

Conduites suicidaires (Baromètre de Santé publique France)

SOMMAIRE

Édito [p.1](#) Points clés [p.1](#) Introduction [p.2](#) Conduites suicidaires (Source : Baromètre de Santé publique France 2017) [p.3](#)
Prévention [p.9](#) Méthodologie [p.11](#) Pour en savoir plus [p.12](#) Sigles, remerciements et contacts [p.13](#)

ÉDITO

Mises en place dans les années 1990 et aujourd'hui portées par Santé publique France, les enquêtes Baromètre Santé abordent les différents comportements et attitudes de santé en France dont les conduites suicidaires. Ces enquêtes déclaratives et répétées fournissent d'une part des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide de la population âgée de 18 à 75 ans et d'autre part, les facteurs associés.

Cette année, Santé publique France publie dans ce premier Bulletin de santé publique Auvergne-Rhône-Alpes dédié aux «Conduites suicidaires» les données du Baromètre Santé 2017 ainsi que les évolutions de ses principaux indicateurs à trois temps de mesure (2005, 2010 et 2017) aux niveaux national et régional. Enfin, les outils de prévention du suicide sont résumés en fin de bulletin.

Ce Bulletin de santé publique vient donc compléter les données de surveillance (PMSI, CépiDC, Oscour®) publiées dans le bulletin n°5 de l'Observatoire régional du suicide en Auvergne-Rhône-Alpes qui paraît également ce 5 février en 2019 à l'occasion de la journée nationale pour la prévention du suicide.

En effet, l'Observatoire Régional du Suicide en Auvergne-Rhône-Alpes piloté par l'Agence régionale de santé en lien avec l'Observatoire Régional de la Santé et la Cire ARA, publie chaque année, depuis 2012, un Bulletin qui intègre la synthèse des données disponibles portant sur la thématique Suicides et tentatives de suicide de la région.

L'ensemble de ces données ont vocation à orienter les actions de l'Agence Régionale de Santé (ARS) et de tous les acteurs engagés dans la prévention des conduites suicidaires.

POINTS CLÉS EN RÉGION AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Baromètre de Santé publique France : Conduites suicidaires déclarées chez les 18-75 ans

- les prévalences des pensées suicidaires et tentatives de suicides au cours de la vie n'ont pas évolué de manière significative entre 2005 et 2017 même si une tendance à la hausse se dégage entre 2010 et 2017,
- Parmi les 3 328 personnes interrogées, 4,9% déclaraient des pensées suicidaires dans les 12 derniers mois en 2017 (soit 272 000 personnes estimées), proportion proche de la moyenne nationale,
- 5,9% déclaraient une tentative de suicide au cours de leur vie en 2017 (soit 327 000 personnes estimées), proportion inférieure à la moyenne nationale notamment chez les hommes,
- les pensées suicidaires et les tentatives de suicide étaient plus fréquentes chez les femmes que les hommes et chez les jeunes de 18 à 24 ans,
- les facteurs associés aux conduites suicidaires sont multiples: médical (état dépressif caractérisé), socioéconomiques (vivre seul, chômage, salaire bas), comportementaux (consommation quotidienne de tabac ou d'alcool) et événements de vie négatifs (séparation, perte d'un être cher, climat familial compliqué, maltraitance, violences....).

Prévention : recommandations et orientations institutionnelles

- Cinq actions complémentaires sont promues: le recontact, la formation des médecins généralistes, un numéro d'appel national, la prévention de la contagion suicidaire et l'information du public
- En Auvergne-Rhône-Alpes, le déploiement d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (Vigilan'S) est programmé en 2019.

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE SANTE)

Description de l'échantillon en région Auvergne-Rhône-Alpes

Pour la région Auvergne-Rhône-Alpes, 3 328 personnes âgées de 18 à 75 ans, soit 13,1% de l'échantillon total, ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 1 556 étaient des hommes. Les personnes âgées de 18 à 24 ans étaient au nombre de 306, celles âgées de 25 à 54 ans au nombre de 1 764. Enfin, les 55-75 ans comptabilisaient 1 258 individus.

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

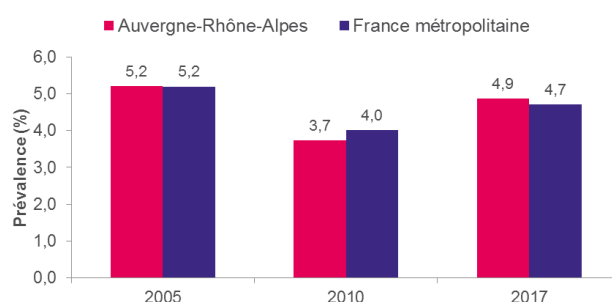
La prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** a diminué de façon significative en région Auvergne-Rhône-Alpes entre 2005 et 2010 ($p=0,011$). Entre 2010 et 2017, elle a de nouveau augmenté, mais de façon non significative.

En métropole, la baisse entre 2005 et 2010 était également significative ($p<0,005$) ainsi que la hausse survenue entre 2010 et 2017 ($p=0,002$) (Figure 1).

Aucune évolution significative n'était rapportée, en Auvergne-Rhône-Alpes, concernant la prévalence des **tentatives de suicide au cours de la vie** alors qu'en métropole, une augmentation significative était notée entre 2010 et 2017 (Figure 2).

La prévalence des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** diminuait entre chacune des périodes en Auvergne-Rhône-Alpes, de façon non significative. En métropole, on observait une hausse significative entre 2005 et 2010 puis une baisse (non significative) en 2017 (Figure 3).

Figure 1 : Evolution de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

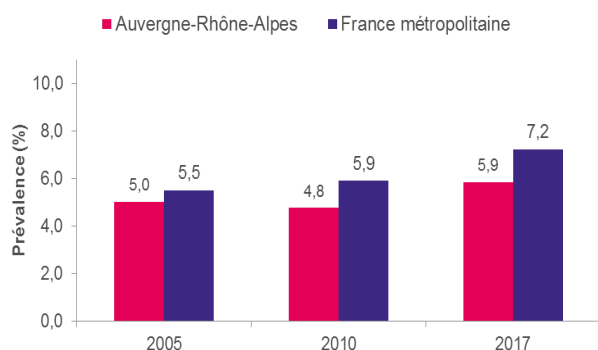


Prévalence pour 100 habitants.

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Sources : Baromètres santé 2005, 2010 et 2017, Santé publique France

Figure 2 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie en 2005, 2010 et 2017, en région Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine

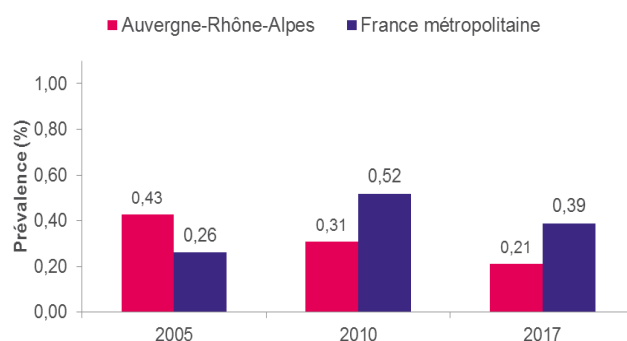


Prévalence pour 100 habitants

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France

Figure 3 : Evolution de la prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois en 2005, 2010 et 2017, en région Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



Prévalence pour 100 habitants

Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires

Sources : Baromètres santé 2005, 2010, 2017, Santé publique France

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2017)

Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois des 18-75 ans, 2017

Comparaison entre régions

En Auvergne-Rhône-Alpes, parmi l'ensemble des **personnes âgées de 18 à 75 ans**, la prévalence des **pensées suicidaires au cours des douze derniers mois** était estimée à 4,9% (Figure 4a). Cette prévalence ne différait pas significativement de celles des autres régions. Elle était de 4,7% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

La prévalence était de 3,5% chez les hommes (Figure 4b) et de 6,1% chez les femmes (Figure 4c). Ces prévalences ne diffèrent pas de celles de la plupart des autres régions.

Au niveau de la métropole, les prévalences par sexe **différent aussi significativement**, 4,0% chez les hommes et 5,4% chez les femmes ($p < 0,001$).

b/ Hommes

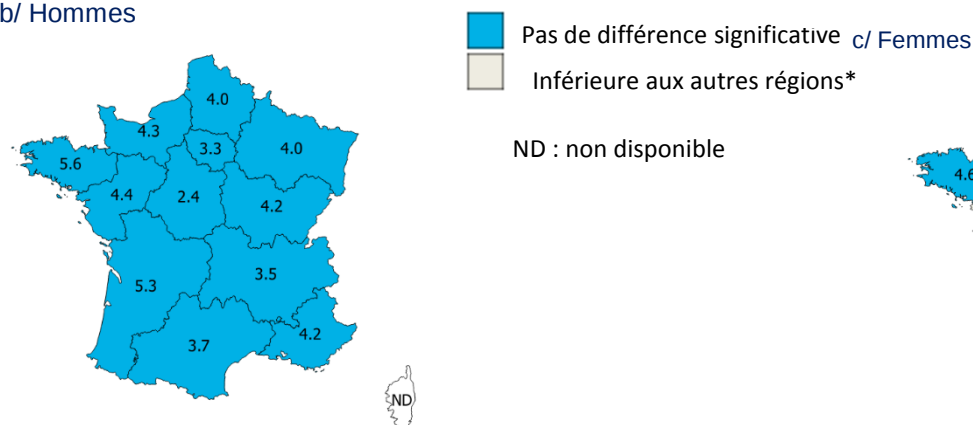
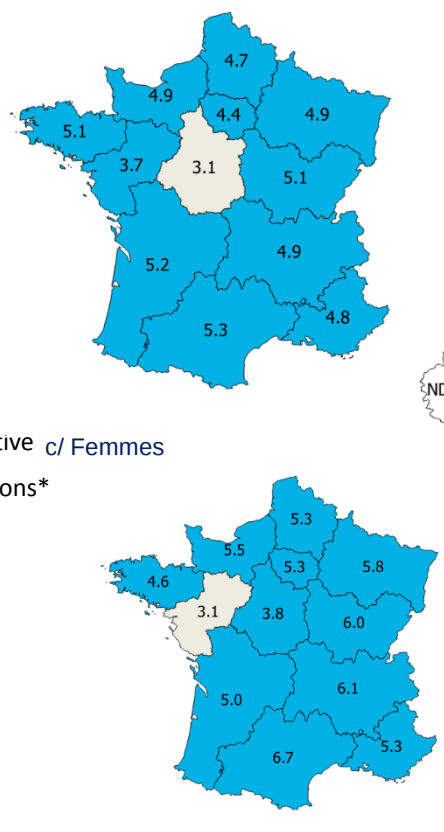


Figure 4 : Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les 18 - 75 ans par région, 2017, France métropolitaine

a/ Ensemble



Prévalence standardisée sur le sexe et l'âge pour 100 habitants, population de référence : Insee, enquête emploi 2016

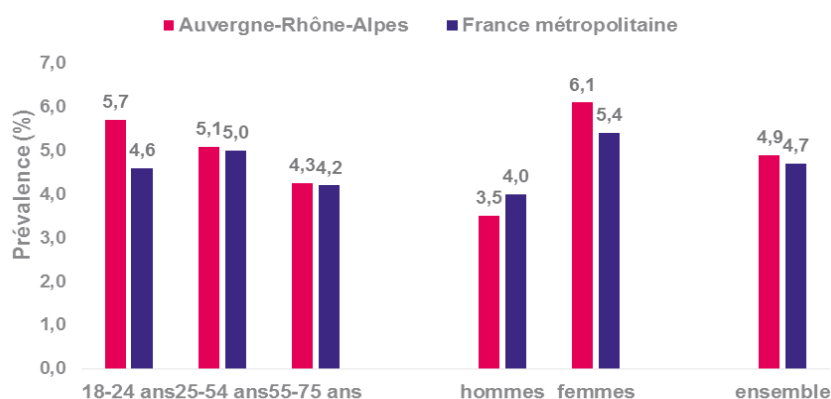
* Différence entre la prévalence observée dans une région comparée à celle de l'ensemble des autres régions. Le test utilisé est un chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

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

Comparaison selon le sexe et l'âge

En région Auvergne-Rhône-Alpes, la **prévalence apparaissait plus élevée chez les 18-24 ans** (5,7%), puis, dans une moindre mesure chez les 25-54 ans (5,1%) (Figure 5). En métropole, la prévalence la plus élevée était observée dans la classe des 25-54 ans, sans différence significative entre les classes d'âge. Dans la région, les femmes présentaient une prévalence significativement plus importante que les hommes ($p = 0,012$). Ce phénomène était aussi remarqué en métropole.

Figure 5 : Prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois par classes d'âge, et par sexe, en 2017, en Auvergne-Rhône-Alpes et en 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

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2017)

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, 2017, France métropolitaine, 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]

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

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

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

- un **état dépressif caractérisé (EDC)** 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).

A 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 (supérieurs à faible revenu).

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

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2017)

PRÉVALENCE DES TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE DES 18-75 ANS, 2017

Comparaison entre régions

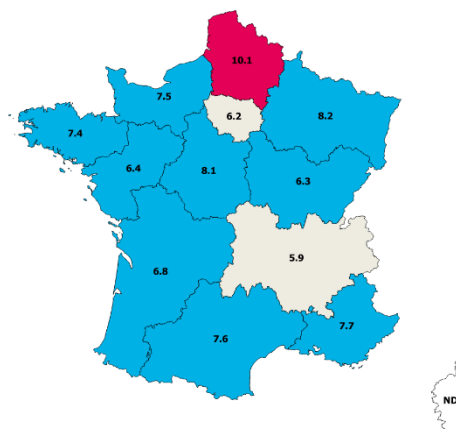
En 2017, en région Auvergne-Rhône-Alpes, parmi les personnes âgées de 18 à 75 ans, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie était estimée à 5,9% (Figure 6a), significativement inférieure à celles des autres régions ($p=0,001$). Elle était de 7,2% sur l'ensemble de la France métropolitaine.

Chez les hommes (Figure 6b), la prévalence était de 2,6%, significativement inférieure à celle des autres régions ($p=0,0005$). Elle était de 4,4% en métropole. La prévalence était de 9,0% chez les femmes (Figure 6c), non différente de celle de la métropole (9,9%).

En Auvergne-Rhône-Alpes et en métropole, le sexe influait significativement sur la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie ($p<0,001$).

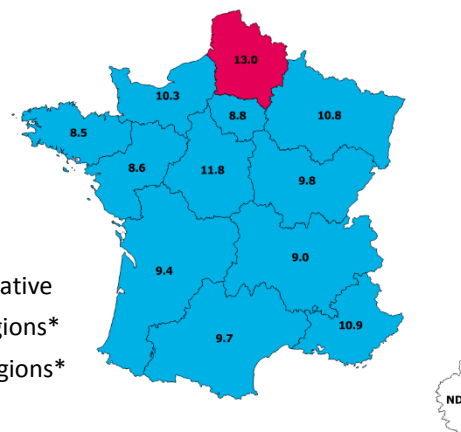
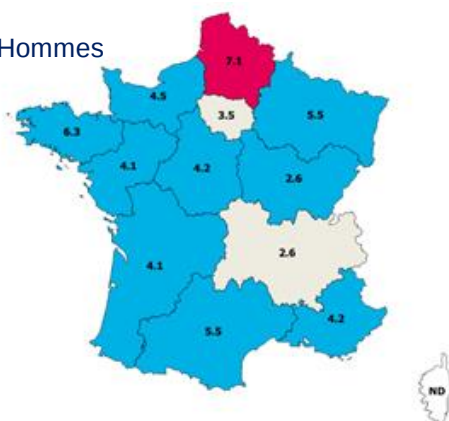
Figure 6 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18 à 75 ans par région, 2017, France métropolitaine

a/ Ensemble



c/ Femmes

b/ Hommes



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

ND : non disponible

Prévalence standardisée 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 chi deux de Pearson avec correction d'ordre deux de Rao-Scott, et le seuil de significativité est fixé à 5%

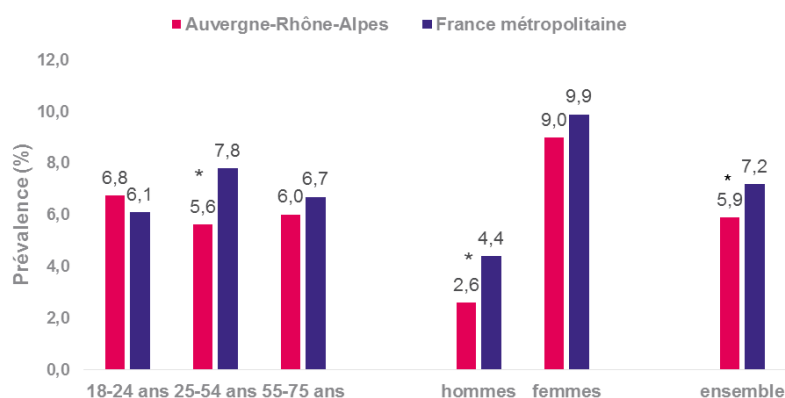
Champ : France métropolitaine, population âgée de 18 à 75 ans vivant en ménages ordinaires - Source : Baromètre de Santé Publique France 2017

Comparaison selon le sexe et l'âge

En Auvergne-Rhône-Alpes, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie la plus élevée était observée chez les 18-24 ans (6,8%), suivie de celle des 55-75 ans (6,0%) (Figure 7). La répartition par classes d'âge en Auvergne-Rhône-Alpes diffère de celle de la France métropolitaine, avec une prévalence significativement plus faible, chez les 25-54 ans ($p=0,004$).

La prévalence chez les hommes en Auvergne-Rhône-Alpes était significativement plus faible comparée à celle des femmes ($p<0,001$).

Figure 7 : Prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie par classes d'âge et par sexe, en 2017, en Auvergne-Rhône-Alpes et en France métropolitaine



* Différence significative entre la région Auvergne-Rhône-Alpes et la France métropolitaine ($p<0,05$)

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

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2017)

Facteurs associés aux tentatives de suicide déclarées au cours de la vie

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

*** : $p < 0,001$; ** : $p < 0,01$; * : $p < 0,05$; 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).

Au niveau national, les tentatives de suicide 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, et
- une consommation quotidienne de tabac (Tableau 2).

A l'inverse, le fait d'avoir un niveau de diplôme supérieur au Bac semble diminuer le risque de tentatives de suicide, de même que le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile (jugés supérieurs à faibles).

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

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2017)

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 des **tentatives de suicide au cours des douze derniers mois** en Auvergne-Rhône-Alpes était estimée à 0,22% (Figure 8). On ne notait 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 tentatives de suicide au cours des douze derniers mois apparaissent liées aux facteurs suivants :

- **un état dépressif caractérisé (EDC) au cours des douze derniers mois,**

- le fait d'avoir vécu une séparation ou un divorce au cours des douze derniers mois,

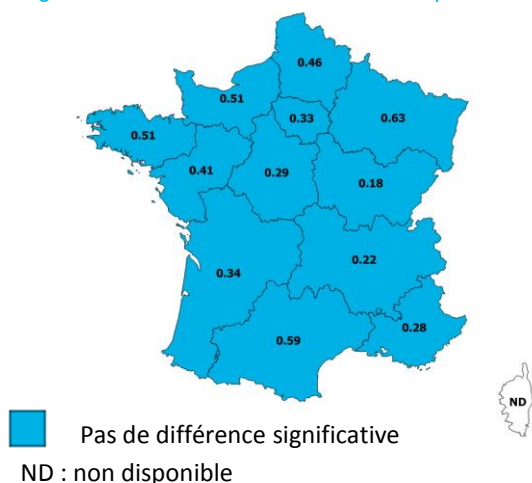
- le fait d'avoir été victime de harcèlement sexuel au cours des douze derniers mois,

et une consommation quotidienne d'alcool.

A l'inverse, le fait d'avoir des revenus supérieurs au 1^{er} tercile (jugés supérieurs à faibles) semble diminuer le risque de tentatives de suicide (Tableau 3).

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

Figure 8 : Prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les 18-75 ans par région, tous sexes, 2017, 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

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

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

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

CONDUITES SUICIDAIRES (SOURCE : BAROMETRE DE SANTE PUBLIQUE FRANCE 2017)

Discussion

Tendances

En France, les prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie ont augmenté de façon significative entre 2010 et 2017. En Auvergne-Rhône-Alpes, les mêmes tendances sont observées même si les augmentations ne sont pas significatives.

Situation en 2017 :

- Prévalence et effectif

En 2017, 4,9% des adultes âgés de 18 à 75 ans interrogés en Auvergne-Rhône-Alpes déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (soit environ 272 000 personnes), et 5,9% (soit environ 327 000 personnes) déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois était de 0,22%, soit environ 12 400 personnes.

La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie étaient plus importantes chez les 18-24 ans. Par ailleurs, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie était significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Elle était significativement inférieure à la moyenne nationale notamment chez les hommes.

- Facteurs associés aux conduites suicidaires

Selon l'indicateur analysé, plusieurs facteurs associés émergent, révélant la dimension multifactorielle de la survenue des troubles mentaux.

D'après les résultats des analyses nationales, certains profils de population semblent plus enclins aux pensées suicidaires ou aux tentatives de suicide : c'est le cas notamment de facteurs socio-économiques tels que le fait de vivre seul, d'être au chômage ou inactif [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 tentatives de suicide.

Les **tentatives de suicide 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. 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.

A noter par ailleurs que la consommation quotidienne d'alcool est liée à un risque plus élevé de **pensées suicidaires** et de **tentatives de suicide 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 tentatives de suicide au cours de la vie.

Enfin, de nombreux événements de vie négatifs semblent avoir un impact sur les **pensées suicidaires** et **tentatives de suicide** : 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 tentatives de suicide 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 tentatives de suicide et ou présentant des troubles psychiques**.

Limites

Il est nécessaire de rester prudent dans l'interprétation des résultats en raison de potentiels biais. 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. Tous les facteurs de risque associés à un état de santé mentale altérée n'ont pas été étudiés, notamment ceux liés à une maladie chronique.

Ces résultats ont vocation à étayer les orientations des Agences Régionales de Santé 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.

1. 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 de Santé Publique France 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(32-33):637-44. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html

PREVENTION

Contexte en France

La France se situe à la 10^{ème} 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 tentatives de suicide (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 tentatives de suicide (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 ...) 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 pour l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), présentait les conclusions suivantes 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 (il prend 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 des pensées suicidaires portaient sur des formations continues, ou répétées, dispensées à une large proportion de médecins d'un même territoire et se concentraient 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** : dans cette catégorie d'intervention, les expériences ayant montré un bénéfice sur la réduction des taux de suicide ou de tentatives de suicide visaient des facteurs de risque spécifiques (tels que la dépression) et étaient implantées à un niveau local 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.

PREVENTION

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 Conseil national de la santé mentale (CNSM), groupe de travail sur le suicide, 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 agences régionales de santé (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 dépressifs 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 :

- Baromètre de Santé publique France 2017

Méthodologie – exploitation des données du Baromètre de Santé Publique France 2017

- 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 **tentatives de suicide 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 tentatives de suicide 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 bivariable. L'existence des liens a été évaluée à l'aide d'odds ratio ajusté (OR_a) 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, 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. 436p.
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; 51p.
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 Epidemiol 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 Epidemiol 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. [\[http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1812.pdf\]](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>
- Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017. Baromètre de Santé publique France 2017 : Tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. Bull Epidemiol Hebd. 2019; (3-4):38-47
- Suicides et tentatives de suicide: données épidémiologiques récentes. Bull Epidemiol Hebd. 2019, N°3-4 (35-86).

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

CépiDC	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès	PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	OMS	Organisation mondiale de la santé
EDC	État dépressif caractérisé	ONS	Observatoire National des Suicides
GEPP	Groupe d'échange de pratiques professionnelles	Oscour®	Organisation coordonnée de la surveillance des urgences
Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé		

REMERCIEMENTS

- Aux collègues des équipes de la Direction, Appui, Traitements et Analyses des données (DATA), la Direction des Régions (Dire), la Direction des maladies non transmissibles et traumatismes (DMNTT) et la Direction de la prévention et de la promotion de la santé (DPPS), le groupe du Baromètre de Santé publique France 2017 et au GEPP Santé Mentale
- L'Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- L'Observatoire régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes
- Les membres de l'Observatoire régional du Suicide Auvergne-Rhône-Alpes

CONTACT

Santé publique France, Cire Auvergne-Rhône-Alpes : cire-ara@santepubliquefrance.fr