



Élaboré dans le cadre de l'Observatoire national du suicide, le présent article vise à présenter une synthèse des données épidémiologiques et réflexions sociologiques sur les comportements suicidaires en France et en Europe ainsi que leurs principaux déterminants sociaux.

Pour approcher les conduites suicidaires, très intriquées à la thématique de la santé mentale, plusieurs types d'indicateurs statistiques peuvent être mobilisés qui ne répondent pas tous aux mêmes dynamiques : nombres et proportions de suicides, tentatives de suicide, automutilations non suicidaires et pensées suicidaires. Ces phénomènes sont des faits sociaux autant qu'ils répondent à une grande souffrance subjective. La surveillance épidémiologique dont ils font l'objet permet de dégager des tendances et de pointer des populations particulièrement à risque car ils varient singulièrement selon différentes caractéristiques démographiques et socioéconomiques.

Conduites suicidaires en France : des tendances inquiétantes chez les jeunes et de fortes inégalités sociales

Hadrien Guichard, Lisa Troy, Clémentine De Champs, Jean-Baptiste Hazo*

Introduction

La thématique suicidaire entre dans le champ sociologique avec les travaux d'Émile Durkheim, à la fin du XIX^e siècle. L'auteur montre alors que, loin d'être un fait individuel isolé, le suicide est un fait social, c'est-à-dire une « manière de faire [...] qui est générale dans l'étendue d'une société

donnée tout en ayant une existence propre, indépendante de ses diverses manifestations au niveau individuel » (Durkheim, 1895, p. 14).

Les sociologues Baudelot et Establet ont actualisé les analyses de Durkheim dans les années 1980, et montrent alors une diminution relative du suicide des personnes âgées en la défaveur des plus

jeunes, en faisant le lien avec la fin des Trente Glorieuses et l'entrée dans une période moins favorable aux jeunes générations. Les auteurs soulignent également les fortes inégalités sociales de suicide en la défaveur des catégories sociales les plus pauvres et précaires, ce qui n'apparaissait pas si clairement chez Durkheim (Baudelot & Establet, 2006). Le genre, c'est-à-dire

* Direction de la Recherche, de l'évaluation et des études statistiques (Drees), Ministère des Solidarités.

Encadré 1 : Définitions

Le **suicide** concerne « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même, et qu'elle savait devoir produire ce résultat » (Durkheim, 2009, p. 23).

La **tentative de suicide** est comprise comme le miroir du suicide, étant « l'acte ainsi défini, mais arrêté avant que la mort en soit résultée » (Durkheim, 2009, p. 23).

Avoir des **pensées suicidaires** correspond au fait d'avoir envisagé de se suicider au cours d'une période définie. Elles sont souvent mesurées dans les enquêtes épidémiologiques : « au cours des douze derniers mois ».

Les **gestes ou lésions auto-infligées** « incluent toutes les formes d'auto-agressions volontaires : auto-intoxication [...], tentative de pendaison ou d'étouffement, lésions volontaires obtenues à partir d'un objet tranchant [...], chute d'une hauteur, décharge d'arme à feu, collision volontaire avec un objet ou véhicule en mouvement, etc. Une part importante [...] recouvre donc des tentatives de suicide mais également des « violences cutanées auto-infligées » ou « automutilations non suicidaires » qui regroupent des lésions volontairement infligées mais sans intention suicidaire » (Hazo, Pirard, Jollant & Vuagnat, 2024, p. 5). Dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), ces gestes sont regroupés sous les codes X60 à X84 et Y87.0 qui permettent d'identifier les hospitalisations liées à ces gestes ainsi que les décès par suicide.

Les **conduites suicidaires** regroupent les comportements précédents, elles incluent donc les pensées suicidaires, les tentatives de suicides, les lésions auto-infligées et le suicide.

Pour regrouper ces termes, certains auteurs, notamment anglophones, préfèrent utiliser deux catégories : **les comportements suicidaires mortels** (suicides) et **non-mortels** (le reste), ce qui permet d'éviter les imprécisions que peuvent engendrer certaines définitions.

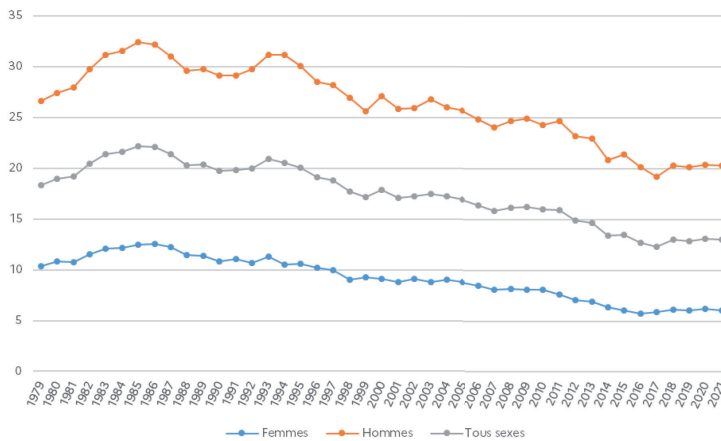
Graphique 1. Taux bruts de suicide selon le sexe – France entière, 1979-2021

Note : Taux pour 100 000 habitants.

Lecture : En 2021, 20 hommes sur 100 000 se sont suicidés, contre 13 femmes sur 100 000.

Champ : France entière, tous âges, patients décédés avec comme cause de décès un suicide ou une lésion auto-infligée (code CIM-10 de X60 à X84 et Y87.0).

Sources : CépiDc, Inserm.



la construction sociale des sexes, est aussi très lié au suicide : les hommes se suicident plus que les femmes alors que celles-ci font plus de tentatives de suicide que les hommes. Ce paradoxe a notamment été mis en lumière par des travaux portant sur les tentatives de suicides, les pensées suicidaires et les automutilations non suicidaires (voir encadré 1). Comme le suicide, ces phénomènes sont des faits sociaux inscrits dans des configurations sociales et des « scripts culturels » qui dépassent lar-

gement l'échelle individuelle (Canetto & Sakinofsky, 1998).

Outre la sociologie, l'épidémiologie, la clinique psychiatrique ainsi que la santé publique se sont saisies du sujet pour décrire ces phénomènes, leurs causes principales et évaluer les dispositifs les plus efficaces pour les prévenir. Les pages suivantes proposent une approche descriptive des comportements suicidaires en France essentiellement, avec une ouverture européenne et internationale.

Évolutions récentes de la mortalité par suicide en France et en Europe

Une tendance à la baisse depuis 40 ans

En 2021, 8 902 personnes se sont suicidées en France, cela représentait 0,7 % des décès féminins contre 2,0 % des décès masculins et 13,0 suicides pour 100 000 habitants¹. Après avoir progressé tout au long du XIX^e siècle pour atteindre 25 décès pour 100 000 habitants autour de 1900, le taux de mortalité par suicide en France a connu au cours du XX^e siècle d'importantes décreuses lors des conflits mondiaux et un reflux général jusque dans les années 1970 où il repart alors à la hausse pour dépasser 22 au milieu des années 1980 (Baudelot & Establet, 1984, Baudelot & Establet, 2006 et données CépiDc², 2024). Puis, au cours des quarante dernières années, ce taux baisse entre 1993 et 1999 puis entre 2009 et 2017 pour se stabiliser sous 14 suicides pour 100 000 habitants : 20,3 chez les hommes et 6,1 chez les femmes en 2021 (**Graphique 1**). La littérature scientifique propose différentes pistes pour expliquer cette tendance qui concerne également d'autres pays occidentaux : la restriction progressive de l'accès « aux moyens létaux »³ (Stack, 2021, Hawton et al., 2024) ; l'amélioration de la prise en charge des troubles psychiatriques (Pirkis et al., 2024) ; la mise en place de plans de prévention nationaux déployant notamment des lignes d'appel d'urgence et des dispositifs de rappels pour les personnes ayant fait une tentative de suicide (Matsubayashi, T., & Ueda, M., 2011). La légère augmentation des taux de suicide observés après 2018 est à interpréter avec précaution : il ne s'agirait pas d'une inversion de tendance mais plutôt d'une amélioration de la remontée statistique⁴. Il est donc probable que les taux de suicide soient restés stables voire aient continué de diminuer entre 2018 et 2020, suivant la tendance pré-2017.

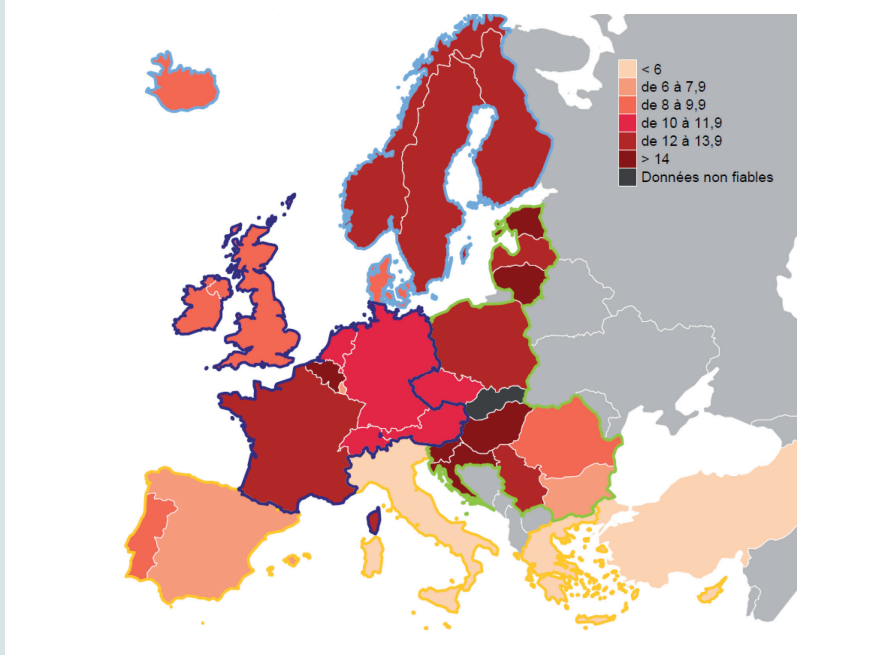
1 Taux brut du nombre décès rapporté à la population

2 Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

3 Armes à feu, pesticides, mesures de protection des lieux en hauteur, réductions des gaz de ville mais également d'échappement par l'introduction du pot catalytique

4 Pour plus d'information sur cette rupture de série statistique, se référer à la note de l'Observatoire National du Suicide https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2023-07/Note%20DREES-SEEE%202023-145_d%C3%A9c%C3%A8s%20par%20suicide_Rupture%20de%20s%C3%A9rie.pdf

Graphique 2. Taux de mortalité par suicide, standardisé par l'âge en 2021
 Note : Le taux pour 100 000 habitant standardisé par l'âge selon la population européenne standard ('European Standard Population', ESP). Par ailleurs, en raison du nombre particulièrement élevé de décès dus à des événements d'intention indéterminée, la fiabilité des données pour la Slovaquie est incertaine. Enfin, les pays sont organisés en fonction de la région européenne à laquelle ils appartiennent : en bleu foncé, l'Europe de l'Ouest ; en bleu clair, l'Europe du Nord ; en vert, l'Europe de l'Est ; et en jaune, l'Europe du Sud.
 Lecture : Plus les pays sont clairs plus leur taux standardisé de suicide est inférieur à la moyenne européenne (10,2/100 000 hab.), à l'inverse des pays en rouge foncé.
 Source : Eurostat, base de données sur les causes de décès.



Le fossé hommes – femmes

Selon les périodes, les hommes sont 2 à 3 fois plus nombreux à se suicider que les femmes. Des recherches initiées au début des années 1990 tendent à montrer que les conduites suicidaires (**Encadré 1**) s'inscrivent, à l'instar de l'expression du mal-être, dans des normes de genre (Canetto & Sakinofsky, 1998). Ces auteurs montrent que le mal-être des individus s'exprime au travers de comportements socialement conformes au genre auquel ils appartiennent : une moindre violence chez les femmes et une verbalisation diminuée chez les hommes (Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008, Cousteaux & Pan Ké Shon, 2008, p. 62). Cette dimension genrée des expressions du mal-être se retrouve donc dans les modes opératoires des passages à l'acte et leurs conséquences : les hommes ont un plus grand usage des armes à feu et de la pendaison, ce qui laisse moins de chances de survie, alors que les femmes usent plus fréquemment des médicaments (Rey, 2022). Elles sont également très majoritaires dans les automutilations non-suicidaires qui, outre leur

fonction de régulation émotionnelle et sociale (Brossard, 2014), peuvent également être une forme de communication (Klonsky, 2014).

Le paradoxe de l'âge : les taux de suicide élevés chez les personnes âgées mais une part de la mortalité attribuable au suicide plus forte chez les jeunes

Les personnes de plus de 85 ans sont celles qui présentent le plus fort taux de suicide, avec plus de 30 suicides pour 100 000 habitants en 2021, contre moins de 3 pour 100 000 habitants pour les moins de 25 ans. Cette surmortalité des personnes âgées par suicide est largement attribuable à celle des hommes les plus âgés (**Graphique 2**) et est souvent mésestimée tant dans l'opinion publique que par les travaux dédiés au suicide (Balard, 2024). Déjà deux fois supérieurs à ceux des femmes chez les moins de 25 ans, les taux de suicide masculins sont trois à quatre fois supérieurs tout au long des âges avant d'être six à onze fois supérieurs chez les 85-94 ans et 95 ans et plus.

Les souffrances psychiques et physiques élevées aux âges avancés, la perte d'autonomie, l'isolement social,

les maladies invalidantes et les deuils viennent pour une grande part expliquer cette augmentation des suicides avec l'âge. Les modifications profondes des conditions de vie subies au grand âge peuvent s'articuler également avec une entrée en institution qui n'a pas toujours été choisie et peut accentuer une certaine forme de mal-être (Campéon, 2013 ; Casadebaig *et al.*, 2003 ; Balard, Voléry & Fornezzo, 2020).

En nombre total et relativement à leur population, les personnes âgées se suicident beaucoup plus que les jeunes. En revanche, si l'on rapporte les suicides au nombre de décès d'une classe d'âge, ce sont alors les jeunes qui sont les plus concernés par le suicide car ils meurent de peu d'autres causes. Ainsi, les 499 suicides des moins de 25 ans en 2021 représentent 14 % de leurs décès totaux. Cette proportion atteint 21 % chez les hommes âgés de 25 à 34 ans alors qu'elle est inférieure à 5 % chez les plus de 55 ans. Il est à noter que la part de la mortalité attribuable au suicide a tendance à augmenter ces dernières années chez les jeunes (en prenant toujours garde à ces chiffres, qui pourraient être dus aux améliorations dans le dénombrement des suicides évoqué à la note 4). En 2021, 152 femmes de moins de 25 ans sont décédées d'un suicide, un nombre qui n'avait pas été atteint depuis 2003, et comme le nombre total de décès a par ailleurs tendance à diminuer dans cette population, la part de sa mortalité attribuable au suicide atteint 13 % en 2021, un niveau inédit dans les quarante dernières années⁵. Les effectifs sont faibles mais il s'agit d'une tendance à surveiller car elle pourrait être le reflet d'une forte dégradation de la santé mentale dans cette catégorie de la population lors de la dernière décennie (Mcgorry *et al.*, 2024).

À l'échelle européenne, des divisions régionales marquées

Au sein des 27 pays de l'UE en 2021, le taux standardisé de mortalité par suicide⁶ s'établit à 10,2 décès pour 100 000 habitants, en baisse progressive depuis 10 ans. Les pays du Sud de l'Europe enregistrent les taux les plus bas avec une moyenne de 5,9 décès par

⁵ Données CépidC, Inserm : <https://opendata-cepidc.inserm.fr/>
⁶ Taux standardisé sur l'âge et le sexe à partir d'une population Européenne de référence de façon à neutraliser les effets de structure de population dans les comparaisons européennes.

suicide pour 100 000 habitants dans cette région. Des taux inférieurs à 8 décès pour 100 000 habitants sont également observés en Turquie et au Luxembourg. À l'autre extrémité du spectre, les taux de mortalité par suicide sont près de deux fois supérieurs à la moyenne de l'UE en Slovaquie (19,8), en Lituanie (19,5) et sont généralement plus élevés dans les pays de l'Est de l'Europe. Même si le nombre de suicides est en diminution ces 10 dernières années, la France présente toujours un des taux standardisés les plus élevés d'Europe (13,3), inférieur à celui de la Finlande (13,5) et de la Belgique (14,3), mais supérieur à la moyenne des pays d'Europe de l'Ouest (10,6) et du Nord (11,4).

Plusieurs éléments d'explications peuvent être avancés pour expliquer ces divergences de taux de mortalité par suicide qui peut, d'une part, être affecté par la méthode de collecte des données et, d'autre part, par le contexte culturel propre à chaque pays.

Plusieurs études ont ainsi mis en évidence des différences majeures entre les pays dans le contenu des certificats de décès et dans les méthodes d'enregistrement des suicides (Värnik *et al.*, 2010, Millares Martin, 2020). Les implications financières associées à la réglementation et aux pratiques en matière d'assurance-vie pour les proches et leurs ayants droits peuvent notamment jouer un rôle⁷. De plus, la part élevée de personnes s'identifiant comme croyantes dans les pays du Sud de l'Europe et en Turquie peut partiellement expliquer la faible mortalité par suicide dans ces pays, une abondante littérature soutient en effet l'effet protecteur de l'affiliation religieuse sur les taux de suicide (Van Praag, 2009 ; Lawrence *et al.*, 2016 ; Norko *et al.*, 2017). Les pratiques religieuses sont par ailleurs liées à des taux inférieurs de consommation d'alcool et de divorces qui sont des facteurs de risque du suicide. Il faut en effet souligner le rôle prépondérant de l'alcool dans de nombreuses situations de violence, qu'il s'agisse d'actes agressifs dirigés envers autrui ou soi-même (Berggren, 1997, WHO, 2018). Enfin, la vie familiale et le soutien social sont des facteurs de protection contre le suicide (McClelland *et al.*, 2022 ; Lasgaard *et al.*, 2011), il est donc pertinent de souligner

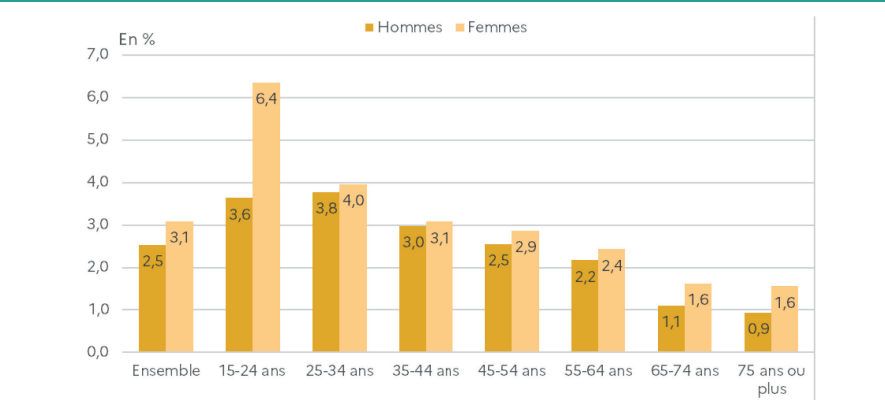
7 En France, par exemple, le bénéficiaire désigné d'un contrat d'assurance-vie ne recevra pas l'argent de l'assurance si l'assuré se suicide au cours de la première année du contrat.

Graphique 3. Prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, par âge et sexe, 2020

Lecture : Parmi les personnes âgées de 15 ans ou plus, 2,5 % des hommes et 3,1 % des femmes déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois.

Champ : Personnes âgées de plus de 15 ans résidant en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique et La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons

Source : EpiCov (Inserm-DREES), volet 2 – novembre 2020



la faible proportion de personnes vivant seules dans les pays du Sud de l'Europe.

Marqués par des inégalités sociales, les gestes auto-infligés et pensées suicidaires sont en hausse chez les jeunes

Une forte hausse chez les jeunes, particulièrement les femmes

En France, l'étude des tentatives de suicide (TS) et des pensées suicidaires (PS) est plus récente dans l'analyse épidémiologique et sociologique. En population générale, leur suivi épidémiologique repose sur des données d'enquête (Baromètre Santé⁸, EpiCov⁹) et celles du Système National de Données de Santé (SNDS)¹⁰. Leur analyse permet d'identifier des facteurs de risques démographiques et sociaux différents de ceux du suicide.

En 2022, le taux de patients hospitalisés dans les services de médecine et de chirurgie pour un geste auto-infligé (Encadré 1) est de 112 pour 100 000 habi-

8 Le Baromètre de Santé publique France est une enquête réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de personnes de 18 à 85 ans résidant en France (métropole et DROMs, hors Mayotte) et parlant français

9 EpiCov (Épidémiologie et Conditions de vie sous le Covid-19) est une enquête par questionnaire réalisée auprès d'un échantillon de plus de 100 000 personnes, représentatif de la population, de plus de 15 ans résidant en France métropolitaine, Guadeloupe, Martinique et La Réunion, hors Ehpad, maisons de retraite et prisons. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/enquete-epi-cov-epidemiologie-et-conditions-de-vie-sous-le-covid-19>

10 Le SNDS, constitué par la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) est constitué des données de remboursement d'Assurance maladie, des données des hôpitaux et des causes médicales de décès.

tants (138 pour les femmes et 84 chez les hommes). Ce taux global, relativement stable depuis 10 ans, masque d'importantes variations selon l'âge et le sexe. Les adolescentes et jeunes femmes sont surreprésentées, avec un pic au-delà de 800 pour 100 000 parmi les adolescentes âgées de 14 à 16 ans. De plus, dans cette catégorie de la population, ces hospitalisations progressent très rapidement depuis 2015, alors qu'elles baissent chez les hommes et femmes âgés de 35 à 55 ans (Hazo, Vuagnat *et al.*, 2024).

Le taux de patients hospitalisés suite à un geste auto-infligé est uniquement indicatif des passages à l'acte faisant l'objet d'une prise en charge à l'hôpital. Or, parmi les adultes déclarant avoir fait une TS dans leur vie, seuls 58 % se sont rendus à l'hôpital à la suite de ce geste¹¹, avec des variations selon l'âge et le sexe (Léon, du Roscoät & Beck, 2024). La part des personnes âgées de 18 à 75 ans déclarant avoir fait une TS au cours de leur vie se maintient autour de 7 % entre 2017 et 2021. Cela concerne 8,9 % des femmes et 4,5 % des hommes en 2021. En revanche, chez les jeunes femmes de 18 à 24 ans, cette proportion est passée de 7,1 % en 2010 à 12,8 % en 2021. Chez les jeunes hommes, on constate aussi une forte progression entre 2017 et 2021 : ils sont 5,8 % à déclarer avoir fait une TS au cours de leur vie en 2021, contre 2,4 % en 2017.

11 Données Baromètre Santé 2021

Graphique 4. Taux d'hospitalisation pour geste auto-infligés selon l'âge, le sexe et le quartile de revenus

Note : Taux pour 100 000 habitants. Le premier quartile de niveau de vie correspond aux 25 % de la population avec le plus faible niveau de revenus, et le quatrième aux 25 % de la population avec le plus haut niveau de vie.
Lecture : Dans le premier quartile, le taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé des femmes de 15 à 19 ans est de 39 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 19 ans contre 20 pour 100 000 dans le quartile le plus aisé.
Champ : Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation hospitalisés pour un geste auto-infligé entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.
Source : Sterchele Charline, « Fiche 17. Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 », ONS, 5^e rapport, 2022, pp. 273 à 284. Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017



La vulnérabilité des adolescentes et jeunes femmes vis-à-vis des gestes auto-infligés s'observe nettement dans les enquêtes en population générale, notamment dans la prévalence de pensées suicidaires. En novembre 2020, 6,4 % des femmes âgées de 16 à 24 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, contre 3,6 % des hommes de la même classe d'âge et 3,4 % de l'ensemble des femmes de 15 ans ou plus (Graphique 3). À l'instar des TS déclarées, cette proportion a progressé au cours des 10 dernières années : dans le Baromètre Santé, la part des femmes âgées de 18 à 24 ans déclarant des pensées suicidaires est passée de 3,3 % en 2014, la plus basse parmi toutes les classes d'âge chez les femmes, à 9,4 % en 2021, bien au-delà des autres classes d'âge qui se situent entre 3,5 % et 5,0 % (Léon, du Roscoät & Beck, 2024).

Les facteurs de risques socio-économiques des conduites suicidaires

Les données médico-administratives et celles issues d'enquêtes mettent en lumière l'existence de fortes inégalités sociales concernant les conduites suicidaires qui varient significativement selon les territoires, le niveau de vie, le diplôme, la situation d'emploi, la structure familiale et le soutien social.

De récentes données¹² révèlent ainsi des différences marquées de taux d'hospitalisations pour geste auto-infligé selon le niveau de revenus, quel que soit l'âge et le sexe. Par exemple, entre 15 et 19 ans, les jeunes femmes appartenant au quart le

moins riche de la population sont près de deux fois plus nombreuses à être hospitalisées que les femmes du quart le plus riche (Graphique 4) [Sterchele, 2022]. Par ailleurs, 11 % des hommes et 19 % des femmes rencontrant des difficultés financières déclarent avoir déjà tenté de se suicider contre 3,3 % des hommes et 6,1 % des femmes à l'aise financièrement. Dans le même sens, avoir un diplôme inférieur au baccalauréat est associé au fait de déclarer une tentative de suicide : 5,6 % des hommes et 11,2 % des femmes qui n'ont pas le baccalauréat déclarent avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie contre 3,1 % des hommes et 5,5 % des femmes ayant un diplôme supérieur au bac. De même, les personnes au chômage et celles en inactivité (étudiants, retraités, au foyer) déclarent plus souvent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (Léon, du Roscoät & Beck, 2024).

Les questions qui lient suicide et situation d'emploi sont complexes et loin d'être univoques. Tout d'abord, la forte corrélation entre chômage et suicide peut partiellement être expliquée par la médiation des troubles psychiatriques. Ceux-ci concernaient 90 % des personnes décédées d'un suicide et, par ailleurs, ils gênent souvent l'insertion professionnelle des personnes concernées. Ensuite, l'Observatoire National du Suicide (ONS) rappelle dans son 4^e rapport que « si le travail et le chômage sont rarement le motif unique, ils peuvent être en cause dans le processus conduisant une personne à tenter de mettre fin à ses jours » (ONS, 2020, p. 12). De fait, les incertitudes occasionnées par ces situations de non-emploi, la privation de revenus ou encore le sentiment de « honte sociale (...) jalonnent le parcours des chômeurs et peuvent avoir des incidences sur leur santé psychique » (Demazière, 1995, ONS, 2020, p. 37 ; voir aussi Herman, 2007 ; Mette, 2015). La multiplicité des expériences de chômage (court, de longue durée, par intermittence, etc.), le genre des individus, leur âge ou encore la situation familiale influent sur les conséquences de l'inactivité ou du chômage. Le risque de rupture familiale, le surendettement, la fragilisation des liens affectifs et sociaux qui peuvent survenir en période de chômage sont autant de mécanismes menaçant la santé psychique des chômeurs (Paugam, 2006 ; Farache, 2016 ; Deffontaines, 2020). En effet, chez les personnes au chômage comme dans le reste de la population, la structure

¹² La création de l'EDP-Santé en 2020 est venue pallier le manque d'informations sociales du SNDS. Cet appariement entre les données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent (EDP) – qui compile les données fiscales et de recensement d'un échantillon représentatif composé de 4 % de la population résidant en France – avec les données de consommation de soins du SNDS.

du ménage influence les pensées suicidaires : la présence d'enfants et la vie en couple jouent un rôle protecteur et, *a contrario*, vivre seul ou chez ses parents sont des facteurs de risque (Rouquette et al., 2022)¹³. D'autre part, les personnes immigrées ou descendantes directes de personnes immigrées d'un pays non européen présentaient des probabilités moindres de déclarer des pensées suicidaires par rapport aux personnes sans antécédent migratoire récent ou en comparaison de celles issues d'une immigration européenne, un résultat retrouvé également dans d'autres études européennes (Spallek et al., 2015).

Le rôle des violences subies et des discriminations dans les conduites suicidaires

Les facteurs socio-économiques ne sont pas les seuls facteurs de risque des conduites suicidaires. Leur principal déterminant demeure les troubles psychiatriques pour lesquels la conduite suicidaire est d'ailleurs souvent considérée comme un symptôme ou un risque. Ainsi, plus d'un quart des personnes présentant un syndrome dépressif majeur déclarent avoir des pensées suicidaires (Hazo et Boulch, 2022). C'est également le cas d'une personne sur cinq parmi celles ayant reçu un diagnostic de trouble bipolaire ou de trouble psychotique au cours de leur vie. Les prévalences de pensées suicidaires sont également très élevées, entre 16 et 18 %, chez les répondants avec un trouble anxieux généralisé, ceux ayant reçu un diagnostic d'addiction, et ceux ayant des troubles du comportement alimentaire.

Il existe une forte corrélation entre troubles psychiatriques et violences subies, d'une part parce que les porteurs de troubles sont plus souvent victimes de violences et, d'autre part, parce que la violence subie et le traumatisme qui en découle peut être une entrée dans le trouble psychiatrique, qui peut être accompagné de conduites suicidaires. (Devries et al., 2014 ; El Khoury Lesueur et al., 2021). Des travaux issus de l'enquête Virage¹⁴, établissent qu'une

personne ayant subi un viol ou une tentative de viol avant ses 11 ans a près de 40 % de risque d'avoir fait une tentative de suicide à 50 ans (Scodellaro, 2022). Bien que la famille soit protectrice face aux comportements suicidaires, elle peut aussi être le lieu de violences qui y conduisent. C'est d'ailleurs majoritairement l'espace où elles se produisent : 7 % des femmes et 2 % des hommes déclarent avoir subi des violences sexuelles au sein de leur famille ou de leur entourage proche avant leurs 18 ans (Marsicano, Bajos & Pousson, 2023, Hamel et al., 2016). Le risque de TS est d'autant plus présent au cours de la vie que la victime n'en a pas parlé et est renforcé dans le cas où elle n'a reçu aucun soutien de la part de son entourage ou de l'institution judiciaire (Scodellaro, 2024). Or, si la moitié des femmes victimes de violences en parle à son entourage, elles sont seulement 14 % et 8 % à en parler avec, respectivement, un professionnel de santé ou un membre des services de police ou de justice (Marsicano, Bajos & Pousson, 2023). La difficulté d'en parler, le manque d'écoute et les injonctions au silence au sein des familles et de la société n'encouragent pas la libération de la parole, et entraînent des conséquences durables sur la santé mentale (Dussy, 2013). Certaines populations sont surexposées aux violences, particulièrement les minorités sexuelles et de genre, qui sont aussi caractérisées par un taux de tentatives de suicide élevé, et une santé mentale dégradée (Trachman & Lejbowicz, 2020). Ainsi, selon les enquêtes, les personnes homo- ou bisexuelles sont 5 à 8 fois plus à risque de déclarer avoir fait une tentative de suicide que les personnes hétérosexuelles, notamment du fait des discriminations subies¹⁵ (Beck, Firdion, Legleye & Schiltz, 2014). Les personnes transgenres¹⁶, qui ne se reconnaissent pas dans le genre qui leur a été assigné à la naissance, sont également particulièrement exposées aux tentatives de suicide. Au niveau international, une enquête canadienne récente

montre que plus d'un jeune transgenre âgé de 14 à 25 ans sur 3 a déjà fait une tentative de suicide, un taux dix fois plus important que dans le reste de la population de la même tranche d'âge (Veale et al., 2017). Toutes les enquêtes mettent en avant les discriminations et les violences comme facteurs de risque pour comprendre la déclaration élevée de conduites suicidaires chez les minorités sexuelles et de genre. L'exclusion, le mépris et la stigmatisation, dans la famille comme dans les espaces publics, « peuvent en effet conduire à une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et dans les autres » et mener aux pensées suicidaires, voire aux tentatives de suicide (Beck, Firdion, Legleye & Schiltz, 2014, p. 38, Baiden et al., 2022).

Conclusion

Les conduites suicidaires sont profondément inscrites dans des dynamiques sociales. Le phénomène le plus marquant des dix dernières années est l'inversion du lien entre la santé mentale et le jeune âge, qui passe de facteur de protection avant 2015 à facteur de risque après 2020. Si la crise sanitaire a joué un rôle d'accélérateur, il faut noter que la progressive dégradation de la santé mentale des jeunes, particulièrement des adolescentes et jeunes femmes, a commencé avant celle-ci. Le caractère genré du phénomène et son émergence simultanée dans de nombreux pays interroge fortement. De forts soupçons pèsent sur le rôle des réseaux sociaux et la généralisation de leur accès via un téléphone, la littérature scientifique souligne en effet les potentiels dommages causés par un mésusage de ces outils numériques (Keyes, 2024, Bousquet-Bérard, C., Pascal, A., 2024). Cela invite à conduire des recherches dédiées dans le contexte français. Si la santé mentale de la jeunesse attire à juste titre l'attention, il faut rappeler que les personnes âgées restent de loin les principales concernées par les suicides. En 2021, 35 % des personnes suicidées sont âgées de 65 ans ou plus et 38 % d'entre elles avaient entre 45 et 64 ans.

En France, plusieurs dispositifs visant la santé mentale et les conduites suicidaires ont été impulsés ces dernières années via la feuille de route

13 Au-delà des facteurs socio-démographiques évoqués ici, d'autres sont aussi importants pour la compréhension des conduites suicidaires : présence d'un handicap, état de santé dégradé, de même que les consommations d'alcool à risque, de cannabis régulière et de tabac quotidienne, etc.

14 L'enquête Violences et Rapports de Genre (Virage) « a été réalisée en 2015 par une équipe de recherche de l'Institut National d'Études Démographiques (INED). Cette grande enquête de victimation (c'est-à-dire interrogeant les violences subies plutôt que commises) visant à renseigner les violences de genre fait suite à une première enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (Enveff) coordonnée par l'Institut de Démographie de l'Université Paris I (IDUP) et dont les résultats ont été publiés en 2003 » (Couraud, 2023, p. 10).

15 Les données du ministère de l'Intérieur sur les dépôts de plainte concernant des motifs LGBTphobes montrent que sur « la période 2016-2021, le nombre de crimes ou délits « anti-LGBT+1 » enregistrés par les services de police et de gendarmerie nationales a doublé (+104 %, soit +15 % en moyenne par an) » (en ligne, <https://www.interieur.gouv.fr/Interstats/Actualites/Info-rapide-n-20-Les-atteintes-anti-LGBT-enregistrees-par-les-forces-de-securite-en-2021>). Si les dépôts de plainte sont plus nombreux, il reste encore difficile pour les victimes d'en parler aux services judiciaires. Mais cette hausse n'est pas un effet statistique lié à cette relative libération de la parole. Le rapport 2023 de SOS Homophobie met ainsi en avant une « augmentation de 5 % par rapport à 2021 » des cas d'homophobie, avec notamment une hausse importante des cas de transphobie, et note « 26 % de cas en plus en 2022 par rapport à 2021, contre 13 % en plus en 2021 par rapport à 2020 » (SOS Homophobie, 2023, p. 26).

16 Voir le QSP n°47 sur la question, Alessandrini A. (2023), « La santé des personnes trans », QSP, n°47, IReSP.

de la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie qui a impulsé une stratégie nationale de prévention du suicide¹⁷. Il s'agit notamment de la prise en charge partielle de la psychothérapie auprès d'un psychologue libéral dans le cadre du dispositif Mon Soutien Psy, de la mise en place d'un numéro national de prévention du suicide et d'orientation (3114) et de la généralisation du dispositif de prévention de la récurrence suicidaire Vigilans qui vise au « recontact » systématique des patients pris en charge

pour une tentative de suicide après leur sortie d'hospitalisation. En outre, le programme Papageno, introduit il y a 10 ans sur le territoire national, forme les journalistes et communicants dans le but de prévenir l'effet de contamination suicidaire qui peut faire suite au traitement médiatique sensationnaliste du suicide d'une personnalité publique¹⁸. Le programme se fonde sur des directives de l'OMS également adoptées dans plusieurs pays voisins (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240076846>).

À l'international, il est intéressant de comparer les différentes stratégies nationales de prévention du suicide, le Gouvernement Écossais développe par exemple pour 2022-2032 une stratégie interministérielle qui va de l'action en amont sur les addictions et la précarité jusqu'au déploiement d'interventions de support pour les personnes présentant des pensées suicidaires ; de nombreux pans de cette stratégie repose sur l'implication d'associations de patients et de personnes pourvues d'un savoir expérientiel¹⁹

17 Voir https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/2024-02-02_plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide.pdf

18 Voir <https://papageno-suicide.com/>

19 Voir notamment <https://www.gov.scot/publications/creating-hope-together-scotlands-suicide-prevention-strategy-2022-2032/>

RÉFÉRENCES

- Alessandrin A. (2023), « La santé des personnes trans », QSP, n° 47, IReSP
- American Psychological Association. (2023). Health Advisory on Social Media Use in Adolescence. American Psychological Association. Retrieved from <https://www.apa.org/topics/social-media-internet/health-advisory-adolescent-social-media-use.pdf>
- Anguis M., Cases C., & Surault P. (2002), « L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », *Etudes et Résultats*, n° 185.
- Aouba A. et al. (2011), « Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, n° 47-48, p. 497-500
- Baiden P. et al. (2022), « Perceived racial discrimination and suicidal behaviors among racial and ethnic minority adolescents in the United States: Findings from the 2021 adolescent behaviors and experiences survey », *Psychiatry Research*, Volume 317.
- Balard F., Voléry I., & Fornezzo E. (2020), « La construction du suicide des personnes âgées comme problème public », *Gérontologie et société*, vol. 42/163, n° 3, 2020, p. 187-204.
- Baudelot C. & Establet R. (1984), « Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social », *Economie et statistique*, n° 168, p. 59-70.
- Baudelot C. & Establet R. (2006), *Suicide. L'envers de notre monde*, Paris, Seuil.
- Beck F., Firdion J.-M., Legleye S. & Schiltz M.-A. (2014), *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. Acquis des sciences sociales et perspectives*, INPES.
- Berggren N. (1997), « Rhetoric or reality? An economic analysis of the effects of religion in Sweden », *The Journal of Socio-Economics*. vol. 26, n° 6.
- Bousquet-Bérard, C., Pascal, A. (2024). *Enfants et écrans. À la recherche du temps perdu*. Rapport officiel, Présidence de la République, remis le 30 avril 2024.
- Brossard B. (2014), *Se blesser soi-même. Une jeunesse autoconstruite*, Paris, Alma éditeur, coll. « Essai sociologie ».
- Cambois E., Laborde C. & Robine J.-M. (2008), « La double peine des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte », *Population & Société*, n° 441.

- Campéon A. (2013), « Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchuée ? », *Interrogations*, n° 14.
- Canetto S. (1992), « Gender and suicide in the elderly », *Suicide Life Threat Behav.* vol. 22, n° 1, p. 80-97.
- Canetto S. & Sakinofsky I. (1998), « The gender paradox in suicide », *Suicide and life-time threatening behavior*, n° 1, p. 1 à 23.
- Canetto S. (2015), « Suicidal Behaviors Among Muslim Women », *Crisis*, vol. 36, n° 6, p. 447-458
- Casadebaig F. et al. (2003), « Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 51, n° 1, p. 55-64.
- Couraud A. (2023), *Violences dans les espaces publics. Une approche croisée par le genre et le handicap*, Université Paris 1 Panthéon Sorbonne, Mémoire de socio-démographie.
- Cousteaux A.-S. & Pan Ké Shon J.-L. (2008), « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique », *Revue française de Sociologie*, n° 1, p. 53 à 92.
- DeCou CR, Schumann ME. (2018), « On the latrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis ». *Suicide Life Threat Behav.* vol. 48, n° 5, p. 531-543.
- Deffontaines N. (2020), « Le suicide fataliste revisité », *Sociologie [En ligne]*, n° 2, vol. 11, Mis en ligne le 8 mai 2020, consulté le 16 avril 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/6949>
- Demazière D. (2017), « Les femmes et le chômage. Quelles spécificités et quelles variétés des expériences vécues ? » *SociologieS*.
- Devries K.M., Mak J.-Y., Child J.-C., Falder G., Bacchus L.J., Astbury J. & Watts C.H. (2014), « Childhood Sexual Abuse and Suicidal Behavior: A Meta-analysis », *Pediatrics* n° 133, p. 1331-1344.
- Durkheim E. ([1895] 1993), *Les Règles de la méthode sociologique*, Presses universitaires de France, coll. Quadrige.
- Durkheim E. ([1897] 2009), *Le suicide*, Paris, Editions Payot.
- Dussy D. (2013), *Le berceau des dominations. Anthropologie de l'inceste*, livre 1, Marseille, Éditions La discussion.
- El Khoury Lesueur F., Léon C., Heron M., Sitbon A., Velter A. ; le groupe Baromètre de Santé publique France 2017 (2021), « Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du Baromètre de Santé publique France 2017 ». *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*.
- Farache J. (2016). *L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner*. Paris, France : La Doc-

- umentation française, coll. Les avis du Conseil économique, social et environnemental.
- Fouillet A., Pontais I., Caserio-Schönemann C., Martin D., Rey G. (2022), « Fiche 1 - Surveillance réactive des suicides pendant l'épidémie de Covid-19 en France (janvier 2020-mars 2021) », *Observatoire National du Suicide*, 5^e rapport, p. 143-152.
- Fountoulakis K. N., Chatzikosta I., Pasiadis K. et al. (2016), « Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000-2012 », *Annals of General Psychiatry*.
- Hamel, C., Debauche, A., Brown, E., Lebugle, A., Lejbowicz, T., Mazuy, M. & Dupuis, J. (2016). Viols et agressions sexuelles en France : premiers résultats de l'enquête Virage. *Population & Sociétés*, 538, 1-4. <https://doi.org/10.3917/popso.538.0001>
- Hawton, K., Knipe, D., & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *The Lancet Public Health*.
- Hazo, J.-B. & Boulch, A. (2022), « Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020, mais des inégalités sociales persistantes », *Études et résultats*, Drees, n° 1233, p. 1-8.
- Hazo J.-B., Vuagnat A. & Pirard P. (2024), « Hospitalisations pour lésion auto-infligée dans les bases PMSI et RPU nationales : de fortes hausses en 2021-2022 chez les jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans ».
- Herman G. (2007), *Travail, chômage et stigmatisation. Une analyse psychosociale*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Jenik C. (2022), *Les pays les plus (et les moins) religieux au monde*. Religion. Statista.
- Ipsos (2023), *Global Religion 2023. Religious Beliefs Across the World*. A 26-country Global Advisor survey.
- Léon C., du Roscoët E. & Beck F. (2024), « Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021 ». *Bull. Épidémiol. Hebd.*, n° 3, p. 42-56.
- Kelly L. (2019), « Le continuum de la violence sexuelle », *Cahiers du Genre*, vol. 66, n° 1, p. 17-36.
- Keyes, K.M., Platt, J.M. (2024). Annual research review: sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century—trends, causes, consequences. *Journal of child psychology and psychiatry*, 65(4), p. 384-407.
- Klonsky ED, Victor SE, Saffer BY. (2014), "Nonsuicidal self-injury: what we know, and what we need to know." *Can J Psychiatry*. 2014 Nov;59(11):565-8.

43. Lasgaard, M., Goossens, L., Bramsen, R.H., Trillingsgaard, T., Elklit, A. (2011). *Different sources of loneliness are associated with different forms of psychopathology in adolescence*. *Journal of Research in Personality*.
44. Lawrence R. E., Oquendo M. A. & Stanley B. (2016), « Religion and Suicide Risk: A Systematic Review », *Archives of Suicide Research*.
45. Liu M, Kamper-DeMarco KE, Zhang J, Xiao J, Dong D, Xue P. Time Spent on Social Media and Risk of Depression in Adolescents: A Dose-Response Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 24;19(9):5164. doi: 10.3390/ijerph19095164. PMID: 35564559; PMCID: PMC9103874.
46. Marsicano E., Bajos N. & Pousson J.-E. (2023), « Violences sexuelles durant l'enfance et l'adolescence : des agressions familiales dont on parle peu », *Population et Sociétés*, n° 612.
47. Martin H. (2022), « Après plusieurs décennies de forte progression, le taux d'emploi des femmes commence à stagner en France », *Population et Sociétés*, n° 606
48. Matsubayashi, T., & Ueda, M. (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social science & medicine*, 73(9), 1395-1400.
49. McClelland, H., Evans, J.J., O'Connor, R.C. (2022). *The association of family, social and romantic loneliness in relation to suicidal ideation and self-injurious behaviours*. *Journal of Psychiatric Research*.
50. McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., et al. The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 2024, vol. 11, n° 9, p. 731-774.
51. Mette C. (2015), « Chômage et santé mentale, des liens ambivalents », *Dares, Dares Analyses*, n°67, p. 1-6.
52. Millares Martin P. (2020), « Medical certificate of cause of death: Looking for an European single standard », *Journal of Forensic and Legal Medicine*.

53. Norko M. A., Freeman D., Phillips J., Hunter W., Lewis R. & Viswanathan, R. (2017), « Can Religion Protect Against Suicide ? », *Journal of Nervous and Mental Disease*.
54. Observatoire National du Suicide (2020), *Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, 4^e rapport.
55. Observatoire National du Suicide (2022), *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport.
56. Paugam S. (2006), « L'épreuve du chômage: une rupture cumulative des liens sociaux ? », *Revue européenne des sciences sociales*, n° 3, p. 11-27.
57. Pirkis, J., Bantjes, J., Dandona, R., et al. Addressing key risk factors for suicide at a societal level. *The Lancet Public Health*, 2024.
58. Pisu F. (2018), *Des tentatives de suicide à leur prise en charge à l'hôpital. Une sociologie des urgences*, Université Paris Descartes, Thèse de sociologie.
59. Rey G. (2022), « Fiche 14. Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017 », *Observatoire National du Suicide*, 5^e rapport, p. 253-259.
60. Rouquette A., Davaisse-Paturet C. & Hazo J.-B. (2022), « Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov », *Observatoire National du Suicide*, 5^e rapport, p. 193-204.
61. Scodellaro C. (2022), « Fiche 15. Violences sexuelles et tentatives de suicide », *Observatoire National du Suicide*, 5^e rapport, p. 260-267.
62. Scodellaro C. (2024), « Violences sexuelles et santé mentale », *Les lundis de l'INED*, 22 janvier 2024.
63. Spallek, J. et al. (2015), « Suicide among immigrants in Europe – a systematic literature review », *European Journal of Public Health*, vol. 25, n° 1, p. 63-71.

64. Stack, S. (2021). Contributing factors to suicide: Political, social, cultural and economic. *Preventive medicine*, 152, 106498.
65. Sterchele C. (2022), « Fiche 17. Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 », *Observatoire National du Suicide*, 5^e rapport, p. 273-284.
66. Van Praag H. M. (2009), « The role of religion in suicide prevention », *Oxford Textbooks of Suicidologie and Suicide Prevention*.
67. Värnik P., et al. (2010), « Suicide registration in eight European countries: A qualitative analysis of procedures and practices », *Forensic Science International*, vol. 202, n° 1-3.
68. Veale J., Watson R., Peter T., et Saewyc E. (2017), « Mental health disparities among Canadian transgender youth », *Journal of Adolescent Health*, vol. 60, n° 1, p. 44-49.
69. Whitlock, J., Pietrusza, C. & Purington, A. (2013). Young Adult Respondent Experiences of Disclosing Self-Injury, Suicide-Related Behavior, and Psychological Distress in a Web-Based Survey. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 20-32. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748405>
70. World Health Organisation. *Global status report on alcohol and health 2018*. WHO, 2018.

Remerciements

L'IReSP remercie tout particulièrement le lecteur extérieur qui a accepté de mettre à profit son expertise sur la thématique développée afin de relire ce numéro.

PRÉSENTATION DE L'INSTITUT POUR LA RECHERCHE EN SANTÉ PUBLIQUE

L'Institut pour la Recherche en Santé Publique (IReSP) est un groupement d'intérêt scientifique (GIS) associant 13 membres. Depuis le 5 avril 2024, il est placé sous la direction de Robert Barouki.

L'IReSP a pour objectif le développement, la structuration et la promotion de la recherche française en Santé Publique afin de renforcer les interventions et politiques visant à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. L'Institut soutient notamment la recherche en promotion de la santé et prévention, la recherche sur les services et politiques de santé, la recherche en santé publique et sciences humaines et sociales relatives à l'autonomie en lien avec l'âge et en lien avec le handicap.

L'objectif général se décline au travers de 5 missions :
■ développer et animer les échanges entre les décideurs publics, les institutions impliquées dans la recherche et la surveillance en santé publique,

les chercheurs et les autres acteurs intéressés aux enjeux de santé publique ;

■ contribuer à l'animation et à la coordination des communautés de recherche en santé publique ;

■ élaborer et gérer des Appels à Projets ;

■ accroître la visibilité et faciliter l'accès aux résultats de la recherche en santé publique à un large public ;

■ promouvoir l'association des parties prenantes aux démarches de recherche notamment dans une perspective de recherche participative.

Afin de pallier le manque de visibilité des résultats de la recherche en Santé Publique en France, l'IReSP a décidé de créer ce bulletin trimestriel à large diffusion intitulé *Questions de Santé Publique*. Chaque trimestre, un sujet de recherche en Santé Publique intéressant le grand public est traité par un ou plusieurs chercheurs.

MEMBRES DU GIS IRES P

Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM), Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS), Direction Générale de la Santé (DGS), Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), Direction générale de la Recherche et de l'Innovation (DGR), Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm), Institut National du Cancer (INCa), Institut National d'Études Démographiques (INED), Institut de Recherche pour le Développement (IRD), Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives (Mildeca), Santé publique France.

Cet article ainsi que les précédents numéros de *Questions de Santé Publique* sont téléchargeables sur le site internet de l'IReSP : www.iresp.net