

# Troubles de la santé mentale dans les Pays de la Loire

Résultats du **Baromètre de Santé publique France 2017**

#6



Détresse psychologique  
Épisodes dépressifs caractérisés  
Troubles anxieux  
Conduites suicidaires  
Recours aux soins



## AUTEURS

Marie-Christine Bournot, Lucie Malloggi, Sandrine David, Dr Anne Tallec, ORS Pays de la Loire

## REMERCIEMENTS

Jean-Baptiste Richard (Santé publique France) et les autres membres du groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Christophe Léon, Romain Guignard, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Maëlle Robert), l'institut Ipsos (Christophe David, Valérie Blineau, Emmanuelle Hoingne, les enquêteurs et les chefs d'équipe), l'institut CDA en charge de l'audit du terrain d'enquête, et l'ensemble des personnes ayant participé à l'enquête.

## FINANCEMENT

Le Baromètre de Santé publique France 2017 a été financé par l'Agence nationale de santé publique.

L'exploitation par l'ORS des données concernant les Pays de la Loire a été réalisée à la demande et grâce à un financement de l'Agence régionale de santé Pays de la Loire.

## CITATION SUGGÉRÉE

ORS Pays de la Loire. (2020). Troubles de la santé mentale dans les Pays de la Loire. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017. #6, 20 p.

Les résultats présentés sont issus du travail d'analyse et d'interprétation des auteurs qui en sont seuls responsables. L'ORS Pays de la Loire autorise l'utilisation et la reproduction des résultats de cette étude sous réserve de la mention des sources des données et de leur analyse par l'ORS.

ISBN 978-2-36088-038-6 - ISBN NET 978-2-36088-039-3  
Crédit photo : Robert Kneschke/Shutterstock  
Février 2020

## L'ESSENTIEL

L'enquête Baromètre de Santé publique France permet d'apprécier la fréquence des états de détresse psychologique, des épisodes dépressifs caractérisés (EDC) ou encore des troubles anxieux. Les données sur les pensées suicidaires au cours de l'année et sur les tentatives de suicide au cours de la vie complètent ces informations.

17 % des Ligériens de 18-75 ans ont connu dans l'année un état de détresse psychologique et 8 % un épisode dépressif caractérisé (dont 3 % un EDC sévère). Par ailleurs, 9 % présentent au moment de l'enquête un état anxieux.

Dans la région comme en France, ces indicateurs se sont dégradés sur la dernière décennie. Ainsi, la fréquence des états de détresse psychologique a augmenté de sept points entre 2010 et 2017 et celle de l'EDC de deux points entre 2005 et 2017. Malgré ces évolutions, la situation régionale apparaît un peu plus favorable qu'au plan national, avec des indicateurs globalement inférieurs à la moyenne nationale.

En 2017, 4 % des Ligériens de 18-75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. 6 % déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ces taux sont proches de ceux observés en moyenne en France.

Les pensées suicidaires sont fréquemment rapportées par les personnes ayant souffert d'un EDC sévère (42 % d'entre elles). Elles constituent un facteur de risque de passage à l'acte : 11 % des personnes qui déclarent avoir pensé à se suicider dans l'année déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de cette période et 31 % être passées à l'acte au cours de la vie.

Certaines populations sont plus concernées par des troubles de la santé mentale. Les femmes sont en proportion deux à trois fois plus nombreuses que les hommes en état de détresse psychologique, à avoir connu un EDC dans l'année, et à déclarer une tentative de suicide au cours de la vie. Les personnes vivant seules, celles au chômage sont également plus touchées par les EDC.

Certains événements de vie augmentent le risque de souffrance psychique. Les EDC et les pensées suicidaires sont plus fréquents parmi les actifs qui déclarent avoir connu des difficultés psychosociales liées au travail ou une période sans emploi dans l'année, et parmi les personnes déclarant avoir été victimes de violences physiques, verbales ou psychologiques.

Des marges de progrès existent en matière de prise en charge. Ainsi, 69 % ayant souffert d'un EDC sévère dans l'année déclarent avoir bénéficié sur cette période d'une prise en charge en établissement de santé ou en centre médico-psychologique, ou avoir consulté un professionnel (médecin ou non) pour des troubles de santé mentale.

## SOMMAIRE

1	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	5
2	ÉPISODES DÉPRESSIFS CARACTÉRISÉS	6
3	TROUBLES ANXIEUX	8
4	PENSÉES SUICIDAIRES	9
5	TENTATIVES DE SUICIDE	11
6	RECOURS AUX SOINS POUR RAISONS DE SANTÉ MENTALE	13
	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	15
	ANNEXES	16



L'enquête Baromètre Santé publique France 2017 permet d'apprécier l'état de santé mentale des habitants de la région à travers plusieurs indicateurs : les états de détresse psychologique, les épisodes dépressifs caractérisés, les troubles anxieux, les pensées et conduites suicidaires. Elle offre un regard sur les recours aux soins de la population en lien avec des problématiques liées à la santé mentale, et notamment sur la prise en charge après une tentative de suicide.

## 1. DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

L'échelle Mental Health 5 (MH-5) [Encadré 1] qui permet d'évaluer la fréquence des états de détresse psychologique a été posée lors de l'enquête à un sous-échantillon de 12 000 personnes, dont 826 Ligériens.

### Des états de détresse psychologique de plus en plus fréquents

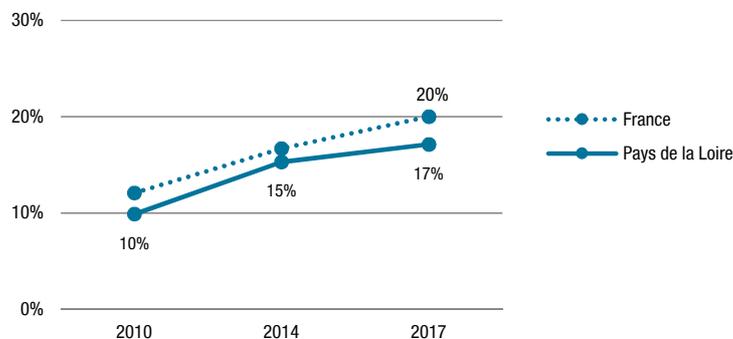
► 17 % des Ligériens âgés de 18 à 75 ans ont présenté, en 2017, un état de détresse psychologique au cours des quatre semaines précédant l'enquête selon l'échelle MH-5 [Encadré 1]. Les femmes sont deux à trois fois plus souvent concernées que les hommes (25 % vs 10 %).

► Comme en France, cette prévalence a connu depuis 2010 une forte augmentation dans la région, elle est ainsi passée de 10 % en 2010 à 15 % en 2014 pour atteindre 17 % en 2017 (Fig1).

► Malgré cette hausse, la situation régionale apparaît globalement plus favorable qu'au plan national. En effet, même si les écarts observés ne sont pas statistiquement significatifs, la prévalence des états de détresse psychologique parmi les habitants de la région est en 2017, comme en 2010 et 2014, inférieure à la moyenne nationale (Fig1) (Annexe 1).

**Fig1 Évolution et comparaison à la moyenne nationale de la prévalence des états de détresse psychologique au cours des quatre dernières semaines parmi les 18-75 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine (2010-2017)



Sources : Baromètres de Santé publique France 2010, 2014, 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

### ENCADRÉ 1. Détresse psychologique

Le MH-5 (Mental health 5 item scale) est une sous-échelle du questionnaire de qualité de vie SF-36 (Short form 36), qui permet, à partir de cinq items, d'apprécier des situations de détresse psychologique.

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

- « très nerveux ? » (+)
- « si découragé que rien ne pouvait vous remonter le moral ? » (-)
- « au calme et détendu ? » (+)
- « triste et abattu ? » (-)
- « heureux ? » (+)

Les personnes répondent à ces différentes questions à partir d'une échelle de réponse composée de cinq modalités (en permanence/souvent/quelquefois/rarement/jamais), correspondant chacune à un nombre de points :

- questions (-) : *en permanence* = 1 point ; *souvent* = 2 points ; *quelquefois* = 3 points ; *rarement* = 4 points ; *jamais* = 5 points.
- questions (+) : le nombre de points est inversé, de 5 points pour *en permanence* à 1 pour *jamais*.

Un score global est calculé en sommant l'ensemble des points, puis est transformé en échelle de 0 à 100.

Plus le score est faible, plus les personnes présentent des symptômes suffisamment nombreux ou intenses pour être considérés à risque de présenter une détresse psychologique. Dans cette étude, un score strictement inférieur à 55 a été retenu comme correspondant à un état de détresse psychologique.

## 2. ÉPISODES DÉPRESSIFS CARACTÉRISÉS

L'enquête Baromètre Santé publique France 2017 permet de mesurer la fréquence des états dépressifs caractérisés (EDC) dans la population, ces derniers étant appréciés à partir d'un score établi sur la base des réponses aux questions du Composite International Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF) [Encadré 2].

Les questions du CIDI-SF avaient également été posées dans l'enquête Baromètre santé réalisée en 2005, ce qui permet d'étudier l'évolution de la prévalence de l'EDC<sup>1</sup>.

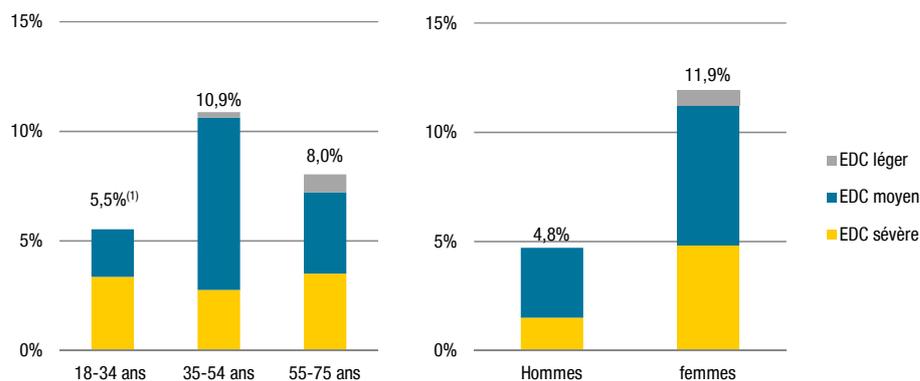
### 8 % des Ligériens de 18-75 ans ont vécu un épisode dépressif caractérisé dans l'année

► 8,4 % des Ligériens de 18-75 ans ont connu un EDC au cours des douze derniers mois, selon le CIDI-SF : 3,2 % un EDC qualifié de sévère et 4,8 % un EDC qualifié de moyen. Les EDC légers sont rares (0,4 %).

► La prévalence de l'EDC dans l'année est deux à trois fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes (11,9 % vs 4,8 %) (Fig2). Cet écart entre les deux sexes se retrouve pour l'EDC sévère (4,8 % vs 1,5 %) et l'EDC moyen (6,4 % vs 3,2 %).

► La prévalence de l'EDC dans l'année apparaît maximale pour les personnes âgées de 35-54 ans (10,9 %), minimale chez les 18-34 ans (5,5 %) et intermédiaire chez les 55-75 ans (8,0 %) (Fig2). Cette variation selon l'âge est retrouvée pour l'EDC moyen mais elle n'est pas observée pour l'EDC sévère, qui concerne environ 3 % de la population dans toutes ces classes d'âge.

**Fig2 Prévalence de l'épisode dépressif caractérisé dans l'année selon la classe d'âge, le sexe et le degré de sévérité**  
Pays de la Loire (2017)



Source : Baromètre de Santé publique France 2017, exploitation ORS Pays de la Loire  
EDC : Épisode dépressif caractérisé

1. La valeur de la prévalence globale de l'EDC observée chez les Ligériens de 18-34 ans en 2017 (5,5 %) est à interpréter avec précaution, car elle est deux fois plus faible que la moyenne nationale (11,4 %). Ceci est lié au taux anormalement bas observé chez les hommes ligériens de 18-34 ans (0,5 %), comparativement au taux national (8,3 %). Cette situation n'est pas observée chez les femmes de cette classe d'âge et un tel écart avec la moyenne nationale n'était pas observé dans l'enquête de 2005.

### Facteurs associés

► Les analyses multivariées réalisées mettent en évidence des différences de la fréquence de l'EDC selon certaines caractéristiques sociales. La prévalence de l'EDC dans l'année est ainsi plus importante parmi les personnes vivant seules (12 % vs 8 % lorsque ce n'est pas le cas). Elle est aussi plus élevée chez les Ligériens au chômage (11 % vs 7 % pour ceux qui travaillent) (Annexe 2). Au plan national, on observe également un risque majoré parmi les personnes aux revenus les plus faibles [1].

<sup>1</sup> Elles avaient également été posées en 2010 mais seulement à un sous-échantillon.

## ENCADRÉ 2. Épisode dépressif caractérisé (EDC)

Le Composite International Diagnostic Interview-Short Form (CIDI-SF) est un outil, développé par l'Organisation mondiale de la santé, de dépistage en population générale de différents troubles mentaux, dont les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) selon leur degré de sévérité [2].

### Symptômes

#### Symptômes principaux

- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en se sentant triste, déprimé, sans espoir pratiquement toute la journée et presque tous les jours
- vivre une période d'au moins deux semaines consécutives en ayant perdu intérêt pour la plupart des choses pratiquement toute la journée et presque tous les jours.

#### Symptômes secondaires (pendant cette période des deux semaines)

- perte d'intérêt pour les activités habituelles (si symptôme principal de tristesse),
- épuisement ou manque d'énergie plus que d'habitude,
- difficultés à dormir plus que d'habitude,
- prise ou perte de 5 kg au moins,
- difficultés à se concentrer plus que d'habitude,
- perte de confiance en soi,
- pensées de mort récurrentes.

### Retentissement sur les activités de la vie quotidienne

- activités habituelles un petit peu perturbées (*perturbation faible*),
- activités habituelles moyennement perturbées (*perturbation modérée*),
- activités habituelles beaucoup perturbées (*perturbation importante*).

### Algorithme de définition des troubles

*Épisode dépressif caractérisé (EDC)* : présence d'au moins un symptôme principal, accompagné d'au moins trois symptômes secondaires, avec une perturbation (faible, modérée ou importante) sur les activités habituelles.

La sévérité de l'EDC est déterminée par le nombre de symptômes secondaires ainsi que par l'importance du retentissement des symptômes sur les activités habituelles :

*EDC léger* : 3 à 4 symptômes secondaires et une perturbation faible des activités habituelles,

*EDC sévère* : 5 à 7 symptômes secondaires et une perturbation importante des activités habituelles,

*EDC moyen* : ensemble des autres cas.

► Par ailleurs, le fait d'avoir vécu un EDC apparaît lié aux évènements de vie. La prévalence de l'EDC dans l'année est ainsi plus élevée parmi les Ligériens qui déclarent avoir été victimes de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations ou avoir été frappé ou blessé physiquement<sup>2</sup> sur cette période (20 % vs 7 %). Elle est aussi plus importante chez les personnes ayant perdu un parent ou un être cher, ou bien ayant vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois (15 % vs 6 %). Enfin, parmi les actifs occupés au moment de l'enquête, la prévalence de l'EDC dans l'année est plus élevée parmi ceux déclarant avoir connu des difficultés psychosociales liées au travail ou un évènement professionnel indésirable au cours de l'année (12 % vs 6 %) (*Annexe 2*).

► Enfin, au plan national, les personnes qui ont connu un état dépressif caractérisé au cours de l'année présentent plus souvent des usages problématiques de tabac, d'alcool ou de cannabis<sup>3</sup>.

## Une hausse de la prévalence de l'EDC entre 2005 et 2017, dans la région comme en France

► Entre 2005 et 2017, la prévalence de l'EDC dans l'année a augmenté de plus de deux points dans les Pays de la Loire (5,8 % en 2005, 8,4 % en 2017). Cette évolution est similaire à celle observée au plan national (7,9 % en 2005, 9,8 % en 2017) [1].

La prévalence régionale de l'EDC reste ainsi, en 2017 comme en 2005, un peu plus faible que la moyenne nationale, mais l'écart n'est pas statistiquement significatif (*Fig3, Annexe 1*).

Il convient toutefois de noter que ces constats sont cohérents avec ceux observés pour les prévalences des états de détresse psychologique et des troubles anxieux qui apparaissent moins élevées dans la population régionale qu'au plan national.

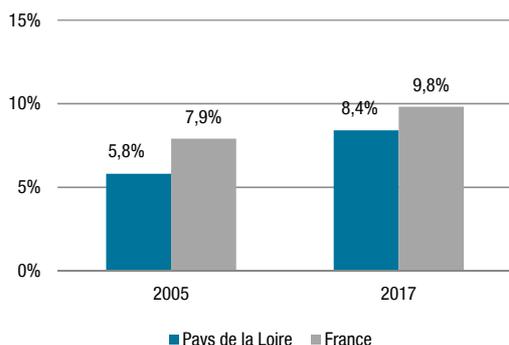
<sup>2</sup> par une ou plusieurs personnes (en dehors d'une agression sexuelle).

<sup>3</sup> De telles analyses n'ont pu être déclinées à l'échelle régionale car l'effectif de Ligériens concernés par de tels usages dans l'échantillon est faible.

En outre, la prévalence des états de détresse psychologique est également orientée à la hausse comme celle des EDC, témoignant d'une dégradation de ces indicateurs de santé mentale dans la région comme en France au cours de la dernière décennie.

► Dans les Pays de la Loire, la hausse de la prévalence de l'EDC entre 2005 et 2017 résulte d'une forte augmentation de la prévalence de l'EDC sévère chez les femmes. La prévalence globale régionale de l'EDC sévère (3,2 % en 2017) s'est ainsi rapprochée de la moyenne nationale (3,9 %) (Annexe 1).

**Fig3 Évolution et comparaison à la moyenne nationale de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé parmi les 18-75 ans**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005, 2017)



Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

### 3. TROUBLES ANXIEUX

Le Baromètre Santé publique France 2017 permet par ailleurs d'évaluer la fréquence des troubles anxieux à partir de l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAD) [Encadré 3]. Les questions de cette échelle ont été posées seulement à un sous-échantillon de 6 300 personnes dont 420 Ligériens. Les possibilités d'analyse de ces résultats sont donc limitées.

#### Une situation régionale qui apparaît plus favorable qu'au plan national pour les états anxieux

► 9 % des Ligériens de 18-75 ans présentent au moment de l'enquête des troubles anxieux avérés. Cette prévalence est inférieure à la moyenne nationale (13 %).

#### ENCADRÉ 3. Troubles anxieux

L'échelle Hospital anxiety and depression (HAD), développée par Zigmond et Snaith au début des années 1980, permet d'évaluer la fréquence de la dépression et des troubles anxieux dans la population [3] [4]. Dans l'enquête Baromètre Santé publique France 2017, seuls les 7 items concernant spécifiquement les troubles anxieux ont été posés :

- Je me sens tendu ou énervé : *la plupart du temps* (score=3), *souvent* (2), *de temps en temps* (1), *jamais* (0) ;
- J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver : *oui, très nettement* (3), *oui, mais ça n'est pas trop grave* (2), *un peu, mais cela ne m'inquiète pas* (1), *pas du tout* (0) ;
- Je me fais du souci : *très souvent* (3), *assez souvent* (2), *occasionnellement* (1), *très occasionnellement* (0) ;
- Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté : *oui, quoi qu'il arrive* (0), *oui, en général* (1), *rarement* (2), *jamais* (3) ;
- J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué : *jamais* (0), *parfois* (1), *assez souvent* (2), *très souvent* (3) ;
- J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place : *oui, c'est tout à fait le cas* (3), *un peu* (2), *assez souvent* (1), *très souvent* (0) ;
- J'éprouve des sensations soudaines de panique : *vraiment très souvent* (3), *assez souvent* (2), *pas très souvent* (1), *jamais* (0).

#### Définition d'un trouble anxieux

La somme des scores correspondant aux réponses à ces 7 items définit la présence de troubles anxieux.

Selon Zigmond et Snaith, les seuils pour définir les cas de personnes présentant des troubles anxieux sont les suivants :

- absence de troubles anxieux : score inférieur à 8 ;
- troubles suspectés : score compris entre 8 et 10 ;
- troubles avérés : score supérieur ou égal à 11.

## 4. PENSÉES SUICIDAIRES

Le Baromètre Santé publique France inclut depuis sa création des questions sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide. L'évolution de leur fréquence a été étudiée sur la période 2010-2017 car la formulation de la question était différente en 2005 par rapport aux enquêtes suivantes.

### 4 % des Ligériens déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois

► 3,7 % des Ligériens de 18-75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. Les pensées suicidaires sont plus fréquentes parmi les adultes d'âge moyen (5,6 % chez les 35-54 ans vs 2,8 % chez les 55-75 ans et 2,4 % chez les 18-34 ans) (Fig4).

Comme en 2014, on n'observe pas de différence statistiquement significative dans la région entre les hommes et les femmes en 2017 (Fig4). Par contre, au plan national, la prévalence des pensées suicidaires est plus élevée chez les femmes (5,4 % vs 4,0 % des hommes) [5].

► Les personnes ayant déclaré avoir pensé à se suicider ont été invitées à expliciter le contexte des dernières pensées de ce type (raisons, scénario envisagé, verbalisation).

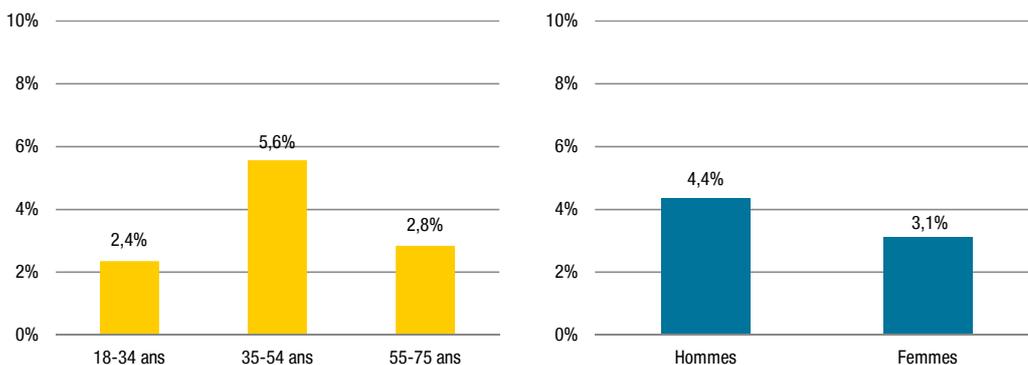
Les personnes concernées ont ainsi mentionné que leurs pensées suicidaires étaient *plutôt en rapport avec des raisons familiales* (39 %), *sentimentales* (36 %), *professionnelles ou liées à la scolarité* (35 %), *financières* (23 %) ou *de santé* (22 %)⁴.

Par ailleurs, 73 % disent avoir été jusqu'à imaginer comment s'y prendre.

Enfin, 58 % des personnes concernées déclarent en avoir parlé à quelqu'un, dont 40 % à un professionnel de santé⁵, 30 % à un membre de sa famille (30 %), et 21 % à un ami.

► Les pensées suicidaires sont associées au vécu d'un épisode dépressif caractérisé et au degré de sévérité de ce dernier. Ainsi, 42 % des personnes concernées par un EDC sévère dans l'année et 9 % de celles ayant connu un EDC moyen⁶ déclarent avoir pensé à se suicider au cours de cette période. Cette proportion est de 2 % parmi les personnes n'ayant pas connu d'EDC.

**Fig4 Prévalence des pensées suicidaires dans l'année¹ selon la classe d'âge et selon le sexe**  
 Pays de la Loire (2017)



Source : Baromètre de Santé publique France 2017, exploitation ORS Pays de la Loire  
 1. Déclarer avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

⁴ Les personnes pouvaient mentionner plusieurs raisons sur les cinq qui leur étaient proposées. 11 % des personnes concernées déclarent que leurs pensées suicidaires étaient plutôt en rapport avec d'autres raisons que celles mentionnées par l'enquêteur.

⁵ Un même individu peut en avoir parlé à plusieurs personnes.

⁶ L'échantillon régional compte au total 52 personnes ayant vécu un EDC sévère et 87 un EDC moyen.

## Facteurs associés

► Les analyses multivariées réalisées mettent en évidence une association entre le fait *d'avoir pensé à se suicider* et le fait de vivre seul. La prévalence des pensées suicidaires dans l'année est ainsi deux fois plus élevée chez les personnes vivant seules (6 % vs 3 % lorsque ce n'est pas le cas) (Annexe 2). Au plan national, le moindre niveau de revenu et le chômage apparaissent également associés à l'existence de pensées suicidaires [5].

► Par ailleurs, à l'instar de ce qui est observé pour les EDC, les pensées suicidaires dans l'année apparaissent liées aux événements de vie. Elles sont trois fois plus souvent mentionnées par les Ligériens qui déclarent avoir été victimes de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations ou avoir été frappés ou blessés physiquement<sup>7</sup> sur cette période (8 % vs 3 %).

Leur prévalence est aussi plus importante chez les personnes ayant perdu un parent ou un être cher, ou ayant vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois (6 % vs 3 %).

En outre, parmi les actifs occupés au moment de l'enquête, les pensées suicidaires sont deux fois plus souvent mentionnées parmi ceux déclarant avoir connu des difficultés psychosociales liées au travail ou à un événement professionnel indésirable au cours de l'année (7 % vs 3 %).

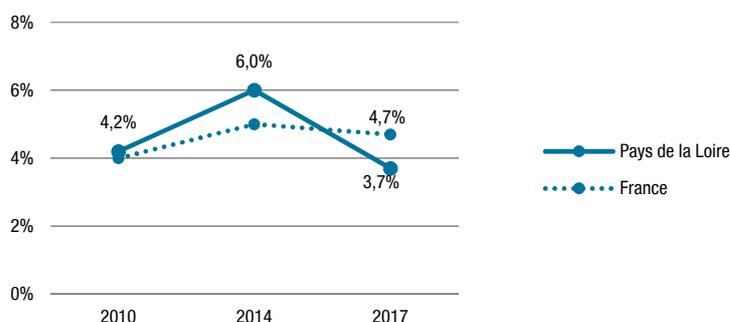
► Enfin, au plan national, les personnes qui ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires dans l'année présentent plus souvent des usages problématiques de tabac, d'alcool ou de cannabis<sup>8</sup>.

## Une fréquence des pensées suicidaires proche de la moyenne nationale

► La proportion de Ligériens déclarant *avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois* est passée de 6,0 % en 2014 à 3,7 % en 2017, retrouvant ainsi en 2017 une valeur relativement proche de celle de 2010 (4,2 %). Au plan national, le taux a connu une hausse significative entre 2010 et 2014 (+ 1 point) et est resté stable entre 2014 et 2017 (Fig5, Annexe 1).

► En 2017, la prévalence des pensées suicidaires en région Pays de la Loire n'est pas significativement différente de celle observée en moyenne en France.

**Fig5 Évolution et comparaison à la moyenne nationale de la fréquence des pensées suicidaires<sup>1</sup> parmi les 18-75 ans**  
Pays de la Loire, France métropolitaine (2010-2017)



Sources : Baromètres de Santé publique France 2010, 2014, 2017, exploitation ORS Pays de la Loire  
1. Déclarer avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

## Une personne ayant eu des pensées suicidaires sur trois déclare avoir déjà tenté de se suicider

► La littérature montre que les pensées suicidaires sont un facteur de risque de passage à l'acte [6]. Les déclarations des personnes concernées, interrogées dans l'enquête Baromètre Santé publique France, retrouvent ce lien. Ainsi, 11 % des Ligériens de 18-75 ans qui relatent des pensées suicidaires dans l'année déclarent *avoir fait une tentative de suicide* au cours de cette période et 31 % déclarent être déjà passé à l'acte *au cours de la vie*.

<sup>7</sup> par une ou plusieurs personnes (en dehors d'une agression sexuelle)

<sup>8</sup> De telles analyses n'ont pu être déclinées à l'échelle régionale car l'effectif de Ligériens concernés par de tels usages dans l'échantillon est faible.

## 5. TENTATIVES DE SUICIDE

Dans l'enquête, la mesure de la fréquence des tentatives de suicide s'appuie sur les déclarations des personnes interrogées, l'ensemble des gestes auxquels les individus ont donné une intention suicidaire étant pris en compte. Ces derniers peuvent être de nature et de gravité très différentes, depuis étant passés inaperçus de l'entourage jusqu'à ceux ayant donné lieu à une hospitalisation.

Dans ce document, les tentatives de suicide au cours de la vie ont été étudiées mais pas celles au cours de l'année du fait du nombre trop faible de cas de personnes concernées dans l'échantillon.

### 9 % des femmes et 4 % des hommes ligériens déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide

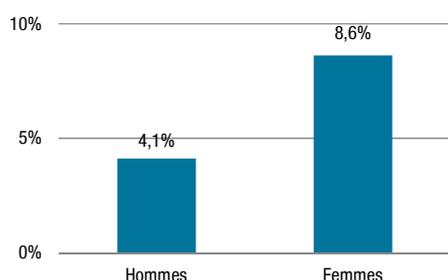
► 6,4 % des Ligériens de 18-75 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Cette prévalence est deux fois plus élevée chez les femmes (8,6 %) que chez les hommes (4,1 %) (Fig6). L'écart entre les deux sexes se retrouve pour toutes les tranches d'âge.

Parmi les suicidants, 40 % déclarent être passés à l'acte plusieurs fois au cours de leur vie.

► Les personnes qui déclarent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie ont été interrogées sur les motifs de ce passage à l'acte (ou du dernier d'entre eux s'il y en a eu plusieurs)<sup>9</sup>. 58 % des personnes concernées déclarent avoir fait cette tentative pour des raisons familiales. Viennent ensuite les raisons sentimentales (26 %), et les raisons professionnelles ou liées à la scolarité (17 %). Les raisons de santé sont plus rarement mentionnées (9 %<sup>10</sup>).

Fig6 Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie déclarées par les 18-75 ans selon le sexe

Pays de la Loire (2017)



Source : Baromètre de Santé publique France 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

### Facteurs associés

► Les analyses multivariées réalisées mettent en évidence des variations selon certaines caractéristiques sociales. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie est ainsi environ deux fois plus élevée chez les personnes vivant seules au moment de l'enquête (11 % vs 6 % lorsque ce n'est pas le cas) (Annexe 3). Au plan national, les tentatives de suicide sont aussi plus souvent déclarées par les personnes aux revenus les plus faibles et celles les moins diplômées [7].

Par ailleurs, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissent liées à certains événements de vie. La prévalence des tentatives de suicide est ainsi plus élevée parmi les Ligériens ayant déclaré :

- avoir vécu des attouchements ou des rapports sexuels forcés au cours de la vie (26 % vs 6 %) ;
- avoir eu de graves problèmes d'argent au cours de la vie (17 % vs 4 %) ;
- avoir connu de graves disputes ou un climat de violences entre leurs parents avant leurs 18 ans (13 % vs 5 %) ;
- avoir connu le divorce ou la séparation de leurs parents avant leurs 18 ans (12 % vs 5 %) ;
- qu'un de leurs parents a été gravement malade ou est décédé avant leurs 18 ans (11 % vs 5 %).

Ces différents constats sont cohérents avec ceux observés au plan national [5] [7].

<sup>9</sup> 4 % des personnes concernées n'ont pas souhaité répondre à cette question. Les personnes pouvaient mentionner plusieurs raisons sur les quatre qui leur étaient proposées. 20 % des personnes concernées déclarent avoir fait cette tentative pour d'autres raisons que celles mentionnées par l'enquêteur.

<sup>10</sup> Les raisons de santé sont mentionnées par 8 % des Ligériens âgés de 18-54 ans et 11 % des 55-75 ans. Cet écart n'est toutefois pas statistiquement significatif.

► Enfin, au plan national, les personnes qui ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie présentent plus souvent des usages problématiques de tabac, d'alcool ou de cannabis<sup>11</sup>.

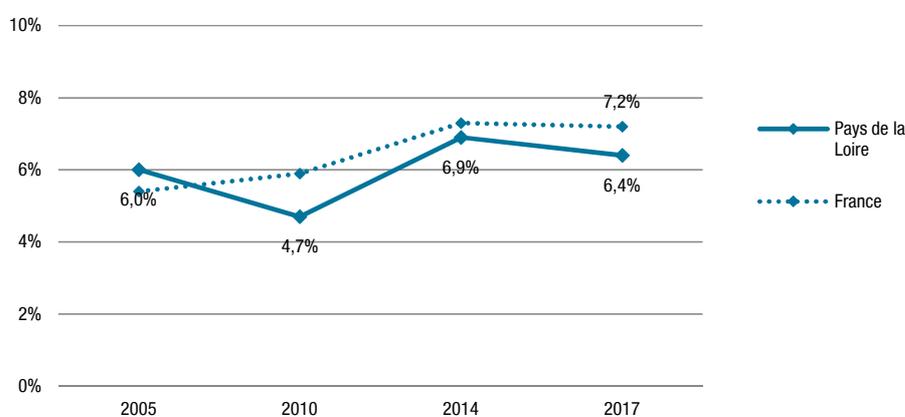
### Une prévalence régionale proche de la moyenne nationale

► En 2017, la proportion de Ligériens ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie est proche de la moyenne nationale (6,4 % vs 7,2 %). Cette situation était déjà observée en 2005, 2010 et 2014 (Fig7, Annexe 1).

► La prévalence des tentatives de suicide déclarées au cours de la vie a connu une tendance à la hausse entre 2005 et 2017 au plan national. En Pays de la Loire, aucune tendance évolutive ne se dessine sur cette période (Fig7).

**Fig7 Évolution et comparaison à la moyenne nationale de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie déclarées par les 18-75 ans**

Pays de la Loire, France métropolitaine (2015-2017)



Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010, 2014, 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

### Une prise en charge des tentatives de suicide qui reste à améliorer

► La majorité des Ligériens ayant tenté de se suicider au cours de leur vie ont accepté de parler de leur tentative de suicide<sup>12</sup>.

18 % déclarent ne pas être allés à l'hôpital et ni avoir été suivis par un médecin ou un « psy » suite à leur tentative de suicide.

82 % déclarent être allés à l'hôpital et/ou suivis par un médecin ou un « psy », suite à leur tentative de suicide.

Plus précisément :

- 42 % déclarent être allés à l'hôpital puis suivis par un médecin ou un « psy » après leur sortie de l'hôpital,
- 18 % sont allés à l'hôpital, mais n'ont pas bénéficié d'un suivi par un médecin ou un « psy »,
- et 22 % disent avoir été suivis par un médecin ou un « psy », mais ne sont pas allés à l'hôpital.

La proportion globale de personnes déclarant avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie et avoir fait l'objet d'une prise en charge par un professionnel ou établissement de santé apparaît dans les Pays de la Loire comme en France plutôt stable, voire même en léger recul entre 2014 et 2017. Toutefois, dans la mesure où elle concerne les tentatives de suicide au cours de la vie et pas uniquement dans les douze derniers mois, cette évolution ne renseigne pas sur l'évolution récente des pratiques. Au plan national, on n'observe pas d'évolution significative en matière de prise en charge entre 2014 et 2017 si l'on considère les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois.

► La proportion de personnes qui estiment avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir après leur tentative de suicide atteint 85 % pour celles suivies par un médecin ou un psy après leur tentative de suicide, qu'elles soient

<sup>11</sup> De telles analyses n'ont pu être déclinées à l'échelle régionale car l'effectif de Ligériens concernés par de tels usages dans l'échantillon est faible.

<sup>12</sup> Ou de la dernière tentative de suicide si plusieurs. 99 des 102 personnes concernées ont accepté de parler de leur tentative de suicide.

allées ou non à l'hôpital. Par contre, elle est seulement de 48 % pour les personnes prises en charge à l'hôpital mais non suivies *par un médecin ou un « psy »*, et de 52 % pour celles n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge. Ces résultats régionaux sont cohérents avec ceux observés au plan national.

► Le taux régional de personnes déclarant être allées à l'hôpital suite à une tentative de suicide est identique à la moyenne nationale (60 %). Le suivi des suicidants *par un médecin ou un psy* est par contre un peu plus fréquemment déclaré dans la région (63 % vs 52 %,  $p=0,07$ ). Cet écart ne concerne toutefois que les personnes non prises en charge à l'hôpital après leur tentative de suicide (respectivement 54 % et 34 %,  $p=0,06$ )<sup>13</sup> [5].

## 6. RECOURS AUX SOINS POUR RAISONS DE SANTÉ MENTALE

### 10 % des Ligériens ont consulté un professionnel de santé pour un problème de santé mentale dans l'année

► En 2017, un Ligérien de 18-75 ans sur dix déclare avoir utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre médico-psychologique ou consulté un professionnel (médecin ou non) pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement au cours des douze derniers mois (Fig8). Cette proportion est proche de celle observée au plan national (11 %).

Le professionnel le plus souvent consulté pour ce motif est le médecin généraliste (6,6 %). Viennent ensuite le psychologue (4,2 %) et le psychiatre (3,4 %). 2,8 % de la population a consulté un professionnel d'un établissement de santé ou d'un centre médico-psychologique (CMP).

► Par ailleurs, 5,7 % de la population régionale déclarent avoir pris des médicaments anxiolytiques au cours de l'année et 4,9 % des médicaments antidépresseurs.

► Ces recours sont particulièrement fréquents chez les personnes ayant présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC) dans l'année. Dans la région, 45 % d'entre elles déclarent avoir utilisé les services d'un organisme comme un hôpital, une clinique, un centre médico-psychologique ou consulté un professionnel (médecin ou non), 25 % ont pris des anxiolytiques et 22 % des antidépresseurs.

Pour les personnes ayant présenté un EDC sévère, ces taux atteignent respectivement 69 %, 35 % et 34 %.

Pour Ligériens n'ayant pas vécu d'EDC dans l'année, ces proportions s'établissent respectivement à 7 %, 4 % et 3 %.

► L'ensemble de ces résultats régionaux sont globalement cohérents et peu différents de ceux observés au plan national. Seules différences observées : un moindre recours à un psychiatre et un moindre usage des anxiolytiques parmi les Ligériens n'ayant pas vécu d'EDC dans l'année (respectivement 1,6 % et 4 % de recours vs 2,6 % et 5 % en France).

<sup>13</sup> Les taux sont proches pour les personnes ayant été hospitalisées (69 % dans les Pays de la Loire et 65 % au plan national).

**Fig8 Recours à un professionnel de santé pour un problème de santé mentale, prise d'antidépresseurs et d'anxiolytiques au cours des 12 derniers mois parmi les 18-75 ans**

Pays de la Loire (2017)

	Ensemble des individus de 18-75 ans	Personnes n'ayant pas vécu d'EDC <sup>2</sup> (n=1 452)	Personnes ayant vécu un EDC (n=145)	Personnes ayant vécu un EDC moyen (n=87)	Personnes ayant vécu un EDC sévère (n=52)
Déclarer avoir, au cours des 12 derniers mois, utilisé pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement...					
Un organisme ou professionnel de santé <sup>1</sup>	9,8%	6,6%	45%	32%	69%
Dont : - médecin généraliste	6,6%	4,1%	33%	23%	51%
- psychiatre	3,4%	1,6%	23%	12%	41%
- psychologue	4,2%	2,9%	19%	10%	32%
- hôpital, clinique ou centre médico-psychologique (CMP)	2,8%	1,9%	12%	5%	21%
Déclarer avoir pris, au cours des 12 derniers mois...					
des antidépresseurs	4,9%	3,3%	22%	13%	34%
des anxiolytiques	5,7%	3,9%	25%	18%	35%

Source : Baromètre de Santé publique France 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

1. un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue, un hôpital ou une clinique, un centre médico-psychologique (hors groupe d'entre-aide, association, ligne téléphonique d'aide ou d'écoute, site internet et hors autre professionnel).

2. Episode dépressif caractérisé selon le CIDI-SF

Lecture : en 2017, 9,8 % des Ligériens de 18-75 ans déclarent avoir utilisé, au cours des 12 derniers mois, un organisme ou un professionnel de santé pour des problèmes émotifs, nerveux, psychologiques ou des problèmes de comportement. Cette proportion s'élève à 68,7 % parmi les personnes ayant vécu un EDC sévère dans l'année, 32,2 % parmi celles ayant connu un EDC moyen, et 6,6 % parmi celles qui n'ont pas connu d'EDC.

#### ENCADRÉ 4. Éléments de méthode

Le Baromètre de Santé publique France 2017 est une enquête téléphonique nationale sur les opinions et comportements en matière de santé. Cette enquête nationale a été menée auprès d'un échantillon de 25 319 adultes, représentatif des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. La méthode repose sur un sondage aléatoire à deux degrés. Le terrain de l'enquête s'est déroulé du 5 janvier au 18 juillet 2017. La passation du questionnaire a duré en moyenne 31 minutes. Les principaux thèmes abordés dans cette enquête sont les consommations d'alcool, de tabac et drogues illicites ainsi que la santé mentale. Le taux de participation a été de 48,5 % [8] [9].

Les données Pays de la Loire sont issues d'une extraction des réponses des 1 597 Ligériens qui ont participé à l'enquête. Les données ont été pondérées pour tenir compte de la probabilité d'inclusion, puis redressées sur différents critères pour améliorer la représentativité des résultats. Les résultats régionaux 2017 ont été comparés à ceux observés au plan national, ainsi qu'à ceux obtenus dans les enquêtes Baromètre santé 2005, 2010 et 2014. Les comparaisons à la moyenne nationale sont analysées à partir de tests réalisés sur des taux régionaux standardisés sur l'âge et le sexe. Mais pour faciliter la lecture des résultats, il a été fait le choix de présenter uniquement les taux bruts redressés, les écarts entre taux bruts et taux standardisés étant minimes.

Des comparaisons selon les caractéristiques sociodémographiques des individus (sexe, classe d'âge, catégorie socio-professionnelle, niveau de diplôme, niveau de revenus...) ont également été menées. De manière générale, seules les associations significatives au seuil de 5 % après ajustement sur les différentes caractéristiques sociodémographiques étudiées sont commentées.

Toutefois, certaines différences non significatives en région peuvent être mentionnées lorsqu'elles sont cohérentes avec les résultats nationaux car il est alors vraisemblable que cette situation résulte d'un manque de puissance statistique de l'enquête au niveau régional.

Les éléments méthodologiques concernant ces différentes analyses régionales sont détaillés dans un document spécifique [cf. Éléments de méthode. Exploitation des données Pays de la Loire. Baromètre de Santé publique France 2017, 12 p.].

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E. (2018). La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 32-33. pp. 637-644.
- [2] Gigonzac V, Delézire P, Khireddine-Medouni I, et al. (2018). La dépression dans la population active occupée en France en 2017. Baromètre santé 2017. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 32-33. pp. 645-652.
- [3] Zigmond AS, Snaith RP. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. vol. 67, n° 6. pp. 361-370.
- [4] Langevin V, François M, Boini S, et al. (2011). Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Risques psychosociaux : outils d'évaluation. *Documents pour le Médecin du Travail*. INRS. n° 127. pp. 481-485.
- [5] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E. (2019). Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 3-4. pp. 38-47.
- [6] Kessler RC, Borges G, Walters EE. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. vol. 56, n° 7. pp. 617-626.
- [7] Santé publique France Pays de la Loire. (2019). Conduites suicidaires. *BSP. Bulletin de Santé Publique Pays de la Loire*. 25 p.
- [8] Richard JB, Andler R, Guignard R, et al. (2018). Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Santé publique France. 24 p.
- [9] Santé publique France. (2017). Baromètre santé 2017. Questionnaire. 53 p.

## ANNEXES

### Annexe 1 Évolution entre 2005 et 2017 des fréquences des états de détresse psychologique, des épisodes dépressifs caractérisés, des pensées suicidaires et tentatives de suicide

	Pays de la Loire			France métropolitaine	
	Taux bruts redressés			Taux standardisé <sup>1</sup>	Taux bruts redressés
	2005	2014	2017	2017	2017
<b>Deux sexes</b>					
Détresse psychologique <sup>2</sup>	nd	15,3%	17,1% (+)	17,2%	20,0% <sup>p=0,07</sup>
EDC <sup>3</sup> dans l'année	5,8%	nd	8,4% (+)	8,5%	9,8%
EDC sévère dans l'année	1,5%	nd	3,2% (+)	3,2%	3,9%
Pensées suicidaires dans l'année <sup>4</sup>	nc	6,0%	3,7% (-)	3,7%	4,7%
Tentative(s) de suicide au cours de la vie	6,0%	6,9%	6,4% (+)	6,4%	7,2%
<b>Hommes</b>					
Détresse psychologique	nd	9,5%	9,5%	9,5%	13,4%*
EDC dans l'année	5,0%	nd	4,8%	4,8%	6,4%
EDC sévère dans l'année	1,5%	nd	1,5%	1,6%	2,4%
Pensées suicidaires dans l'année	nc	5,5%	4,4%	4,4%	4,0%
Tentative(s) de suicide au cours de la vie	4,0%	4,6%	4,1%	4,1%	4,4%
<b>Femmes</b>					
Détresse psychologique	nd	20,3%	25,1% (+)	25,0%	26,4%
EDC dans l'année	6,5%	nd	11,9% (+)	12,0%	13,0%
EDC sévère dans l'année	1,4%	nd	4,8% (+)	4,8%	5,3%
Pensées suicidaires dans l'année	nc	6,4%	3,1% (-)	3,1%	5,4%*
Tentative(s) de suicide au cours de la vie	7,6%	8,8%	8,6% (+)	8,6%	9,9%

Sources : Baromètres de Santé publique France 2005, 2010, 2014, 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

1. Taux standardisé sur l'âge et le sexe. Population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

2. Selon l'échelle MH-5. En 2017, les questions du MH-5 ont été posées à un sous échantillon de 826 personnes dans les Pays de la Loire, 355 hommes et 471 femmes.

3. Épisode dépressif caractérisé selon le CIDI-SF.

4. Déclarer avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

\* différence entre les Pays de la Loire et la France statistiquement significative au seuil de 5 % en 2017 (à structure par âge et sexe identique).

(+)/(+) : évolution statistiquement significative (au seuil de 5 %) entre 2014 et 2017 ; (+)/(+) entre 2010 et 2017 ; (+)/(+) entre 2005 et 2017.

Lecture : en 2017, 17,1 % des Ligériens de 18-75 ans présentent un état de détresse psychologique. Cette proportion atteint 20,0 % au plan national. L'écart Région/France n'est pas statistiquement significatif au seuil de 5 % (à structure selon l'âge et le sexe identique). On observe une évolution significative entre 2010 et 2017.

## Annexe 2 Facteurs associés aux épisodes dépressifs caractérisés et aux pensées suicidaires - Pays de la Loire

	Épisode dépressif caractérisé <sup>1</sup> au cours des 12 derniers mois (n=1 597)		Pensées suicidaires <sup>2</sup> au cours des 12 derniers mois (n=1 594)	
	% [IC 95 %]	OR	% [IC 95 %]	OR
Total	8,4 [6,8 - 10,0]		3,7 [2,6 - 4,8]	
Sexe	***	***	ns	ns
Homme	4,8	Réf.	4,4	Réf.
Femme	11,9	2,7 ***	3,1	-
Âge	*	**	*	*
18-34 ans	5,5	Réf.	2,4	Réf.
35-54 ans	10,9	2,6***	5,6	2,6*
55-75 ans	8,0	2,1*	2,8	1,3
PCS	ns	ns	ns	ns
PCS (-)	8,0	Réf.	4,0	Réf.
PCS (+)	8,9	-	3,4	-
Niveau de diplôme	ns	ns	ns	ns
Aucun ou inf. au bac	7,6	Réf.	4,0	Réf.
Bac	9,1	-	2,9	-
Supérieur au bac	9,3	-	3,9	-
Revenus mensuels par UC	ns	ns	ns	ns
Faibles (< 1 170 €)	9,4	Réf.	4,2	Réf.
Moyens (1 170-1 800 €)	8,4	-	3,9	-
Élevés (> 1 800 €)	6,8	-	3,3	-
Taille d'agglomération	ns	ns	ns	ns
Commune rurale	9,3	Réf.	4,6	Réf.
Unité urbaine	7,9	-	3,3	-
<b>Variables ajoutées en sus l'une après l'autre</b>				
Situation professionnelle	**	**	**	**
En emploi	7,5	Réf.	3,8	Réf.
Au chômage	11,2	2,1(p=0,07)	4,2	1,0
Retraité ou pré-retraité	6,5	0,8	1,7	0,4
Étudiant	9,4	1,4	3,1	2,3
Autres inactifs <sup>3</sup>	21,5	3,3**	11,9	4,5***
Situation de vie	p=0,06	*	*	*
Ne vit pas seul	7,8	Réf.	3,3	Réf.
Vit seul	11,7	1,8*	6,2	2,2*
Avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations ou avoir été frappé ou blessé physiquement par une ou plusieurs personnes en dehors d'une agression sexuelle au cours des douze derniers mois	***	***	**	**
Non	7,1	Réf.	3,2	Réf.
Oui	19,7	3,6***	8,4	2,9**
Avoir perdu un parent ou un être cher, ou avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois	***	***	**	**
Non	6,2	Réf.	2,8	Réf.
Oui	14,6	2,8***	6,3	2,3**
Avoir connu des difficultés psychosociales au travail ou un événement professionnel indésirable <sup>4</sup> au cours des douze derniers mois	**	*	p=0,05	*
Non	6,1	Réf.	3,0	Réf.
Oui	12,4	2,2*	6,6	2,7*

Source : Baromètre de Santé publique France 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; OR : odds ratio ajusté ; UC : unité de consommation

PCS : Profession et catégorie socioprofessionnelle de l'individu ou du référent du foyer ; PCS (-) : ouvriers, employés, agriculteurs exploitants ; PCS (+) : cadres supérieurs, professions intellectuelles supérieures, artisans, commerçants, chefs d'entreprise, professions intermédiaires

\* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001 ; ns : non significatif

1. Selon le CIDL-SF

2. déclarer avoir pensé à se suicider

3. Cette catégorie regroupe les personnes au foyer, les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle et celles n'en ayant jamais exercé pour cause de maladie, de handicap...

4. Les difficultés psychosociales au travail concernent le fait d'avoir, dans le cadre d'une activité professionnelle, été victime de menaces verbales, humiliations, intimidations, été frappé ou blessé physiquement par une ou plusieurs personnes en dehors d'une agression sexuelle, ou d'avoir eu peur de perdre son emploi ; les événements professionnels indésirables portent sur le fait d'avoir été licencié ou d'avoir vécu une longue période de chômage de plus de six mois.

### Annexe 3 Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie - Pays de la Loire

	Tentative de suicide au cours de la vie (n=1 595)	
	% [IC 95 %]	OR
Total	6,4 [5,0 – 7,8]	
<b>Sexe</b>	**	**
Homme	4,1	Réf.
Femme	8,6	2,4**
<b>Âge</b>	ns	ns
18-34 ans	6,1	Réf.
35-54 ans	6,9	-
55-75 ans	6,1	-
<b>PCS</b>	ns	ns
PCS (-)	7,0	Réf.
PCS (+)	5,4	-
<b>Niveau de diplôme</b>	ns	ns
Aucun ou inf. bac	7,0	Réf.
Bac	4,6	-
Supérieur au bac	6,1	-
<b>Revenus par UC</b>	p=0,08	ns <sup>2</sup>
Faibles	8,2	Réf.
Moyens	4,8	0,6
Élevés	5,3	0,8
<b>Taille d'agglomération</b>	ns	ns
Commune rurale	7,7	Réf.
Unité urbaine	5,7	-
<b>Variables ajoutées en sus l'une après l'autre</b>		
<b>Situation professionnelle</b>	***	***
En emploi	5,5	Réf.
Au chômage	10,4	1,8
Retraité ou pré-retraité	4,7	0,7
Étudiant	3,7	nc
Autres inactifs <sup>1</sup>	20,8	3,3**
<b>Situation de vie</b>	**	**
Ne vit pas seul	5,7	Réf.
Vit seul	10,5	2,4**
<b>A été forcé(e) à subir ou à faire des attouchements sexuels ou à avoir des rapports sexuels contre sa volonté</b>	***	p=0,06
Non	5,6	Réf.
Oui	25,8	1,7
<b>Avoir eu soi-même ou sa famille, de graves problèmes d'argent au cours de la vie</b>	***	***
Non	3,8	Réf.
Oui	16,6	5,4***
<b>L'un des parents a eu un grave problème de santé ou est décédé avant 18 ans</b>	**	***
Non	5,4	Réf.
Oui	10,6	5,5***
<b>Avoir connu de graves disputes ou un climat de violence entre ses parents avant 18 ans</b>	***	***
Non	4,7	Réf.
Oui	13,1	2,8***
<b>Divorce ou séparation de ses parents avant 18 ans</b>	**	**
Non	5,4	Réf.
Oui	12,1	2,3**

Source : Baromètre de Santé publique France 2017, exploitation ORS Pays de la Loire

IC 95 % : intervalle de confiance à 95 % ; OR : odds ratio ajusté ; UC : unité de consommation

PCS : Profession et catégorie socioprofessionnelle de l'individu ou du référent du foyer ; PCS (-) : ouvriers, employés, agriculteurs exploitants ; PCS (+) : cadres supérieurs, professions intellectuelles supérieures, artisans, commerçants, chefs d'entreprise, professions intermédiaires

\* : p<0,05 ; \*\* : p<0,01 ; \*\*\* : p<0,001 ; ns : non significatif

1. Cette catégorie regroupe les personnes au foyer, les personnes n'exerçant pas d'activité professionnelle et celles n'en ayant jamais exercé pour cause de maladie, de handicap...

2. Dans l'échantillon national, les différences de prévalence sont statistiquement significatives [7].

nc : non calculé (car effectif trop faible)





# Troubles de la santé mentale dans les Pays de la Loire

Résultats du **Baromètre de Santé publique France 2017**

Cette étude présente, pour la région Pays de la Loire, les résultats de l'enquête Baromètre Santé publique France 2017 concernant les troubles de la santé mentale dans la population âgée de 18 à 75 ans (détresse psychologique, troubles anxieux et de façon plus approfondie, épisodes dépressifs caractérisés et conduites suicidaires), ainsi que le recours aux soins lié à ces situations. Elle offre un regard sur l'évolution de la fréquence de ces troubles au cours de la dernière décennie, ainsi que sur leurs facteurs de risque.

Cette étude régionale a été réalisée par l'ORS à la demande et avec le soutien financier de l'ARS Pays de la Loire.



**Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire**  
Hôtel de la région • 1 rue de la Loire • 44966 Nantes Cedex 9  
Tél. 02 51 86 05 60 • Fax 02 51 86 05 75  
[accueil@orspaysdelaloire.com](mailto:accueil@orspaysdelaloire.com) • [www.santepaysdelaloire.com](http://www.santepaysdelaloire.com)

