 2022

Une surmortalité par rapport à la France hexagonale qui est généralisée dans tous les départements

Sur la période 2020-2022, quel que soit le sexe, la surmortalité est observée dans tous les départements de la région qui affichent des taux standardisés de mortalité significativement supérieurs aux taux français.

Chez les hommes, les Côtes-d'Armor, puis le Morbihan, se caractérisent par les situations les plus défavorables avec les taux les plus élevés de la région. À l'opposé, l'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable avec le taux le plus faible. Le Finistère quant à lui occupe une position intermédiaire avec un taux légèrement inférieur à la moyenne régionale.

Chez les femmes, la situation des départements présente des disparités moins marquées et des écarts par rapport à la moyenne régionale moins importants. Là encore, les Côtes-d'Armor affichent la situation la plus défavorable.

1 Effectifs* et taux standardisés de décès par suicide selon le sexe et les départements en 2020-2022 (unité pour 100 000)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Côtes-d'Armor	118	39,4	43	12,9	161	25,1
Finistère	136	30,4	47	9,4	183	19,1
Ille-et-Vilaine	145	28,9	45	8,1	190	17,8
Morbihan	131	34,8	37	8,3	168	20,7
BRETAGNE	529	32,5	172	9,4	701	20,1
FRANCE HEXAGONALE	6 668	22,0	2 198	6,3	8 866	13,4

*Nombre moyen annuel de décès
Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Plus de 700 décès par suicide en Bretagne

En 2020-2022, en moyenne annuelle, 701 décès par suicide ont été recensés dans la région, soit 1,9% de l'ensemble des décès en Bretagne.

Le suicide touche trois fois plus d'hommes que de femmes...

En 2020-2022, en Bretagne comme en France, les décès par suicide sont majoritairement masculins : avec 529 décès en moyenne annuelle chez les hommes et 172 chez les femmes, le suicide est responsable du décès de trois fois plus d'hommes que de femmes. La prédominance masculine se retrouve à tous les âges.



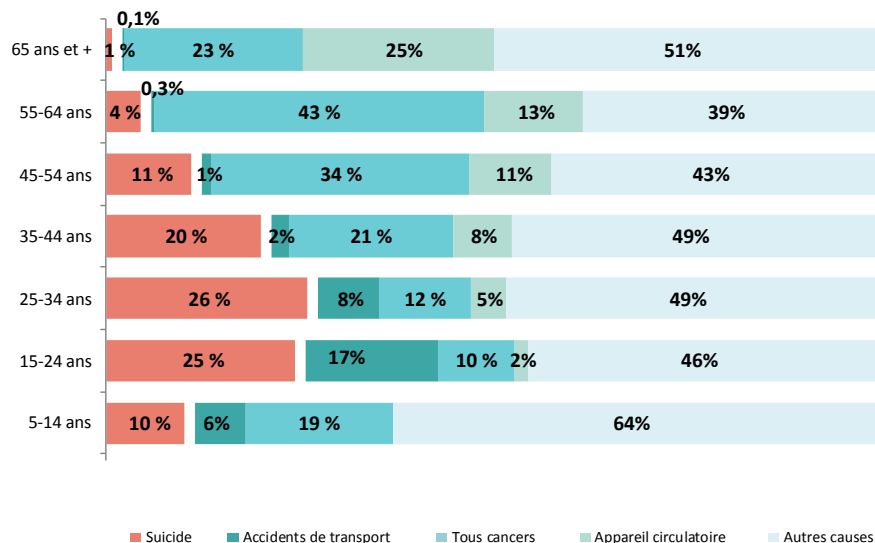
**3 fois +
d'hommes
que de femmes
concerné·e·s**

7 décès par suicide sur 10 avant 65 ans

... et plutôt des personnes jeunes : 7 décès par suicide sur 10 ont lieu prématurément¹

En 2020-2022, en Bretagne comme en France, chez les femmes, environ sept décès par suicide sur dix surviennent avant 65 ans. Toutefois, si l'on considère la proportion de décès par suicide parmi l'ensemble des causes de décès, c'est entre 15 et 34 ans que le poids du suicide est le plus important, et correspond à environ un décès sur quatre.

2 Part des décès par suicide parmi l'ensemble des décès selon l'âge en Bretagne en 2020-2022



Sources : Insem CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

¹ Est considéré comme prématuré tout décès survenant avant l'âge de 65 ans.

Les plus touchés : les hommes de 85 ans et +

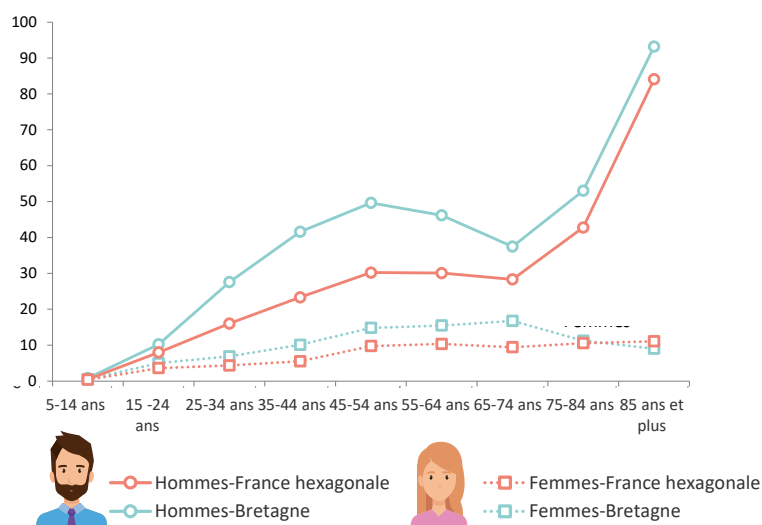
En rapportant le nombre de suicides à la population par tranche d'âge, les taux de suicide sont les plus élevés chez les hommes de 85 ans et plus

En 2020-2022, en Bretagne comme en France, la surmortalité masculine se retrouve à tous les âges. Les taux masculins sont systématiquement supérieurs aux taux féminins, l'écart étant particulièrement marqué aux âges les plus élevés.

Chez les hommes, le taux de mortalité par suicide en Bretagne augmente régulièrement jusqu'à 45-54 ans puis, il diminue légèrement jusqu'à 65-74 ans pour ensuite croître à nouveau, et de manière importante en Bretagne comme en France. Dans la région, le taux de mortalité est multiplié par 9 entre la population des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus.

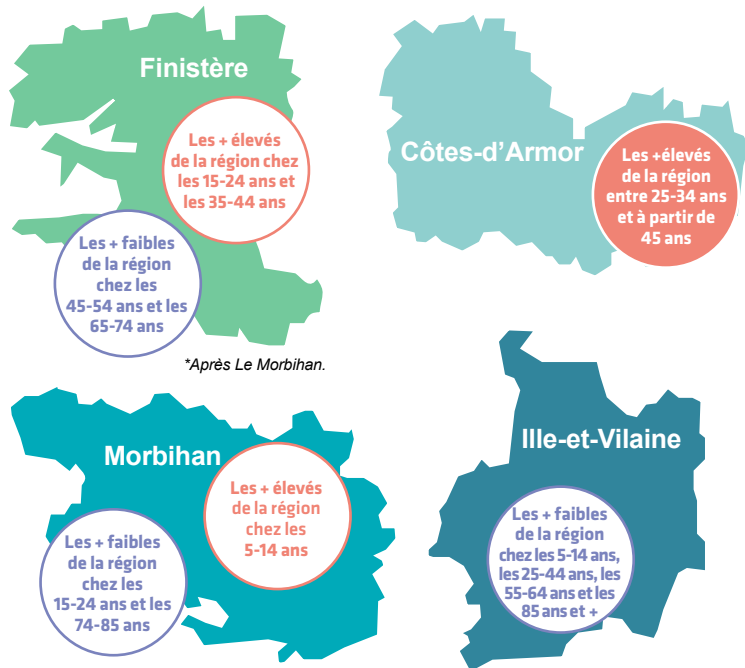
Chez les femmes, la progression est moins contrastée. Les taux augmentent avec l'âge en Bretagne jusqu'à atteindre un palier entre 45-54 ans et 65-74 ans. En France, le maximum est atteint chez les 45-54 ans. Puis au-delà, les taux diminuent sensiblement en Bretagne, alors qu'en France, ils restent relativement stables.

1 Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France en 2020-2022 (unité : pour 100 000)



Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Comment se situent les taux de mortalité ?



Les Côtes-d'Armor : en situation la plus défavorable

Les Côtes-d'Armor en situation la plus défavorable de la région entre 25-34 ans et pour toutes les classes d'âge à partir de 45 ans.

Les taux de mortalité observés dans les Côtes-d'Armor sont les plus élevés de la région, avec des taux très supérieurs à la moyenne bretonne chez les 25-34 ans (+49 %), chez les 85 ans et plus (+44 %) et dans une moindre mesure chez les 45-54 ans (+34 %).

Dans le Morbihan, les taux sont les plus élevés de la région chez les 5-14 ans, et les plus faibles chez les 15-24 ans et les 74-85 ans.

L'Ille-et-Vilaine enregistre les taux les plus faibles de la région chez les 5-14 ans, les 25-44 ans, les 55-64 ans et les 85 ans et plus.

Dans le Finistère, les taux chez les 15-24 ans et les 35-44 ans sont les plus élevés, devant les Côtes-d'Armor. C'est le deuxième département après le Morbihan où les taux sont les plus élevés de la région chez les 5-14 ans. Les taux sont les plus faibles de la région chez les 45-54 ans, et les 65-74 ans.

2 Taux de mortalité par suicide selon l'âge et les départements de résidence en Bretagne en 2020-2022 (unité : pour 100 000)

	CÔTES-D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	BRETAGNE
5-14 ans	nc	1,0	0,2	1,1	0,7
15-24 ans	7,9	10,7	6,5	6,1	7,7
25-34 ans	25,8	15,1	12,6	22,4	17,3
35-44 ans	27,6	28,9	22,1	26,5	25,8
45-54 ans	43,3	27,1	30,8	31,8	32,2
55-64 ans	39,0	29,0	24,4	32,6	30,5
65-74 ans	29,0	22,7	27,4	27,7	26,4
75-84 ans	33,5	27,1	29,7	24,4	28,8
85 ans et +	50,4	30,4	27,3	35,1	34,9

nc : Non communicable en raison du secret statistique
Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

La pendaison : le mode de suicide le plus répandu

Près de 6 suicides sur 10 par pendaison

En Bretagne comme en France, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison, il représente 59% de l'ensemble des décès par suicide dans la région.

Viennent ensuite les autres modes de lésions auto-infligées* (14%), les intoxications médicamenteuses (9%), les armes à feu (7%), la noyade (5%) et le saut dans le vide (4%).

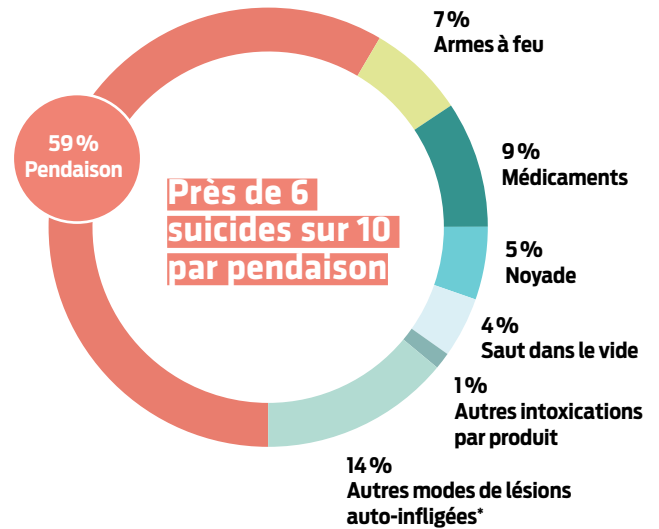
Si la prédominance des décès par pendaison est observée pour les deux sexes, celle-ci est nettement plus marquée chez les hommes (64% contre 41% chez les femmes).

La répartition des autres modes de suicide diffère fortement selon le sexe.

Chez les hommes, les autres modes de lésions auto-infligées sont fréquents (13%) ainsi que les suicides par arme à feu (9%).

Chez les femmes, les intoxications médicamenteuses correspondent au second mode le plus fréquemment utilisé (22%), ainsi que les autres modes de lésions auto-infligées (16%) et la noyade (12%).

1 Répartition des décès par suicide selon le mode en Bretagne en 2020-2022



Sources : Insem CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

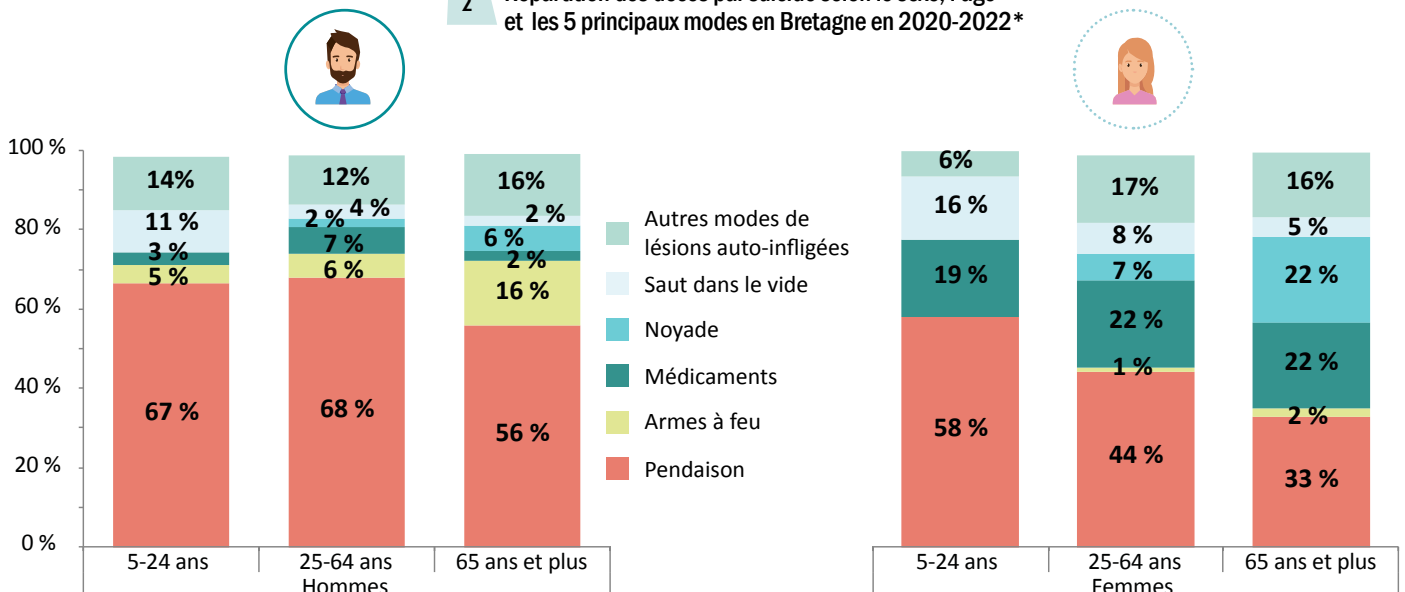
*Autres modes et sans précision : lésion auto infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz, par objet tranchant ou contondant, par collision intentionnelle (sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement, collision d'un véhicule à moteur), par un autre moyen ou moyen non précisé

Des modes variables selon l'âge

Chez les hommes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge. Viennent ensuite en deuxième position chez les 65 ans et plus les armes à feu (16%) à égalité avec d'autres modes de lésions auto-infligées. Avant 65 ans, les autres modes de lésions auto-infligées arrivent en deuxième position. À noter que chez les plus jeunes, les sauts dans le vide sont la cause de 11% des décès.

Chez les femmes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge. Avant 25 ans la pendaison concerne six décès sur dix, devant les intoxications médicamenteuses (19%) et le saut dans le vide (16%). Puis, elle diminue avec l'avancée en âge. Entre 25 et 64 ans, ce mode précède les intoxications médicamenteuses (22%). À partir de 65 ans, les suicides par intoxications médicamenteuses constituent le second mode utilisé (22%) à égalité avec les noyades (22%).

2 Répartition des décès par suicide selon le sexe, l'âge et les 5 principaux modes en Bretagne en 2020-2022*



*La différence par rapport à 100% concerne les autres modes de suicide.
Source : Insem CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

Zoom par âge

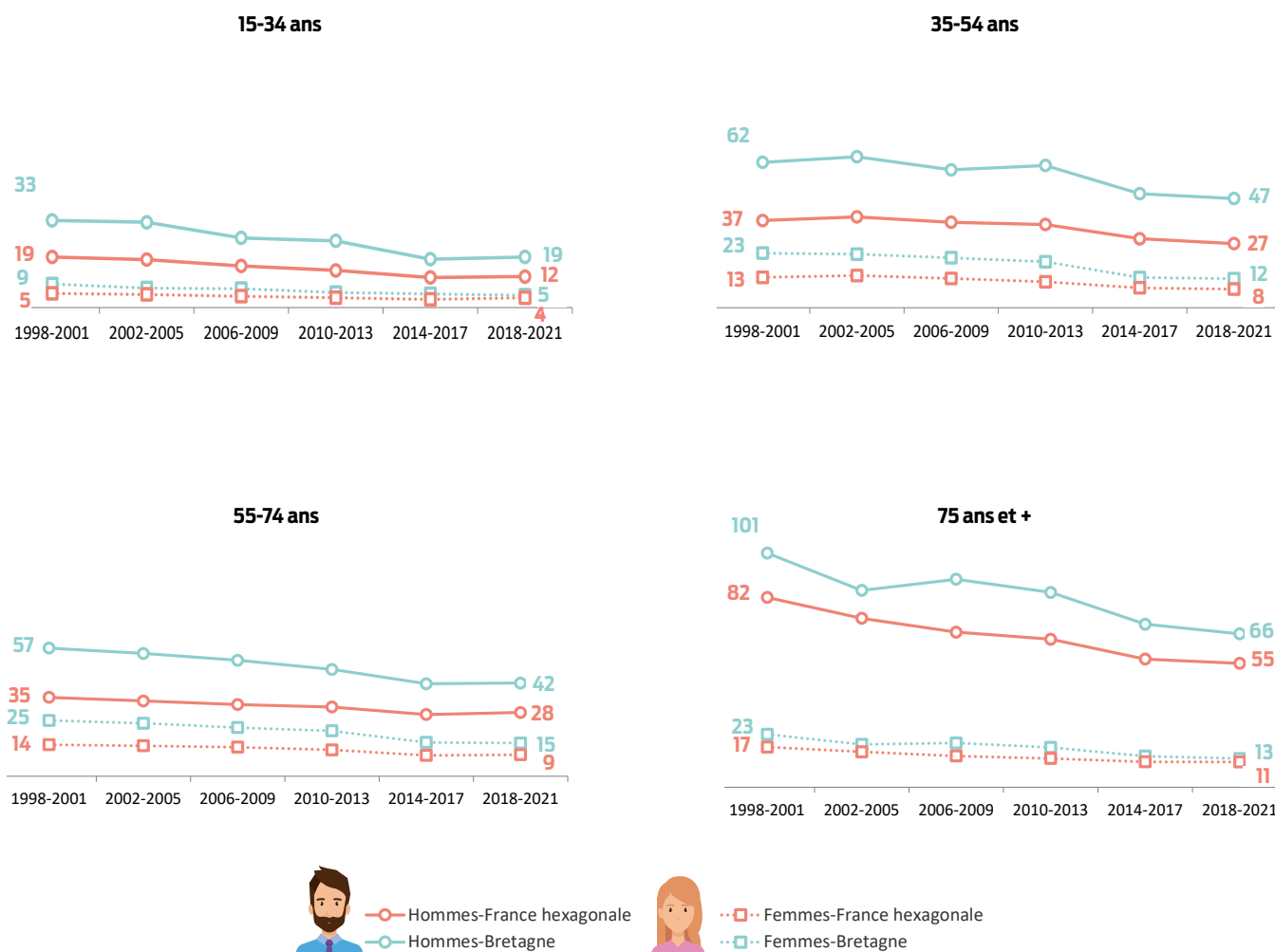
Une mortalité bretonne masculine qui reste à un niveau élevé ces dernières années quel que soit le groupe d'âge

Entre les périodes 1998-2001 et 2018-2021, la mortalité par suicide a diminué en Bretagne, mais de façon différente selon le sexe et l'âge.

Chez les femmes, le taux de suicide diminue de façon régulière pour toutes les tranches d'âge. La diminution la plus marquée est observée entre 15 et 34 ans, elle est plus importante qu'en France (de l'ordre de -48 % contre -42 % en moyenne hexagonale), entraînant, sur la période, une réduction de l'écart avec le niveau national pour cette tranche d'âge. L'écart s'est également réduit chez les 75 ans et plus.

Chez les hommes, sur l'ensemble de la période, le taux de suicide a diminué pour toutes les tranches d'âge, comme en France. La diminution a été la plus marquée chez les 15-34 ans (-42 %), puis chez les 75 ans et plus (-34 %). Mais, c'est chez les 55-74 ans que le taux de suicide a diminué de façon plus soutenue qu'en France (de l'ordre de -27 % contre -19 % en moyenne hexagonale). Toutefois, l'écart avec le niveau national reste important en 2018-2021, pour chacun des groupes d'âge, hormis chez les 75 ans et plus où l'écart est le plus faible.

1 Évolution de la mortalité* par suicide selon le sexe et l'âge



*Taux standardisé suivant l'âge calculés sur des périodes successives de quatre années pour 100 000 hommes ou femmes, pour tenir compte des effectifs.
Source : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.



Les caractéristiques des patient·e·s hospitalisé·e·s pour tentative de suicide en Bretagne

Près de 6 700 séjours en lien avec une tentative de suicide en 2023, soit plus de 5 400 patients, des chiffres en hausse par rapport à 2022

Environ 6 700 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide en 2023, contre 6 300 en 2022 et 5 800 en 2021

En 2023, 6 672 hospitalisations en court séjour, de patients domiciliés en Bretagne, sont liées à une tentative de suicide, soit une moyenne de 18 séjours quotidiens.

Le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide, qui était au plus bas en 2020 (5 400 séjours), tend à augmenter depuis (5 800 en 2021, 6 300 en 2022 et 6 700 en 2023).

Au cours de l'année 2023, les hospitalisations en lien avec une tentative de suicide ont concerné 5 433 patients pris en charge en court séjour

Parmi ceux-ci, 4 606 patients, soit 85%, ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année.

15% des patients ont été hospitalisés plusieurs fois. Le nombre maximum d'hospitalisations par patient est de 23 pour l'année 2023.

MÉTHODOLOGIE :

L'analyse qui suit est réalisée à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique - MCO) du portail du Système National des Données de Santé (SNDS), sur la base des patients âgés de 5 ans et plus, et pour lesquels la procédure de chaînage est correcte (9 codes retour de chaînage à 0). L'ensemble des patients est pris en compte avec leurs caractéristiques au cours de leur premier séjour (âge au 1^{er} séjour, mode de tentatives de suicide au 1^{er} séjour etc...) afin qu'il n'y ait pas de doublons. La méthodologie d'extraction des données dans le SNDS ayant évolué par rapport aux années précédentes, l'ensemble des indicateurs a été recalculé sur la période étudiée, mais les résultats présentés ne sont pas comparables avec ceux des publications antérieures.

1 Nombre de patients hospitalisés en court séjour suite à une tentative de suicide selon le nombre d'hospitalisations réalisées au cours de l'année 2023 en Bretagne

NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN LIEN AVEC UNE TENTATIVE DE SUICIDE EN 2023	NOMBRE DE PATIENTS	RÉPARTITION DE PATIENTS PAR NOMBRE DE TS
1 seule	4 606	84,8%
2	603	11,1%
3	136	2,5%
4 ou +	88	1,6%
TOTAL	5 433	100,0%

Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

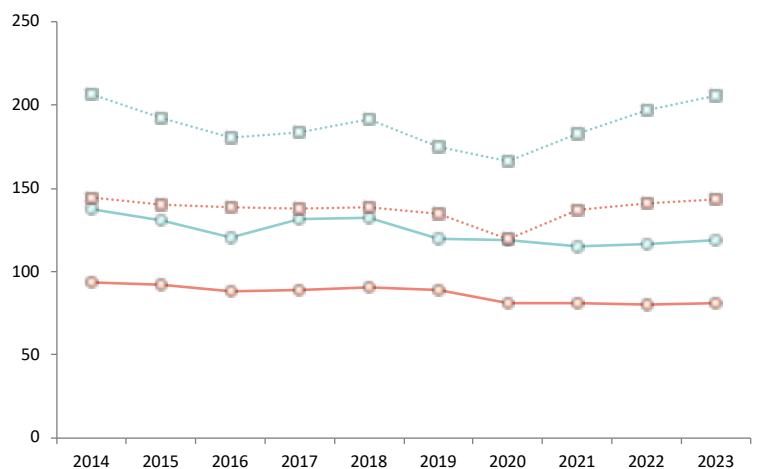
En 2023, des taux de patients hospitalisés suite à une tentative de suicide en augmentation chez les femmes, et stables chez les hommes

En 2023, la Bretagne présente des taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide, supérieurs à ceux de la France hexagonale.

Ce constat se vérifie chez les hommes (119 patients concernés pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 81 pour 100 000 en France hexagonale) et encore plus chez les femmes (205 Bretonnes concernées pour 100 000, contre 144 pour 100 000 Françaises).

Sur la période 2014-2020, les taux de recours tendaient à diminuer chez les hommes comme chez les femmes, en Bretagne comme en France hexagonale. Si les taux sont stables depuis 2020 chez les hommes, à l'inverse, ils sont en nette augmentation chez les Françaises (+ 20%), et encore plus chez les Bretonnes (+ 24%).

2 Évolution des taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon le sexe en Bretagne et en France entre 2014 et 2023 (unité : pour 100 000 habitants)



— Hommes-France hexagonale
— Hommes-Bretagne



— Femmes-France hexagonale
— Femmes-Bretagne

Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

DÉFINITION

Taux de recours : il correspond au nombre de patients hospitalisés rapporté à la population. C'est un indicateur de consommation de soins exprimé en nombre de patients pour 100 000 habitants.

Tentatives de suicide : les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont les plus concernées

Des tentatives de suicide plus fréquentes chez les femmes...

Au cours de l'année 2023, les patients sont majoritairement des femmes : 3 476 femmes (64 %) et 1 957 hommes (36 %). Le sex-ratio est de 1,8.

... surtout chez les jeunes femmes de 15-24 ans

Près de 3 patients sur 10 (27 %) sont des jeunes âgés de 15 à 24 ans (1 445 patients sur 5 433). Les femmes sont majoritaires dans cette tranche d'âge (1 139 sur 1 445, soit 80 %). Puis, la classe d'âge des 45-54 ans arrive en deuxième position avec 839 patients de cet âge parmi les patients hospitalisés (soit 15 %). Parallèlement 378 jeunes de 5 à 14 ans ont été hospitalisés dans le cadre d'une tentative de suicide (dont 341 filles).

En Bretagne, les taux de recours à l'hospitalisation en court séjour sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf entre 35 et 44 ans et au-delà de 85 ans où la tendance s'inverse. Chez les hommes, les taux de recours les plus élevés se situent entre 35 et 44 ans (197 pour 100 000 hommes), soit un niveau bien inférieur au taux maximal constaté chez les femmes de 15-24 ans (543 pour 100 000 femmes), chez celles de 25-34 ans (213 pour 100 000 femmes) et 45-54 ans (207 pour 100 000 femmes). Les taux de recours diminuent avec l'âge à partir de la tranche d'âge des 45-54 ans chez les hommes et des 55-64 ans chez les femmes. Ils progressent de nouveau chez les hommes de 85 ans et plus.

L'auto-intoxication, principal mode de tentative de suicide

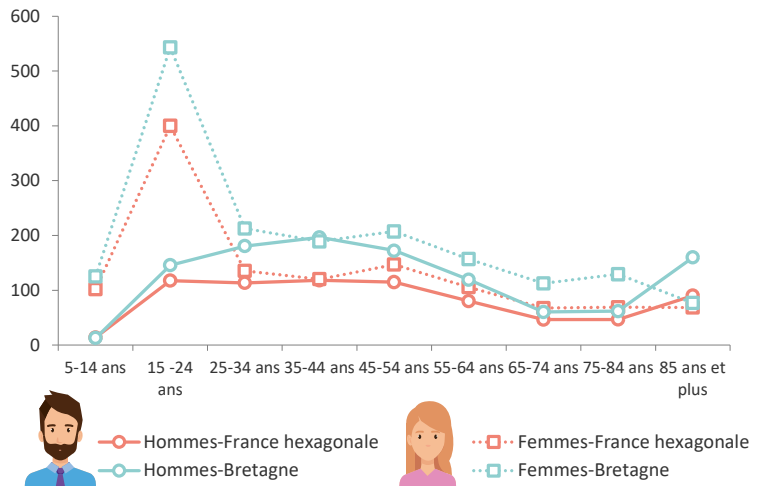
Le mode de tentative de suicide prédominant est l'auto-intoxication médicamenteuse (72 % des tentatives de suicide). Les hospitalisations consécutives à une lésion auto-infligée sont plus fréquentes chez les hommes (22 %) que chez les femmes (16 %).

L'alcool et/ou la dépression associés à la tentative de suicide pour près de la moitié des patients

Pour un quart des patients (25 %), des troubles liés à l'alcool sont identifiés, plus fréquemment chez les hommes (37 % versus 18 % chez les femmes). Plus de sept fois sur dix, il s'agit d'une intoxication alcoolique aiguë.

Près d'un quart des patients présente « un épisode dépressif » (23 %), 13 % des « troubles anxieux » et 8 % une « réaction à un facteur de stress sévère et des troubles de l'adaptation ».

1 Taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en Bretagne en 2023 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

DÉFINITION

Taux de recours selon l'âge : il correspond au nombre de patients hospitalisés de la classe d'âge observée rapporté à la population de cette classe d'âge. C'est un indicateur de consommation de soins exprimé en nombre de patients pour 100 000 habitants.

2 Effectifs et répartition des patients hospitalisés en court séjour pour tentative de suicide selon le mode utilisé lors de la première tentative de suicide et selon le sexe en Bretagne en 2023 (en %)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	NB	Taux	NB	Taux	NB	Taux
Auto-intoxication	1 426	73%	2 718	78%	4 144	76%
<i>dont au moins une auto-intoxication médicamenteuse</i>	1 312	67%	2 586	74%	3 898	72%
Lésion auto-infligée	439	22%	564	16%	1 003	18%
<i>dont au moins une lésion auto-infligée par phlébotomie*</i>	163	8%	323	9%	486	9%
Auto-intoxication et lésion auto-infligée	92	5%	194	6%	286	4%
Total	1 957	100%	3 476	100%	5 433	100%

Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne

*Plusieurs modes de lésions auto-infligées peuvent être associés : par ex. : lésions auto-infligées par phlébotomie ET lésions auto-infligées autre que phlébotomie : on comptabilise ici tous les cas de figure où il y a eu au moins une lésion auto-infligée par phlébotomie

DÉFINITION

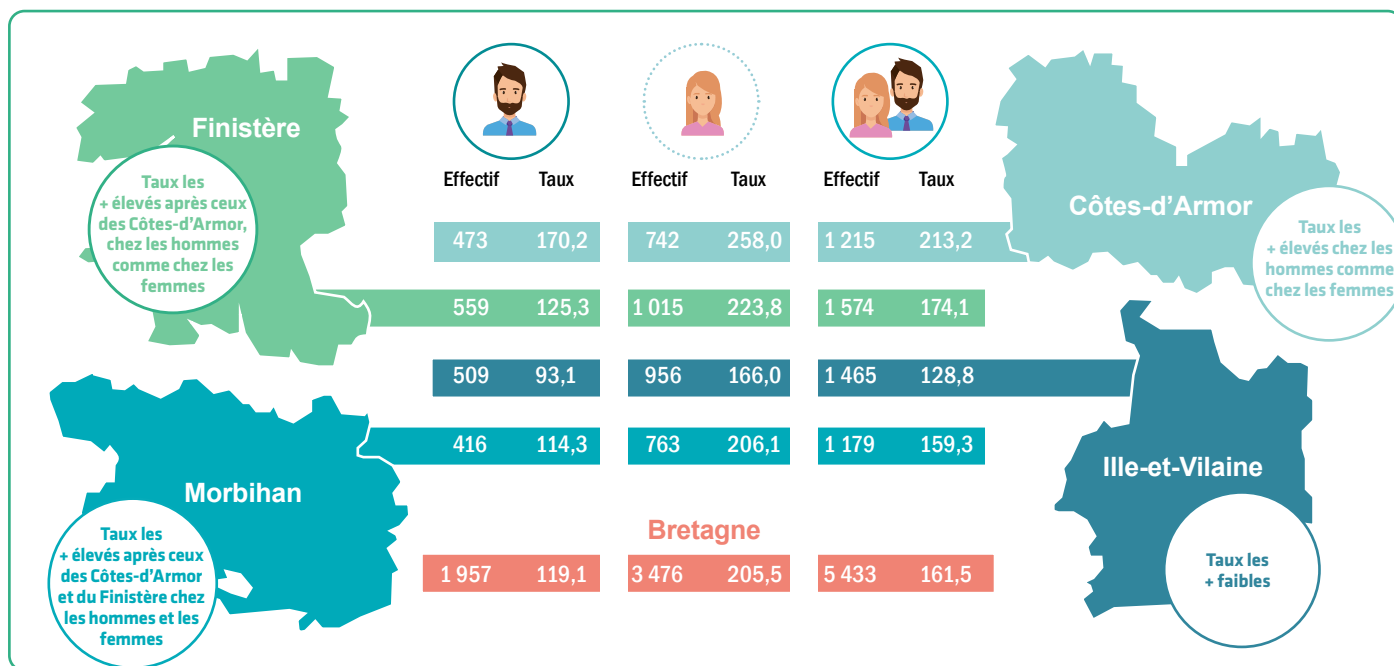
Phlébotomie : incision d'une veine.

De fortes hétérogénéités entre les départements bretons

Les Côtes-d'Armor, le département le plus concerné

Des quatre départements bretons, celui des Côtes-d'Armor enregistre globalement le taux standardisé de recours à l'hospitalisation le plus élevé. Le Finistère se place en deuxième position, suivi par le Morbihan. L'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable. Cette hiérarchie des départements est identique chez les hommes comme chez les femmes.

1 Effectifs et taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon le sexe et les départements de résidence des patients en 2023 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Les plus fortes augmentations constatées dans les départements où les recours sont les plus faibles

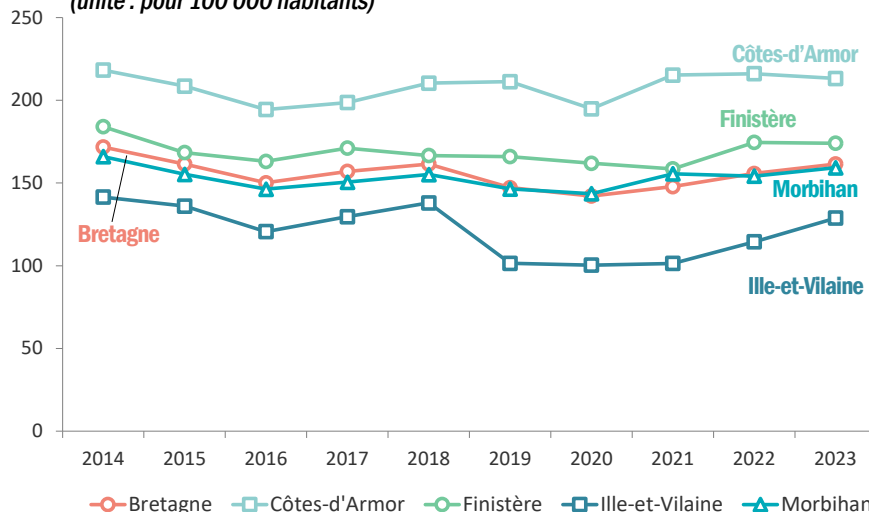
Une forte augmentation en Ille-et-Vilaine depuis 2022

Entre 2014 et 2019, avant la pandémie de Covid-19, les taux standardisés de recours à l'hospitalisation avaient diminué sur l'ensemble de la région (-14%), plus nettement en Ille-et-Vilaine (-28%), puis dans le Morbihan (-12%), le Finistère (-10%) et beaucoup moins dans les Côtes-d'Armor (-3%).

Les taux de recours ont été les plus faibles en 2020 pour l'ensemble des départements, sauf pour le Finistère où ils l'ont été en 2021.

Sur les quatre dernières années, la hausse est la plus importante en Ille-et-Vilaine (+28% entre 2020 et 2023 contre +14% en Bretagne), et dans le Morbihan (+11%), suivi par les Côtes-d'Armor (+9%) et le Finistère (+7%).

2 Évolution des taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les départements de résidence entre 2014 et 2023 (unité : pour 100 000 habitants)



Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Retour au domicile

6 fois sur 10

Une prise en charge secondaire à un passage aux urgences et un retour au domicile 6 fois sur 10

Parmi les 6 672 séjours hospitaliers identifiés, 92% ont fait l'objet d'un passage aux urgences.

Environ 8% des séjours nécessitent une prise en charge lourde impliquant des soins de réanimation et/ou des soins intensifs.

L'arrivée directe en provenance du domicile concerne 7% des séjours, parmi lesquels 3 sur 10 requièrent une hospitalisation en réanimation et/ou soins intensifs.

Près de 6 séjours sur 10 (58%) sont conclus par un retour à domicile et un tiers par des hospitalisations en psychiatrie (33%). Enfin, 81 séjours ont conduit à un décès.

1 Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon les modes d'entrée et de sortie en Bretagne en 2023

MODE D'ENTRÉE			MODE DE SORTIE	
6 113 séjours	92%	Passage aux urgences y compris UHCD*	-	-
453 séjours	7%	Domicile personnel	3 898 séjours	58%
5 séjours	<1%	Psychiatrie	2 223 séjours	33%
82 séjours	1%	Court séjour**	378 séjours	6%
4 séjours	<1%	SSR***	45 séjours	1%
-	-	Décès	81 séjours	1%
15 séjours	<1%	Autres	47 séjours	1%
6 672 séjours	100%	Total	6 672 séjours	100%

Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.
Des modifications ont été apportées au guide méthodologique PMSI MCO en 2023 avec la création de la variable "Passage par une structure des urgences" en complément des variables «Mode d'entrée» et «Provenance».
*L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée est une unité spécialisée pour les patients nécessitant une observation médicale continue après un passage aux urgences.
** Court séjour d'un autre établissement / *** Soins de suite et de réadaptation.

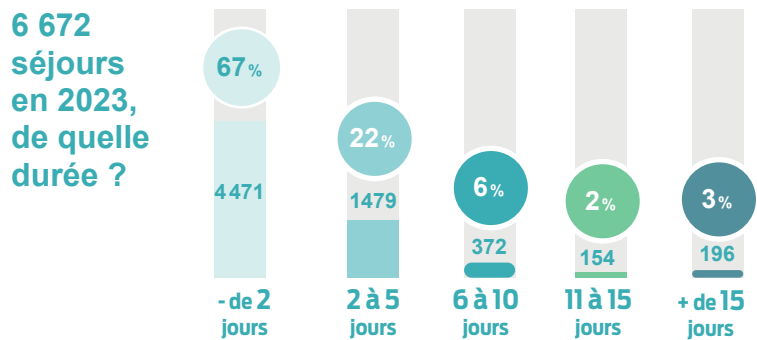
Moins de 48h d'hospitalisation dans 2 cas sur 3

Une durée d'hospitalisation généralement courte...

Plus des deux tiers des hospitalisations (67%) durent moins de 48 heures.

Parmi elles, dans 19% des cas, la prise en charge est inférieure à 24 heures et pour près de la moitié (48%) elle varie de 24 à 48 heures. Un séjour sur cinq a une durée de 2 à 5 jours et un sur dix plus de 6 jours, la durée moyenne de séjour¹ (DMS) étant de 6,6 jours.

2 Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée de séjour en Bretagne en 2023



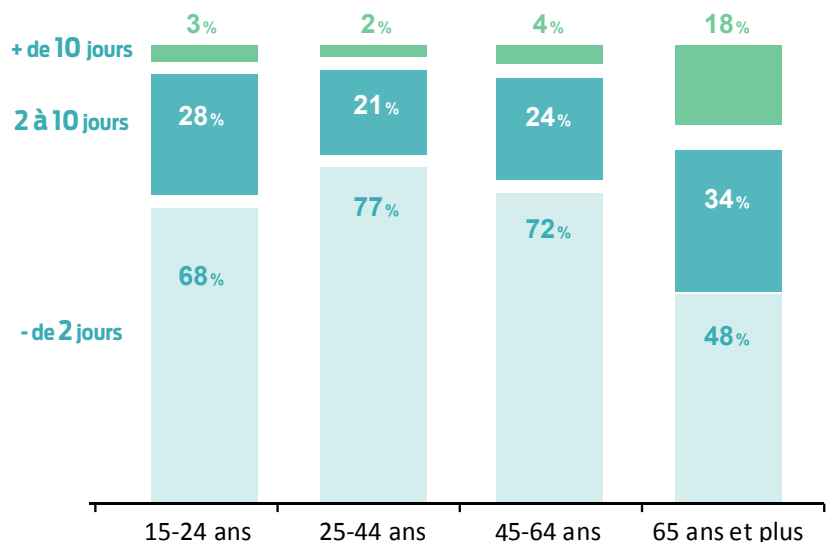
Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Environ 9 jours d'hospitalisation en cas de lésion auto-infligée

... allongée aux âges élevés et dans les situations de lésion auto-infligée

Les hospitalisations de moins de 48 heures sont nettement majoritaires pour les patients âgés de moins de 65 ans. À partir de 65 ans, les durées d'hospitalisation augmentent, notamment celles de plus de 10 jours. Les durées d'hospitalisation varient selon le mode utilisé : 43% des tentatives de suicide par lésion auto-infligée sont hospitalisées au moins 2 jours, contre 31% pour les tentatives de suicide par auto-intoxication. La durée moyenne de séjour¹ est plus élevée pour les tentatives de suicide par lésion auto-infligée (10,3 jours) que pour celles par auto-intoxication (5,4 jours), probablement en lien avec leur gravité.

3 Répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée des séjours et l'âge des patients en Bretagne en 2023



Sources : SNDS, PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

¹ La DMS est calculée en excluant les séjours de moins de 2 jours.



Les inégalités territoriales selon les EPCI

En termes de mortalité

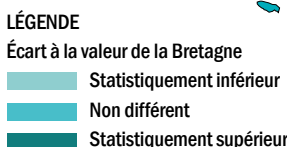
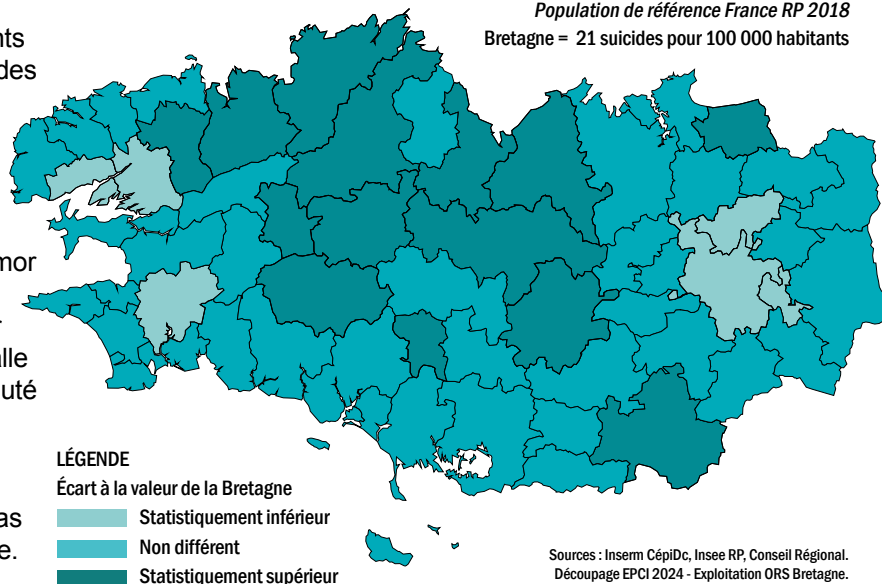
La mortalité par suicide varie selon les EPCI de Bretagne, avec des taux deux fois plus importants dans les EPCI de Poher Communauté (35 suicides pour 100 000 habitants), du Kreiz-Breizh (34), Ploërmel Cté (33), par rapport au Pays de Châteaugiron Cté (12), ou Val d'Ille-Aubigné et Rennes Métropole (15).

La zone de surmortalité regroupe 14 EPCI dont près de la moitié se situent dans les Côtes d'Armor et comprenant les EPCI à forte mortalité cités ci-dessus, ainsi que ceux de Saint-Brieuc Armor Agglo., Lannion-Trégor Cté, Morlaix Cté, Lamballe Terre et Mer, Redon Agglo., Loudéac Communauté - Bretagne Centre, Guingamp-Paimpol Agglo., Pays de Landivisiau, Roi Morvan Communauté, Pays de Dol et Baud Cté.

La majorité des EPCI (40 sur 60) ne présente pas de différence par rapport à la moyenne régionale.

1 Taux standardisés de mortalité par suicide selon les EPCI de Bretagne en 2013-2022

Deux sexes confondus - Unité : pour 100 000 habitants
Population de référence France RP 2018
Bretagne = 21 suicides pour 100 000 habitants



Sources : Inserm CépiDc, Insee RP, Conseil Régional.
Découpage EPCI 2024 - Exploitation ORS Bretagne.

En termes de morbidité

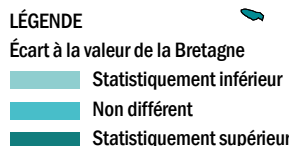
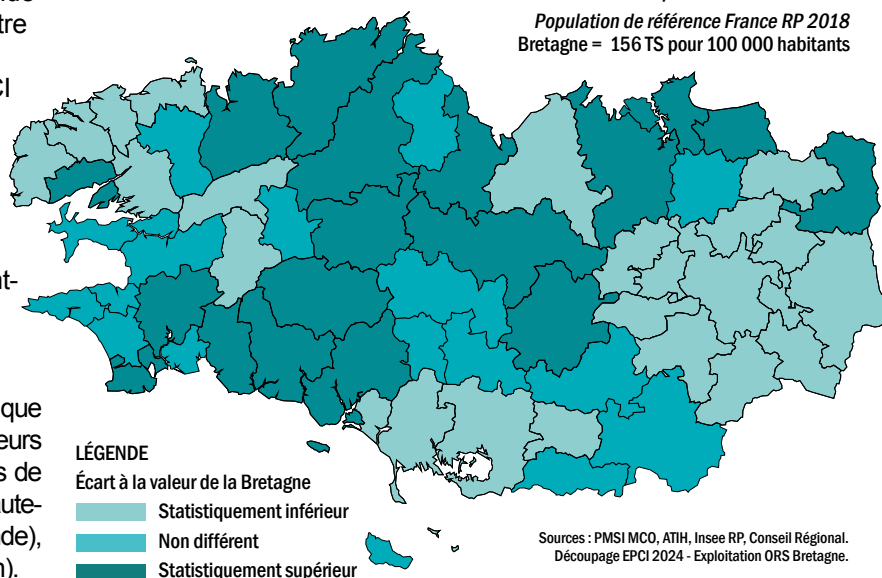
L'approche infrarégionale des taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide souligne également l'étendue des disparités entre les EPCI de Bretagne.

Les taux sont les plus élevés dans plusieurs EPCI des Côtes-d'Armor (Saint-Brieuc Armor Agglo. suivi par Guingamp-Paimpol Agglo. et Kreiz-Breizh), ainsi que dans le Pays de Saint-Malo Agglo., Concarneau Cornouaille Agglo., Lorient Agglo., Dinan Agglo., Quimperlé Cté, Fougères Agglo., le Pays de Dol et de la Baie du Mont Saint-Michel, Côte d'Emeraude, Quimper Bretagne Occidentale, Loudéac Cté - Bretagne Centre (taux compris entre 203 et 264/100 000).

En revanche, ils sont trois fois moins importants que les taux les plus élevés (taux < 90) dans plusieurs EPCI d'Ille-et-Vilaine (Saint-Méen Montauban, Pays de Châteaugiron Cté, Rennes Métropole, Vallons de Haute-Bretagne Cté, Bretagne Porte de Loire Cté, Brocéliande), ainsi qu'à Monts d'Arrée Cté, Blavet Bellevue Océan).

2 Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les EPCI de Bretagne en 2021-2023

Deux sexes confondus - Unité : pour 100 000 habitants
Population de référence France RP 2018
Bretagne = 156 TS pour 100 000 habitants



Sources : PMSI MCO, ATIH, Insee RP, Conseil Régional.
Découpage EPCI 2024 - Exploitation ORS Bretagne.



ON RETIENT...

La mise en parallèle des taux standardisés de mortalité et de morbidité hospitalière conduit aux observations suivantes :

- Les EPCI de de Guingamp-Paimpol Agglo., Lannion-Trégor Cté, Morlaix Cté, Saint-Brieuc Armor Agglo., Kreiz-Breizh, Pays de Dol et de la Baie du Mont Saint-Michel, Loudéac Cté - Bretagne Centre, Roi Morvan Cté et Ploërmel Cté se caractérisent par une mortalité et une morbidité hospitalière supérieures à la moyenne régionale.
- Rennes Métropole, Val d'Ille-Aubigné, Pays de Landemeau-Daoulas et Pays de Châteaugiron Cté présentent, à l'inverse, les profils les plus favorables

avec des taux de mortalité et de morbidité hospitalière significativement inférieurs aux taux moyens bretons.

- Brest métropole et Quimper Bretagne Occidentale se distinguent par une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale alors que la morbidité y est supérieure, tandis que Lamballe Terre et Mer est dans la situation inverse.
- Le rapport des taux moyens régionaux « tentatives de suicide hospitalisées/décès » se situe à 7,4 soit plus de 7 hospitalisations pour tentatives de suicide pour 1 décès.

DÉFINITION

Un établissement public de coopération intercommunale (EPCI) est une structure administrative française regroupant plusieurs communes afin d'exercer certaines de leurs compétences en commun.

Au 1^{er} janvier 2024, la Bretagne est couverte par 60 EPCI. L'EPCI de la Presqu'île de Guérande Atlantique, qui traverse deux régions mais qui ne compte que 3 communes sur 15 en Bretagne n'est pas étudié. Cependant, les 8 communes du département 44 composant l'EPCI de Redon sont prises en compte.

ZOOM : résultats au niveau national publiés par la DREES



Une étude de la Drees publiée en mai 2024 confirme que les hospitalisations pour geste auto-infligé sont en progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. Une tendance qui ne se retrouve pas chez les garçons.

Depuis 2020, les femmes de 15 à 24 ans sont surreprésentées parmi les personnes concernées par les syndromes anxiodépressifs et les pensées suicidaires, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Elles présentent également davantage de comportements boulimiques que la population générale. Une forte hausse des recours déclarés aux professionnels de santé pour motifs psychologiques, ainsi qu'une progression de la prise de psychotropes ont également été constatées dans cette population au décours de la crise sanitaire.

De plus, l'enquête EnCLASS 2022 montre une forte progression des pensées suicidaires chez les lycéennes et les lycéens entre 2018 et 2022, et plus généralement une dégradation de la santé mentale et du bien-être des collégiens et des lycéens sur la période, particulièrement marquée chez les filles.

Depuis la fin 2020, le nombre de jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans hospitalisées pour des gestes auto-infligés en court séjour a fortement augmenté. Les données de la psychiatrie montrent également une très forte augmentation des hospitalisations pour ces motifs chez les adolescentes et les jeunes femmes.

Les habitants des communes défavorisées et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont sur-représentés parmi les patients hospitalisés pour geste auto-infligé.



POUR EN SAVOIR +

Source : DREES • Études et Résultats • mai 2024 • n° 1300 • Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022.





Projet Vigilans : dispositif de veille post-hospitalière en région Bretagne

Le projet Vigilans est déployé en Bretagne depuis juin 2016.

Les objectifs de ce dispositif de veille post hospitalière sont de :

- ➡ Maintenir le contact avec les patients après l'hospitalisation.
- ➡ Faire circuler l'information entre les professionnels de santé.
- ➡ Renforcer le réseau de prévention du suicide en Bretagne.

Le dispositif de veille repose sur le signalement par les équipes des services des centres hospitaliers participants de toutes les sorties des patients ayant fait une tentative de suicide. En parallèle, ces derniers se voient remettre une « carte ressource » qui indique le numéro vert de Vigilans joignable de 9h à 18h. Le patient est aussi rappelé systématiquement 10 à 20 jours après sa sortie, dans le cas où ce n'était pas son premier geste. Un deuxième appel à six mois est effectué pour tous les patients. Chaque appel donne lieu à un compte-rendu qui est alors envoyé au médecin référent (médecin traitant ou psychiatre). Ces derniers sont aussi informés dès qu'un de leurs patients appelle sur le numéro vert de Vigilans.

Etant donné que 75% des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une TS, la veille s'effectue sur une période de 6 mois, qui peut être prolongée tous les 6 mois, si nécessaire. S'il survient une récurrence suicidaire, le patient est de nouveau inscrit dans le dispositif pour 6 mois.

Vigilans Bretagne en quelques chiffres

En janvier 2025,

12 941 patient·e·s ont pu intégrer le dispositif de veille Vigilans*



dont **6 172** primo-suicidant·e·s et **1 285** mineur·e·s

Au total, **9 890** patient·e·s sont sorti·e·s de la veille

1 923 ont réitéré un geste depuis l'ouverture de Vigilans

213 sont décédé·e·s durant ou après la veille dont **134** par suicide

Entre janvier et décembre 2024

2 212 nouvelles entrées dans Vigilans

Soit une augmentation de **+11%** des entrées dans Vigilans en 2024 par rapport à 2023**.

* Depuis 2016

**La Clinique St Laurent de Rennes est nouveau centre prescripteur en 2024

Source : Vigilans – Lettre d'information N°33 – Janvier 2025.

La Direction générale de la Santé a missionné Santé publique France pour réaliser une **évaluation d'efficacité du dispositif** sur la période 2015-2017 dans les 6 premiers territoires ayant expérimenté le dispositif.

Les résultats montrent une **diminution de 38% du risque de réitération suicidaire** (passage aux urgences ou hospitalisation pour tentative de suicide ou décès par suicide) dans les 12 mois suivant leur tentative de suicide chez les patients Vigilans.

Source : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/enquetes-etudes/evaluation-d-efficacite-de-vigilans-de-2015-a-2017-dispositif-de-prevention-de-la-reiteration-suicidaire>.



Source : Vigilans – Janvier 2025.

Les sources de données et leurs limites

▪ **Les données de population** utilisées sont issues des recensements de la population (RP) de 1999 à 2021 et des estimations de population au 1^{er} janvier de chaque année réalisées par l'Insee.

▪ **Les données de mortalité** utilisées sont issues de la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le CépiDc de l'Inserm. La dernière année disponible actuellement se réfère à l'année 2022.

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Un nouveau certificat de décès a été mis en place en 2018, il comporte une nouvelle case à cocher « Suicide » qui facilite la déclaration de cette cause. Ceci peut contribuer à un meilleur codage des suicides. De plus, la méthode de codage des certificats fait appel à l'intelligence artificielle. Ces évolutions corrigent très probablement tout ou partie des imperfections analysées dans une étude de 2006, qui évaluait à environ 10% la sous-estimation du nombre de décès par suicide¹.

▪ **Les données de morbidité hospitalière** sont issues de l'exploitation de la base du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2023, diffusée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) dans le portail du Système National des Données de Santé (SNDS). Cette base regroupe les séjours des établissements publics, privés et établissements privés d'intérêt collectif (ESPIC). Tout séjour hospitalier fait l'objet d'un enregistrement standardisé. Depuis 2001, les prises en charge pour tentative de suicide peuvent être identifiées par les codes du chapitre XX de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) relatifs aux causes externes de morbidité et de mortalité en diagnostic associé significatif (DAS). En théorie selon les règles et consignes de codage définies par l'ATIH, les séjours pour tentative de suicide doivent mentionner en DAS un code X60 à X69 (auto-intoxication) ou X70 à X84 (lésion auto-infligée), ainsi qu'un diagnostic principal (DP) codé avec le chapitre XIX Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes (code S00 à T98). Cependant, compte tenu des imprécisions relevées au niveau du codage, tous les séjours contenant en DAS un code X60 à X84 ont été retenus, quel que soit le code mentionné en DP. Par ailleurs, seuls les séjours domiciliés en Bretagne sont pris en compte.

Les données ne reflètent que les tentatives de suicide hospitalisées, et non l'ensemble des tentatives de suicide. Afin de caractériser les patients concernés par une hospitalisation pour tentative de suicide, la procédure dite de « chaînage » des séjours a été mise en œuvre. Le chaînage permet de relier les différents séjours d'une même personne hospitalisée grâce à un numéro anonyme unique.

Dans le PMSI, le code de résidence du patient est appelé code géographique. Il s'agit du code postal lorsque celui-ci a plus de 1 000 habitants, et d'un code postal agrégé pour les codes postaux de moins de 1 000 habitants. Lorsqu'un code géographique PMSI est à cheval sur plusieurs EPCI, les patients ont été attribués à la commune la plus peuplée des communes du code postal considéré.

L'association entre manifestations psychiques et tentatives de suicide a été explorée afin d'évaluer, parmi les patients hospitalisés pour tentative de suicide, la part de ceux présentant une pathologie mentale identifiée dans le chapitre V de la CIM10 dont les principaux codes retrouvés en DP, DAS ou diagnostic relié sont : F32 Troubles

dépressifs, F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, F43 Réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation et F41 Troubles anxieux.

Ces données présentent des limites : elles ne comptabilisent pas les passages dans les services d'urgence, mais ceux en Unités d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) le sont*. Par ailleurs, en raison d'erreurs ou d'oublis, les codes d'auto-intoxication ou de lésions auto-infligées peuvent être omis, induisant une sous-estimation des prises en charge pour tentative de suicide.

Les indicateurs utilisés

▪ Les taux spécifiques selon l'âge

Il s'agit du nombre d'événements étudiés pour chaque tranche d'âge rapporté à la population du même âge.

▪ L'indice comparatif de mortalité (ICM)

Un indice comparatif de mortalité est un indicateur qui permet de comparer le niveau de risque de décès dans une zone géographique (département, EPCI,...) par rapport au niveau national (égal à 100 par définition) indépendamment des variations dues aux différences de structures d'âge et de sexe entre les populations étudiées. Par exemple un ICM égal à 110 signifie, qu'à âge égal, la zone géographique considérée présente un risque de mortalité supérieur de 10% au niveau national reflétant une situation défavorable. À l'inverse, un ICM inférieur à 100 traduit une situation favorable par rapport à la moyenne nationale. Les ICM sont calculés sur un nombre d'années suffisant afin de rendre les résultats statistiquement valides.

▪ Le taux standardisé de mortalité

Le taux standardisé de mortalité est un indicateur qui permet de comparer le niveau de mortalité de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Pour ce faire, les taux spécifiques selon l'âge de chaque population sont appliqués à une population de référence (ici, la population française ou bretonne au recensement de la population de 2018). Le taux standardisé de mortalité ainsi obtenu, correspond au nombre de décès qui serait observé sur l'entité géographique considérée si la répartition par âge était la même qu'au niveau national. Cet indicateur permet des comparaisons dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes.

▪ Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation

La méthode de calcul et le principe sont les mêmes que pour le taux standardisé de mortalité mais cet indicateur repose sur les données du PMSI transmises par l'ATIH et la population de référence est la population française ou bretonne au recensement de la population de 2018. Dans l'analyse descriptive, si un patient a réalisé plusieurs séjours dans le contexte d'une tentative de suicide au cours de l'année, les indicateurs sont calculés en prenant en compte les caractéristiques lors de son premier séjour** (âge au premier séjour, mode de TS au premier séjour, code géographique de résidence au premier séjour etc...), afin que les résultats ne contiennent pas de « doublons » (c'est-à-dire qu'une même personne ne soit pas comptée deux fois ou plus). C'est le cas lorsque le patient change de département de résidence ou que son âge évolue entre les séjours.

* Autre limite des données présentées : le nombre de consultations de médecine générale ayant pour motif une tentative de suicide n'est pas connu.

** Exclusion des séjours avec un numéro de sécurité sociale (NIR) fictif, des séjours non facturables à l'Assurance Maladie, de la dialyse, de l'activité externe pour laquelle un résumé de séjour n'a pas été généré, des séjours pour IVG, de séjours avec FINESS géographiques en doublons, de séjours en erreurs et de séjours non correctement chaînés.

¹ Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglia E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bull. Épidémiol. Hebd. 2011.

Références bibliographiques

• **La prévention du suicide en Bretagne : connaître, comprendre, agir.** [Feuilleter](#)

Céline Kopp Bigault, Pr Michel Walter - Juin 2023.

• **Étude chez les salariés affiliés à la Mutualité Sociale Agricole entre 2007 et 2013.** [Télécharger](#)

À consulter dans le 4^e rapport de l'Observatoire national du suicide - Juin 2020.

• **Étude des relations entre l'état de santé, sa prise en charge et le décès par suicide à partir du Système national des données de santé – Chapitre 3 : Contacts avec le système de soins dans l'année qui précède le décès par suicide et pathologies prévalentes.** [Télécharger](#)

Moussa Laanani. Santé publique et épidémiologie. Université Paris-Saclay - 2020.

• **Gestion du risque suicidaire par les médecins généralistes libéraux dans les pays de Guingamp et du Trégor- Goëlo.**

Étude qualitative - ORS Bretagne - Février 2011.

Sur le site de l'ORS Bretagne : [Télécharger](#)

3114, Numéro national de prévention du suicide



Le 3114 est accessible 24h/24 et 7j/7, gratuitement, en France entière. Le 3114 a vocation à répondre à toutes les personnes, quel que soit leur âge, en situation de souffrance psychique. Ses missions sont l'écoute, l'évaluation de la crise suicidaire et l'orientation. Le numéro est également accessible aux professionnels ayant besoin d'un avis spécialisé sur la crise suicidaire, à toute personne inquiète pour une personne de son entourage ainsi qu'aux personnes endeuillées par suicide. Les répondants du 3114 sont des infirmiers ou des psychologues formés à la gestion de la crise suicidaire. En Bretagne, un centre est ouvert à Brest.

Selon l'ARS Bretagne, une cinquantaine d'appels sont reçus en moyenne chaque jour en Bretagne.

Sites Internet

• **Indicateurs relatifs aux suicides et tentatives de suicide - espace de consultation en ligne.**

Site de l'ORS Bretagne. [Consulter](#)

• Observatoire national du suicide (ONS) : consulter le 5^e rapport **Suicide : Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19 - Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes** Observatoire national du suicide - Septembre 2022

[Consulter](#)



Observatoire Régional de la Santé de Bretagne

Immeuble Acropole

19 avenue Charles et Raymonde Tillon - 35000 RENNES

Tél - 02 99 14 24 24

www.orsbretagne.fr