

Observation du phénomène suicidaire en Bretagne

Tableau
de Bord
Février 2022

Le contexte

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

Les pathologies psychiques et somatiques peuvent également jouer un rôle et générer de la souffrance mentale. L'identification des personnes à risque de suicide est cruciale pour la prévention.

La France se situe parmi les pays européens ayant un taux élevé de suicide.

En Bretagne, le suicide est une priorité régionale de santé constamment réaffirmée en raison d'une mortalité supérieure à la moyenne française et de disparités importantes au sein de la région.

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 fiables et facilement reproductibles, 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. Une infographie est produite à chaque mise à jour des indicateurs.

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 bretons sont en baisse

en 2019 et 2020, avec pour la première fois, un niveau comparable à la moyenne nationale chez les femmes. Mais ce constat pourrait être différent en 2021 dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, certaines études soulignant une dégradation de la santé mentale des jeunes et des adultes en lien avec la crise sanitaire.

...qui concerne des populations jeunes et actives

Environ 680 bretons se suicident chaque année et 4 800 sont hospitalisés en court séjour suite à une tentative de suicide. 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, et celles âgées de 45 à 54 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 territoires à un niveau infra-régional

• 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 cinq intercommunalités associent un recours hospitalier plus important et une surmortalité (Lannion-Trégor Communauté, Poher Communauté, Lorient Agglo., Lamballe Terre et Mer, Guingamp-Paimpol Agglo.), dans d'autres, les tendances s'opposent.



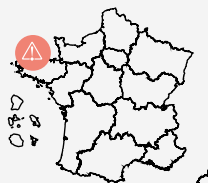
Ce document constitue un véritable outil d'accompagnement des politiques publiques, avec pour objectif la mise en avant des priorités tant populationnelles que territoriales afin de soutenir les dynamiques partenariales existantes et de cibler au mieux les actions à mettre en place.

¹ Voir référence p16.

Les chiffres-clés

... de la mortalité par suicide en Bretagne

Environ **680 breton-ne-s** se **suicident*** chaque année en moyenne sur 2015-2017



La **Bretagne** affiche le **taux de mortalité par suicide le plus élevé** de métropole

3 fois plus d'hommes que de femmes



Bretagne par rapport à la France

surmortalité de + **53%** chez **les hommes**

surmortalité de + **51%** chez **les femmes**

MAIS La mortalité par suicide **a diminué** + vite en **Bretagne** qu'en France entre 2010-2012 et 2015-2017

de - **21%** chez **les hommes** - 17% en France

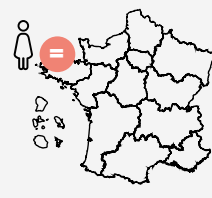
de - **33%** chez **les femmes** - 25% en France

... des hospitalisations pour tentative de suicide en Bretagne

4 800 breton-ne-s hospitalisé-e-s pour tentative de suicide* en 2020



175 séjours pour **100 000 habitant-e-s** en 2020 en Bretagne



Pour la première fois, un **niveau comparable** à la moyenne nationale chez **les femmes**

59% une majorité de **femmes**



Le **taux standardisé de recours à l'hospitalisation en court séjour** pour tentative de suicide **le plus faible** depuis 2008



un **pic** chez les **jeunes femmes de 15-24 ans** un **second pic** entre **45-54 ans**

un **pic** chez **les hommes de 25-34 ans**

*À noter: Ces chiffres sous-estiment l'ampleur réelle du phénomène suicidaire. Tout d'abord, la sous-évaluation des suicides est due en particulier aux décès dont la cause reste indéterminée ou à ceux ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm¹. Concernant les données d'hospitalisations, la qualité du codage peut induire une sous-estimation des prises en charge pour TS. Enfin, le nombre de consultations de médecine générale ayant pour motif une tentative de suicide n'est pas connu.



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, chargée d'études, ORS Bretagne

Conception graphique

Élisabeth QUÉGUINER – www.medias-lab.com

Le sommaire

LA MORTALITÉ PAR SUICIDE EN BRETAGNE	3
LES HOSPITALISATIONS LIÉES À UNE TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE	8
LES CARACTÉRISTIQUES DES PATIENT-E-S HOSPITALISÉ-E-S POUR TENTATIVE DE SUICIDE EN BRETAGNE	10
LES INÉGALITÉS TERRITORIALES SELON LES EPCI DE BRETAGNE	12
ZOOM : QUEL IMPACT PSYCHOLOGIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19 SUR LA POPULATION ?	13
PROJET VIGILANS : DISPOSITIF DE VEILLE POST-HOSPITALIÈRE EN RÉGION BRETAGNE	14
SOURCES DE DONNÉES ET MÉTHODOLOGIE	15
EN SAVOIR PLUS	16

¹ http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_4.html

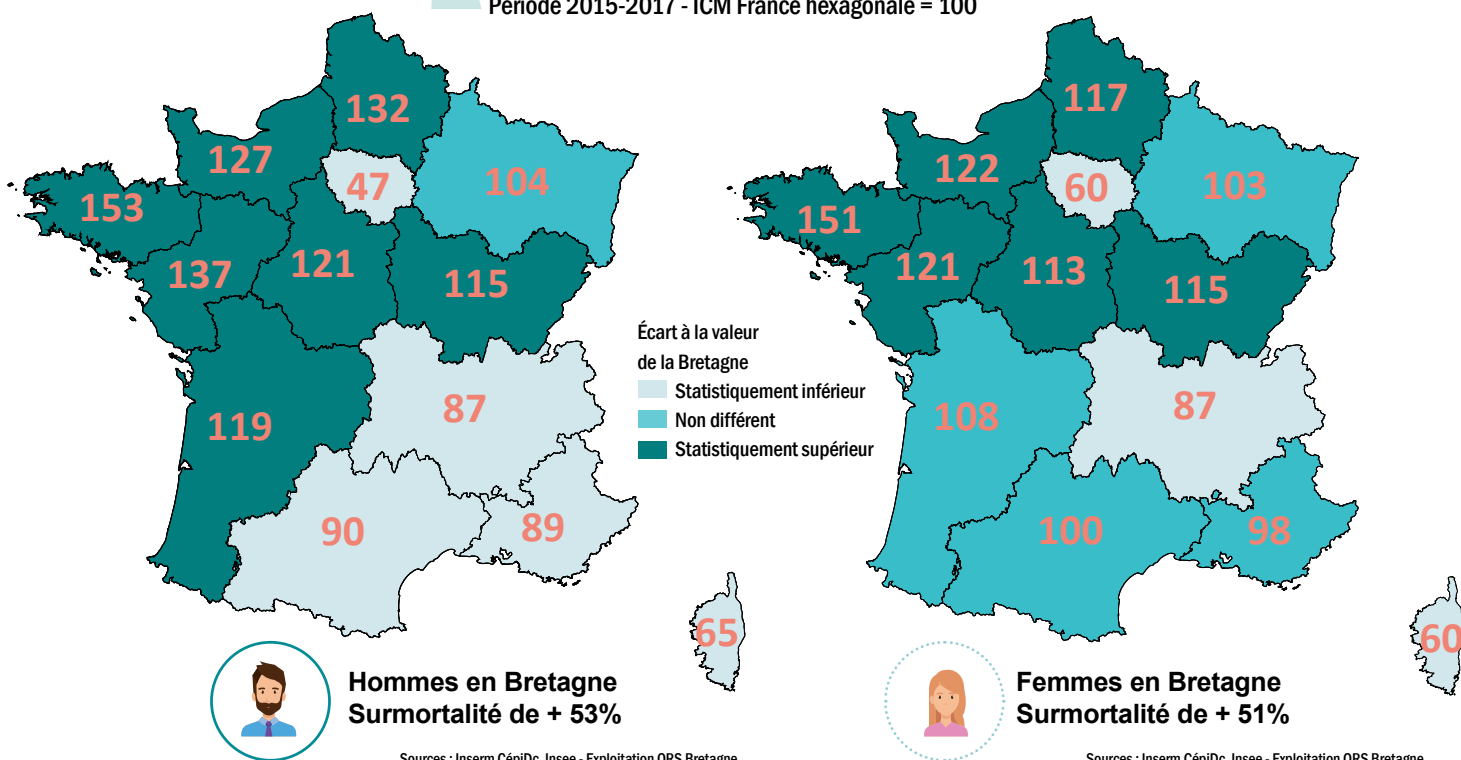
La mortalité par suicide en Bretagne



La Bretagne : région la plus touchée par le suicide

Sur la période 2015-2017, les indices comparatifs de mortalité placent la Bretagne au 1^{er} rang des régions françaises concernées par le suicide avec une surmortalité masculine de + 53 % et une surmortalité féminine de + 51 %.

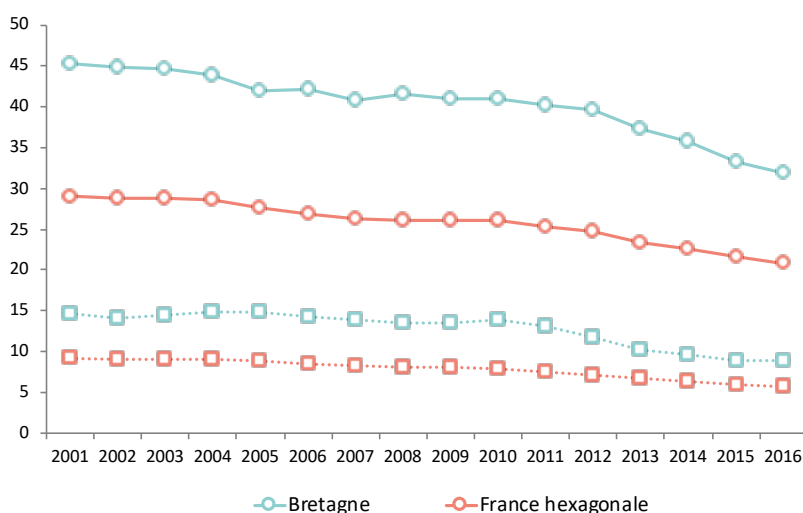
1 Indices comparatifs de mortalité par suicide
Période 2015-2017 - ICM France hexagonale = 100



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

En 2015-2017, les taux standardisés de mortalité par suicide se situent à 32 décès pour 100 000 chez les hommes et 9 pour 100 000 chez les femmes contre respectivement 21 et 6 pour 100 000 en France hexagonale. Ces dernières années, la mortalité féminine par suicide a davantage diminué que la mortalité masculine : -33 % entre 2010-2012 et 2015-2017 chez les femmes en Bretagne contre -25 % chez les hommes (respectivement -25 % et -17 % en France). La région suit l'amélioration constatée au niveau national. Toutefois cette baisse, plus rapide dans la région qu'en France, a sensiblement réduit l'écart avec le niveau national.

2 Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2017* (unité pour 100 000)



* L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.
Exemple : 2016 correspond à la période 2015-2017.
Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Près de 700 décès par suicide par an en Bretagne entre 2015 et 2017

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

Sur la période 2015-2017, 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 en 2015-2017 (unité pour 100 000)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Côtes-d'Armor	120	39,8	35	9,9	155	24,1
Finistère	137	30,5	43	8,8	181	19,1
Ille-et-Vilaine	128	25,8	48	8,9	176	16,8
Morbihan	137	36,2	37	8,6	174	21,7
BRETAGNE	522	31,9	163	8,9	685	19,8
FRANCE HEXAGONALE	6 487	20,8	2 043	5,7	8 530	12,7%

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

Plus de 680 décès par suicide en Bretagne

En 2015-2017, en moyenne annuelle, 685 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 2015-2017, en Bretagne comme en France, les décès par suicide sont majoritairement masculins : avec 522 décès en moyenne annuelle chez les hommes et 163 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.



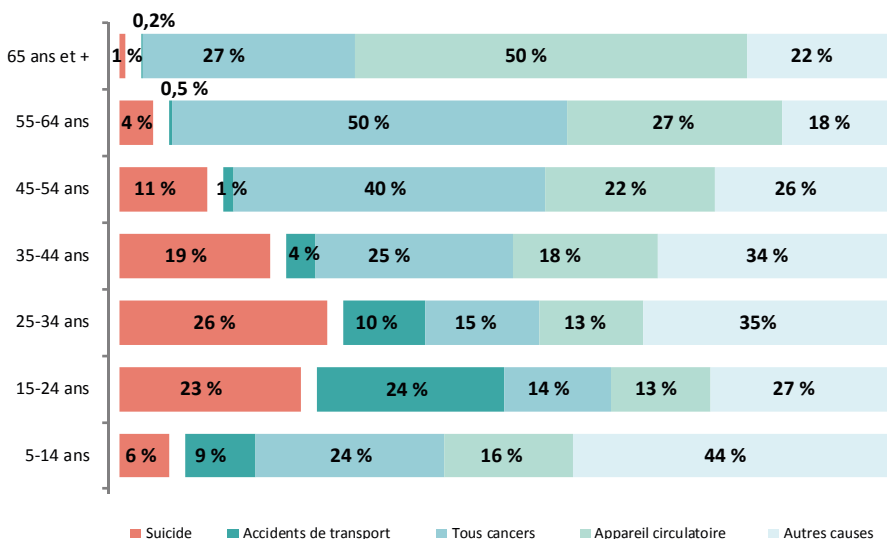
**3 fois +
d'hommes
que de femmes
concerné·e·s**

7 décès par suicide sur 10 avant 65 ans

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

En 2015-2017, en Bretagne comme en France, chez les hommes comme 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 2015-2017



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 +

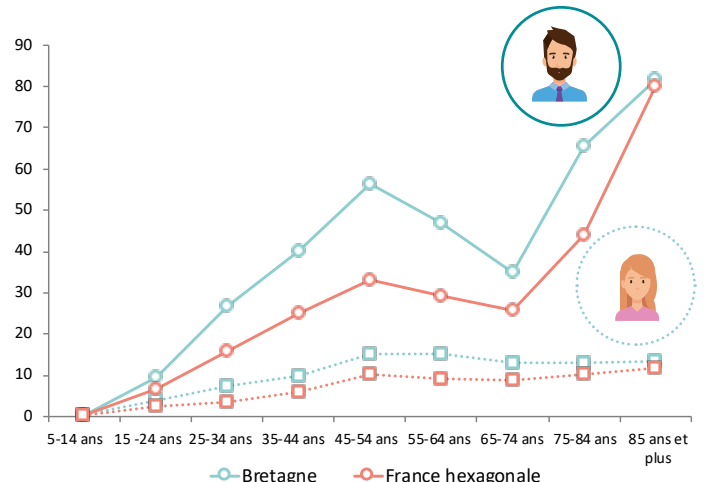
Les taux de suicide sont les plus élevés chez les hommes de 85 ans et plus

En 2015-2017, 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 8 entre la population des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus.

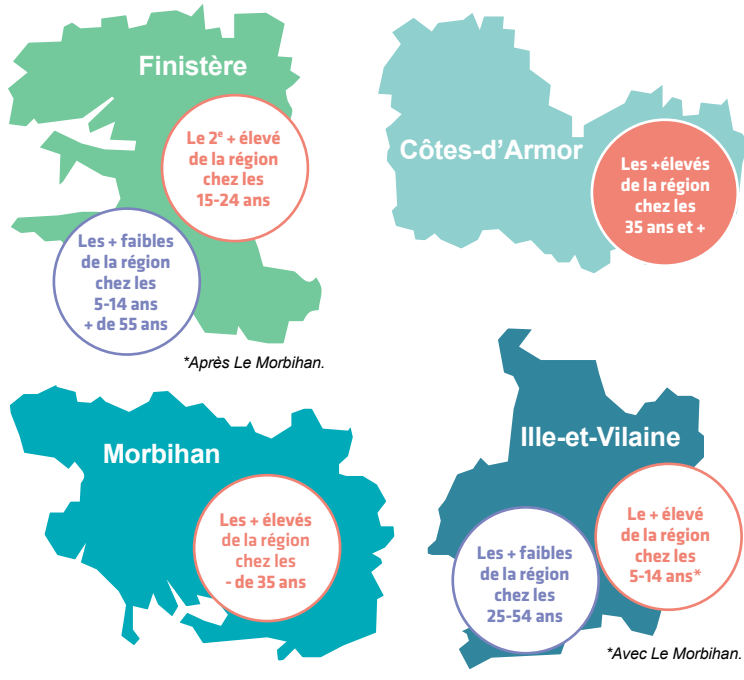
Chez les femmes, la progression est moins contrastée. Les taux augmentent avec l'âge en Bretagne jusqu'à atteindre un palier entre 45-54 ans et 55-64 ans. En France, le maximum est atteint chez les 45-54 ans. Puis au-delà, les taux restent relativement constants en Bretagne, alors qu'en France, ils augmentent sensiblement.

1 Taux de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France en 2015-2017 (unité : pour 100 000)



Sources : Insem CépiDc, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

Comment se situent les taux de mortalité ?



2 Taux de mortalité par suicide selon l'âge et les départements de résidence en Bretagne en 2015-2017 (unité : pour 100 000)

	CÔTES-D'ARMOR	FINISTÈRE	ILLE-ET-VILAINE	MORBIHAN	BRETAGNE
5-14 ans	nc	0,0	0,7	0,7	0,4
15-24 ans	4,6	9,2	5,1	9,3	7,0
25-34 ans	19,8	16,6	13,4	21,8	17,0
35-44 ans	32,6	24,4	20,3	27,3	25,0
45-54 ans	48,9	37,0	27,5	34,9	35,7
55-64 ans	36,1	26,1	27,7	35,0	30,7
65-74 ans	26,1	20,7	22,0	24,8	23,2
75-84 ans	38,2	32,8	33,6	34,8	34,6
85 ans et +	44,8	23,2	31,3	38,8	33,7

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

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

Les Côtes-d'Armor en situation la plus défavorable de la région pour toutes les classes d'âge à partir de 35 ans

À l'exception des moins de 35 ans, pour toutes les autres tranches d'âges, 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 45-54 ans (+37 %) et chez les 85 ans et plus (+33 %).

Dans le Morbihan, les taux sont les plus élevés de la région chez les moins de 35 ans et se situent au second rang, après les Côtes-d'Armor, chez les 55-64 ans.

L'Ille-et-Vilaine (avec le Morbihan) enregistre le taux le plus élevé de la région chez les 5-14 ans et les taux les plus faibles pour les classes d'âge de 25-54 ans.

Dans le Finistère, le taux chez les 15-24 ans est le deuxième plus élevé, après le Morbihan. Les taux sont les plus faibles de la région chez les 5-14 ans, et après 55 ans, avec des taux proches de la moyenne bretonne dans les autres classes d'âge.

La pendaison : le mode de suicide le plus répandu

Près des deux tiers des suicides par pendaison

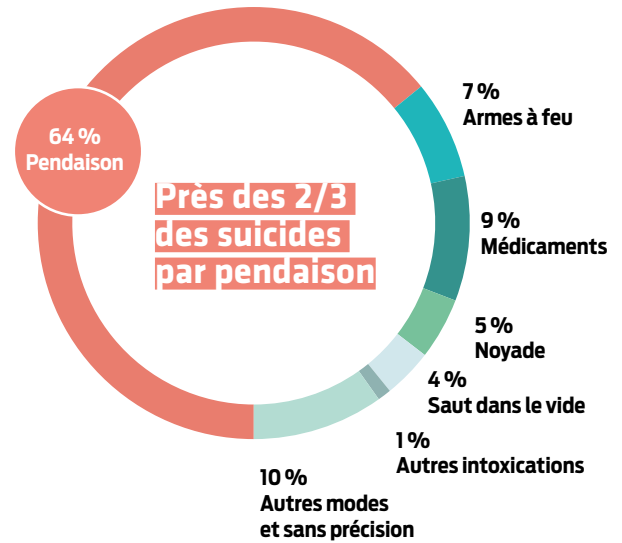
En Bretagne comme en France, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison, il représente près des deux tiers (64 %) de l'ensemble des décès par suicide dans la région. Viennent ensuite les intoxications médicamenteuses (9 %), les armes à feu (7 %) et la noyade (5 %). Par ailleurs, la part des décès par suicide « selon un autre mode et sans précision » atteint 10 % (il s'agit essentiellement de lésions auto-infligées par un moyen non précisé).

Si la prédominance des décès par pendaison est observée pour les deux sexes, celle-ci est nettement plus marquée chez les hommes (69 % contre 48 % chez les femmes). La répartition des autres modes de suicide diffère fortement selon le sexe.

Chez les hommes, les suicides par arme à feu (10 %) et ceux par intoxications médicamenteuses (6 %) sont les deux autres modes les plus fréquents.

Chez les femmes, les intoxications médicamenteuses correspondent au second mode le plus fréquemment utilisé (21 %) suivi par la noyade (10 %).

1 Répartition des décès par suicide selon le mode en Bretagne en 2015-2017

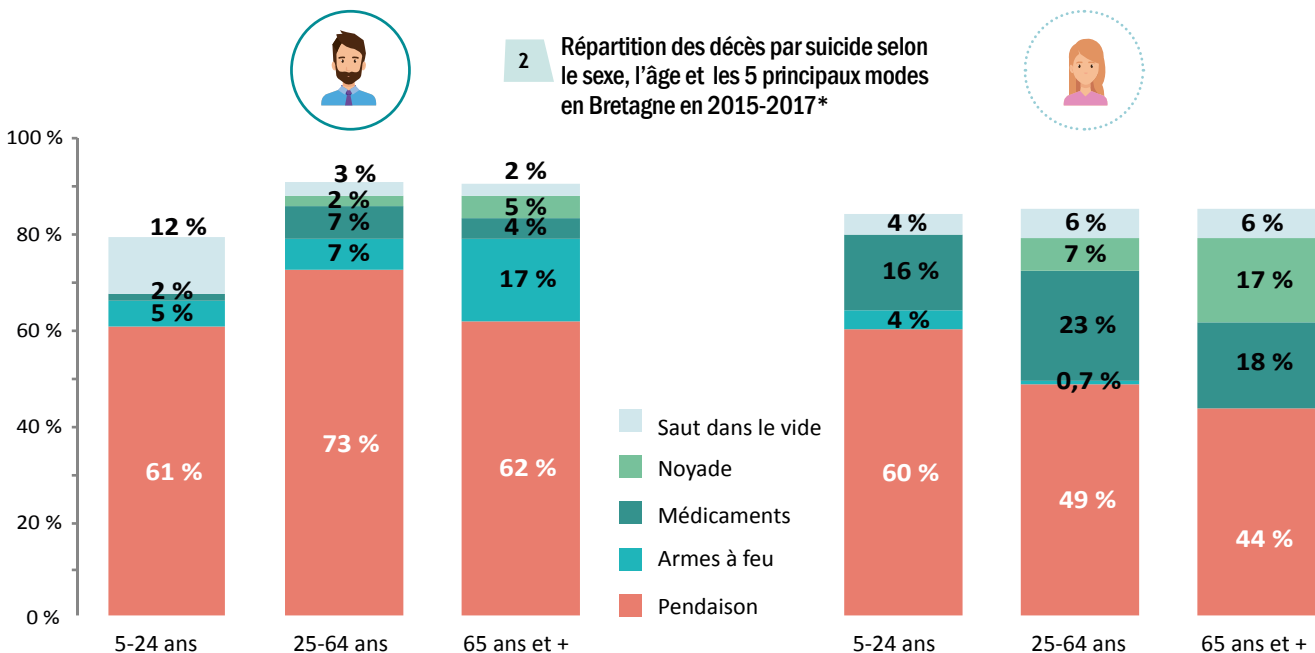


Sources : Inserm CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.

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 (17 %), chez les plus jeunes, les sauts dans le vide (12 %), et entre 25 et 64 ans, les médicaments et armes à feu à égalité (7 %).

Chez les femmes, la pendaison prédomine quel que soit l'âge, notamment avant 25 ans où elle concerne six décès sur dix. Puis, elle diminue avec l'avancée en âge. Entre 25 et 64 ans, ce mode précède les intoxications médicamenteuses (23 %). À partir de 65 ans, les suicides par intoxications médicamenteuses constituent le second mode utilisé (18 %) devant les noyades (17 %). Les décès par arme à feu ont concerné 1 % des femmes (tous âges confondus).



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

Zoom par âge

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

Entre les périodes 1998-2001 et 2014-2017, 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 35 et 54 ans, elle est plus importante qu'en France (de l'ordre de -45 % contre -35 % en moyenne métropolitaine), 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 (-45 %), puis chez les 75 ans et plus (-30 %).

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 -28 % contre -22 % en moyenne métropolitaine). Toutefois, quel que soit le groupe d'âge, l'écart avec le niveau national reste important en 2014-2017, 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 : Insem CépiDc - Exploitation ORS Bretagne.



Les hospitalisations liées à une tentative de suicide en Bretagne

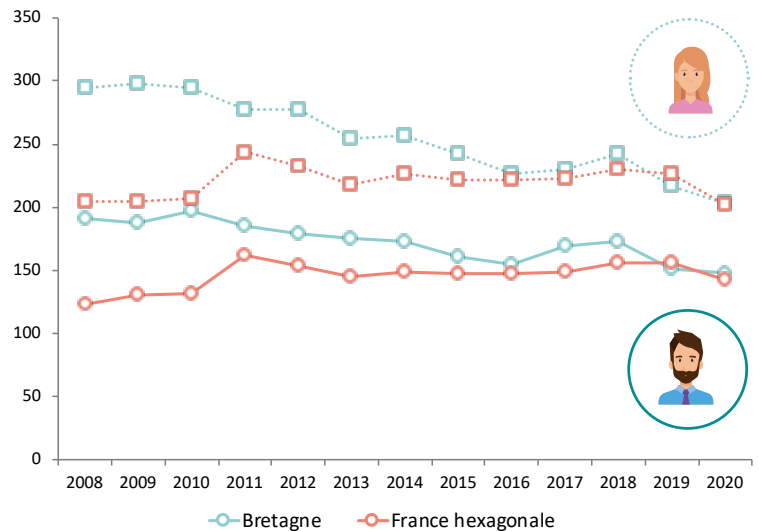
Moins de 5 600 séjours en lien avec une tentative de suicide en 2020, en recul par rapport à 2019

En 2020, année de survenue de la pandémie de Covid 19, les taux d'hospitalisation suite à une tentative de suicide sont inférieurs à ceux de 2019

En 2020, la Bretagne présente un taux standardisé de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide le plus faible depuis 2008. Cependant, il est sensiblement supérieur à celui de la France hexagonale : 175 séjours pour 100 000 habitants, contre 172 pour 100 000 en France hexagonale.

Ce constat se vérifie chez les hommes : les taux standardisés sont de 148 séjours pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 143 pour 100 000 en France hexagonale. A l'inverse, pour la première fois, les taux pour les Bretonnes ne diffèrent pas significativement de la moyenne nationale : 203 pour 100 000 et 202 pour 100 000 chez les Françaises.

1 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 2008 et 2020 (unité : pour 100 000 habitants)



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

Environ 5 600 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide, contre 5 800 en 2019

En 2020, 5 586 hospitalisations en court séjour, de patients domiciliés en Bretagne, sont liées à une tentative de suicide, soit une moyenne de 15 séjours quotidiens.

Le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide, qui avait augmenté en 2017 (6 277 séjours) et 2018 (6 508 séjours), tend à diminuer depuis 2019.

2 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 2020



Mode d'entrée	Nombre de séjours	Pourcentage
Passage aux urgences	5 257	94 %
Domicile personnel	212	4 %
Psychiatrie	10	<1 %
Court séjour*	93	2 %
SSR**	3	<1 %
Décès	-	-
Autres	11	<1 %
Total	5 586	100 %



Mode de sortie	Nombre de séjours	Pourcentage
Passage aux urgences	-	-
Domicile personnel	3 291	59 %
Psychiatrie	1 779	32 %
Court séjour*	332	6 %
SSR**	66	1 %
Décès	66	1 %
Autres	52	1 %
Total	5 586	100 %

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 5 586 séjours hospitaliers identifiés, 94 % ont fait l'objet d'un passage aux urgences.

Environ 10 % 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 4 % des séjours, parmi lesquels plus de la moitié (55 %) requièrent une hospitalisation en réanimation et/ou soins intensifs.

Près de 6 séjours sur 10 (59 %) sont conclus par un retour à domicile et près d'un tiers par des hospitalisations en psychiatrie (32 %). Enfin, 66 séjours ont conduit à un décès.

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

* 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 %) ont une durée de moins de 48 heures. Parmi celles-ci, dans 16 % des cas, la prise en charge est inférieure à 24 heures et pour la moitié (51 %) elle varie de 24 à 48 heures. Une hospitalisation sur cinq a une durée de 2 à 5 jours et une sur dix se prolonge au-delà de 6 jours, la durée moyenne de séjour¹ (DMS) étant de 5,4 jours.

1 Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour liées à une tentative de suicide selon la durée de séjour en Bretagne en 2020



5 586 séjours en 2020, de quelle durée ?

Moins de 2 jours	3 745	soit 67 %
2 à 5 jours	1 229	soit 22 %
6 à 10 jours	329	soit 6 %
11 à 15 jours	138	soit 2 %
Plus de 15 jours	145	soit 3 %
Total	5 586	100 %

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

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

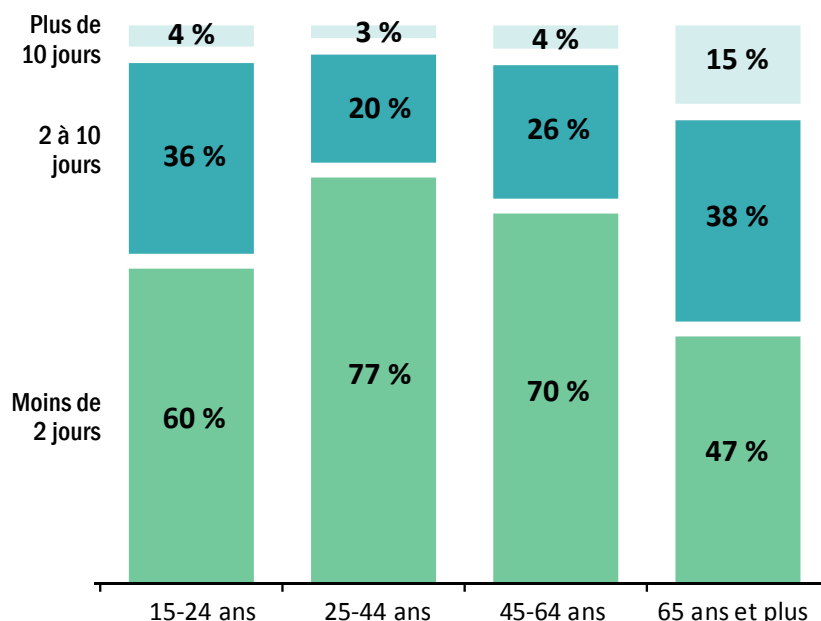
... allongée aux âges élevés et dans les situations de lésion auto-infligée

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 sensiblement, 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 (9,3 jours) que pour celles par auto-intoxication (5,5 jours), probablement en lien avec leur gravité.

2 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 2020



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

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



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

Tentatives de suicide : les jeunes femmes sont les plus concernées

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

Au cours de l'année 2020, les hospitalisations en lien avec une tentative de suicide ont concerné 4 804 patients pris en charge en court séjour. Parmi ceux-ci, 4 245 patients, soit 88 %, ont été hospitalisés une seule fois au cours de l'année¹.

Ces patients sont majoritairement des femmes : 2 502 femmes (59 %) et 1 743 hommes (41 %). Le sex-ratio est de 1,4.

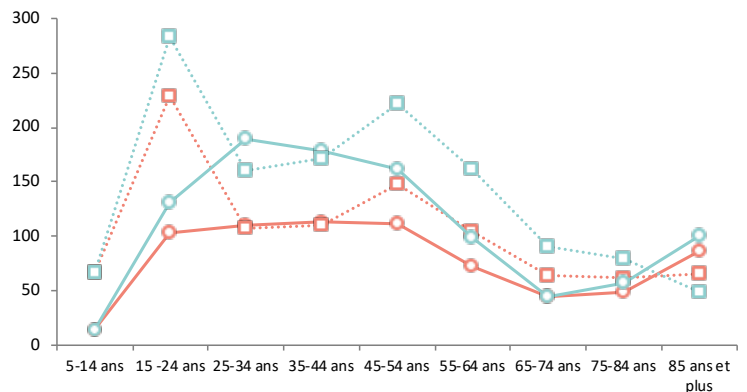
En Bretagne, le taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide est de 112 pour 100 000 hommes et de 152 pour 100 000 femmes.

... surtout chez les jeunes femmes de 15-24 ans, avec un second pic entre 45-54 ans

Plus d'un patient sur cinq (20%) sont âgés de 45 à 54 ans pour une moyenne de 42,3 ans (très proche entre les hommes et les femmes).

Les taux de recours sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf entre 25 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 25 et 34 ans (189 pour 100 000 hommes), soit un niveau bien inférieur au taux maximal constaté chez les femmes de

1 Taux de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon l'âge et le sexe en Bretagne en 2020 (unité : pour 100 000 habitants)



○ Hommes-France hexagonale
○ Hommes-Bretagne



□ Femmes-France hexagonale
□ Femmes-Bretagne

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

15-24 ans (283 pour 100 000 femmes) et chez celles de 45-54 ans (221 pour 100 000 femmes). Les taux de recours diminuent avec l'âge à partir de la tranche des 35-44 ans chez les hommes et des 55-64 ans chez les femmes. Ils progressent de nouveau chez les hommes de 85 ans et plus.

2 Effectifs et répartition des hospitalisations en court séjour pour tentative de suicide selon le mode utilisé et le sexe des patients en Bretagne en 2020 (en %)

	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	NB	TAUX	NB	TAUX	NB	TAUX
Auto-intoxication	1 263	72%	2 028	81%	3 291	78%
<i>dont auto-intoxication médicamenteuse</i>	1 020	59%	1 681	67%	2 701	64%
Lésion auto-infligée	401	23%	369	15%	770	18%
<i>dont phlébotomie</i>	155	9%	191	8%	346	8%
Auto-intoxication et lésion auto-infligée	79	5%	105	4%	184	4%
Total	1 743	100%	2 502	100%	4 245	100%

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

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

Le mode de tentative de suicide prédominant est l'auto-intoxication médicamenteuse (64 % des tentatives de suicide). Les hospitalisations consécutives à une lésion auto-infligée sont plus fréquentes chez les hommes (23 %) que chez les femmes (15 %).

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

Pour trois patients sur dix (30 %), des troubles liés à l'alcool sont identifiés, plus fréquemment chez les hommes (40 % versus 24 % chez les femmes). Près de sept fois sur dix, il s'agit d'une intoxication alcoolique aiguë.

Près d'un quart des patients présente « un épisode dépressif » (23 %), 12 % des « troubles anxieux » et 4 % une « réaction à un facteur de stress sévère et des troubles de l'adaptation ».

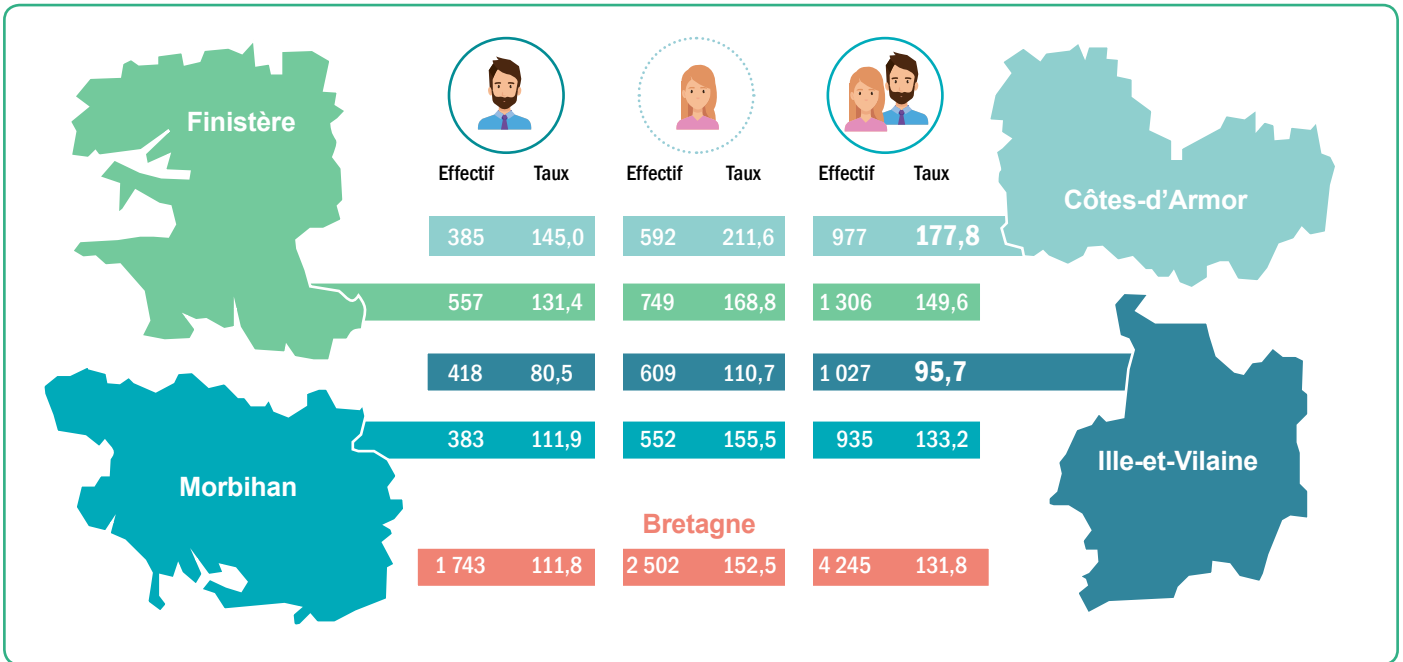
¹ Les données présentées ici concernent les caractéristiques des patients n'ayant été hospitalisés qu'une seule fois en 2020 dans le contexte d'une tentative de suicide, afin que les résultats ne contiennent pas de « doublons » (c'est-à-dire qu'une même personne ne soit pas comptée deux fois ou plus). C'est le cas lorsque le patient change de département de résidence ou que son âge évolue entre les séjours.

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 en 2020 (unité : pour 100 000 habitants)



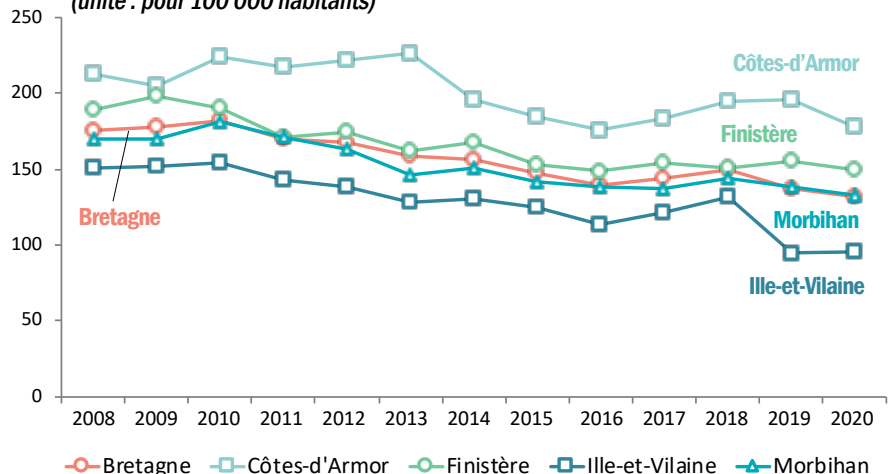
Sources : PMSI MCO, ATIH, Insee - Exploitation ORS Bretagne.

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

... qui retrouve en 2020, année atypique, un niveau équivalent à 2016

Les taux standardisés de recours à l'hospitalisation ont diminué entre 2008 et 2020 sur l'ensemble de la région (-25 %), plus nettement en Ille-et-Vilaine (-37 %), puis dans le Morbihan (-22 %), le Finistère (-21 %) et les Côtes-d'Armor (-6 %). Sur les cinq dernières années, la baisse est la plus importante en Ille-et-Vilaine (-16 % entre 2016 et 2020 contre -5 % en Bretagne), et dans le Morbihan (-4 %), les taux sont stables dans le Finistère et les Côtes-d'Armor.

2 Évolution des taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les départements de résidence entre 2008 et 2020 (unité : pour 100 000 habitants)



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



Les inégalités territoriales selon les EPCI

En termes de mortalité

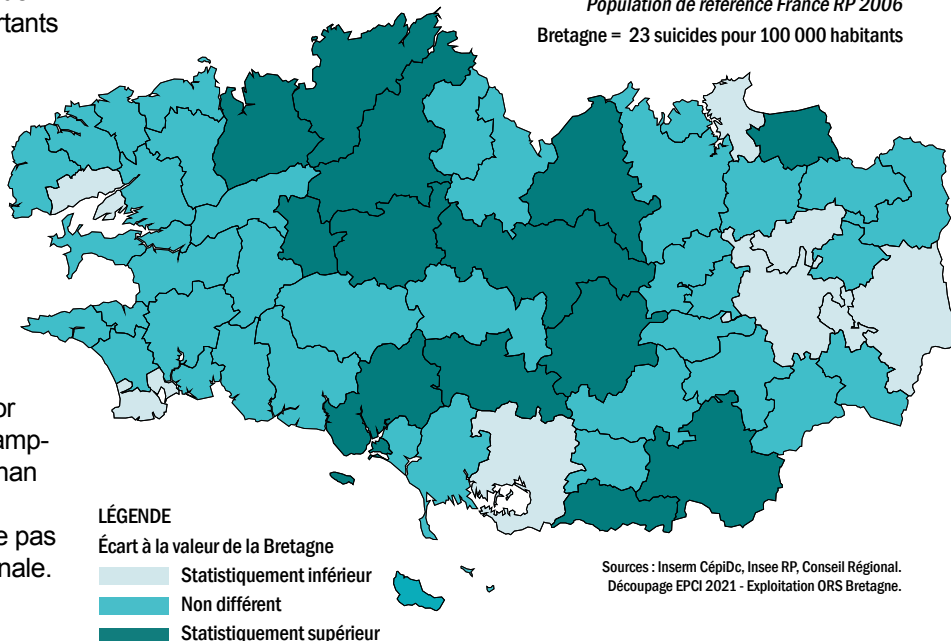
La mortalité par suicide varie selon les EPCI de Bretagne, avec des taux deux fois plus importants dans les EPCI de Poher Communauté et Loudéac Communauté (34 suicides pour 100 000 habitants), du Kreiz-Breizh (33), Pays de Dol (32), Arc Sud Bretagne (31) par rapport au Pays de Châteaugiron Communauté et Rennes Métropole (16) ou Val d'Ille-Aubigné (17).

La zone de surmortalité regroupe 13 EPCI allant du nord au sud de la région et comprenant les EPCI à forte mortalité cités ci-dessus, ainsi que ceux de Lorient Agglo., Lamballe Terre et Mer, Lannion-Trégor Communauté, Morlaix Communauté, Guingamp-Paimpol Agglo., Redon Agglo., Centre Morbihan Communauté et Ploërmel Communauté.

La majorité des EPCI (38 sur 59) ne présente pas de différence par rapport à la moyenne régionale.

1 Taux standardisés de mortalité par suicide selon les EPCI de Bretagne en 2008-2017

Deux sexes confondus - Unité : pour 100 000 habitants
Population de référence France RP 2006
Bretagne = 23 suicides pour 100 000 habitants



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.

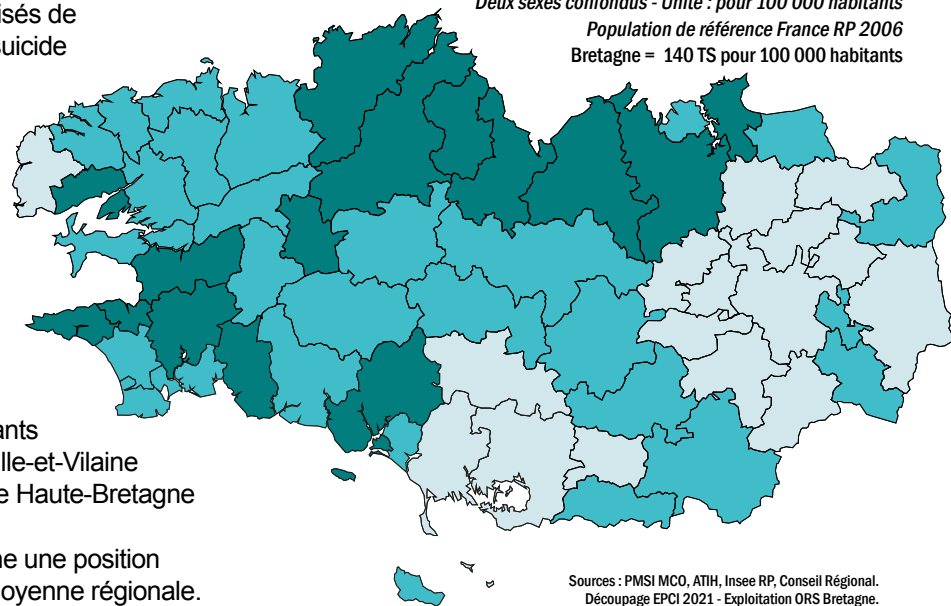
Les taux sont très élevés dans plusieurs EPCI des Côtes-d'Armor (Guingamp-Paimpol Agglo., suivi par Saint-Brieuc Armor Agglo. et Lannion-Trégor Communauté), et du Finistère (Cap Sizun, Concarneau Cornouaille Agglo., Quimper Bretagne Occidentale) ainsi que dans Lorient Agglo. (selon ces EPCI, taux compris entre 190 et 230/100 000).

En revanche, ils sont trois fois moins importants (taux entre 60 et 80) dans plusieurs EPCI d'Ille-et-Vilaine (Coesnon Marches de Bretagne, Vallons de Haute-Bretagne Communauté, Val d'Ille-Aubigné).

Près de la moitié des EPCI (28 sur 59) affiche une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

2 Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon les EPCI de Bretagne en 2018-2020

Deux sexes confondus - Unité : pour 100 000 habitants
Population de référence France RP 2006
Bretagne = 140 TS pour 100 000 habitants



ON RETIENT...

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

- Les EPCI de Lannion-Trégor Communauté, Poher Communauté, Lorient Agglo., Lamballe Terre et Mer, Guingamp-Paimpol Agglo. se caractérisent par une mortalité et une morbidité hospitalière supérieures à la moyenne régionale.
- Rennes Métropole, Vitré Communauté, Val d'Ille-Aubigné et le Golfe du Morbihan - Vannes Agglo., 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 Pays de Saint-Malo Agglo. se distinguent par une mortalité par suicide inférieure à la moyenne régionale alors que la morbidité y est supérieure, tandis que Centre Morbihan est dans la situation inverse.

• Le rapport des taux moyens régionaux « tentatives de suicide hospitalisées/décès » se situe à 6,1, soit plus de 6 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. Il s'agit de la forme la plus aboutie d'intercommunalité.

Au 1^{er} janvier 2021, la Bretagne est couverte par 59 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 : Quel impact psychologique de l'épidémie de Covid-19 sur la population ?



Depuis mars 2020, l'épidémie de COVID-19 et les mesures pour la freiner, bouleversent la vie de tous avec des conséquences sur la dégradation de la santé mentale, constatées par les professionnels de santé et confirmées par le système de surveillance de Santé publique France (SpF)¹.

Que montrent ces données² ?

Chez les enfants et adolescents

Depuis début 2021, une augmentation des passages aux urgences pour geste suicidaire, idées suicidaires et troubles de l'humeur est observée chez les enfants de 11-17 ans (niveaux collège, lycée) et dans une moindre mesure chez les 18-24 ans. Les enfants de 11-14 ans (niveau collège) étaient les plus impactés.

Fin 2021 et début janvier 2022, les passages pour troubles de l'humeur tendent à retrouver des niveaux comparables à ceux des années antérieures contrairement aux passages

En France

pour idées et gestes suicidaires qui restent à des niveaux nettement supérieurs.

Source : Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure. En ligne sur : www.santepubliquefrance.fr

Chez les adultes

Les résultats de l'enquête Coviprev montrent que **10 % des Français ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année 2021, soit un niveau élevé**, supérieur de + 5 points par rapport au niveau hors épidémie.

Source : Enquête CoviPrev : www.santepubliquefrance.fr

En Bretagne

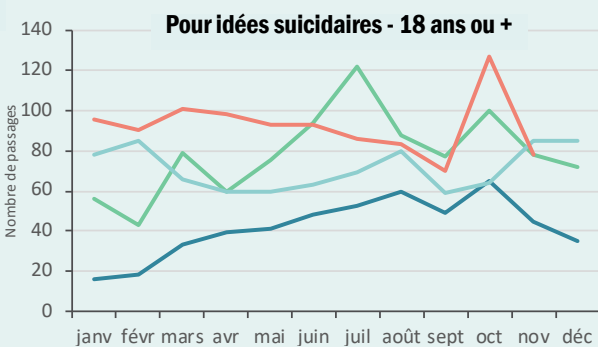
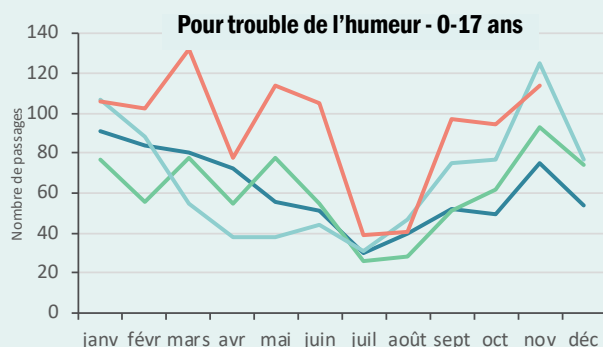
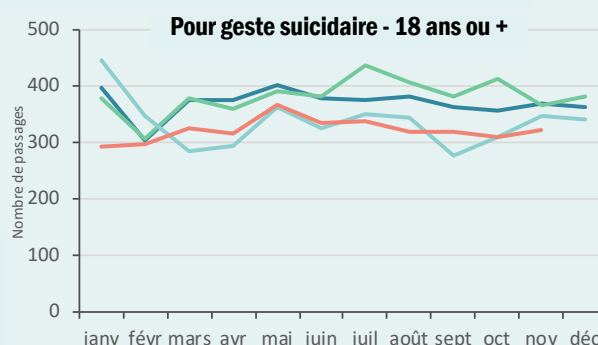
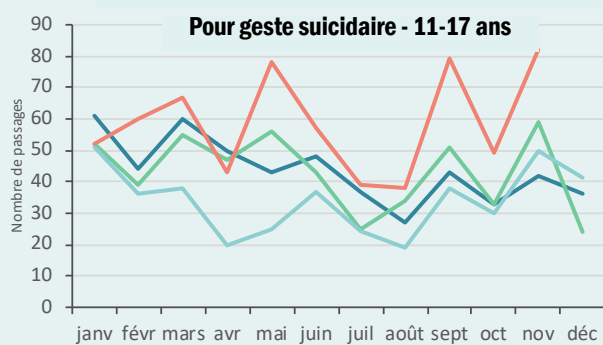
Chez les enfants et adolescents

Certains signaux sont observés chez les adolescents bretons avec notamment une **augmentation du nombre moyen de passages aux urgences en 2021 par rapport aux années précédentes pour gestes suicidaires³ chez les 11-17 ans et pour troubles de l'humeur chez les moins de 18 ans.**

Chez les adultes

Une tendance à la **stabilité des indicateurs de santé mentale est observée chez les adultes (18 ans et plus)**, notamment pour les passages aux urgences pour gestes suicidaires, sur 2018-2021. En revanche, les passages aux urgences pour idées suicidaires ont augmenté en 2021 en Bretagne, correspondant à ce qui est observé au niveau national.

Nombre de passages aux urgences en Bretagne, pour les années 2018 à 2021



Source : Réseau Oscour®, traitement Santé publique France. Données à interpréter avec prudence pour les deux graphiques ci-dessus compte tenu des effectifs modérés.

Source : Réseau Oscour®, traitement Santé publique France. Données à interpréter avec prudence pour le graphique ci-dessus compte tenu des effectifs faibles.

¹Des bulletins de surveillance de la santé mentale sont produits chaque semaine, pour mesurer et suivre l'évolution des recours à partir des passages aux urgences (OSCOUR®) ou des consultations SOS Médecins ainsi que des points mensuels nationaux et régionaux.

²Les données reflètent les conduites suicidaires prises en charge et sont peut-être sous-estimées, certaines personnes n'ayant pas fait appel aux services de soins ou à l'hôpital car celui-ci était surchargé ou parce qu'il y avait un risque de contamination au Covid.

³Gestes suicidaires : passages aux urgences en lien avec un geste suicidaire certain (auto-intoxications et lésions auto-infligées) ou probable (intoxications médicamenteuses, effet toxique de pesticides et asphyxie d'intention non déterminée).



Santé mentale. Point épidémiologique Bretagne bimestriel. N°2. Santé publique France : www.santepubliquefrance.fr



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

Le projet **VigilanS**, initié par le Professeur Vaiva au CHU de Lille dès 2014, se déploie 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.

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 2021,

6 974 patient·e·s ont pu **intégrer le dispositif** de veille **VigilanS**



dont **3 322** **primo-suicidant·e·s** et **759** **mineur·e·s**

Au total,

4 186 patient·e·s sont **sorties de la veille**

890 ont **réitéré un geste** depuis l'ouverture de Vigilans

122 sont **décédé·e·s** dont **78** **par suicide**

En 2021

1 678 **nouvelles inclusions** et **399** patient·e·s ont **réitéré un geste** cette année là.

Contexte sanitaire :

Après une baisse relative des inclusions en 2020, une hausse conséquente est observée en 2021 puisque 1 678 patients ont intégré Vigilans contre 1 508 en 2020 soit une augmentation de plus de 11%.

Les appels de patients en crise représentent plus de 25 % des appels et ont augmenté de 46 % par rapport à 2020.

Source : Vigilans – Lettre d'information N°25 – Janvier 2022.



Les sources de données et leurs limites

▪ **Les données de population** utilisées sont issues des recensements de la population (RP) de 1999 à 2018 et des estimations de population au 1er 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 2017.

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide et ce pour plusieurs raisons¹. Notamment :

▪ Une partie des décès peut se trouver incluse dans les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». Pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre.

▪ En cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies dans sa 10^e révision depuis 2000 (CIM10), les codes retenus pour le suicide sont : X60 à X84 en causes initiales.

▪ **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 2020, diffusée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). 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 du « chaînage » des séjours a été mise en œuvre, elle permet de relier les différents séjours d'une même personne hospitalisée grâce à un numéro anonyme unique.

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 hors zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD). 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. De même, les suicidants orientés directement vers un service de psychiatrie ne sont pas comptabilisés dans cette étude.

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, pays,...) 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 2006). 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 2006. Dans l'analyse descriptive des séjours liés à une tentative de suicide, les taux sont calculés sur la base du nombre de séjours, alors que dans celle qui porte sur les patients hospitalisés, les taux sont calculés sur la base du nombre de patients.

¹ À noter toutefois que selon une étude menée en 2006 pour évaluer la sous-déclaration des décès par suicide dans les statistiques nationales des décès, la Bretagne enregistre peu de causes inconnues de décès. Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. *Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine*, 2006. Bull. Epidémiol. Hebd. 2011.

Références bibliographiques

▪ **La Santé mentale, le bien-être et la souffrance psychique des jeunes scolarisés en Bretagne en 2017.**

ORS Bretagne - Décembre 2018.

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

▪ **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](#)

▪ **Conduites suicidaires en Bretagne**, Bulletin de santé publique.

Santé publique France - Février 2019.

[Télécharger](#)

▪ **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.

▪ **Le décès par suicide des personnes souffrant de troubles mentaux.** [Télécharger](#)

L. Plancke, C. Coton, A. Amariei, T. Danela, C.-L. Charrel, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 68, Supplement 1, March 2020, p. S31-S32.

▪ **Étude de l'association entre les troubles des conduites alimentaires et le risque suicidaire chez les adolescents et jeunes adultes.** [Télécharger](#)

P. Duriez , K. Goueslard, C. Quantin, h, F. Jollant, *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, Volume 68, N° S1, P. S32, mars 2020.

▪ **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.

Sites Internet

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

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

▪ Observatoire national du suicide (ONS) : consulter le 2^e rapport **Suicide : Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives.**

Observatoire national du suicide - février 2016

[Consulter](#)

▪ Observatoire national du suicide (ONS) : consulter le 4^e rapport **Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information.**

Observatoire national du suicide - juin 2020.

[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