

Conduites suicidaires

SOMMAIRE

Édito p.1 Points clés p.1 Conduites suicidaires (source : Baromètre de Santé publique France 2017) p.2 Prévention p.9
Méthodologie p.11 Pour en savoir plus p.12 Sigles, remerciements et contacts p.13

ÉDITO

Le suicide constitue un problème de santé publique majeur dans de nombreux pays et la France se situe parmi les pays de l'Union européenne (UE) enregistrant le taux de suicide le plus élevé (10^e parmi les 27 pays de l'UE en 2012 d'après l'Organisation mondiale de la Santé). La France s'est ainsi dotée de plans d'actions et la volonté d'agir contre le suicide a été réaffirmée par le ministère des affaires sociales et de la santé avec la création de l'Observatoire nationale du suicide (ONS), qui a pour missions de coordonner et améliorer les connaissances sur le suicide et de produire les recommandations notamment en matière de prévention.

Nous publions ici les données du Baromètre de Santé publique France 2017, ainsi que les évolutions sur trois temps de mesures (2005, 2010, 2017). Les estimations de prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicides (TS) permettent de fournir des informations sur les comportements et attitudes de santé, dont les conduites suicidaires. Elle montre que la prévalence des pensées suicidaires et des TS en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) suit les tendances du niveau national. Ce document présente aussi les facteurs associés aux conduites suicidaires et des stratégies de prévention.

Pour aller plus loin dans le suivi des suicides et TS, Santé publique France a mis en place un groupe de travail dont un des objectifs est d'assurer le développement d'une méthodologie partagée entre régions, permettant la mise à disposition de données comparables utilisables par les partenaires.

Ainsi, trois autres sources que sont les données de mortalité par suicide, les données d'hospitalisations et de passages dans les services d'urgences pour TS seront exploitées pour fournir des données en Paca et en Corse. Sur-tout, elles fourniront des données plus fines sur le plan géographique. Un Bulletin de santé publique présentant le bilan de ces exploitations viendra compléter ce document dans les prochains mois.

POINTS CLÉS EN RÉGION PACA

Pensées suicidaires dans les 12 derniers mois déclarées chez les 18-75 ans

- En 2017, la prévalence des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois était de 4,8 % (taux brut). Elle a augmenté non significativement par rapport à 2010 (3,9 %), comme en France métropolitaine
- La prévalence était plus élevée chez les femmes (5,3 %) que chez les hommes (4,2 %), comme en France métropolitaine (taux standardisés). La prévalence la plus élevée était retrouvée chez les 18-24 ans (7,8 %), au contraire de la France métropolitaine (prévalence la plus élevée chez les 25-54 ans).

Tentatives de suicide au cours de la vie

- En 2017, la prévalence de TS au cours de la vie était de 7,6 % (taux brut). Elle a augmenté significativement depuis 2005 (5,5 %), comme en France métropolitaine
- La prévalence était significativement plus élevée chez les femmes (10,9 %) que chez les hommes (4,2 %), comme en France métropolitaine (taux standardisés). La prévalence la plus élevée était retrouvée chez les 18-24 ans (8,4 %), au contraire de la France métropolitaine (prévalence la plus élevée chez les 25-54 ans).

Tentatives de suicide dans les 12 derniers mois

- En 2017, la prévalence de TS dans les 12 derniers mois était de 0,29 % (taux brut). Elle a diminué non significativement par rapport à 2010 (0,55 %), comme en France métropolitaine.

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE)

Mis en place dans les années 1990 et aujourd'hui portés par Santé publique France, les Baromètres de Santé publique France abordent les différents comportements et attitudes de santé en France, dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées permettent, d'une part, de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide (TS) en population générale et, d'autre part, d'approfondir l'étude des facteurs associés, notamment en termes de profils sociodémographiques.

Ce travail présente une estimation de la prévalence des pensées suicidaires et TS de la population âgée de 18 à 75 ans résidant en France métropolitaine, et plus particulièrement en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), à partir de l'exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Les évolutions des prévalences à trois temps de mesure (2005, 2010 et 2017) sont présentées aux niveaux national et régional. Par ailleurs, les associations avec d'autres facteurs sont aussi présentées.

Description de l'échantillon en région Paca

Pour la région Paca, 1 911 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 7,5 % de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 824 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 163, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 927. Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 711 individus.

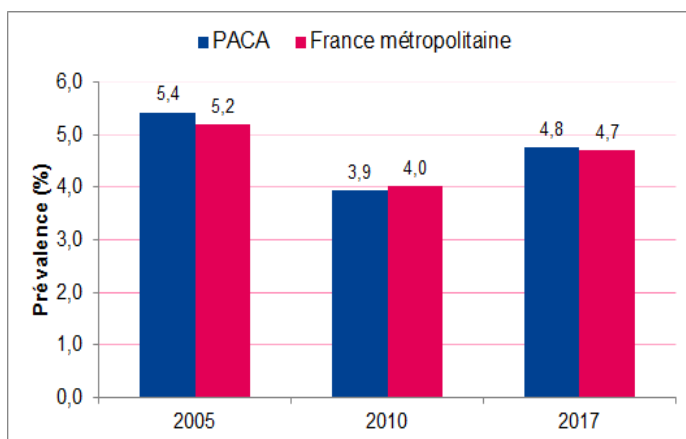
Évolution temporelle des prévalences des pensées suicidaires et des tentatives de suicide en 2005, 2010 et 2017

La prévalence (taux bruts) des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** n'a pas évolué de façon significative en Paca entre 2005 (5,4 %), 2010 (3,9 %) et 2017 (4,8 %). En France métropolitaine, la prévalence a diminué de façon significative entre 2005 et 2010 puis augmenté significativement entre 2010 et 2017 pour retrouver un niveau comparable à 2005 (figure 1).

La prévalence (taux bruts) des **TS au cours de la vie** a significativement augmenté en Paca entre 2005 (5,5 %) et 2017 (7,6 %). La même tendance est observée au niveau national (figure 2).

La prévalence (taux bruts) des **TS au cours des douze derniers mois** n'a pas évolué significativement entre 2005 (0,18 %), 2010 (0,55 %) et 2017 (0,29 %) en Paca. La même tendance est observée au niveau national (figure 3).

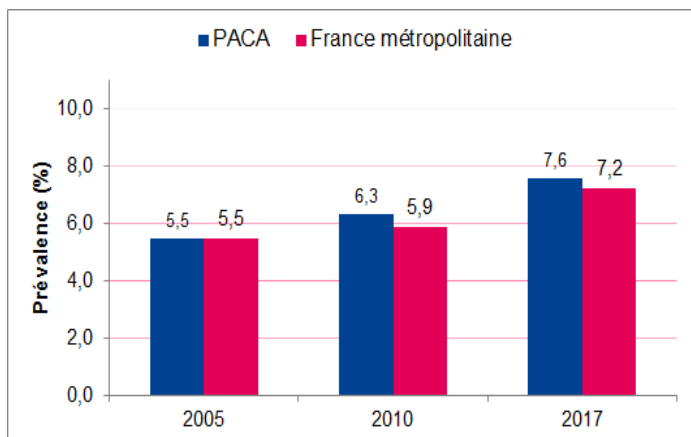
Figure 1 : Evolution de la prévalence brute des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, Paca et France métropolitaine



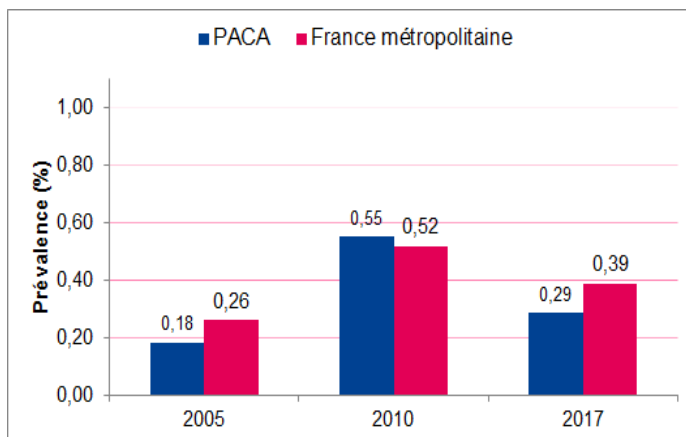
Prévalences brutes pour 100 habitants.
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires.
Source : Baromètres Santé 2005, 2010 et 2017 (Inpes et Santé publique France).

Figure 2 : Evolution de la prévalence brute des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, Paca et France métropolitaine

Figure 3 : Evolution de la prévalence brute des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, Paca et France métropolitaine



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



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

CONDUITES SUICIDAIRES

Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans, 2017

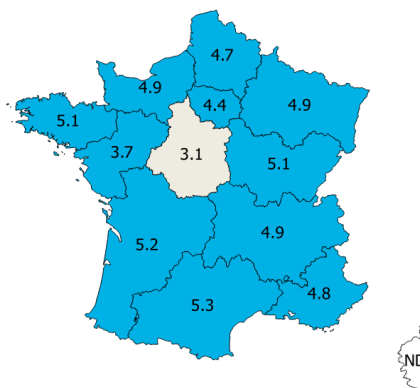
Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence (taux standardisé) des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** en région Paca était estimée à 4,8 % (figure 4a). Cette prévalence ne diffère pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 4,7 % sur l’ensemble de la France métropolitaine.

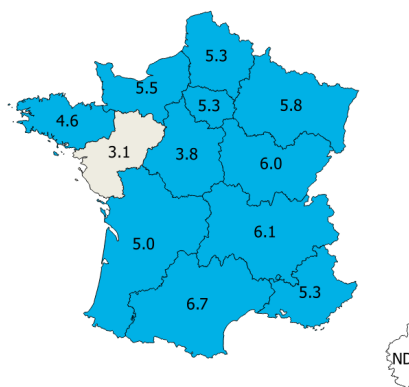
En région Paca, chez les hommes, la prévalence (taux standardisé) était de 4,2 % (figure 4b) et chez les femmes de 5,3 % (figure 4c). Ces deux prévalences ne sont pas différentes de celles observées en France métropolitaine (4,0 % chez les hommes et 5,4 % chez les femmes).

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

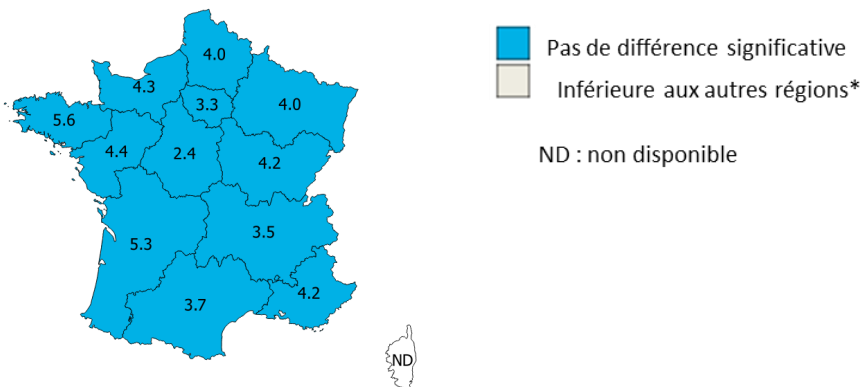
a/ Hommes et femmes confondus



c/ Chez les femmes



b/ Chez les hommes



Prévalences standardisées sur le sexe et l’âge pour 100 habitants. Population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

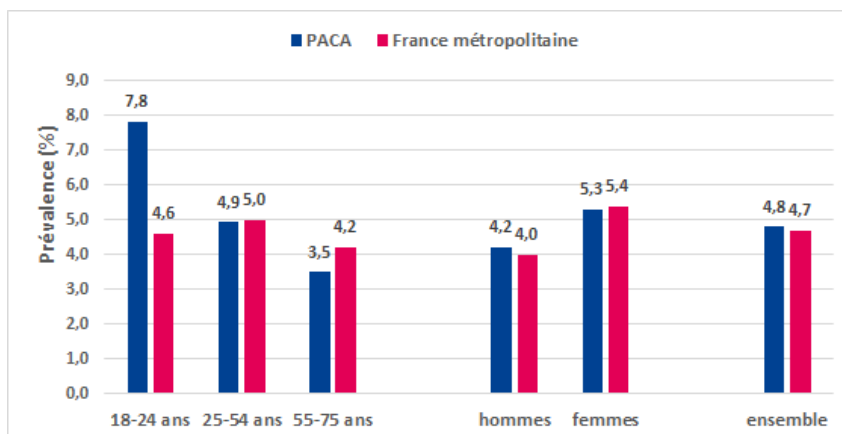
* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l’ensemble des autres régions. Le test utilisé est un χ^2 de Pearson avec correction d’ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

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

Comparaison selon le sexe et l’âge

En Paca, la **prévalence** (taux standardisé) **apparaît plus élevée chez les 18-24 ans** (7,8 %), puis chez les 25-54 ans (4,9 %). La prévalence chez les 55-75 ans était de 3,5 %. La prévalence est plus élevée chez les femmes (5,3 %) que celle chez les hommes (4,2 %), sans différence significative. La distribution des prévalences par âge et sexe est identique en Paca et en France métropolitaine sauf chez les 18-24 ans où la prévalence nationale est plus faible que celle de Paca (4,6 %).

Figure 5 : Prévalence standardisée des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d’âge et par sexe, Paca et France métropolitaine, 2017



Prévalence standardisée sur le sexe et l’âge pour 100 habitants. Population de référence : Insee, enquête emploi 2016. Champ : France métropolitaine. Population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

CONDUITES SUICIDAIRES

Facteurs associés aux pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois

Tableau 1 : Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017 (N=25 038)

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,0	- 1 -	
Femme (n=13707)	5,4	1,1	[0,9-1,3]
Age	*		
18-24 ans (réf.) (n=2274)	4,6	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	5,0	1,3	[1,0-1,8]
55-75 ans (n=9909)	4,2	1,3	[0,9-1,8]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9597)	5,1	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	4,1	0,8*	[0,6-1,0]
Supérieur au Bac (n=10223)	4,4	1,1	[0,9-1,3]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19513)	4,0	- 1 -	
Oui (n=5782)	7,9	1,6***	[1,3-1,9]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14387)	3,8	- 1 -	
Chômage (n=1816)	8,4	1,3*	[1,0-1,7]
Inactifs ¹ (n=9092)	5,2	1,3*	[1,0-1,6]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7237)	6,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	3,8	0,7***	[0,6-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	3,1	0,7***	[0,5-0,8]
NSP/Refus (n=1181)	3,8	0,8	[0,5-1,2]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6665)	4,6	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18544)	4,8	0,9	[0,8-1,1]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22360)	3,7	- 1 -	
Oui (n=2923)	12,2	2,0***	[1,6-2,4]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24744)	4,4	- 1 -	
Oui (n=549)	14,8	1,4	[0,9-2,1]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23575)	4,0	- 1 -	
Oui (n=1718)	13,8	1,9***	[1,5-2,5]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25156)	4,6	- 1 -	
Oui (n=131)	15,1	1,4	[0,7-3,0]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22817)	2,7	- 1 -	
Oui (n=2415)	23,4	8,3***	[7,0-9,9]
Consommation quotidienne d'alcool	***		
Non (réf.) (n=22581)	4,4	- 1 -	
Oui (n=2714)	7,3	2,0***	[1,6-2,6]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19301)	3,8	- 1 -	
Oui (n=5959)	7,1	1,2*	[1,0-1,5]

Au niveau national, les pensées suicidaires au cours des douze derniers mois apparaissent liées aux facteurs suivants :

- un **état dépressif caractérisé** au cours des douze derniers mois ;
- le fait de vivre seul ;
- le fait d'être au chômage ou inactif ;
- le fait d'avoir été victime de menaces, d'humiliation ou d'intimidation au cours des douze derniers mois ;
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois ;
- ou encore une consommation quotidienne d'alcool ou de tabac (tableau 1).

À l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme équivalent au Bac semble diminuer le risque de pensées suicidaires, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile.

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

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS : non significatif. Les pourcentages sont issus des analyses bivariées. ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions.

1 : « Inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

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

CONDUITES SUICIDAIRES

Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-75 ans, 2017

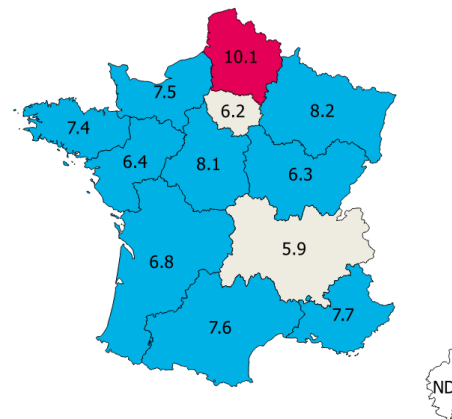
Comparaison entre régions

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence (taux standardisé) des **TS au cours de la vie** en région Paca était estimée à 7,7 % (figure 6a). Cette prévalence ne diffère pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 7,2 % sur l’ensemble de la France métropolitaine.

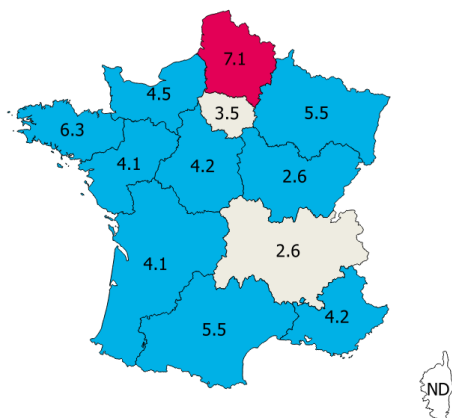
En région Paca, la prévalence (taux standardisé) était de 4,2 % chez les hommes (figure 6b) et de 10,9 % chez les femmes (figure 6c), prévalences comparables à celles calculées sur l’ensemble de la France métropolitaine (respectivement de 4,4 % et 9,9 %).

Figure 6 : Prévalences régionales standardisées des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18 à 75 ans par région selon le sexe, France métropolitaine, 2017

a/ Hommes et femmes confondus



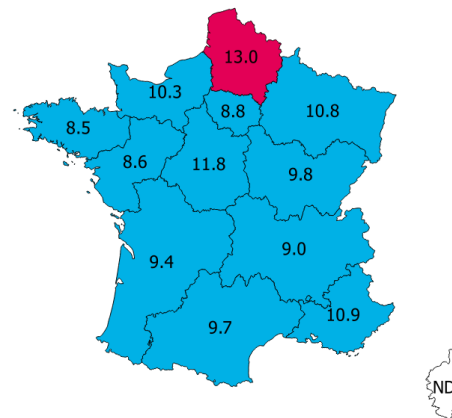
b/ Chez les hommes



- Pas de différence significative
- Inférieure aux autres régions*
- Supérieure aux autres régions*

ND : non disponible

c/ Chez les femmes



Prévalences standardisées sur le sexe et l’âge pour 100 habitants. Population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l’ensemble des autres régions. Le test utilisé est un χ^2 de Pearson avec correction d’ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5 %.

Champ : France métropolitaine. Population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires.

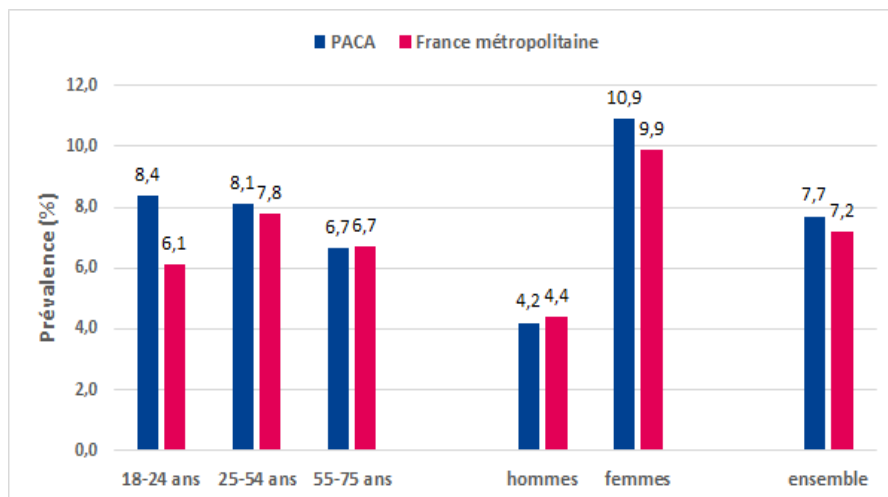
Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

Comparaison selon le sexe et l’âge

En région Paca, la prévalence (taux standardisé) apparaît la plus élevée chez les 18-24 ans (8,4 %). Elle était de 8,1 % chez les 25-54 ans et de 6,7 % chez les 55-75 ans (figure 7). La répartition par classes d’âge en Paca n’est pas différente de celles des autres régions.

En Paca, la prévalence (taux standardisé) chez les femmes (10,9 %) était significativement plus élevée comparée à celle des hommes (4,2 %).

Figure 7 : Prévalence standardisée des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d’âge et par sexe, Paca et France métropolitaine, 2017



* Différence significative entre la région Paca et la France métropolitaine.

Prévalence standardisée sur le sexe et l’âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016. Champ : France métropolitaine. Population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires. Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

CONDUITES SUICIDAIRES

Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie

Tableau 2 : Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017 (N=24 903)

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	***		
Homme (réf.) (n=11588)	4,4	- 1 -	
Femme (n=13708)	9,9	1,9***	[1,7-2,2]
Age	**		
18-24 ans (réf.) (n=2273)	6,1	- 1 -	
25-54 ans (n=13112)	7,8	1,5**	[1,1-1,9]
55-75 ans (n=9911)	6,7	1,2	[0,9-1,5]
Niveau de diplôme	***		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9598)	9,0	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5416)	6,6	0,8	[0,7-1,0]
Supérieur au Bac (n=10224)	4,9	0,7***	[0,6-0,9]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19512)	6,3	- 1 -	
Oui (n=5784)	11,7	1,7***	[1,5-2,0]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14390)	5,8	- 1 -	
Chômage (n=1815)	11,3	1,2	[1,0-1,5]
Inactifs ¹ (n=9091)	8,4	1,5***	[1,2-1,8]
Revenus par unité de consommation² en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7239)	10,7	- 1 -	
2nd tercile (n=8266)	6,4	0,8*	[0,7-1,0]
3ème tercile (élevé) (n=8611)	4,2	0,8**	[0,6-0,9]
NSP/Refus (n=1180)	4,7	0,7*	[0,5-1,0]
Catégorie d'agglomération	*		
Rurale (réf.) (n=6663)	6,5	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18547)	7,5	1	[0,9-1,2]
Parents décédés ou malades avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=19965)	6,2	- 1 -	
Oui (n=5296)	11,0	1,2**	[1,1-1,4]
Climat de violence entre parents avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=20153)	4,7	- 1 -	
Oui (n=5066)	16,2	2,1***	[1,8-2,4]
Parents divorcés ou séparés avant 18 ans	***		
Non (réf.) (n=21154)	6,0	- 1 -	
Oui (n=4093)	12,4	1,2*	[1,1-1,5]
Graves problèmes d'argent vie	***		
Non (réf.) (n=20133)	4,5	- 1 -	
Oui (n=5137)	16,4	2,2***	[1,9-2,5]
Perte être cher vie	***		
Non (réf.) (n=19158)	6,4	- 1 -	
Oui (n=6132)	9,8	1,2*	[1,0-1,4]
Attouchements / rapports sexuels forcés vie	***		
Non (réf.) (n=23736)	5,7	- 1 -	
Oui (n=1477)	30,7	3,7***	[3,1-4,4]
Consommation quotidienne d'alcool	NS		
Non (réf.) (n=22584)	7,2	- 1 -	
Oui (n=2712)	7,8	1,2	[0,9-1,5]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19303)	5,5	- 1 -	
Oui (n=5958)	11,9	1,7***	[1,5-2,0]

Au niveau national, les TS au cours de la vie apparaissent liées aux facteurs suivants :

- le fait d'être une femme ;
- le fait d'avoir entre 25 et 54 ans ;
- le fait de vivre seul ;
- le fait d'être inactif ;
- le fait d'avoir eu des parents malades ou décédés avant 18 ans ;
- un climat de violence entre parents avant 18 ans ;
- des parents séparés ou divorcés avant 18 ans ;
- le fait d'avoir des graves problèmes d'argent au cours de la vie ;
- la perte d'un être cher ;
- le fait d'avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés au cours de la vie ;
- une consommation quotidienne de tabac (tableau 2).

À l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme supérieur au Bac semble diminuer le risque de TS, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile.

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

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées. ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions.

1 : « Inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

Champ : France métropolitaine. Population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France).

CONDUITES SUICIDAIRES

Les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017 : prévalence, facteurs associés

En 2017, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence (taux standardisé) des **TS au cours des douze derniers mois** en Paca était estimée à 0,28 % (figure 8). On ne note pas de différence significative sur l'ensemble des régions, probablement en raison des faibles prévalences pour cet indicateur.

Par ailleurs, en raison des faibles effectifs en région, les prévalences par sexe et classe d'âge n'ont pas pu être calculées.

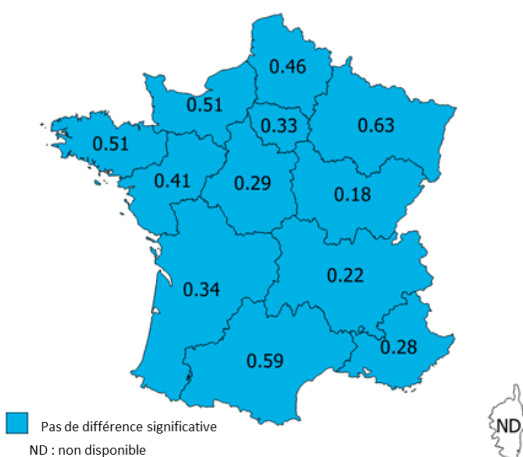
Au niveau national, les TS au cours des douze derniers mois apparaissent liées aux facteurs suivants :

- un état dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois ;
- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois ;
- le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois ;
- une consommation quotidienne d'alcool.

À l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile semble diminuer le risque de TS (tableau 3).

Le sexe, l'âge, la catégorie d'agglomération, le niveau de diplôme et la situation professionnelle ne semblent pas significativement liés aux TS déclarées au cours des douze derniers mois.

Figure 8 : Prévalences régionales standardisées* des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, France métropolitaine, 2017



*Prévalences standardisées sur le sexe et l'âge pour 100 habitants. Population de référence : Insee, enquête emploi 2016.

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

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

Variables explicatives	%	ORa	IC à 95 %
Sexe	NS		
Homme (réf.) (n=11577)	0,3	- 1 -	
Femme (n=13674)	0,5	1,5	[0,8-2,9]
Age	***		
18-24 ans (réf.) (n=2270)	0,7	- 1 -	
25-54 ans (n=13088)	0,4	0,8	[0,4-1,9]
55-75 ans (n=9893)	0,2	0,5	[0,2-1,5]
Niveau de diplôme	NS		
Inférieur au Bac (réf.) (n=9571)	0,4	- 1 -	
Bac ou équivalent (n=5406)	0,4	0,8	[0,4-1,5]
Supérieur au Bac (n=10216)	0,3	1,1	[0,5-2,1]
Vit seul	***		
Non (réf.) (n=19483)	0,3	- 1 -	
Oui (n=5768)	0,7	1,7	[0,9-3,3]
Situation professionnelle	***		
Travail (réf.) (n=14373)	0,3	- 1 -	
Chômage (n=1812)	0,9	1,3	[0,6-2,8]
Inactifs ¹ (n=9066)	0,4	1,4	[0,7-2,8]
Revenus par unité de consommation en terciles	***		
1er tercile (faible) (réf.) (n=7216)	0,8	- 1 -	
2nd tercile (n=8259)	0,2	0,4*	[0,2-0,8]
3ème tercile (élevé) (n=8604)	0,1	0,3*	[0,1-0,7]
NSP/Refus (n=1172)	0,6	1,3	[0,4-4,0]
Catégorie d'agglomération	NS		
Rurale (réf.) (n=6650)	0,3	- 1 -	
Urbaine (sup. 20 000 hab.) (n=18516)	0,4	1	[0,5-2,0]
Victime de menace, humiliation, intimidation 12 mois	***		
Non (réf.) (n=22323)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2915)	1,3	1,6	[0,9-2,8]
Victime de violences 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=24702)	0,3	- 1 -	
Oui (n=547)	2,3	1,5	[0,6-3,9]
A vécu séparation ou divorce 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=23539)	0,2	- 1 -	
Oui (n=1710)	2,2	3,6**	[1,7-7,6]
Victime de harcèlement sexuel 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=25112)	0,4	- 1 -	
Oui (n=131)	4,5	3,6*	[1,1-11,5]
Episode dépressif caractérisé (EDC) 12 derniers mois	***		
Non (réf.) (n=22786)	0,2	- 1 -	
Oui (n=2404)	2,1	5,0***	[2,8-9,0]
Consommation quotidienne d'alcool	**		
Non (réf.) (n=22543)	0,3	- 1 -	
Oui (n=2708)	0,8	3,2**	[1,4-7,2]
Fumeur quotidien	***		
Non (réf.) (n=19278)	0,2	- 1 -	
Oui (n=5938)	0,8	1,5	[0,8-3,1]

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; NS : non significatif - Les pourcentages sont issus des analyses bivariées. ORa : odds ratio ajusté ; IC95 % : intervalle de confiance à 95 %. Résultats issus d'une régression logistique multivariée.

Les modalités « NSP » de certaines variables explicatives ont été considérées comme des valeurs manquantes en raison de leurs très faibles proportions.

1 : « Inactifs » : retraités, personnes au foyer, étudiants, personnes en congés de longue maladie et celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

2 : Le revenu du foyer par unité de consommation est obtenu en divisant l'ensemble des revenus du ménage par le nombre de personnes vivant dans le foyer, avec une pondération prenant en compte l'âge de celles-ci (1 UC pour le premier adulte dans le foyer, 0,5 UC pour les autres personnes âgées de 14 ans ou plus, 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans) (définition de l'Insee).

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

DISCUSSION

Tendance

En France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des TS au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2010 et 2017. En région Paca, seule la prévalence des TS au cours de la vie a significativement augmenté entre 2005 et 2017.

Situation en 2017

Prévalence et effectif

En 2017, 4,8 % des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en région Paca déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 170 000 personnes), et 7,7 % déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (taux standardisés). La prévalence des TS au cours des douze derniers mois était de 0,28 %, soit environ 10 000 personnes (taux standardisé).

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et la prévalence des TS au cours de la vie étaient plus importantes chez les 18-24 ans en Paca. Par ailleurs, la prévalence des TS au cours de la vie était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

Facteurs associés aux conduites suicidaires

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

D’après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblent plus enclins aux pensées suicidaires ou aux TS : c’est le cas notamment de facteurs socio-économiques tels que vivre seul, être au chômage ou inactif. Ces résultats sont aussi retrouvés en ce qui concerne la prévalence de l’état dépressif caractérisé [1].

En revanche, un niveau de diplôme équivalent ou supérieur au Bac et des revenus supérieurs au 1^{er} tercile diminuent les risques de pensées suicidaires et de TS.

Les **TS au cours de la vie** sont plus fréquentes parmi les femmes comparativement aux hommes. Les données régionales sont cohérentes avec les données de la littérature décrites au niveau national. Une des hypothèses explicatives peut être la différence des rôles et positions sociales selon le sexe. Les femmes pourraient être notamment plus exposées au stress. Une autre explication possible est le fait que les hommes admettraient moins facilement leur mal-être, et rapporteraient moins aisément des pensées suicidaires. La mesure de l’état de santé étant déclarative, on peut s’interroger sur l’équivalence des prédispositions des hommes et des femmes à identifier et verbaliser une situation de mal-être mental.

À noter par ailleurs que la consommation quotidienne d’alcool est liée à un risque plus élevé de **pensées suicidaires** et de **TS au cours des douze derniers mois**. Le fait d’être un fumeur quotidien est également lié à un risque plus élevé de pensées suicidaires et de TS au cours de la vie.

Enfin, de nombreux événements de vie négatifs semblent avoir un impact sur les **pensées suicidaires** et **TS** : avoir perdu un être cher, avoir vécu un climat familial compliqué, avoir été victime de menace, d’intimidation ou d’humiliation, avoir subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés, avoir été victime de harcèlement sexuel, etc.

D’autre part, le fait d’avoir présenté un **état dépressif caractérisé** au cours des douze derniers mois augmente considérablement le risque de pensées suicidaires et de TS au cours des douze derniers mois. Ces éléments de connaissance confortent l’importance d’investir sur le suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de TS et ou présentant des troubles psychiques.

Limites

Il est nécessaire de rester prudent dans l’interprétation des résultats en raison de potentiels biais. Notamment, il s’agit de données déclaratives. Les personnes enquêtées doivent faire un effort de mémoire et de rappel d’événements potentiellement douloureux ou embarrassants, entraînant ainsi un biais de mémorisation avec possiblement un phénomène de réinterprétation de situations par désirabilité sociale. Les problèmes de santé pouvant être associés à un état de santé mental altéré tels que être atteint d’une maladie chronique n’ont pas été étudiés.

Ces résultats ont vocations à étayer les orientations des agences régionales de santé (ARS) en matière de prévention et de promotion de la santé, mais aussi à constituer un outil de travail pour les acteurs engagés dans ces politiques et actions.

PRÉVENTION

Contexte en France

La France se situe à la 10^e place des pays européens présentant les taux de suicide les plus élevés, [page 162 du 3e rapport de l'ONS](#)¹. En 2009, le coût financier annuel des suicides et TS (coûts directs : médecine, police, justice, indemnités... et indirects : perte de productivité pour la victime et ses proches) avait été estimé à 10 milliards d'euros². Les coûts humains, sociaux, sanitaires et financiers des conduites suicidaires ont inscrit la prévention du suicide parmi les **priorités de santé publique**.

Facteurs associés aux conduites suicidaires

Les facteurs associés aux conduites suicidaires sont multiples et relèvent de déterminants biologiques, individuels, sociaux et environnementaux. Parmi les principaux facteurs associés au suicide figurent :

- **les antécédents de TS et les troubles psychiques**, en particulier les troubles dépressifs, bipolaires et la dépendance à l'alcool => Ces éléments de connaissance confortent l'importance d'investir sur **le suivi et la prise en charge des personnes ayant des antécédents de TS et ou présentant des troubles psychiques** ;
- **les évènements de vie négatifs**, en particulier les situations de maltraitance dans l'enfance, les abus sexuels, les violences physiques et psychologiques, également associés aux troubles psychiques => Dans ce cadre, le travail en amont sur **le développement des compétences psychologiques et sociales des individus** pour renforcer leurs facteurs de protection face à l'adversité ou encore le travail sur les environnements sociaux (familles, école, travail) pour promouvoir des contextes plus favorables à la santé mentale constituent des pistes d'investissement prometteuses ;
- **les conditions socio-économiques** (niveau de revenu, d'éducation, chômage, pauvreté, etc.) sont également des déterminants qui sont associés à l'échelle d'une population, aux conduites suicidaires => Il est donc important de s'assurer que l'offre de prévention puisse rejoindre **les publics les plus défavorisés**.

Les stratégies de prévention du suicide

Interventions efficaces

Une revue de littérature^{3,4} conduite par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) présentait des conclusions concernant les principales catégories d'intervention visant la réduction des conduites suicidaires :

- 1) **La restriction des moyens létaux** : les données d'évaluation attestent de l'efficacité de cette modalité d'intervention sur la diminution des taux de suicide. Elle peut être implantée au niveau national (loi et réglementation), au niveau local (sécurisation des lieux à risque) et au niveau individuel dans l'environnement du patient ;
- 2) **Le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS** : cette modalité d'intervention semble d'autant plus efficace que le maintien du contact est actif (il n'est pas laissé à la seule initiative du patient), régulier, inscrit dans la durée et personnalisé (sous la forme d'un contact humain comme l'envoi de carte postale) ;
- 3) **Les lignes d'appel** : les données de la littérature attestent d'un impact positif des dispositifs d'écoute et d'intervention sur la réduction des taux de suicide. L'efficacité de ces dispositifs est cependant associée à des protocoles et pratiques d'écoute spécifiques ;
- 4) **La formation des médecins généralistes** : les interventions ayant montré un impact sur la réduction des taux de suicide ou pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se centraient sur le repérage et la prise en charge des troubles dépressifs ;
- 5) **Les programmes en milieu scolaire** : les programmes ayant montré un effet sur la réduction des conduites suicidaires semblent être des programmes visant la sensibilisation et l'information de l'ensemble des élèves ainsi que la formation de professionnels dans les établissements scolaires ;
- 6) **L'organisation de la prise en charge** : elle est efficace lorsqu'elle assure la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital ou qu'elle engage une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier ;
- 7) **L'information du public** : pour ce type d'interventions, les expériences montrant un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de TS visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées localement afin d'associer à l'information et la communication des propositions de prise en charge et d'offre de soins.

Recommandations et orientations institutionnelles

Les recommandations d'interventions visant la prévention des conduites suicidaires à l'échelle nationale sont fondées sur une analyse de la littérature, des consensus d'experts (HCSP, CNSM) et la volonté politique de structurer une politique nationale de prévention du suicide dont les axes prioritaires ont été retranscrits dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018.

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

²M.-A. Vinet, A. Le Jeanic, T. Lefèvre, *et al.* Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France, *Rev Epidemiol Sante Publique* 62, 2014, S62–S63.

³du Roscoät E, Beck F. Efficient interventions on suicide prevention: a literature review. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2013;61(4):363-74.

⁴du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature, *La Santé de l'homme*, INPES, n°422,2012:41-42.

PRÉVENTION

La prévention du suicide a fait l'objet de recommandations de la part du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en 2016 et du Conseil national de la santé mentale (CNSM) en 2017. En lien avec ces recommandations, le projet territorial de santé mentale (2017), le plan priorité prévention 2018 et la feuille de route en santé mentale et psychiatrie 2018 en fixent le cadre opérationnel.

Les documents en bref

Rapport d'évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014, HCSP, mars 2016¹

Le HCSP recommande de mettre en œuvre une prévention spécifique des conduites suicidaires ciblant les personnes les plus à risque (personnes suicidaires et/ou avec antécédents de TS) visant une réduction effective et quantifiée du nombre de suicides et de TS.

Recommandations du groupe de travail sur le suicide du CNSM, janvier 2017

Reprenant les données de la littérature scientifique et suivant les recommandations du HCSP, le CNSM propose de développer un « kit » de prévention du suicide à destination des ARS. Ce kit centré sur les personnes les plus à risque suicidaire, vise une réduction à court terme du nombre de décès par suicide.

Décret relatif au projet territorial de santé mentale, juillet 2017²

Il reprend l'une des mesures préconisée par le HCSP et le CNSM et prévoit (Art. R. 3224-8. 4e point) « l'organisation d'un suivi en sortie d'hospitalisation, au besoin par un accompagnement social ou médico-social, pour éviter les ruptures dans les parcours de soins et en fonction des ressources mobilisables sur le territoire, d'un suivi en sortie d'hospitalisation à la suite d'une tentative de suicide. ».

Plan priorité prévention, ministère des solidarités et de la santé, mars 2018³

Le plan priorité prévention reprend les recommandations émises par le groupe suicide du CNSM et confirme « la mise en place d'un kit de prévention du suicide comportant cinq actions complémentaires : le recontact, la formation des médecins généralistes, un numéro d'appel national, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public. En particulier, deux actions sont présentées comme prioritaires. Il s'agit du déploiement dans chaque région d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide à leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation et de l'étude « des conditions de mise en place d'une ligne d'appel nationale gérée par des professionnels formés à l'intervention téléphonique de crise suicidaire. »

Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, juin 2018⁴

Le premier axe de cette feuille de route consiste à « promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide ». L'action n°6 de cet axe prévoit de « mettre à disposition des ARS un ensemble d'actions intégrées de prévention du suicide ».

Les interventions mentionnées par document

Année	2016		2017		2018	
	HCSP	CNSM	décret	Plan priorité prévention	Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie	
Restriction des moyens létaux	X	X				
Maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une TS ^a	X	X	X	X	X	
Lignes d'appel ^b	X	X		X	X	
Formation des médecins généralistes ^c	X	X		X	X	
Programmes en milieu scolaire ^d					X	
Organisation de la prise en charge	X		X			
Prévention de la contagion suicidaire ^e	X	X	X	X	X	
Information du public	X	X	X	X	X	

Note : La croix signifie la mention de la catégorie d'intervention dans le document ; ^a Cf. dispositifs Vigilans ; ^b des travaux sont en cours pour évaluer la faisabilité d'une ligne d'appel unique et pour travailler les référentiels d'écoute avec les associations bénévoles ; ^c Cf. formations du GEPS à la prise en charge des troubles dépressif et au repérage du risque suicidaire ; ^d un seul programme est recommandé : le programme YAM ; ^e Cf. programme Papageno.

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

² Décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif à la mise en place des projets territoriaux de santé mentale et stratégie nationale de santé 2018-2022.

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

⁴ Feuille de route santé mentale et psychiatrie, Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère des solidarités et de la santé, juin 2018. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf

MÉTHODOLOGIE

Source de données

Baromètres de Santé publique France, années 2005, 2010 et 2017.

Méthodologie et exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017 (Santé publique France)

Recueil des données

Les données ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu), par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Un échantillon représentatif de 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans vivant en France métropolitaine a été constitué entre janvier et juillet 2017.

Indicateurs

Les variables d'intérêt étudiées dans le Baromètre de Santé publique France 2017 concernent les **pensées suicidaires** à partir de la question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » ainsi que les **TS au cours de la vie et au cours des douze derniers mois** à partir des questions : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? ». Dans le Baromètre santé 2010, les trois mêmes questions étaient posées ; dans le Baromètre santé 2005, les deux questions étaient posées ainsi : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? » et « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? ». Les TS au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide.

Analyses statistiques

Les données ont été pondérées suivant le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, puis redressées sur la structure de la population issue de l'enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (χ^2 de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Les prévalences régionales ont été standardisées sur le sexe et l'âge. Au niveau national, des régressions logistiques ont été utilisées afin de contrôler l'existence d'éventuels effets de structure liés aux caractéristiques de la population et pour quantifier la force du lien entre les trois indicateurs étudiés et les variables sociodémographiques. La région de résidence a été prise en compte. Le choix des variables explicatives intégrées aux modèles est basé sur les associations statistiques mises en évidence dans l'analyse bivariée. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (ORa) avec un intervalle de confiance à 95 %, et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %.

POUR EN SAVOIR PLUS

Observatoire national du suicide

- Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche - 1er rapport/novembre 2014. Paris : Drees, 2014 : 221 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-etat-des-lieux-des-connaissances-et-perspectives-de-recherche-1er>
- Observatoire national du suicide. Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2e rapport. Paris : Drees, 2016 : 480 p. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- Observatoire national du suicide. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularité du suicide à l'adolescence. 3e rapport. Paris : Drees, 2018 : 221 p. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

CépiDC / PMSI et Oscour® et Baromètre Santé – Données nationales

- Santé publique France, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice : Santé publique France; 2017. 436 p. http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Ouvrage_complet_vdef.pdf
- Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. 2014; 51 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- Baromètre de Santé publique France : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>
- Robert M, Léon C, Du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.
- Beck F, Guignard R, du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011 ;(47-78):488-92. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2011/BEH-47-48-2011>
- Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bull Epidémiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html
- Santé publique France. Questionnaire Baromètre santé 2017. Saint-Maurice: Santé publique France; 2018. [<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf>].
- Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C., Robert M, Arwidson P et le groupe Baromètre santé 2017. Baromètre santé 2017. Méthode d'enquête. Objectifs, contexte de mise en place et protocole. Saint-Maurice : Santé publique France, 2018. 24 p. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1856.pdf>
- INSEE. Unité de consommation, 2016. Echelle dite de l'OCDE. <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1802>
- Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes. Bull Epidémiol Hebd. 2019;(3-4):36-86. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html

Récidive

- Plancke L, Ducrocq F, Clément G, Chaud P, Haeghebaert S, Amariei A, Chan-Chee C, Goldstein P, Vaiva G. [Sources of information on suicide attempts in the Nord - Pas-de-Calais (France). Contributions and limitations]. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 2014 Dec;62(6):351-60. doi: 10.1016/j.respe.2014.09.007. Epub 2014 Nov 20. French

Prévention des comportements suicidaires

- *Références mentionnées dans les pages dédiées*

SIGLES

ARS	agence régionale de santé	ND	non disponible
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	NS	non significatif
CIM-10	classification internationale des maladie, 10 ^{ème} version	ONS	Observatoire national des suicides
CNSM	Conseil national de la santé mentale	ORa	odds ratio ajusté
EDC	état dépressif caractérisé	Paca	Provence-Alpes-Côte d'Azur
HCSP	Haut Conseil de la santé publique	TS	tentatives de suicide
IC	intervalle de confiance	UE	Union européenne

REMERCIEMENTS

- Avec une contribution de Christine Chan Chee, Francis Chin, Christophe Léon, du Roscoät Enguerrand, Marie-Michèle Thiam de Santé publique France ;
- Aux collègues de leurs équipes de la direction, appui, traitements et analyses des données (DATA), la direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT) et la direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS) et le groupe du Baromètre de Santé publique France 2017 et au GEPP santé mentale de Santé publique France.

CONTACT

Santé publique France, Cire Paca-Corse paca-corse@santepubliquefrance.fr



Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse