



**HAL**  
open science

## Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-PasdeCalais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations

G. Vaiva, L. Plancke, A. Amariei, A.L. Demarty, M. Lardinois, A. Creton, C. Debien, S. Duhem, A. Messiah

### ► To cite this version:

G. Vaiva, L. Plancke, A. Amariei, A.L. Demarty, M. Lardinois, et al.. Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-PasdeCalais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations. *L'Encéphale*, 2019, 45, pp.S22 - S26. 10.1016/j.encep.2018.09.006 . hal-03486809

**HAL Id: hal-03486809**

**<https://hal.science/hal-03486809>**

Submitted on 20 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

# Évolutions du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations

---

*Changes in the number of suicide attempts in the NPC region since the start of Vigilans: first estimates*

**Guillaume VAIVA<sup>1\*</sup>, Laurent PLANCKE<sup>2</sup>, Alina AMARIEI<sup>2</sup>,  
Anne Laure DEMARTY<sup>3</sup>, Marine LARDINOIS<sup>4</sup>, Anne CRETON<sup>5</sup>,  
Christophe DEBIEN<sup>1</sup>, Stéphane DUHEM<sup>3</sup>, Antoine MESSIAH<sup>6</sup>.**

- 1) *Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en milieu pénitentiaire, SCA-Lab UMR 9193 CNRS, CHU & Université de Lille, F-59037 LILLE, France*
- 2) *Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France et Centre lillois d'études sociologiques et économiques, F-59037 LILLE, France*
- 3) *Fédération de Recherche Clinique, CHU de Lille & Inserm, F-59037 LILLE, France*
- 4) *Service universitaire de Psychiatrie, CHU de Versailles*
- 5) *Service de Psychiatrie, Centre Hospitalier de Valenciennes*
- 6) *INSERM U-1178 "Mental Health and Public Health", Hôpital Paul Brousse, Villejuif, France*

\* **Pour correspondance** : Guillaume Vaiva

Pôle de Psychiatrie, Médecine Légale et Médecine en milieu pénitentiaire, SCA-Lab UMR 9193 CNRS, CHU & Université de Lille, F-59037 LILLE, France

e-mail : [guillaume.vaiva@chru-lille.fr](mailto:guillaume.vaiva@chru-lille.fr)

# Évolution du nombre de tentatives de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais depuis l'implantation de Vigilans : premières estimations

---

## *Changes in the number of suicide attempts in the Nord-Pas-de-Calais region since the start of Vigilans: first estimates*

### Résumé

**Background.** La mise en place d'un dispositif de veille des suicidants est une étape très innovante dans l'évolution de notre système de soins. Il était intéressant de savoir si nous constatons une diminution des tentatives de suicide dans la région. **Méthode.** Nous tentons de mesurer ici l'évolution du nombre de tentatives de suicide avant et après l'implantation de Vigilans, en utilisant deux types d'analyse : une première à partir du Programme médicalisé des systèmes d'information en médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO) et une seconde à partir du recueil des passages aux urgences pour tentative de suicide dans les établissements de la région participants au dispositif. **Résultats.** En 2014, un total de 10 119 passages aux urgences pour tentative de suicide était dénombré ; en 2017, le total était de 9.230 passages pour tentative de suicide, soit une diminution de 13,5 %. La diminution était équilibrée entre les hommes (-14 %) et les femmes (-10 %). À partir des chiffres du PMSI, nous constatons une accélération de la diminution des séjours pour tentative de suicide dans le Nord-Pas-de-Calais après 2014 (-16 % au lieu de -6 %), au contraire des deux départements picards les plus comparables qui montrent une dégradation du phénomène (+13 %), et au contraire du département de l'Oise qui montre un maintien stable de la baisse en cours (-12 %). **Conclusion.** Les deux indicateurs retenus sont imparfaits, mais l'évolution sur trois ans depuis l'implantation de Vigilans va dans le même sens. Nous constatons un décrochage des séjours hospitaliers en relation avec une tentative de suicide.

**Mots-clés** = Tentative de suicide – récurrence – codage PMSI – épidémiologie – prévention

### Abstract

**Background.** The implementation of a surveillance program after a suicide attempt (SA) is a very innovative step in the evolution of our system of care. It was interesting to know if we observe a decline in suicide attempts in the region, in particular of recurrences of SA. **Method.** We measured the evolution of the number of suicide attempts before and after implantation of Vigilans, using two types of analysis: a first from the national medical information systems in Medicine-Surgery-Obstetrics (PMSI-MCO) and a second from the collection of the ER stays for SA in the hospitals involved in the Vigilans program. **Results.** In 2014 (year before start of Vigilans), a total of 10 119 ER stays for SA was observed (5 626 women and 4 463 men); in 2017, the total was 9.230 stays for SA (5 047 women and 3 839 men), representing a decrease of 13.5 %. The reduction was balanced between men (-14 %) and women (-10 %). Based on the figures of PMSI, we see an acceleration of the reduction of stay for SA in the Nord-Pas-de-Calais after 2014 (-16 % instead of -6 %), instead of the two Picardy departments the most comparable which show a degradation of the phenomenon (+13%), and opposed to the Department of the Oise which shows a stable maintenance of the current decline (-12 %). **Conclusion.** These two indicators are imperfect, but evolution over three years since the implementation of Vigilans goes in the same direction. We find a uncoupling of a hospital stay in connection with a SA. The intensity of this decline seems correlated to the penetrance of the program.

**Keywords** : suicide attempt, re attempt, PMSI codage, epidemiology, prevention

## Introduction

En l'absence de registre ad hoc, il est difficile en France de mesurer précisément le nombre de tentatives de suicide et donc d'en suivre l'évolution (1,2). La mesure la plus couramment employée est celle des séjours hospitaliers où l'on retrouve en diagnostic associé les codes X60 à X80 (lésions auto-infligées). Le codage repose exclusivement sur les séjours en MCO et les simples passages aux urgences pour tentative de suicide sans hospitalisation échappent à la mesure. Le codage n'est pas valorisé dans les hôpitaux (faible enjeu budgétaire, pas de personnel dédié) et montre des variations d'un centre à l'autre et d'une année sur l'autre pour un même centre, très aléatoire (3) ; on estime aujourd'hui que ce chiffre représente environ la moitié des tentatives de suicide en France ; il existe un écart important (pouvant aller jusqu'à 40 %) entre le nombre de tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes sur la santé en population générale et le nombre de tentatives de suicide enregistrées par les services hospitaliers (2).

En 2017, le PMSI-MCO enregistre 14 579 séjours dans un établissement de santé des Hauts-de-France avec diagnostic pour tentative de suicide, dont 9 911 dans le Nord - Pas-de-Calais.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, le contexte est différent de celui de la Picardie, pour au moins deux raisons. Premièrement, la région s'est dotée d'une Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) en 2007, organisme qui regroupe les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de psychiatrie ; la F2RSM a fait porter nombre de ces premiers travaux sur la prévention du suicide (4,5). Ce focus soutenu a mobilisé les praticiens et directeurs de la région et la qualité du codage des tentatives de suicide s'est très nettement améliorée. Deuxièmement, l'équipe médicale psychiatrique qui est à la base de l'implantation de Vigilans en Nord-Pas-de-Calais vient du monde de l'urgence et travaille en étroite collaboration depuis 20 ans avec le Centre d'Investigation Clinique du CHU de Lille et tous les services d'urgence de la région (6). Ces deux facteurs essentiels nous permettent d'être confiants sur la qualité de la mesure des passages aux urgences pour tentative de suicide, un an avant l'implantation de Vigilans, et les années suivantes.

Nous proposons ici deux types d'analyse : une première à partir du Programme médicalisé des systèmes d'information en médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI-MCO) et une seconde à partir du recueil des passages aux urgences pour tentative de suicide dans les établissements de la région participants au dispositif.

## Méthodes

### Analyse du PMSI-MCO

La F2RSM Psy bénéficie d'accords spécifiques avec l'ATIH, qui donne accès tous les ans aux chiffres des séjours PMSI dans les établissements de la région. Ainsi, une comparaison des séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide a pu être menée, à travers les années (de 2012 à

2017) et dans deux territoires (le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie voisine). Pour tenter de minimiser les variations liées au codage, seuls les établissements ne montrant pas une variation de plus de 25 % d'une année sur l'autre, ont été retenus (75 % de l'ensemble). Ont été mesurés : le nombre total de séjours tentative de suicide par an et par département, ainsi que le nombre de nouveaux séjours des mêmes patients avec le même diagnostic de tentative de suicide (mesure de la récurrence suicidaire).

De façon parallèle, l'équipe Vigilans basée au CHU de Lille travaille avec un outil informatique de gestion des recontacts : le logiciel e-Vigilans. Il a donc été possible d'extraire de cette base des données patient anonymisées, sur toute la période 2015 – 2017, comportant des informations sur l'évolution et notamment la récurrence suicidaire. Les données ont été transmises à la F2RSM pour un traitement indépendant.

### [Recueil des passages aux urgences pour tentative de suicide.](#)

Forts des liens entre l'équipe Vigilans et les services d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais, tous les chefs de service d'urgence ont accepté de donner accès à leurs registres des passages aux urgences, d'où ont été extraits ceux liés à une tentative de suicide. Ce relevé a été réalisé par des Assistants de recherche clinique (ARC) du Centre d'Investigation Clinique de Lille (CIC), qui avaient accès sur les différents sites aux données des services, qu'elles soient informatisées (parfois) ou non (saisie des informations d'après les cahiers des infirmiers d'accueil et d'orientation). Les seules données disponibles étaient la date et le motif du passage, et le sexe du patient.

Nous avons pu mener un travail plus fouillé en 2015 et 2016 sur 2 sites, Boulogne-sur-Mer (premier site ouvert le 2 février 2015) et le CHU de Lille (qui concentre 20 % des chiffres de la région). Nous avons alors recueilli des données supplémentaires concernant l'âge des patients et le fait qu'il s'agisse de primosuicidants ou de sujets réitérants, ainsi que le pourcentage d'hospitalisations en milieu psychiatrique après l'accueil aux urgences.

Deux périodes ont été définies : avant programme Vigilans (2012-2014) et après démarrage du programme (2015-2017).

Un taux de pénétrance du programme a été calculé dans chaque établissement, selon la formule suivante :  $TP = \text{nombre d'entrées dans Vigilans} / \text{nombre total de passages aux urgences pour tentative de suicide}$ .

## **Résultats**

### [Données du PMSI dans les Hauts de France](#)

Le tableau 1 reprend le chiffre des séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide, depuis l'année 2012, dans chacun des 5 départements des Hauts de France (le Nord, le Pas de Calais, l'Aisne, la Somme et l'Oise). Il était également licite de distinguer en Picardie les départements de la

Somme et de l'Aisne, limitrophes des départements du Nord-Pas-de-Calais, alors que l'Oise est limitrophe de la région parisienne.

La figure 1 illustre ces évolutions, en proposant les différences en fonction des sexes. Il était possible de distinguer les évolutions avant Vigilans (2012-2014) et après (2015-2017). Le nombre de séjour pour tentative de suicide était en faible diminution dans le Nord-Pas-de-Calais avant 2014, mais cette diminution s'est beaucoup accentuée après 2014, au contraire des deux départements picards les plus comparables qui montrent une dégradation du phénomène, et au contraire du département de l'Oise qui montre un maintien stable de la baisse en cours.

### Donnée des services d'urgence du Nord-Pas-de-Calais

Le Tableau 2 reprend les chiffres des différents sites d'urgence de la région Nord-Pas-de-Calais, de l'année 2014 (aucun site ne dispose de Vigilans) à l'année 2017 (tous les services de la région proposent le dispositif de veille post-hospitalière). En 2014, un total de 10 119 passages aux urgences pour tentative de suicide était dénombré (5 626 femmes, 4 463 hommes) ; en 2017, le total était de 9.230 passages pour tentative de suicide (5 047 femmes, 3 839 hommes), soit une diminution de 13 %. La diminution était équilibrée entre les hommes (-14 %) et les femmes (-10 %).

Nous constatons également que la pénétrance du dispositif Vigilans (nombre de suicidants entrant dans la veille rapporté au nombre total de suicidants passés aux urgences) s'améliorait au fil des années (26 % en 2015, 33 % en 2016) pour atteindre 37 % en 2017. De façon à tenter de mettre mieux en lien la diminution observée des tentatives de suicide avec l'implantation du dispositif, nous avons croisé la pénétrance avec l'évolution des passages aux urgences pour tentative de suicide entre l'année 2014 et 2016. La figure 3 montre trois cas de figure : quand la pénétrance reste inférieure à un quart des suicidants (5 sites sur 28), une augmentation des tentatives de suicide était constatée sur la période ; quand la pénétrance se situait entre 25 et 45 % (17 sites sur 28), une diminution des tentatives de suicide d'environ 10 % était relevée et enfin, quand cette pénétrance dépassait les 45 % (6 sites sur 28, pénétrance moyenne de 68 %), la diminution dépassait les 30 %.

Toujours à partir du recueil des passages aux urgences pour tentative de suicide, deux assistantes spécialistes en Psychiatrie (AC et ML) ont mené un travail plus fouillé sur les sites de Boulogne-sur-Mer et du CHU de Lille.

Le taux d'hospitalisation en milieu psychiatrique après tentative de suicide ne variait pas entre 2014 et 2016, ni à Boulogne (48 %), ni à Lille (31 %). La diminution des passages aux urgences pour tentative de suicide était retrouvée sur les deux sites (Boulogne-sur-Mer -22 % pour une pénétrance à 78 % ; Lille -9 % pour une pénétrance à 37 %) ; la diminution était retrouvée dans toutes les tranches d'âge, plus marquée chez les 15-24 ans et le 45-54 ans (le pic suicidaire classique). La tranche d'âge supérieure à 75 ans était très sous-représentée quantitativement dans nos échantillons.

Dans une cohorte écologique de suicidants, environ 50 % des patients accueillis sont des primosuicidants et 50 % des sujets avec déjà des antécédents de suicide (1). Quand l'analyse

distinguaient entre primosuicidants ou non dans l'évolution des passages pour tentative de suicide, il était noté que 80 % de la diminution concernait des non primosuicidants ; ce qui signifie, que 20 % de la baisse était portée par des primosuicidants, qui n'avaient donc a priori jamais rencontré le dispositif Vigilans.

## Commentaires et perspectives

Les mesures prises en Nord-Pas-de-Calais, à partir tant du PMSI-MCO que du recueil CIC des passages aux urgences, montre une diminution des tentatives de suicide dans la région sur la période 2014 – 2017. Cette diminution apparaît plus importante que dans la période antérieure (2012-2014) et plus importante en Nord - Pas-de-Calais qu'en Picardie, sur les mêmes périodes.

Cette diminution pourrait être mise en lien avec l'implantation de Vigilans, car elle se montre proportionnelle à la pénétrance du dispositif dans les différents centres. Quand cette pénétrance est faible (inférieure à 25 % dans notre cas), nous constatons même une augmentation des chiffres de tentative de suicide. Sur ce point, il est aussi possible que dans ces sites, l'augmentation du codage des tentatives de suicide (implicite à la mise en œuvre du dispositif) ne soit pas compensée par l'effet de la veille (2).

Les 37 % de pénétrance moyenne méritent d'être discutés. Aujourd'hui, un tiers des patients concernés bénéficient effectivement du dispositif de veille post-hospitalière en Nord-Pas-de-Calais. Ce chiffre doit être modulé par les 31 % de moyenne des hospitalisations en milieu psychiatrique au décours du passage aux urgences ; la politique de Secteur prend alors le relais et la continuité des soins est alors organisée (sur les années étudiées ici, très peu des patients suivis par le Secteur intégraient le dispositif Vigilans). Si nous corrigeons le chiffre initial, ce sont donc 54 % (37 % des 69 % non hospitalisés en milieu psychiatrique après la tentative de suicide) des sujets cibles qui sont effectivement concernés. La nuance est d'importance à nos yeux : un système de veille apporte à tous quand il vient en complément des dispositifs existants, pas en surveillance ni en suppléance des dispositifs en place.

La majeure partie de la diminution des tentatives de suicide observée aux urgences concerne des sujets non primosuicidants, qui donc ont pu rencontrer le dispositif Vigilans à l'occasion d'un geste antérieur. Plus questionnant est la diminution des primosuicidants. Est-elle en lien avec le déploiement du dispositif ? L'implantation de Vigilans sur un site donné était chaque fois l'occasion d'un relais médiatique local, celle d'une stimulation des liens entre psychiatres et médecins traitants, urgentistes et psy, psy et médecine scolaire, du travail, etc. ; ce lien est entretenu deux fois par an à l'occasion d'une visite sur site de l'équipe Vigilans et d'un échange de pratiques. D'autre part, la carte ressources était donnée aux seuls suicidants (parfois également à la famille quand le suicidant était mineur), mais ne disparaissait pas à la clôture de la veille à 6 mois. Comment circule-t-elle ? N'y a-t-il pas une « contagion virale » à sa diffusion comme on l'observe ailleurs (7) ? Vigilans, sans

l'afficher vraiment, est un dispositif multimodal, qui à l'occasion de la mise en place de la veille post-hospitalière, stimule toutes les ressources locales en prévention du suicide et plus globalement en santé mentale (addictions notamment). La littérature internationale démontre clairement l'efficacité de ces stratégies multimodales (8,9).

Ces résultats régionaux après 4 ans d'implantation de Vigilans sont aujourd'hui difficiles à répliquer en l'état du fait des singularités du Nord-Pas-de-Calais, notamment la F2RSM Psy et ses liens étroits avec la Médecine d'urgence qui donnent accès aux chiffres des passages pour tentative de suicide. On constate ainsi dans notre travail que les chiffres des passages aux urgences pour tentative de suicide sont toujours nettement supérieurs à ceux des séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide ; il y a donc bien un hiatus à combler pour suivre une évolution fidèle à la réalité, des conduites suicidaires en France. L'amélioration du codage des tentatives de suicide est aujourd'hui un objectif national (10) et la perspective de codage des passages aux urgences dans le programme OSCOUR permettra rapidement un suivi dans toutes les régions françaises (11). Ainsi, le Ministère de la Santé ayant désigné 5 autres régions test pour le dispositif, Santé Publique France se propose de travailler à partir de ces nouveaux outils pour proposer une évolution tant des chiffres de conduites suicidaires que des processus à l'œuvre dans le système.

**Conflits d'intérêts = aucun +++**

## Références

1. Chan Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 2017, 65 : 349–359.
2. Plancke L, Ducrocq F, Clément G et al. Les sources d'information sur les tentatives de suicide dans le Nord - Pas-de-Calais. Apports et limites. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2014 ; 62 : 351–60.
3. Bourdais-Mannone, C., Gendreiike, Y., Clamen et al. Fréquence et codage des prises en charge psychiques des patients hospitalisés en court séjour. *Santé Publique* 2015, 27(2) : 221-231.
4. Notredame CE, Pauwels N, Vaiva G et al. Can we consider the journalist an actor in suicide prevention? *Encephale* 2016 ; 42(5) : 448-452.
5. Danel T, Vilain J, Roelandt JL et al. Suicide risk and suicide attempt in North Pas de Calais Region. Lessons from the survey Mental Health in General Population. *Encephale* 2010 ; 36(3 Suppl) : 39-57.
6. Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P et al. Systematic telephone contacting of patients leaving the Emergency Department after a suicide attempt: does it affect the one-year outcome ?

SYSCALL, a randomized controlled study. British Medical Journal (BMJ) 2006 ; 332 : 1241-1245.

7. Evans J, Evans M, Morgan HG et al. Crisis card following self-harm: 12-month follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2005, 187:186-187.
8. Hegerl U, Althaus D, Schmidtke A et al. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. Psychol Med 2006 ; 36(9) : 1225-33.
9. Knox KL, Litts DA, Talcott GW et al. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. BMJ. 2003 ; 327(7428) : 1376.
10. Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives; 2016, 481 p. [Disponible : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/l-observatoire-national-du-suicide-ons/>].
11. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour1 2007-2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014, 51 p. [Disponible : <http://www.invs.sante.fr>].

Tableau 1. Chiffres des séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide dans les 5 départements des Hauts de France (ATIH / Observatoire de la F2RSM).

Tableau 2. Chiffres de passages aux urgences pour tentative de suicide dans les différents sites d'urgence du Nord-Pas-de-Calais entre 2014 (baseline) et 2017.

Figure 1. Évolution du nombre de séjours PMSI avec diagnostic associé de tentative de suicide dans les Hauts de France, sur la période 2012-2017 (établissements n'ayant pas connu de variation annuelle d'effectifs supérieure à 25 %).

Figure 2. Taux de variation des passages aux urgences pour tentative de suicide sur la période 2014-2016 en fonction de la pénétrance du dispositif et en fonction des sexes.

Figure 1. Evolutions du nombre de séjours PMSI avec diagnostic associé de TS dans les Hauts de France, sur la période 2012-2017 (établissements n'ayant pas connu de variation annuelle d'effectifs supérieure à 25%).

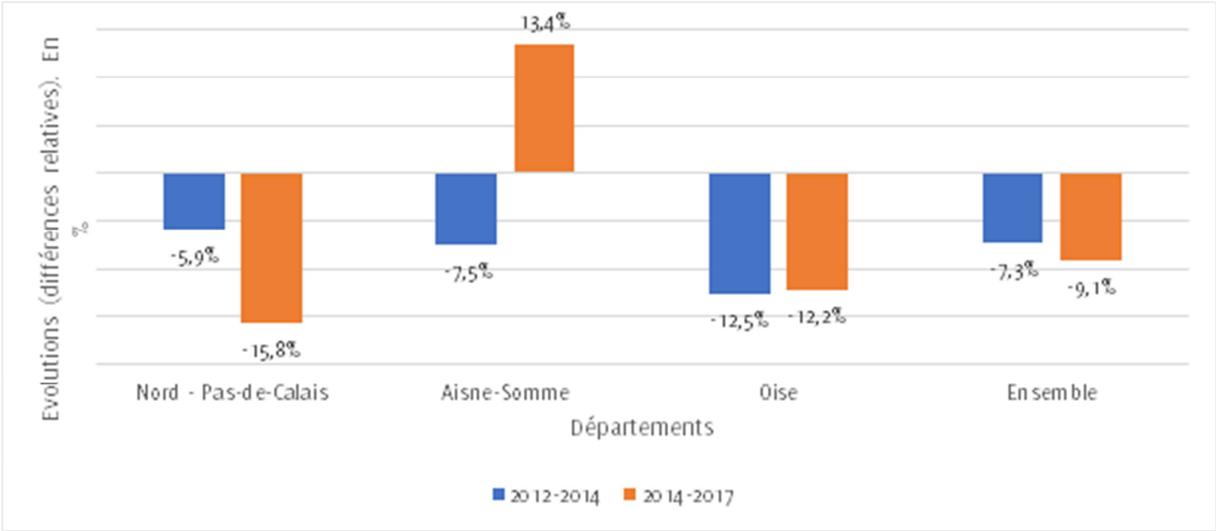


Figure 2. Taux de variation des passages aux urgences pour TS sur la période 2014-2016 en fonction de la pénétrance du dispositif et en fonction des sexes.

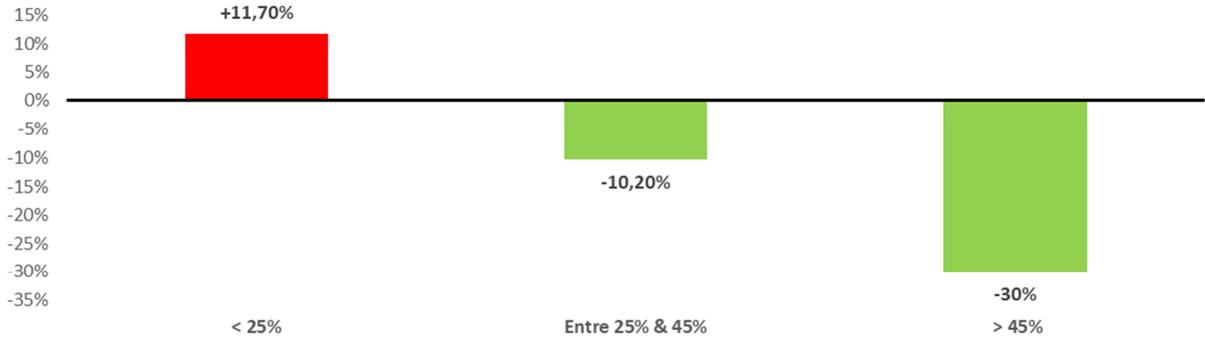


Tableau 1. Nombre de séjours MCO avec diagnostic de TS dans les établissements de santé des Hauts-de-France\*. 2012-2017.

Année	Nord – Pas-de- Calais	Aisne- Somme	Oise	Ensemble
2012	6 396	2 175	1 730	10 301
2013	6 272	2 202	1 603	10 077
2014	6 019	2 012	1 513	9 544
2015	5 407	2 225	1 462	9 094
2016	5 423	2 180	1 333	8 936
2017	5 067	2 282	1 328	8 677

Source : Atih, PMSI-MCO. \* Les établissements ayant connu des variations annuelles d'effectif de TS supérieures à 25% ont été écartés (l'évolution étant alors sans doute liée à une variation du codage plus que du phénomène étudié).

Passages pour TS aux Urgences	2014	H	F	2015	2016	2017	H	F	Pénétrance 2017	Δ total
Arras	407	179	228	315	309	330	131	199	87%	-18.9%
Bethune	773	350	423	723	514	607	290	317	46%	-21.5%
Boulogne	449	196	253	362	326	352			43%	-21.6%
PolyC Riaumont	<i>pas de data</i>			201			74	132	33%	
Calais	482	171	281	420	452	423	230	193	54%	-12.2%
PolyC Hénin	380	175	205	305	315	303	132	171	15%	-20.3%
Lens	448	205	243	545	427	439	126	313	16%	-2.0%
Montreuil	362	170	192	288	250	174	67	107	91%	-51.9%
Saint Omer	491	254	237	487	537	449	193	256	46%	-8.6%
<b>PAS DE CALAIS</b>	<b>3792</b>	<b>1700</b>	<b>2062</b>	<b>3646</b>	<b>3130</b>	<b>3077</b>	<b>1243</b>	<b>1688</b>	<b>46%</b>	<b>-18.8%</b>
Cambrai	<i>pas de data</i>									
Denain	324	125	199	243	234	260	105	155	46%	-19.8%
Douai	591	240	351	581	585	533	209	324	45%	-9.8%
Dunkerque	721	290	431	658	615	582	274	308	38%	-19.3%
Fourmies	133	50	83	163	164	137	61	76	32%	3.0%
Hazebrouck	<i>pas de data</i>									
Maubeuge	458	261	197	372	404	389	238	151	20%	-15.1%
Valenciennes	569	232	337	827	532	826	301	525	27%	-4.6%
Armentières	<i>pas de data</i>									
Lille CHU	1803	882	921	1633	1587	1345	600	754	43%	-25.4%
Lille Saint Philibert	184	73	111	239	282	223	103	120	29%	21.2%
Lille Saint Vincent	446	171	275	502	522	511	237	273	8%	14.6%
Roubaix	456	150	306	506	557	455	198	257	20%	-0.2%
Seclin	132	49	83	93	122	164	66	98	1%	24.2%
Tourcoing	510	240	270	506	594	522	204	318	22%	2.4%
<b>NORD</b>	<b>6327</b>	<b>2763</b>	<b>3564</b>	<b>6323</b>	<b>6198</b>	<b>5947</b>	<b>2596</b>	<b>3359</b>	<b>32%</b>	<b>-10.2%</b>
<b>NPC</b>	<b>10119</b>	<b>4463</b>	<b>5626</b>	<b>9969</b>	<b>9328</b>	<b>9230</b>	<b>3839</b>	<b>5047</b>	<b>37%</b>	<b>-13.5%</b>