

Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes // Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France

Coordination scientifique // *Scientific coordination*

Christine Chan-Chee et Enguerrand du Roscoät, Santé publique France, Saint-Maurice, France

> SOMMAIRE // Contents

ÉDITORIAL // Editorial

Prévention du suicide :
l'évaluation est indispensable
// Suicide prevention: Evaluation is essentialp. 36

Pierre Thomas

Professeur de psychiatrie, Faculté de médecine,
Université de Lille, France

ARTICLE // Article

Baromètre de Santé publique France 2017 :
tentatives de suicide et pensées
suicidaires chez les 18-75 ans
// Santé Publique France Health
Barometer 2017: Suicidal attempts and suicidal
ideation among the 18-75 years-oldp. 38

Christophe Léon et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Les hospitalisations pour tentative de suicide
dans les établissements de soins de courte
durée : évolution entre 2008 et 2017
// Hospitalizations for attempted suicide
in acute care facilities in France:
Trends between 2008 and 2017p. 48

Christine Chan-Chee

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Causes associées aux suicides
dans les certificats de décès.
Analyse des certificats médicaux
de décès, France, 2000-2014
// Causes associated with suicide in death
certificates. Analysis of death certificates
in France, 2000-2014p. 55

Catherine Ha et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

FOCUS // Focus

Étude de faisabilité de la mise
en place d'un système de surveillance
des suicides basé sur les données
des instituts médico-légaux
// Feasibility study of the implementation
of suicide surveillance system based on data
from forensic institutesp. 63

Virginie Gigonzac et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ARTICLE // Article

Pensées suicidaires dans la population
active occupée en France en 2017
// Suicidal ideation among the working
population in France in 2017p. 65

Pauline Delézire et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

(Suite page 36)

La reproduction (totale ou partielle) du BEH est soumise à l'accord préalable de Santé publique France. Conformément à l'article L. 122-5 du code de la propriété intellectuelle, les courtes citations ne sont pas soumises à autorisation préalable, sous réserve que soient indiqués clairement le nom de l'auteur et la source, et qu'elles ne portent pas atteinte à l'intégrité et à l'esprit de l'oeuvre. Les atteintes au droit d'auteur attaché au BEH sont passibles d'un contentieux devant la juridiction compétente.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://invs.santepubliquefrance.fr>

Directeur de la publication : François Bourdillon, directeur général de Santé publique France
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, Santé publique France, redaction@santepubliquefrance.fr
Rédactrice en chef adjointe : Jocelyne Rajnchapel-Messai
Secrétariat de rédaction : Marie-Martine Khamassi, Farida Mihoub
Comité de rédaction : Isabelle Bonmarin, Santé publique France; Sandrine Danet, HCAAM; Anne Guinard/Damien Mouly, Santé publique France, Cire Occitanie; Bertrand Gagnière, Santé publique France, Cire Bretagne; Isabelle Grémy, ORS Ile-de-France; Romain Guignard, Santé publique France; Françoise Hamers, Santé publique France; Nathalie Jourdan-Da Silva, Santé publique France; Philippe Magne, Santé publique France; Valérie Olié, Santé publique France; Sylvie Rey, Drees; Annabel Rigou, Santé publique France; Hélène Therre, Santé publique France; Sophie Vaux, Santé publique France; Isabelle Villena, CHU Reims.
Santé publique France - Site Internet : <http://www.santepubliquefrance.fr>
Préresse : Jouve
ISSN : 1953-8030

ARTICLE // Article

Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011
// Suicide attempts, suicidal thoughts and use of psychoactive substances among 17-year-old French adolescents. First results of the ESCAPAD 2017 survey and changes since 2011 p. 74

Eric Janssen et coll.

*Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT),
La Plaine Saint-Denis, France*

FOCUS // Focus

Activité des associations de prévention et d'aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide
// Activity of prevention and remote support services associations in the field of suicide prevention in France p. 83

Christine Chan-Chee et coll.

Santé publique France, Saint-Maurice, France

ÉDITORIAL // Editorial

PRÉVENTION DU SUICIDE : L'ÉVALUATION EST INDISPENSABLE

// SUICIDE PREVENTION: EVALUATION IS ESSENTIAL

Pierre Thomas

Professeur de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Lille, France

Avec plus d'un million de décès chaque année, le suicide est la 14^e cause de mortalité dans le monde, et ce chiffre devrait augmenter de 50%, pour en devenir la 12^e cause d'ici 2030¹. Il s'agit évidemment d'un problème majeur de santé publique. C'est pourquoi la prévention du suicide devrait toujours être une priorité, même dans les pays où les taux de suicide sont plus bas.

Chaque suicide est en effet une catastrophe, à l'origine de beaucoup de douleur et de traumatismes chez les proches, et il peut être l'un des événements les plus pénibles auxquels sont confrontés les professionnels de santé. On considère qu'un suicide endeuille en moyenne sept proches et impacte plus de 20 personnes. Or, il est démontré que le risque de suicide augmente significativement dans l'entourage d'une personne suicidée (famille, camarades de classe, collègues de travail, etc.), observation qui a conduit à développer l'idée de la contagion suicidaire et à mettre en œuvre des moyens pour lutter contre cette contagion.

Plusieurs États ont soutenu des initiatives visant à réduire le suicide, dont certaines se sont avérées efficaces. Efficaces car mesurées et évaluées, non seulement en termes de diminution de la mortalité et de l'impact sur les proches, mais aussi en prenant en compte les conséquences médico-économiques dues aux coûts directs et indirects d'une seule vie perdue.

Le suicide est un phénomène complexe, qui se détermine dans l'interaction de divers facteurs. Ces déterminants, biologiques, psychologiques et environnementaux, sont de mieux en mieux

connus. Ils permettent d'identifier des populations vulnérables chez qui les idées suicidaires sont davantage susceptibles d'émerger et la crise suicidaire de se produire lorsque apparaissent des situations de tension individuelles, familiales, relationnelles ou socioéconomiques.

Les études épidémiologiques de ces 20 dernières années ont permis d'identifier les facteurs permettant de diminuer la mortalité et la morbidité suicidaire de façon efficace. Les idées suicidaires et des antécédents personnels de comportement suicidaire comptent parmi les facteurs de risque de suicide les plus saillants à court et à long terme. La majorité des suicides surviennent généralement dans le contexte d'un trouble psychiatrique, surtout la dépression.

Le groupe de travail « Prévention du suicide », constitué en 2016 par la Direction générale de la Santé, a fait des propositions stratégiques qui ciblent les personnes les plus à risque et fixent des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicide et de tentatives de suicide. Plusieurs actions sont mises en avant comme : diminuer l'accès aux moyens létaux, aux armes à feu bien sûr, mais aussi œuvrer pour rendre plus difficile l'accès à un hot spot (c'est-à-dire un lieu connu pour attirer les suicidaires comme le Golden Gate Bridge à San Francisco, les falaises d'Étretat, les parties accessibles des voies ferrées...) ; il s'agit aussi de créer ou maintenir le lien avec les populations vulnérables, ce que propose le dispositif Vigilans (<http://dispositifvigilans.org>), par exemple, au moyen du recontact des suicidants ; de prévenir la contagion suicidaire de proximité ainsi que la contagion médiatique, objectifs

du programme Papageno : <https://papageno-suicide.com> ; de sensibiliser le public au repérage et de former les professionnels de santé à l'évaluation et à la prise en charge du risque suicidaire. En effet, les professionnels de santé doivent être informés des facteurs de risque et des signes avant-coureurs du suicide, car de nombreux sujets en crise suicidaire tentent de demander de l'aide.

La prévention du suicide est donc une priorité, et les actions ayant fait leurs preuves doivent être mises en œuvre. Des objectifs quantifiés permettant d'évaluer et d'interroger régulièrement l'efficacité et la fiabilité de ces actions sont indispensables. À cette fin, il est nécessaire de se doter d'outils permettant de mesurer la mortalité et la morbidité liées au suicide. C'est l'objet même de ce numéro du BEH que de promouvoir des méthodes pour une meilleure évaluation de la mortalité, de la morbidité et des causes associées à l'acte suicidaire, dans le but de fonder et renforcer les stratégies de prévention.

À ce jour, par exemple, l'information renseignée par les médecins certificateurs qui alimente les bases de données du CépiDc-Inserm n'est pas suffisante pour étudier les causes de décès associées aux suicides (C. Ha et coll. ; V. Gigonzac et coll.). Il semble que les perspectives d'exploitation des données des bases

médico-administratives du système national des données de santé (SNDS) permettent de surmonter plusieurs biais d'information. L'évolution des idées suicidaires et de la suicidalité est actuellement mesurée par le Baromètre de Santé publique France chez les adultes (C. Léon et coll. ; P. Delézire et coll.), chez les adolescents *via* des enquêtes régulièrement répétées (E. Janssen et coll.), ainsi que grâce aux données d'hospitalisations pour tentative de suicide (C. Chan-Chee). Ces outils sont indispensables pour évaluer et améliorer l'efficacité des dispositifs de prévention et de recontact. De même, la question de l'évaluation des dispositifs d'écoute (C. Chan-Chee et coll.) devient l'occasion d'une réflexion sur l'évolution de ces dispositifs, entre respect de l'anonymat des appelants et nécessité d'intervenir dans les situations de détresse aiguë. ■

Référence

[1] Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med.* 2006;3(11):e442.

Citer cet article

Thomas P. Éditorial. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(3-4):36-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html

BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017 : TENTATIVES DE SUICIDE ET PENSÉES SUICIDAIRES CHEZ LES 18-75 ANS

// SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017: SUICIDAL ATTEMPTS AND SUICIDAL IDEATION AMONG THE 18-75 YEARS-OLD

Christophe Léon (christophe.leon@santepubliquefrance.fr), Christine Chan-Chee, Enguerrand du Roscoät, et le groupe Baromètre de Santé publique France 2017*

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Groupe Baromètre de Santé publique France 2017 : Raphaël Andler, Chloé Cogordan, Romain Guignard, Christophe Léon, Viêt Nguyen-Thanh, Anne Pasquereau, Jean-Baptiste Richard, Maëlle Robert.

Soumis le 14.09.2018 // Date of submission: 09.14.2018

Résumé // Abstract

Introduction – La France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe. Ce constat a amené les pouvoirs publics à réinscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiques, et à fixer des objectifs quantifiés de réduction du nombre de suicide et de tentatives de suicide. L'objectif de ce travail est de présenter une actualisation de la prévalence des comportements suicidaires en France métropolitaine en 2017, d'identifier les populations concernées et d'observer les évolutions depuis 2000.

Méthodes – En 2017, le Baromètre de Santé publique France a interrogé 25 319 personnes de 18 à 75 ans par Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati) selon un sondage aléatoire. Les variables d'intérêt de l'étude sont les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ainsi que les tentatives de suicide au cours de la vie et des 12 derniers mois.

Résultats – En 2017, 4,7% des 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois, 7,2% avaient tenté de se suicider au cours de leur vie et 0,39% au cours de l'année. Le suivi des indicateurs dans le temps ne permet pas d'appréhender une évolution claire des conduites suicidaires depuis les années 2000. Le fait d'être une femme, les situations financières difficiles, le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf, l'inactivité professionnelle ainsi que les événements traumatisants sont associés aux comportements suicidaires. Le facteur le plus associé aux pensées suicidaires est d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année (ORa=8,3 pour les hommes et 6,6 pour les femmes).

Discussion – Nos résultats confirment l'intérêt d'engager une politique de prévention du suicide ciblée sur les personnes à haut risque et d'intervenir en amont de la crise suicidaire, dans une logique de repérage et de prise en charge précoce des situations de souffrance psychique. Ils plaident également pour une prise en charge multidisciplinaire et intersectorielle (sanitaire, sociale, médicosociale), en particulier à destination des populations vulnérables.

Introduction – France has one of the highest suicide rates in Europe. This finding has led the public authorities to inscribe suicide prevention as part of an overall strategy of mental health promotion and prevention of mental disorders, to set quantified targets for reduction of the number of suicide and suicide attempts. The aim of this work is to present an update of the prevalence of suicidal behavior in metropolitan France in 2017, to identify the populations concerned and to observe changes since 2000.

Methods – In 2017, the Santé publique France Health Barometer surveyed 25,319 randomly selected people aged 18 to 75 by Computer Assisted Telephone Interview (CATI). The variables of interest in the study were 12 month suicidal thoughts, lifetime and 12 months suicide attempts.

Results – In 2017, 4.7% of people aged 18 to 75 declared having considered suicide in the last 12 months, 7.2% had attempted suicide during their lifetime and 0.39% during the past year. Monitoring of the indicators over the years did not show a clear trend in suicidal behaviors since 2000's. Being a woman, having financial difficulties, being single, divorced or widowed, being inactive professionally and declaring traumatic events are all associated with suicidal behaviors. The factor most strongly associated with suicidal is having had a major depressive episode during the year (ORa=8.3 for men and 6.6 for women).

Discussion – Our results confirm the importance of initiating a suicide prevention policy targeted at high-risk individuals and early intervention before the suicidal crisis, with identification and early care for the psychologically distressed. Furthermore, multidisciplinary and intersectorial care (health, social, medico-social) should be implemented, especially for vulnerable populations.

Mots-clés : Comportements suicidaires, Santé mentale, Enquête, Population générale, Prévention
// **Keywords**: Suicidal behaviors, Mental health, Survey, General population, Prevention

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 800 000 décès sont attribuables chaque année à un suicide dans le monde¹. En France métropolitaine, les dernières données disponibles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) font état de 8 948 décès par suicide en 2015. Même si leur nombre est en diminution ces dernières années, la France présente, parmi les pays européens, un des taux de suicide les plus élevés, derrière les pays de l'Est, la Finlande et la Belgique⁽¹⁾.

Dans ce contexte, un programme national d'action contre le suicide a été mis en place sur la période 2011-2014 afin de mieux comprendre, prévenir et prendre en charge ce phénomène². En 2013, la création de l'Observatoire national du suicide (ONS) est venue consolider et appuyer cette perspective. Plus récemment, la Stratégie nationale de santé a inscrit la santé mentale comme un enjeu prioritaire et a présenté ses orientations dans un plan national « Priorité Prévention ». Une feuille de route santé mentale et psychiatrie publiée le 18 juin 2018 par le ministère de la Santé en précise la déclinaison opérationnelle, dont le premier axe stratégique vise à « *Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide* »⁽²⁾. Il s'agit d'une part de réinscrire la prévention du suicide dans une stratégie globale de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles psychiatriques (impliqués dans la majorité des passages à l'acte suicidaire) et, d'autre part, de réduire à court terme la prévalence des tentatives de suicide et des décès par suicide³ en ciblant les personnes les plus à risque de passage à l'acte suicidaire (personnes suicidaires et personnes avec antécédent de tentative de suicide) à partir d'un ensemble d'actions présentées comme efficaces dans la littérature scientifique.

En France, la surveillance des tentatives de suicide (TS) est effectuée principalement à partir des bases médico-administratives de recours aux soins^{4,5}. Collectées de façon routinière et systématique, ces données ont l'avantage d'être disponibles rapidement et de couvrir tout le territoire. Cependant, toutes les TS ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et, pour estimer la prévalence du risque suicidaire dans la population, la seule possibilité reste l'interrogation directe des suicidants par le biais d'enquêtes déclaratives en population générale. Les enquêtes Baromètres de Santé publique France constituent donc ce complément indispensable aux données de surveillance^{6,7} : elles permettent de mesurer des prévalences sur les comportements

suicidaires (idéations et TS) en population générale, de caractériser les populations les plus exposées et d'approfondir l'étude des facteurs qui y sont associés. La littérature confirme le fort lien existant, notamment en termes de pronostic, entre pensées suicidaires, TS et suicide, justifiant de ce fait de l'attention portée à de tels indicateurs^{8,9}.

Ce travail présente une actualisation de l'estimation de la prévalence des pensées suicidaires et TS en population générale âgée de 18 à 75 ans, résidant en France métropolitaine, à partir de l'exploitation des données du Baromètre de Santé publique France 2017. Les évolutions sur la période 2000-2017, ainsi que les associations avec les facteurs socio-démographiques et les événements intervenus au cours de la vie ou dans l'année, sont également analysées. Enfin, des données relatives aux contextes liés aux TS et aux pensées suicidaires ainsi qu'au recours aux soins sont présentées.

Matériels et méthode

Sources de données

Les données de l'enquête Baromètre de Santé publique France 2017 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). L'objectif était de constituer un échantillon représentatif de l'ensemble des personnes de 18-75 ans vivant en France métropolitaine en ménage ordinaire et parlant le français. La passation du questionnaire a duré en moyenne 30 minutes et le taux de participation a été de 48,5%. Le protocole d'enquête a reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

La méthode détaillée de l'enquête ainsi que le questionnaire sont téléchargeables à partir de l'adresse : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/barometre-sante-2017/index.asp>

Les évolutions des comportements suicidaires ont été étudiées par rapport aux Baromètres des années 2000, 2005, 2010 et 2014 dont la méthodologie de recueil était comparable.

Variables

Les variables d'intérêt de l'étude sont les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, ainsi que les TS au cours de la vie et des 12 derniers mois. Pour estimer les prévalences, l'enquête s'appuie depuis 2000 sur des questions pour lesquelles la personne interrogée doit répondre, le plus souvent par oui ou par non, avec la possibilité de refuser si elle le souhaite (Encadré).

Les variables sociodémographiques analysées sont : le sexe, l'âge en six tranches (18-24 ans ; 25-34 ans ; 35-44 ans ; 45-54 ans ; 55-64 ans ; 65-75 ans), le niveau de diplôme (inférieur au Bac ; équivalent au Bac ; supérieur au Bac), le statut matrimonial (marié ou pacsé ;

⁽¹⁾ [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2014_\(per_100_000_inhabitants\)_YB17-fr.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Causes_of_death_%E2%80%94_standardised_death_rate,_2014_(per_100_000_inhabitants)_YB17-fr.png)

⁽²⁾ <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>

Pensées suicidaires : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? », « Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ? » et « En avez-vous parlé à quelqu'un ? » ; si oui, « À qui en avez-vous parlé ? ».

« **Était-ce plutôt en rapport avec ...** » des raisons : professionnelles, liées à la scolarité (étudiants), sentimentales, familiales, de santé, financières ?

Tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » ; « Combien de fois cela vous est-il arrivé ? » ; « Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? » et « Quel âge aviez-vous lors de cette tentative ? ».

Recours aux soins et hospitalisation suite à la dernière tentative : « Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir ? » ; « Êtes-vous allé à l'hôpital / avez-vous été suivi par un médecin ou un « psy » / en avez-vous parlé à quelqu'un d'autre qu'un médecin ou un « psy » ? » et « Si vous avez été à l'hôpital, avez-vous été hospitalisé pendant au moins une nuit ? ».

« **Aviez-vous fait cette tentative pour ...** » des raisons : professionnelles, liées à la scolarité (étudiants), sentimentales, familiales, de santé.

célibataire ou en concubinage ou en union libre ; divorcé ; veuf), la situation professionnelle (travail ; chômage ; autres inactifs) et la situation financière perçue (à l'aise, ça va ; c'est juste ; c'est difficile, n'y arrive pas sans faire de dettes). Certains événements intervenus dans la vie ou dans l'année ont également été analysés : perte ou maladie d'un proche, climat familial difficile, problèmes d'argent, violences, séparation/divorce, épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois.

Analyses statistiques

Les données ont été pondérées en fonction du 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)⁽³⁾. La même méthode a été appliquée aux données des Baromètres des années précédentes.

Les proportions ont été comparées par le test d'indépendance (Chi2 de Pearson), avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%. Des régressions logistiques stratifiées selon le sexe 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 variables d'intérêt de notre étude et les variables socio-démographiques ainsi que les événements de vie ; l'existence de ce lien a été évaluée à l'aide de l'odds ratio ajusté (ORa) et mesurée par le test de Wald avec un seuil maximal de significativité fixé à 5%.

Les analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® (version 13.1 SE).

Résultats

Les échantillons analysés comprenaient 25 319 personnes âgées de 18 à 75 ans en 2017, 12 588 en 2000, 24 602 en 2005, 25 034 en 2010 et 15 186 en 2014.

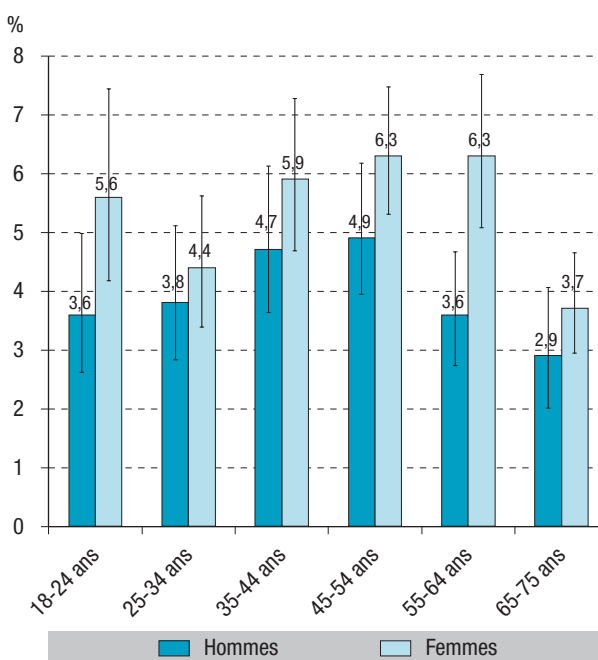
Les pensées suicidaires

En 2017, 4,7% [4,4-5,1] (n=1 148) des personnes de 18-75 ans déclaraient avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Les femmes (5,4%) étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes (4,0%) à le déclarer (p<0,001). Malgré des différences marquées pour chacune des tranches d'âge analysées, seule la tranche des 55-64 ans présentait une différence significative entre les hommes et les femmes (figure 1).

Pour les personnes concernées, les pensées suicidaires étaient principalement liées à des raisons « familiales » (41,4%), « sentimentales » (32,3%),

Figure 1

Prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 18-75 ans selon le sexe et la classe d'âge, France métropolitaine, 2017



Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

⁽³⁾ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2841366>

« professionnelles » (27,6%), « financières » (23,7%) et de « de santé » (23,7%). Les pensées suicidaires des femmes étaient davantage associées à des raisons « familiales » que celles des hommes (48,3% vs 31,6% ; $p < 0,001$), tandis que les pensées suicidaires des hommes étaient plus souvent associées à des raisons « professionnelles » (31,5% vs 24,8% des femmes ; $p < 0,05$). Selon l'âge, les 18-34 ans citaient davantage des raisons « sentimentales » (53,8% pour les 18-24 ans ; $p < 0,001$ par rapport aux autres tranches d'âge, et 44,9% pour les 25-34 ans ; $p < 0,01$) ; les 45-54 ans citaient davantage des raisons « professionnelles » (37,6% ; $p < 0,001$) et les 65-75 ans des raisons « de santé » (36,8% ; $p < 0,01$).

Au total, 70,9% (66,1% pour les hommes vs 74,3% pour les femmes ; $p < 0,05$) des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre, et environ la moitié (47,3%) en a parlé à quelqu'un (40,8% des hommes vs 51,9% des femmes ; $p < 0,01$) ; la personne privilégiée pour en parler était un professionnel de santé (54,0%), puis un membre de sa famille (46,2%) ou encore un ami (40,8%).

Il est difficile de comparer ces données avec celles observées en 2000 et 2005, dans la mesure où la question posée était alors moins spécifique. Dans les Baromètres 2000 et 2005, les personnes étaient interrogées sur le fait d'avoir « pensé au suicide », ce qui concernait respectivement 5,9% et 5,2% de la population âgée de 18 à 75 ans. Sur la période 2010-2017, où ils devaient répondre à la question « Avez-vous pensé à vous suicider ? », la prévalence est restée stable chez les hommes alors qu'elle a connu une augmentation chez les femmes, passant de 4,5% à 5,4% ($p < 0,01$) (figure 2).

D'autres caractéristiques que le fait d'être une femme étaient associées aux pensées suicidaires au cours de l'année. Les facteurs les plus fortement liés différaient peu selon le sexe (tableau 1). Les hommes de 35-54 ans et les femmes de 55-64 ans apparaissaient

plus concernés que les autres tranches d'âge. L'analyse selon le niveau de diplôme montre que les femmes ayant un diplôme supérieur au Bac étaient plus à risque d'avoir des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ($ORa=1,3$; $p < 0,05$) que celles ayant un diplôme inférieur, ce qui n'était pas le cas chez les hommes. Le chômage n'apparaît pas discriminant dans notre étude ; cependant, chez les hommes seulement, une tendance semble l'associer aux idéations suicidaires ($ORa=1,5$; $p=0,067$). Le fait d'être inactif au sens large, les difficultés financières perçues et le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf étaient associés aux pensées suicidaires pour les hommes et les femmes.

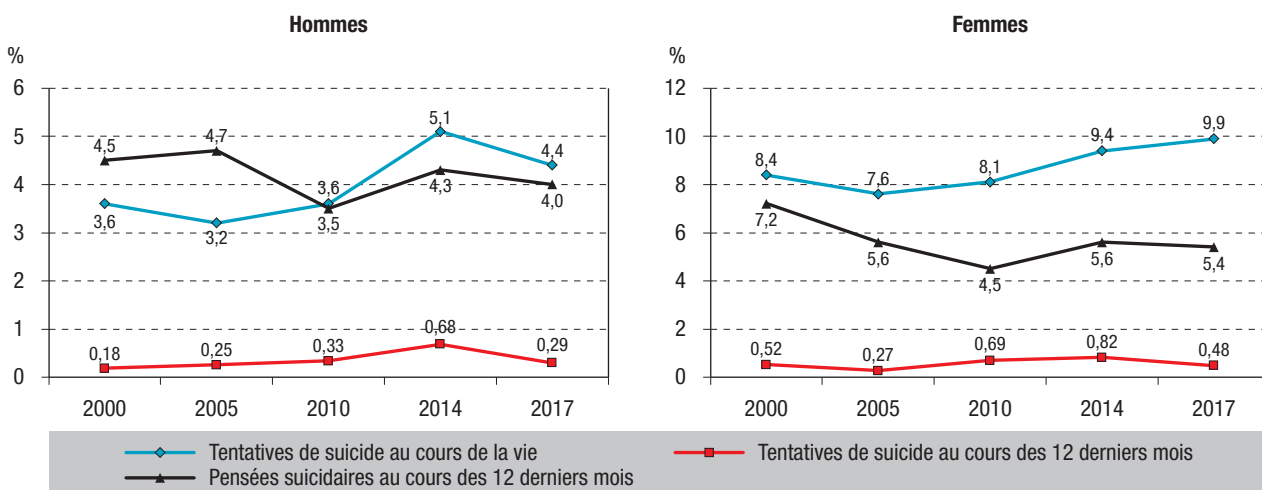
Le fait d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année était le facteur le plus fortement associé aux pensées suicidaires dans l'année ($ORa=8,3$ pour les hommes et $ORa=6,6$ pour les femmes ; $p < 0,001$). Les « graves problèmes d'argent », « menaces verbales », « humiliations ou intimidations » et le fait d'avoir « vécu une séparation ou un divorce » au cours des 12 derniers mois multipliaient par 2 environ le risque d'idéations suicidaires.

Les tentatives de suicide

En 2017, 7,2% [6,8-7,6] ($n=1\ 742$) des 18-75 ans déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (9,9% des femmes vs 4,4% des hommes ; $p < 0,001$) et 0,39% [0,30-0,51] ($n=75$) au cours des 12 derniers mois (0,29% des hommes vs 0,48% des femmes ; $p=0,076$). Parmi les personnes ayant fait une TS au cours de leur vie, plus d'un tiers (37,7%) ont déclaré en avoir fait au moins deux (39,9% des femmes vs 32,4% des hommes ; $p < 0,05$). L'âge moyen de la dernière TS était de 29 ans pour les hommes et 27 ans pour les femmes ($p < 0,05$) ; l'âge médian était de 25 ans (27 ans pour les hommes et 24 ans pour les femmes). La majorité des TS ont eu lieu avant l'âge de 25 ans, et c'est entre 15 et 19 ans que la proportion de suicidants était la plus importante, avec 30,1% de femmes concernées et 19,5% d'hommes ($p < 0,001$) (figure 3).

Figure 2

Évolutions des comportements suicidaires chez les 18-75 ans suivant le sexe, France métropolitaine, 2000-2017



Sources : Baromètres de Santé publique France 2000, 2005, 2010, 2014, 2017.

Tableau 1

Facteurs associés aux pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017

Variables explicatives	Hommes n=11 478			Femmes n=13 564		
	%	ORa	IC95%	%	ORa	IC95%
Tranche d'âge¹	**			***		
18-24 ans (réf.)	3,6	- 1 -		5,6	- 1 -	
25-34 ans	3,8	1,3	[0,8-2,3]	4,4	0,8	[0,5-1,3]
35-44 ans	4,7	1,9*	[1,1-3,4]	5,9	1,2	[0,8-2,0]
45-54 ans	4,9	2,3**	[1,4-3,9]	6,3	1,5	[0,9-2,5]
55-64 ans	3,6	1,7	[1,0-3,0]	6,3	1,8*	[1,1-2,9]
65-75 ans	2,9	1,4	[0,7-2,5]	3,7	1,0	[0,6-1,8]
Niveau de diplôme						
Inférieur au Bac (réf.)	4,5	- 1 -		5,8	- 1 -	
Bac ou équivalent	3,4	0,8	[0,6-1,1]	4,8	1,0	[0,7-1,3]
Supérieur au Bac	3,5	1,1	[0,8-1,5]	5,3	1,3*	[1,0-1,7]
Situation matrimoniale	***			***		
Marié ou pacsé (réf.)	2,6	- 1 -		3,2	- 1 -	
Célibataire	4,8	1,5*	[1,1-2,1]	6,5	1,6**	[1,2-2,1]
Divorcé	8,6	1,6*	[1,1-2,5]	10,4	1,7***	[1,2-2,3]
Veuf	7,5	2,7*	[1,0-7,3]	8,0	2,1**	[1,3-3,4]
Situation professionnelle	***			***		
Travail (réf.)	3,1	- 1 -		4,5	- 1 -	
Chômage	8,4	1,5	[1,0-2,4]	8,5	1,1	[0,8-1,5]
Autres inactifs ²	4,4	1,8**	[1,2-2,6]	5,8	1,4*	[1,0-1,9]
Situation financière perçue	***			***		
À l'aise, ça va (réf.)	2,7	- 1 -		2,9	- 1 -	
C'est juste	3,7	1,0	[0,7-1,4]	6,3	1,6***	[1,3-2,1]
C'est difficile, vous n'y arrivez pas sans faire de dettes	10,3	1,6*	[1,1-2,4]	12,6	2,1***	[1,5-2,8]
Épisode dépressif caractérisé au cours de l'année	***			***		
Non (réf.)	2,6	- 1 -		2,8	- 1 -	
Oui	25,1	8,3***	[6,1-11,3]	22,6	6,6***	[5,3-8,3]
Graves problèmes d'argent au cours de l'année	***			***		
Non (réf.)	3,2	- 1 -		4,4	- 1 -	
Oui	16,0	2,3***	[1,5-3,5]	17,7	1,8**	[1,2-2,5]
Avoir été victime de menaces, humiliations, intimidations au cours de l'année	***			***		
Non (réf.)	3,3	- 1 -		4,1	- 1 -	
Oui	9,6	1,6**	[1,1-2,2]	14,4	2,2***	[1,7-2,8]
Avoir vécu une séparation ou un divorce au cours de l'année	***			***		
Non (réf.)	3,4	- 1 -		4,6	- 1 -	
Oui	11,9	1,8**	[1,2-2,8]	15,4	1,8***	[1,3-2,4]

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; ORa : odds ratio ajusté.

¹ Il s'agit de l'âge au moment de l'enquête.

² Les autres inactifs comprennent les retraités, les personnes au foyer, les étudiants et les personnes en congés de longue maladie, ainsi que celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Les principales raisons⁽⁴⁾ déclarées par les personnes pour expliquer leur geste étaient : « familiales » (49,2% ; 37,7% des hommes vs 54,1% des femmes ; p<0,001), « sentimentales » (40,8% ; 46,5% vs 38,4% ; p<0,05), « professionnelles » (10,3% ; 15,6% vs 8,1% ;

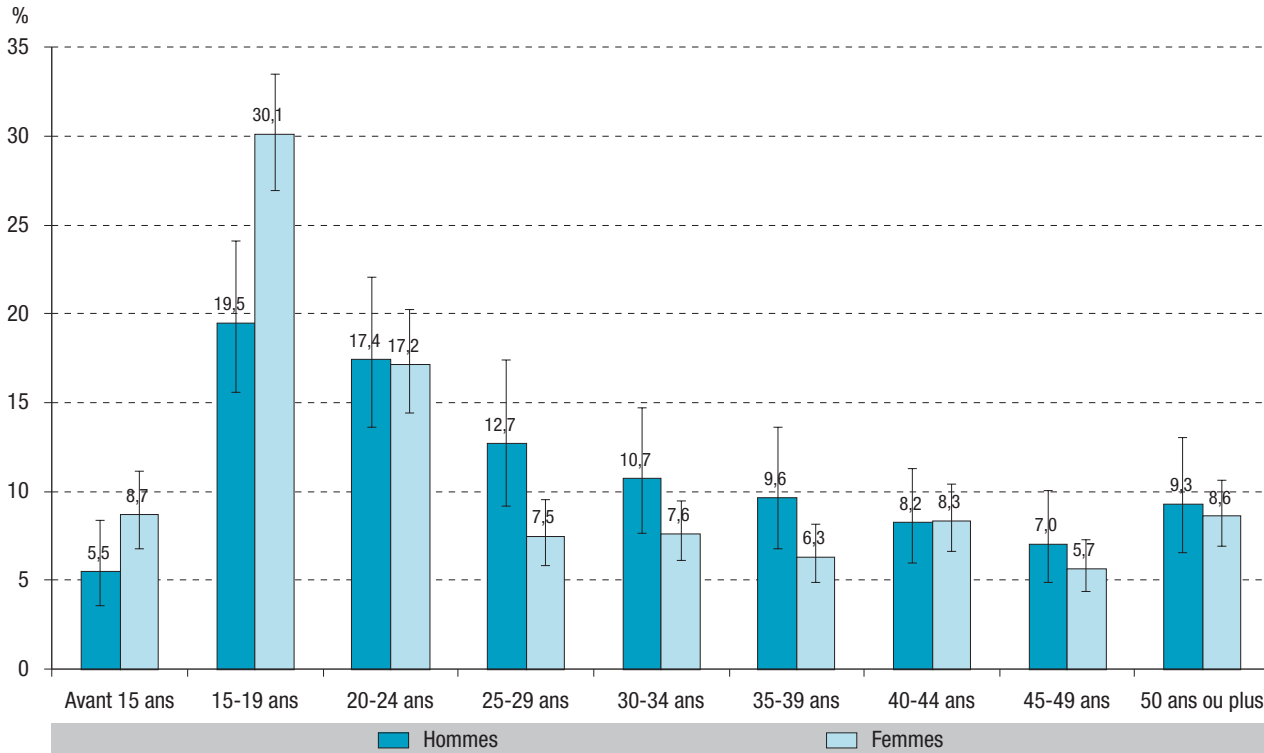
p<0,001) et liées à leur état de « santé » (10,3% ; sans différence significative selon le sexe). Les 35-44 ans se distinguent des autres tranches d'âge par une surreprésentation des TS pour raisons familiales (57,7% ; p<0,01).

⁽⁴⁾ Les raisons « financières » comme motif de la tentative de suicide n'ont pas été demandées dans le Baromètre de Santé publique France 2017.

Par ailleurs, un peu plus de 6 suicidants sur 10 estimaient avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir

Figure 3

Pourcentages de tentatives de suicide chez les 18-75 ans, selon le sexe et la classe d'âge lors de la tentative¹, France métropolitaine, 2017



¹ Il s'agit de l'âge lors de la tentative ou de la dernière tentative s'il y en a eu plusieurs.
Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

(61,4%) ; 59,8% ont déclaré s'être rendus à l'hôpital et 52,3% avoir été suivis par un médecin ou un « psy » (64,7% parmi ceux ayant été hospitalisés vs 34,1% parmi ceux n'ayant pas été hospitalisés ; $p < 0,001$). Selon l'âge, les 18-34 ans étaient, en proportion, moins nombreux à s'être rendus à l'hôpital suite à leur TS (45,9% pour les 18-24 ans ; $p < 0,01$ par rapport aux autres tranches d'âge et 51,2% pour les 25-34 ans ; $p < 0,05$).

La prévalence des TS au cours de la vie chez les femmes a augmenté depuis 2005, passant de 7,6% à 9,9% en 2017 ($p < 0,001$), tandis qu'elle est restée stable chez les hommes sur la période 2014-2017 après avoir augmenté de 1,9 points entre 2005 et 2014 ($p < 0,001$) (figure 2).

Chez les hommes, la prévalence des TS au cours des 12 derniers mois a connu son maximum en 2014, avec 0,68% de personnes concernées. Chez les femmes, une tendance à la hausse a été observée entre 2005 et 2014, la prévalence passant de 0,27% à 0,82% ($p < 0,001$), avant de retrouver en 2017 un niveau semblable à celui observé en 2000 (figure 2).

L'analyse des facteurs sociodémographiques (tableau 2) a montré que, chez les femmes, la prévalence des TS au cours de la vie était comparable quelle que soit la tranche d'âge analysée, tandis que chez les hommes, les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgés (65-75 ans) apparaissaient moins concernés que les autres. Les hommes veufs

au moment de l'enquête étaient 2,5 fois plus à risque d'avoir fait une TS au cours de leur vie que les autres ($p < 0,05$) ; ce constat n'apparaît pas valable chez les femmes. Le célibat, ainsi que le fait d'être divorcé, étaient associés aux TS pour les hommes et les femmes, tout comme le fait d'être dans une situation d'inactivité professionnelle et de percevoir sa situation financière comme « juste » ou « difficile » au moment de l'enquête ; en revanche, les personnes ayant un niveau de diplôme supérieur au Bac apparaissaient moins touchées par les TS au cours de la vie que celles ayant un niveau inférieur ou équivalent au Bac ($ORa = 0,7$; $p < 0,05$ pour les hommes et $p < 0,01$ pour les femmes). Enfin, chez les hommes, le chômage semblait associé aux TS, même si ce résultat n'atteint pas le seuil de significativité ($ORa = 1,4$; $p = 0,076$).

Les événements de vie traumatisants, les problèmes intrafamiliaux et les violences sexuelles étaient fortement associés aux TS au cours de la vie. Ainsi, selon l'ordre d'importance, les violences sexuelles subies au cours de la vie multipliaient par 4,5 chez les hommes et 3,5 chez les femmes le risque de TS ($p < 0,001$), les climats familiaux violents par 2,2 pour les deux sexes ($p < 0,001$) et les graves problèmes d'argent au cours de la vie par 1,7 chez les hommes ($p < 0,001$) et 2,2 chez les femmes ($p < 0,001$). Le fait d'avoir été confronté au décès ou à la maladie d'un parent avant ses 18 ans était associé aux TS chez les femmes uniquement ($ORa = 1,3$; $p < 0,01$).

Tableau 2

Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie selon le sexe, chez les 18-75 ans, France métropolitaine, 2017

Variables explicatives	Hommes n=11 452			Femmes n=13 505		
	%	ORa	IC95%	%	ORa	IC95%
Tranche d'âge¹	***					
18-24 ans (réf.)	2,8	- 1 -		9,5	- 1 -	
25-34 ans	4,7	2,5**	[1,4-4,5]	10,0	1,2	[0,8-1,7]
35-44 ans	4,9	2,7***	[1,6-4,8]	9,8	1,2	[0,8-1,7]
45-54 ans	5,6	3,2***	[1,8-5,5]	11,3	1,4	[1,0-2,1]
55-64 ans	4,8	2,9***	[1,7-5,0]	10,1	1,2	[0,9-1,7]
65-75 ans	2,7	1,3	[0,7-2,5]	8,4	0,9	[0,7-1,4]
Niveau de diplôme	***			***		
Inférieur au Bac (réf.)	5,7	- 1 -		12,3	- 1 -	
Bac ou équivalent	3,6	0,7	[0,5-1,0]	9,3	0,9	[0,7-1,1]
Supérieur au Bac	2,8	0,7*	[0,5-0,9]	6,7	0,7**	[0,6-0,9]
Situation matrimoniale	***			***		
Marié ou pacsé (réf.)	2,3	- 1 -		6,8	- 1 -	
Célibataire	5,8	2,3***	[1,7-3,1]	11,3	1,5***	[1,2-1,8]
Divorcé	10,7	3,2***	[2,2-4,6]	18,9	2,0***	[1,6-2,5]
Veuf	6,3	2,5*	[1,0-6,3]	10,7	1,3	[0,9-1,8]
Situation professionnelle	***			***		
Travail (réf.)	3,7	- 1 -		8,2	- 1 -	
Chômage	8,8	1,4	[1,0-2,0]	13,8	1,0	[0,8-1,4]
Autres inactifs ²	4,4	1,7**	[1,2-2,4]	11,4	1,6***	[1,3-2,0]
Situation financière perçue	***			***		
À l'aise, ça va (réf.)	2,7	- 1 -		6,3	- 1 -	
C'est juste	5,7	1,5**	[1,1-2,0]	10,7	1,2*	[1,0-1,5]
C'est difficile, vous n'y arrivez pas sans faire de dette	10,0	1,8***	[1,3-2,5]	21,1	1,8***	[1,4-2,2]
Parents décédés ou malades avant l'âge de 18 ans	***			***		
Non (réf.)	3,8	- 1 -		8,4	- 1 -	
Oui	6,6	1,2	[0,9-1,6]	14,8	1,3**	[1,1-1,5]
Climat de violence entre ses parents avant l'âge de 18 ans	***			***		
Non (réf.)	3,2	- 1 -		6,4	- 1 -	
Oui	9,7	2,2***	[1,7-2,9]	20,9	2,2***	[1,8-2,6]
Graves problèmes d'argent au cours de la vie	***			***		
Non (réf.)	3,0	- 1 -		6,0	- 1 -	
Oui	9,7	1,7***	[1,4-2,3]	21,5	2,2***	[1,8-2,6]
Attouchements / rapports sexuels forcés au cours de la vie	***			***		
Non (réf.)	3,9	- 1 -		7,6	- 1 -	
Oui	25,7	4,5***	[3,0-6,8]	31,7	3,5***	[2,8-4,2]

*** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05.

ORa : odds ratio ajusté ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

¹ Il s'agit de l'âge au moment de l'enquête.

² Les autres inactifs comprennent les retraités, les personnes au foyer, les étudiants et les personnes en congés de longue maladie, ainsi que celles inaptes à travailler à cause d'une invalidité.

Source : Baromètre de Santé publique France 2017.

Discussion

L'enquête Baromètre de Santé publique France 2017, qui repose sur un échantillon aléatoire représentatif de la population française, indique que 4,7% des 18-75 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, 7,2% avoir fait une TS au cours de la vie et 0,4% au cours de l'année précédant l'enquête. Aucune enquête récente ne permet

de confronter nos résultats à d'autres données de prévalences nationales. À titre de comparaison, au début des années 2000, l'enquête Santé mentale en population générale (SMPG) de la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) et du Centre collaborateur de l'OMS estimait la prévalence de TS au cours de la vie à 9% pour les femmes et 6% pour les hommes¹⁰. En 2017,

le Baromètre de Santé publique France fournit des estimations de 9,9% pour les femmes et 4,4% pour les hommes, mais les différences de méthode entre les deux enquêtes empêchent de conclure formellement quant à ces écarts peu importants. L'enquête WMH (*World Mental Health Survey*) de l'OMS, menée entre 2001 et 2007 dans 21 pays, donnait des résultats globaux de 2% pour la prévalence des pensées suicidaires et 0,3% pour les TS au cours de l'année dans les pays développés, ce qui situait déjà la France au-dessus des autres pays¹¹. Là encore, les différences de méthodologie ne permettent pas d'interpréter les écarts observés.

Les évolutions observées dans le Baromètre depuis les années 2000 suggèrent, après une diminution entre 2000 et 2005, une tendance continue à la hausse des TS déclarées au cours de la vie entre 2005 et 2017, en particulier chez les femmes (une augmentation de plus de 2 points entre 2005 et 2017). S'agissant des TS au cours de l'année, les évolutions, après avoir enregistré une tendance à la hausse entre 2000 et 2014, repartent à la baisse en 2017 avec des prévalences comparables à celles observées dans les années 2000. Enfin, concernant l'occurrence de pensées suicidaires au cours de l'année, après une diminution observée entre 2000 et 2010 et un retour à la hausse entre 2010 et 2014 pour les hommes et les femmes, les données suggèrent une tendance à la stabilité entre 2014 et 2017. Ainsi, le suivi des indicateurs du Baromètre de Santé publique France ne permet pas d'appréhender de façon claire l'évolution des conduites suicidaires depuis les années 2000.

Les femmes déclarent davantage de pensées suicidaires et de TS que les hommes ; elles sont également plus nombreuses à avoir été hospitalisées pour une TS⁵. Cela peut sembler paradoxal au regard des données de mortalité par suicide observées en 2015, qui s'avèrent pour leur part nettement plus élevées chez les hommes³. Ce paradoxe apparent, qualifié de « *gender paradox* », est cependant systématiquement retrouvé dans les travaux comparant les TS et les décès par suicide. L'un des facteurs explicatifs serait l'utilisation de moyens plus létaux chez les hommes (armes à feu, pendaison) entraînant, malgré un plus faible nombre de TS, davantage de décès que chez les femmes. Ces différences seraient liées à des normes sociales genrées (expression de la souffrance, recherche d'aide, acceptation sociale de l'acte suicidaire) ayant une incidence sur les modalités et l'intentionnalité de l'acte suicidaire¹².

Les facteurs associés aux pensées suicidaires mis en évidence dans notre analyse concordent avec ceux relevés dans la littérature internationale¹³⁻¹⁵. Des caractéristiques telles que le fait d'être une femme, la situation financière (perçue comme étant trop juste, dettes, problèmes financiers), la situation matrimoniale (célibataire, divorcé ou veuf) et l'inactivité professionnelle sont associées à une occurrence plus élevée de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les raisons invoquées par les répondants comme étant à l'origine de leurs pensées suicidaires confirment ces grandes catégories de facteurs

(raisons familiales pour 4 répondants sur 10, sentimentales ou professionnelles pour 3 sur 10 et financières pour 2 sur 10). Nos analyses ont montré que les facteurs les plus fréquemment associés aux pensées suicidaires restent, pour les hommes et les femmes, le fait d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année (ORa=8,3 pour les hommes et 6,6 pour les femmes) et le fait d'avoir été victime de violences au cours des 12 derniers mois (menaces, intimidations, humiliations, etc. ; ORa=2,2 pour les femmes et 1,6 pour les hommes).

Concernant les TS déclarées au cours de la vie, des associations significatives sont retrouvées avec les mêmes catégories de facteurs que pour les pensées suicidaires : le fait d'être une femme, le statut matrimonial (célibat, divorce), la situation professionnelle (inactivité) ou encore la perception de sa situation financière (problèmes d'argent). Les principales raisons évoquées en lien avec la dernière TS déclarée confirment bien l'implication de ces facteurs, du point de vue des répondants, dans les passages à l'acte suicidaire (familiales dans près d'un cas sur 2, sentimentales dans 4 cas sur 10 et professionnelles dans 1 cas sur 10). D'autres facteurs, en particulier les événements de vie douloureux pendant l'enfance ou l'adolescence, tels que le décès ou la maladie d'un proche, un climat de violence familiale et surtout le fait d'avoir subi des violences sexuelles (facteur le plus fortement associé aux TS pour les hommes et les femmes) semblent être des déterminants majeurs des passages à l'acte suicidaire au cours de la vie.

Le Baromètre de Santé publique France est la seule étude permettant une surveillance épidémiologique des conduites suicidaires au cours des années en France, ce qui en fait un outil précieux mais avec certaines limites. Tout d'abord, l'enquête n'interroge pas la population des adolescents (moins de 18 ans), très concernée par ce problème de santé publique, notamment les jeunes filles de 15-19 ans pour lesquelles le taux d'hospitalisation pour TS est le plus élevé⁵. Ensuite, les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de mémoire sur des événements potentiellement douloureux ou embarrassants pouvant les inciter à refuser de répondre ou à ne répondre que partiellement. Ces limites sont connues au regard de la difficulté que représente le repérage des conduites suicidaires, mais restent constantes au cours du temps. Les résultats produits permettent cependant de proposer une estimation à l'échelle d'une population, d'en suivre les évolutions et d'identifier les profils de population les plus concernés.

Notre étude explore le lien entre des TS survenues au cours de la vie et des situations sociodémographiques actuelles (statut matrimonial, situation professionnelle ou perception de sa situation financière). La principale raison de ce choix d'analyse concerne le peu d'effectif de répondants ayant déclaré des TS dans l'année, ne permettant pas l'analyse des facteurs associés à cet indicateur. De fait, les associations entre TS au cours de la vie et facteurs sociodémographiques actuels ne

permettent pas de conclure sur le sens causal de ces relations. Nous pouvons émettre deux hypothèses : (1) celle de la sélection sociale¹⁶, qui suppose que les personnes ayant des problèmes de santé mentale occupent des positions socioéconomiques défavorisées en raison des incapacités associées à leurs troubles psychopathologiques, comparativement à celles qui n'ont pas ces problèmes; (2) l'hypothèse alternative, celle de la causalité sociale¹⁷, qui envisage les problèmes de santé mentale comme la conséquence de privations socioéconomiques et d'un déficit de ressources sociales, économiques et d'accès aux soins pour y faire face. Ces deux hypothèses agissent sans doute de concert dans les mécanismes d'association entre santé mentale et variables sociodémographiques.

Ensuite, parmi les déterminants multifactoriels des tentatives de suicide, la dépression est un facteur majeur. La non-possibilité d'intégrer les troubles dépressifs dans l'analyse des facteurs associés aux tentatives de suicide au cours de la vie constitue ainsi une autre limite importante à la présentation de nos résultats.

Enfin, des analyses et valorisations secondaires devront être envisagées concernant l'étude des interactions, notamment entre âge et situation matrimoniale ou entre âge et situation professionnelle par exemple. En effet, l'association observée entre ces variables et les tentatives de suicide pourrait varier en fonction de l'âge.

La lente décroissance de la mortalité suicidaire observée en France sur les 10 dernières années tend à confirmer la pertinence des politiques de prévention engagées¹⁸. Toutefois, cette évolution insuffisante, ainsi que les niveaux de mortalité élevés en comparaison à nos voisins européens, ont amené les pouvoirs publics et les experts du champ à renouveler leur engagement dans une politique de prévention du suicide, dont nous espérons observer les effets dans les prochaines années, en ciblant davantage les personnes à haut risque suicidaires (personnes suicidaires et personnes avec antécédents de TS). L'objectif est d'aboutir à une « cassure » des courbes d'évolution des TS et des décès par suicide en intervenant à proximité du passage à l'acte suicidaire, par le biais d'une combinaison de dispositifs et d'actions de prévention développés à l'échelle des territoires : le maintien du contact post-hospitalisation avec les personnes ayant effectué une tentative de suicide (e.g. déploiement national du programme Vigilans : <http://dispositifvigilans.org>) ; la mise en œuvre d'un numéro unique / d'une ligne d'appel d'urgence dédiée à la crise suicidaire ; la prévention de la contagion suicidaire, notamment en travaillant avec les médias sur les enjeux de communication autour des cas de décès par suicide (e.g. le programme Papageno : <https://papageno-suicide.com>) ou encore la formation des professionnels de proximité, notamment celle des médecins généralistes, au repérage et à la prise en charge des troubles dépressifs et du risque suicidaire. Rappelons que seulement la moitié des personnes déclarant des pensées suicidaires au cours de l'année en ont parlé à quelqu'un et que

la moitié des personnes ayant effectué une TS au cours de la vie déclarent avoir été suivies par un professionnel de santé après leur TS.

Au-delà de la large gamme de facteurs associés disponibles dans le Baromètre de Santé publique France en comparaison aux données d'hospitalisation, un autre atout de ce Baromètre est de pouvoir documenter les TS non hospitalisées. Des analyses complémentaires pourront être ainsi réalisées afin de mieux caractériser les profils de répondants n'ayant pas eu recours aux soins.

En accord avec les recommandations du Haut Conseil de la santé publique¹⁹, nos données confirment l'intérêt, en complément d'une stratégie ciblée sur les personnes à haut risque suicidaire, d'intervenir en amont, dans une logique de promotion de la santé mentale (développement de milieux favorables, prévention des violences, amélioration du climat familial, scolaire et professionnel) et de prévention des troubles psychiques (une pathologie psychiatrique est retrouvée dans 61% des hospitalisations pour TS⁵) par le repérage et la prise en charge précoce des situations de souffrances psychologiques et des troubles dépressifs, ceux-ci étant d'ailleurs en augmentation ces dernières années²⁰. Enfin, nos données confirment l'importance des variables sociales (situation matrimoniale, familiale, financière, professionnelle) et plaident pour une prise en charge multidisciplinaire et intersectorielle (sanitaire, sociale, médicosociale) de la souffrance psychique et des conduites suicidaires. ■

Références

- [1] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève: OMS, 2014: 89 p. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- [2] Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014). Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé; 2011. 96 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014-2.pdf
- [3] Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3^e rapport Paris: Ministère des Solidarités et de la Santé; 2018. 221 p. <https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/184000075/index.shtml>
- [4] 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. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 51 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV12195
- [5] Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):48-54. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html
- [6] Beck F, Guignard R, Du Roscoët E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2011;(47-48):488-92. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV10218
- [7] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Saint-Denis: Inpes; 2007. 593 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/CAT00001109

- [8] Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hultén A, Bille-Brahe U, Bjerke T, *et al.* Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(3):191-4.
- [9] Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry.* 1999, 56(7):617-26.
- [10] Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicides en France. *Études et Résultats (Drees).* 2006;(488): 1-8. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf>
- [11] Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, *et al.* Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry.* 2010;71(12):1617-28.
- [12] Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav.* 1998;28(1):1-23.
- [13] Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008, 13:243-56.
- [14] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev.* 2008;30:133-54.
- [15] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232.
- [16] Eaton WW. A formal theory of selection for schizophrenia. *AJS.* 1980; 86(1):149-58.
- [17] Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. Social status and psychological disorder: A Causal Inquiry. New-York: Wiley-Interscience;1969. 208 p.
- [18] Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport / février 2016. Paris: ONS; 2016. 481 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
- [19] Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. Paris: HCSP; 2016. 74 p. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=554>
- [20] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoät E ; le groupe Baromètre santé 2017. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *Bull Epidémiol Hebd.* 2018;(32-33):637-44. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000445

Citer cet article

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 Epidémiol Hebd.* 2019; (3-4):38-47. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html

LES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE : ÉVOLUTION ENTRE 2008 ET 2017

// HOSPITALIZATIONS FOR ATTEMPTED SUICIDE IN ACUTE CARE FACILITIES IN FRANCE: TRENDS BETWEEN 2008 AND 2017

Christine Chan-Chee (christine.chan-chee@santepubliquefrance.fr)

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 19.10.2018 // Date of submission: 10.19.2018

Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif de l'étude est de décrire les caractéristiques des hospitalisations pour tentative de suicide (TS) dans les établissements de soins de courte durée en France et de présenter leur évolution entre 2008 et 2017.

Méthodes – Les données ont été extraites de la base nationale du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). L'analyse a porté sur les hospitalisations de toutes les personnes âgées de 10 ans et plus avec un diagnostic de TS (codes CIM-10 X60 à X84) entre 2008 et 2017.

Résultats – Le nombre d'hospitalisations pour TS a diminué, passant de plus de 100 000 par an en 2008 à un peu moins de 89 000 en 2017. Les taux d'hospitalisation pour TS étaient respectivement de 17,4 et 15,1 pour 10 000 habitants en 2008 et 2017. La diminution était plus marquée chez les femmes (21,7 en 2008 et 18,0 en 2017, $p < 0,0001$) que chez les hommes (13,0 en 2008 et 12,2 en 2017). La réadmission pour TS est restée stable : quelle que soit l'année étudiée, 89,5% des patients ont eu un seul séjour pour TS et 10,5% ont eu au moins un nouveau séjour au cours de la même année civile. Les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans avaient systématiquement les taux les plus élevés, en moyenne 41 pour 10 000. Entre 2008 et 2017, une baisse des taux par âge était observée chez les femmes de 20 à 49 ans, tandis que chez les hommes au-delà de 50 ans, les taux étaient plus élevés en 2017 qu'en 2008. En Bretagne, Normandie et Hauts-de-France, les taux étaient supérieurs aux taux nationaux chez les hommes et chez les femmes en 2008 et en 2017. Quelle que soit l'année, les intoxications médicamenteuses volontaires, en particulier aux psychotropes, représentaient le mode le plus fréquent des TS. Une pathologie psychiatrique était notée dans 61% des séjours pour TS (59% chez les femmes et 64% chez les hommes). Les pathologies les plus fréquentes étaient la dépression, les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, ainsi que les troubles anxieux.

Conclusion – Bien qu'une diminution des hospitalisations pour TS ait été observée au cours des dix dernières années, des actions de prévention et de prise en charge doivent se poursuivre, en ciblant plus particulièrement certains groupes de population tels que les adolescentes, les hommes de plus de 50 ans et les personnes ayant fait une tentative de suicide.

Introduction – *The aim of this study is to describe the characteristics of admissions for self-harm (SH) in general hospitals in France and their trends between 2008 and 2017.*

Methods – *Data were extracted from the National Hospital Discharge Database. All hospitalizations for SH (ICD-10 codes X60 to X84) between 2008 and 2017 for individuals aged 10 and over were analyzed.*

Results – *The number of hospitalizations for SH has decreased from more than 100,000 per year in 2008 to less than 89,000 in 2017. The hospitalization rates for SH were respectively 17.4 and 15.1 per 10,000 inhabitants in 2008 and 2017. Decrease in the rates was more important in females (21.7 in 2008 and 18.0 in 2017, $p < .0001$) than in males (13.0 in 2008 and 12.2 in 2017). Readmission for SH remained stable throughout the studied years: 89.5% of the patients were hospitalized once, and 10.5% were hospitalized several times during the same year. Over the years, 15-19 year-old females had consistently the highest rate (41 per 10,000). Between 2008 and 2017, a decrease in the rates was observed for females between 20 and 49 years old, while the rates were higher in males older than 50 in 2017 than in 2008. Standardized hospitalization rates for SH were higher than the national rate in the Northern and Western regions (Brittany, Normandy and Hauts-de-France) for both males and females in 2008 and in 2017. The most frequent method for SH was self-poisoning by drugs, especially psychotropics. A psychiatric diagnosis was noted for 61% of the hospitalizations for SH (59% in females and 64% in males). The most frequent diagnoses were depression, mental disorders due to alcohol use and anxiety disorders.*

Conclusion – *Although a decrease in hospitalization for SH has been observed during the past ten years, prevention and care should focus on specific groups of population such as adolescent females, males above 50 years old and patients with a history of SH.*

Mots-clés : Tentative de suicide, Hospitalisation, Évolution

// **Keywords**: Suicide attempt, Self harm, Hospitalization, Trends

Introduction

Dans ce numéro du BEH, C. Léon et coll. rapportent que 7% des personnes âgées de 18 à 75 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de la vie. Au sein de la population générale, un antécédent de tentative de suicide (TS) constitue le plus important facteur de prédiction de décès par suicide : il multiplie par 60 le risque de mourir par suicide dans les cinq ans par rapport aux personnes sans antécédent de TS¹. Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la prévention du suicide est une urgence mondiale, et elle recommande qu'une surveillance des actes suicidaires et des modes opératoires employés soit implantée dans chaque pays afin de fournir les informations pouvant aider à l'élaboration de stratégies de prévention du suicide et à leur évaluation².

En France, une surveillance épidémiologique de l'évolution temporo-spatiale des TS est réalisée depuis une dizaine d'années à Santé publique France. Elle est basée sur les données hospitalières³ et complétée par les enquêtes en population générale *via* le Baromètre de Santé publique France (voir l'article de C. Léon et coll.). Les données sur les hospitalisations dans les établissements de soins de courte durée en médecine ou chirurgie sont particulièrement adaptées à cette surveillance. En effet, le Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) recueille de façon exhaustive les données médicales et administratives relatives aux séjours dans tous les établissements de soins publics et privés de courte durée. De plus, dans les guides méthodologiques pour la production des résumés du PMSI-MCO, le codage des suicides et TS fait partie des priorités de santé publique⁽¹⁾. Par conséquent, le PMSI-MCO semble être un outil pertinent pour assurer une surveillance efficiente et pérenne sur la totalité des hospitalisations suite à une TS en France.

Une première description des hospitalisations pour TS à partir des données du PMSI-MCO en France métropolitaine entre 2007 et 2011 avait fait l'objet d'un rapport publié en 2014³. L'objectif du présent travail est de mettre à jour ces données en intégrant les départements d'outremer, et de présenter l'évolution des caractéristiques des hospitalisations pour TS en France entre 2008 et 2017.

Matériel et méthodes

Définition et codage de la tentative de suicide dans le PMSI-MCO

Les TS sont définies dans le PMSI-MCO par la classification internationale des maladies – 10^e révision (CIM-10) comme une intoxication ou une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu. Elles sont regroupées sous les codes X60 à X84 dans le sous-chapitre « lésions auto-infligées » du chapitre XX de la CIM-10 consacré

aux causes externes de mortalité et de morbidité. Dans cette étude, certains codes ont été regroupés :

- X60 à X64 Auto-intoxication médicamenteuse ;
- X65 à X69 Auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvants, pesticides, produits chimiques) ;
- X70 Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation ;
- X71 Lésion auto-infligée par noyade, submersion ;
- X72 à X74 Lésion auto-infligée par arme à feu ;
- X75 à X77 Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes ;
- X78 et X79 Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant ou contondant ;
- X80 Lésion auto-infligée par saut dans le vide ;
- X81 à X82 Lésion auto-infligée par collision ;
- X83 à X84 Lésion auto-infligée par d'autres moyens ou par un moyen non précisé.

Extraction des données du PMSI-MCO

Tous les séjours des personnes de 10 ans et plus hospitalisées entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2017 avec un diagnostic associé⁽²⁾ de TS (X60 à X84) dans les établissements publics et privés de court séjour français ont été sélectionnés. Une procédure de chaînage des séjours permet de relier les différentes hospitalisations grâce à un numéro d'identification national unique pour un même patient.

Les principales caractéristiques des séjours ont été étudiées selon les données démographiques des patients (âge, sexe, résidence), les modes opératoires des TS, les durées de séjour et les diagnostics psychiatriques associés. Des taux annuels d'hospitalisation standardisés pour l'ensemble de la France et par département de résidence ont été calculés par la méthode de standardisation directe, en utilisant la répartition par âge de la population européenne de 2011 comme population de référence. La létalité hospitalière a été calculée en rapportant le nombre de décès au nombre de patients hospitalisés pour TS ; une standardisation directe a aussi été faite sur la létalité afin d'examiner son évolution au cours du temps. Pour quantifier les tendances des taux d'hospitalisation au cours du temps, la variation annuelle des taux d'hospitalisation standardisés a été calculée par un modèle de régression négative binomiale ajusté sur l'âge et le sexe⁴.

Résultats

Le nombre de séjours hospitaliers pour TS dans les établissements de courte durée était de plus de 100 000 par an entre 2008 et 2011. À partir de cette date, ce nombre a diminué progressivement, atteignant un peu moins de 89 000 hospitalisations en 2016 et 2017 (tableau). Chez les hommes comme chez les femmes, le ratio entre le nombre de séjours et le nombre de patients est resté constant

⁽¹⁾ [http://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides méthodologiques](http://www.atih.sante.fr/mco/documentation#Guides%20méthodologiques)

⁽²⁾ Dans le PMSI-MCO, le code de TS est interdit en diagnostic principal.

Nombre de séjours hospitaliers pour tentative de suicide, nombre de patients hospitalisés et pourcentage de femmes, France, 2008-2017

	Année									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de séjours	100 530	103 309	105 062	102 760	96 361	90 094	91 745	89 319	88 819	88 762
Nombre de patients	87 525	89 783	91 203	89 473	84 487	78 980	79 868	78 128	77 091	77 066
Ratio séjour/patient	1,15	1,15	1,15	1,15	1,14	1,14	1,15	1,14	1,15	1,15
% de femmes	63,5	62,2	62,1	61,9	61,8	61,4	61,6	61,4	61,5	61,1

à 1,15 durant toute la période étudiée. Ainsi, le nombre annuel de patients hospitalisés pour TS a fluctué autour de 90 000 entre 2008 et 2011, puis a diminué progressivement pour atteindre environ 77 000 patients en 2016 et 2017. Quelle que soit l'année, 89,5% des patients ont eu 1 seul séjour pour TS au cours de la même année civile, 8% en ont eu 2 et 2,5% en ont eu 3 ou plus. La part relative des femmes hospitalisées pour TS est passée de 63,5% en 2008 à 61,1% en 2017, réduisant ainsi l'écart entre les deux sexes.

Globalement, le taux d'hospitalisation pour TS en France est passé de 17,4 séjours pour 10 000 habitants en 2008 à 15,1 pour 10 000 en 2017 (figure 1). La diminution n'était retrouvée que chez les femmes, passant de 21,7 pour 10 000 en 2008 à 18,0 pour 10 000 en 2017, tandis que chez les hommes, l'évolution annuelle des taux standardisés n'était pas significative (13,0 en 2008 et 12,2 en 2017). Chez les femmes, la diminution des taux entre 2008 et 2017 est estimée à 1,6% par an ($p < 0,0001$), évolution surtout marquée entre 2010 et 2013. Entre 2013 et 2017, aucune différence significative n'est observée dans l'évolution des taux féminins.

Selon le sexe et l'âge

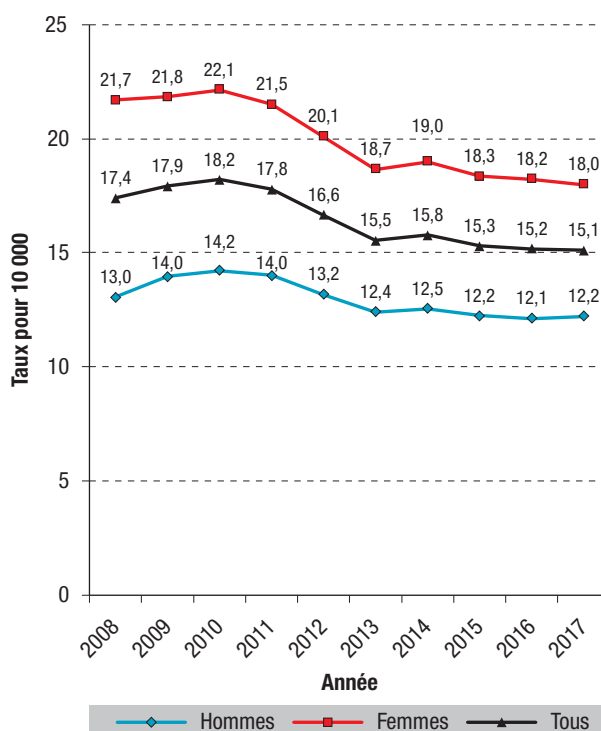
Quelle que soit l'année étudiée, les taux d'hospitalisation pour TS par âge étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, sauf au-delà de 85 ans. Toutefois, à partir de 2012, le taux d'hospitalisation des hommes de 30-34 ans s'est rapproché du taux féminin, le dépassant même à partir de 2015 et de fait, en 2017, le taux masculin était de 16,6 pour 10 000 contre 15,9 chez les femmes. Par ailleurs, les jeunes filles de 15 à 19 ans avaient systématiquement le taux de séjour le plus élevé (en moyenne 41 pour 10 000). Un deuxième pic est retrouvé chez les femmes entre 40 et 49 ans (environ 29 pour 10 000). Chez les hommes, contrairement à la courbe bimodale des femmes, les taux augmentaient avec l'âge, atteignant un maximum d'environ 20 pour 10 000 chez les 40-49 ans, puis diminuaient jusqu'à environ 5 pour 10 000 chez les 70-74 ans pour remonter ensuite dans les âges extrêmes. L'allure des courbes était la même quelle que soit l'année. Entre 2008 et 2017, la baisse la plus importante dans les taux par classe d'âge était observée chez les femmes entre 20 et 49 ans ; *a contrario*, chez les hommes au-delà de 50 ans, les taux par classe d'âge étaient supérieurs en 2017 à ceux de 2008 (figure 2).

Selon le sexe et le département de résidence

Les quatre cartes de la figure 3 présentent les taux d'hospitalisation pour TS selon le département de résidence en 2008 et en 2017 chez les hommes et les femmes. Les taux départementaux étaient supérieurs aux taux nationaux en 2008 et 2017, pour les deux sexes, en Bretagne, Normandie et Hauts-de-France. En Provence-Alpes-Côte d'Azur, les taux étaient supérieurs aux taux nationaux en 2008 mais sont devenus proches du taux national chez les femmes et inférieurs au taux national chez les hommes. Dans certaines régions (Nouvelle-Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté), les taux départementaux étaient très contrastés, que ce soit en 2008 ou en 2017.

Figure 1

Taux d'hospitalisation* pour tentative de suicide selon le sexe, France, 2008-2017

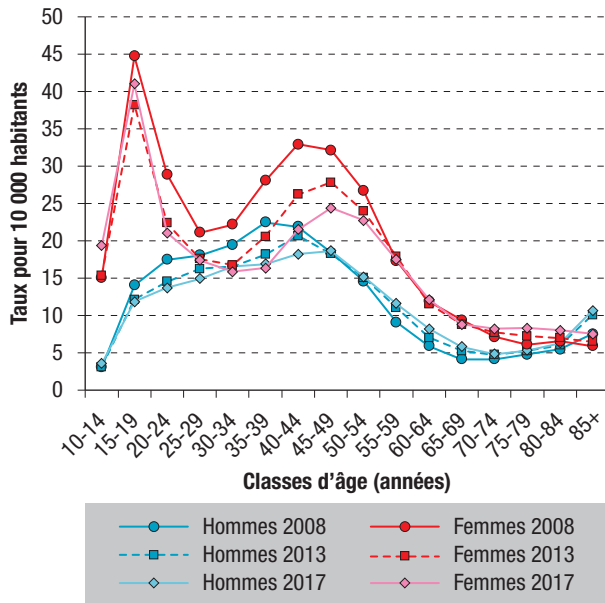


* Standardisation sur la structure par âge de la population Eurostat UE + EFTA 2011.

Lecture : D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes était de 13 pour 10 000. Source : ATIH ; analyses Santé publique France.

Figure 2

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et la classe d'âge, France, 2008, 2013 et 2017



Lecture : D'après les données du PMSI-MCO, en 2008, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes de 15-19 ans était de 45 pour 10 000.
 Source : ATIH ; analyses Santé publique France.

Modes opératoires

La hiérarchie des modes opératoires des TS hospitalisées n'a pas changé durant les années étudiées. Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) représentaient le mode le plus fréquent chez les femmes (en moyenne 87% des hospitalisations pour TS) et chez les hommes (75%). Les IMV aux psychotropes étaient responsables de plus de 60% des TS hospitalisées (64% chez les femmes et 55% chez les hommes) ; il s'agissait de sédatifs barbituriques dans la grande majorité des cas (82%) et d'antidépresseurs (10%). Les IMV aux analgésiques antipyrétiques représentaient environ 10% des hospitalisations pour TS, dont les deux tiers par paracétamol. Des IMV par médicaments à visée cardiovasculaire étaient retrouvées dans 2,6% des TS hospitalisées, et par antidiabétiques, antibiotiques, médicaments hormonaux dans respectivement moins de 1% des TS hospitalisées. Entre 2008 et 2017, la part globale des IMV a chuté de 5 à 6 points chez les femmes comme chez les hommes, principalement en raison d'une diminution des intoxications aux psychotropes, et ce malgré une augmentation de 5 points des intoxications aux analgésiques antipyrétiques (+7 points chez les femmes et +3 points chez les hommes).

Les autres modes opératoires de TS hospitalisées étaient des intoxications par des produits non médicamenteux (7% chez les femmes et 12% chez les hommes), incluant les pesticides (<1% des TS hospitalisées), des lésions par objet tranchant (respectivement 7% chez les femmes et 8% chez les hommes) et la pendaison (respectivement 1% et 4%). Les autres modes de TS (saut dans le

vide, arme à feu, noyade, collision intentionnelle, exposition au feu et aux flammes) étaient moins fréquents. Entre 2008 et 2017, la part des lésions par objet tranchant a augmenté (+5 points chez les femmes et +3 points chez les hommes) ; de plus, chez les hommes, les hospitalisations pour TS par intoxication par des produits non médicamenteux et par pendaison ont augmenté d'environ 1,6 points respectivement.

Durée de séjour

Quelle que soit l'année, la durée médiane des séjours était d'un jour sans différence selon le sexe, les deux tiers des séjours ayant duré une journée ou moins. Toutefois, la durée médiane différait selon la classe d'âge. Entre 15 et 69 ans, elle était d'un jour, sans différence selon le sexe ni l'année. Chez les adolescents entre 10 et 14 ans, globalement sur la période étudiée, la durée médiane était d'environ 3 jours. Entre 2008 et 2017, cette dernière est passée de 2 à 3 jours chez les garçons et de 3 à 4 jours chez les filles. À partir de 70 ans, la durée médiane des séjours augmentait avec l'âge, atteignant 5 à 6 jours chez les 85 ans et plus (sans changement notable entre 2008 et 2017).

Létalité hospitalière suite à l'acte suicidaire

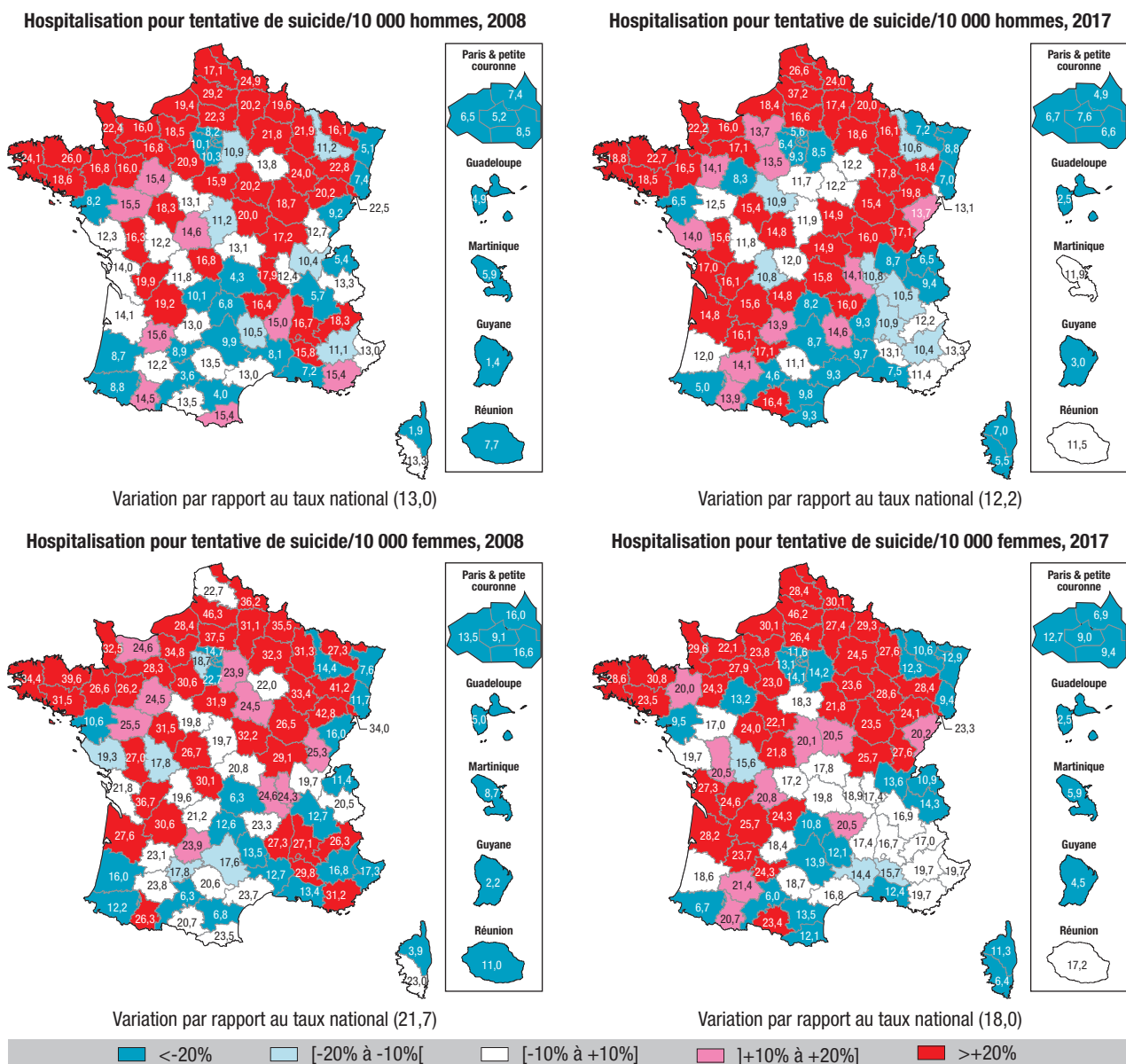
Au total, entre 2008 et 2017, 9 859 personnes (6 409 hommes et 3 450 femmes) sont décédées à l'hôpital des suites d'un acte suicidaire, soit en moyenne environ 1 000 décès par an. La létalité hospitalière était en moyenne de 1,2% par an (2% chez les hommes hospitalisés pour TS et 0,7% chez les femmes), sans différence selon les années (après standardisation sur l'âge). En revanche, elle augmentait systématiquement avec l'âge, surtout à partir de 50 ans, chez les femmes comme chez les hommes. Elle était aussi très différente selon le mode opératoire. Quelle que soit l'année considérée, les létalités les plus élevées étaient observées lorsque les actes suicidaires étaient par arme à feu, par pendaison ou par exposition aux flammes, à la fumée et au gaz. L'acte suicidaire a entraîné le décès de 1 patient sur 4 lorsque le mode opératoire était par arme à feu, de 1 sur 7 lorsqu'il s'agissait d'une pendaison, de 1 sur 10 en cas d'exposition aux flammes, à la fumée et au gaz, et de 1 sur 200 lorsque l'acte suicidaire était commis par IVM.

Comorbidités

L'existence d'une pathologie psychiatrique était notée dans 61% des séjours pour TS en moyenne (59% chez les femmes et 64% chez les hommes), avec une augmentation de 3 à 4 points entre 2008 et 2017. Les pathologies le plus fréquemment notées étaient la dépression (32% des séjours – 34% chez les femmes, 29% chez les hommes), les troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool (23% des séjours – 18% chez les femmes, 32% chez les hommes) et les troubles anxieux (10% des séjours – 11% chez les femmes, 9% chez les hommes). Les autres troubles psychiatriques étaient plus rarement notés : troubles psychotiques (3%), troubles bipolaires (2%), troubles de l'alimentation (0,7%).

Figure 3

Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide selon le sexe et le département de résidence, France, 2008 et 2017



En 2017, les troubles dépressifs étaient moins souvent notés (-7 points) qu'en 2008, tandis que les troubles anxieux et les troubles liés à l'alcool l'étaient plus souvent (respectivement +4 et +2 points).

Discussion

La surveillance épidémiologique de l'évolution sur 10 ans des hospitalisations pour TS montre une diminution du nombre de séjours et du nombre de patients. En 2008 et en 2017, respectivement 87 500 et 77 000 patients ont été hospitalisés suite à une TS, soit 10 500 patients de moins en 2017 qu'en 2008. Cette diminution a touché essentiellement les femmes de 20 à 49 ans. Toutefois, le ratio entre le nombre de séjours et le nombre de patients est resté identique au cours de la période d'étude, avec chaque année environ 10% des patients qui ont été réadmis pour TS, sans différence selon les années. Cette stabilité du taux des réadmissions pour TS est un important

défi en santé publique qu'il convient de prendre en compte, car les TS et leurs récives sont des facteurs de risque majeurs de décès dans les années suivant un passage à l'acte suicidaire, décès soit par suicide ou par autre cause^{1,5}. Depuis plus d'une dizaine d'années, des dispositifs de prévention de récives suicidaires consistant à maintenir le contact avec les suicidants à la sortie de l'hôpital par l'envoi de cartes postales, par des rappels téléphoniques ou des visites à domicile font l'objet d'études, mais leurs résultats semblent hétérogènes, avec toutefois une tendance vers une réduction non significative des récives de TS et des décès par suicide⁶. En France, le dispositif Vigilans⁷ de maintien de contacts avec les suicidants, actuellement déployé dans plusieurs régions pilote, est en cours d'évaluation par Santé publique France. Lors de la première réunion du Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie en juin 2018, la ministre des Solidarités et de la Santé a prévu qu'un « plan d'ensemble contre

le risque suicidaire soit déployé sur tout le territoire, sous le pilotage des Agences régionales de santé, notamment le dispositif Vigilans de recontact systématique des personnes ayant fait une tentative de suicide »⁽³⁾.

Concernant la diminution des hospitalisations pour TS entre 2008 et 2017, observée surtout chez les femmes, des hypothèses peuvent être avancées mais certaines doivent être vérifiées par des enquêtes *ad hoc*. Par exemple, cette diminution pourrait être imputée à un moindre recours aux soins des femmes après une TS, mais la vérification d'une telle hypothèse nécessiterait des enquêtes déclaratives répétées sur ce questionnement spécifique. Par ailleurs, l'hypothèse d'un codage moins exhaustif des TS hospitalisées au cours du temps qui ciblerait les femmes et non les hommes ne semble pas très réaliste, pas plus que l'hypothèse d'une diminution des hospitalisations suite à un passage aux urgences pour TS, car les données des services d'urgence montrent que 64% des passages aux urgences pour TS sont suivis d'hospitalisation sans différence selon les années³. Il est donc plausible que la diminution des hospitalisations pour TS soit le reflet d'une réelle diminution des TS suffisamment graves au plan somatique pour conduire à une hospitalisation. De plus, il est à noter que cette diminution est concomitante de la diminution des décès par suicide, passés de 10 316 en 2008 à 8 948 en 2015 en France métropolitaine⁽⁴⁾. Comme pour les données hospitalières, la diminution des décès par suicide ne concerne que les personnes relativement jeunes et elle est plus importante chez les femmes que chez les hommes. En Angleterre aussi, une diminution des hospitalisations pour TS a été observée chez les femmes, ainsi que chez les hommes dans une moindre mesure⁸.

La prédominance féminine que nous avons montrée dans les hospitalisations pour TS est une donnée classiquement retrouvée dans la littérature, tant dans les données hospitalières⁹ que dans les enquêtes déclaratives¹⁰. Cette surreprésentation féminine dans les TS, contrairement aux décès par suicide où prédomine le sexe masculin, est observée dans tous les pays industrialisés. Cette relation inverse entre morbidité et mortalité suicidaire (*gender paradox*) est plus complexe que le simple fait de considérer le suicide et les TS comme deux phénomènes différents impliquant des populations différentes (hommes *versus* femmes) ou encore penser que l'issue fatale ou non du geste suicidaire dépend seulement des facteurs tels que l'intentionnalité du suicidant ou la performance du système de soins. Cette différence serait plutôt à analyser au travers du prisme des normes sociales et des contraintes culturelles liées au genre dans l'expression de la détresse

psychologique et des troubles psychiatriques, le recours aux soins et la représentation de l'acte suicidaire lui-même¹¹. De plus, le taux particulièrement important des TS hospitalisées mis en évidence chaque année chez les jeunes filles de 15-19 ans, aussi retrouvé dans d'autres pays^{9,12}, doit questionner sur la prévention et la prise en charge adaptées à cette population. Au-delà d'un comportement de prise de risques lié à l'adolescence, ce comportement suicidaire est probablement le résultat complexe de facteurs individuels, familiaux et sociaux, tels que les troubles anxio-dépressifs, l'abus de drogues, l'exposition aux événements stressants, le harcèlement, l'isolement, les difficultés scolaires, familiales ou sociales, qu'il s'agit de prendre en compte¹³. Enfin, l'augmentation des taux chez les hommes de 50 ans et plus entre 2008 et 2017, retrouvée aussi en Angleterre, coïncide avec la récession économique de ces dernières années et pourrait être liée à ses conséquences (perte d'emploi, mise en préretraite...)⁸.

Nous avons montré que, dans plus de six hospitalisations sur 10 pour TS, il y avait un diagnostic de trouble psychiatrique, avec en premier lieu des troubles dépressifs suivis des troubles liés à l'alcool et des troubles anxieux. Cette proportion de troubles psychiatriques associés aux TS semble plutôt faible comparativement aux 84% rapportés dans une méta-analyse portant sur les patients pris en charge dans des hôpitaux généraux après une TS¹⁴. En revanche, les types de troubles rapportés et leur hiérarchie sont concordants avec nos résultats, à savoir que ce sont les troubles dépressifs qui sont les plus prévalents, suivis des troubles anxieux et des troubles liés à l'alcool, avec la même répartition selon le sexe (troubles dépressifs et anxieux plus souvent retrouvés chez les femmes et troubles liés à l'alcool chez les hommes)¹⁴. La différence observée entre nos résultats et la méta-analyse n'est pas due à une moindre prévalence de troubles psychiatriques en France, mais plutôt au fait que certains troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux, psychotiques et bipolaires sont moins souvent recherchés lors des prises en charge pour TS en MCO¹⁵. Quoiqu'il en soit, la prise en charge précoce et le traitement des troubles dépressifs sont parmi les actions de prévention des actes suicidaires qui ont prouvé leur efficacité¹⁶. Par ailleurs, au vu de la forte comorbidité avec les troubles liés à l'alcool, une évaluation du risque suicidaire ainsi que sa prise en charge, en cas de risque élevé, pourraient peut-être être incluses dans la prise en charge des addictions par les équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA).

L'intérêt des données médico-administratives pour la surveillance en santé publique n'est plus à démontrer. Le PMSI, en offrant l'avantage d'une image exhaustive des hospitalisations sur le territoire national, permet une surveillance de façon efficiente et pérenne des TS. Toutefois, la qualité des données est dépendante du codage effectué par les cliniciens, et le fait que les données du PMSI national

⁽³⁾ <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/sante-mentale-et-psychiatrie-agnes-buzyn-presente-sa-feuille-de-route-pour>

⁽⁴⁾ <https://cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>

soient anonymes nécessite des études particulières avec un retour aux sources pour vérification et évaluation d'une éventuelle sous-déclaration. Par ailleurs, dans le PMSI, le recueil des données socio-démographiques reste limité au sexe, à l'âge et au lieu de résidence. Aucune donnée n'est collectée sur les situations professionnelles, familiales ou scolaires qui peuvent constituer des facteurs de risque du passage à l'acte suicidaire. Enfin, cette étude n'inclut pas les personnes n'ayant aucun recours aux soins ou consultant exclusivement un médecin libéral, ni celles vues aux urgences sans être transférées dans les services d'hospitalisation MCO (ou en psychiatrie, en particulier si le service des urgences est proche de la psychiatrie de secteur). Dans ces cas, il s'agit probablement de patients dont l'état de santé somatique ne pose pas de problème de prise en charge.

Conclusion

Malgré une diminution des hospitalisations pour TS au cours des 10 dernières années, en particulier chez les femmes entre 20 et 49 ans, une vigilance accrue doit être portée sur certains segments de la population tels que les adolescentes et les hommes au-delà de 50 ans. Par ailleurs, la surveillance des hospitalisations pour TS doit être maintenue, afin de suivre l'évolution des réadmissions après l'instauration sur l'ensemble du territoire des dispositifs de maintien du contact des suicidants. ■

Références

- [1] Christiansen E, Jensen BF. Risk of repetition of suicide attempt, suicide or all deaths after an episode of attempted suicide: A register-based survival analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41(3):257-65.
- [2] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. Genève: OMS; 2014. 89 p. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
- [3] 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. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 51 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV12195
- [4] Bouche G, Lepage B, Migeot V, Ingrand P. Intérêt de la détection et de la prise en compte d'une surdispersion dans un modèle de Poisson: illustration à partir d'un exemple. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2009;57(4):285-96.

[5] Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e89944.

[6] Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: Systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. 2015;206(3):184-90.

[7] Jardon V, Debieu C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *L'Encéphale*. 2018. doi.org/10.1016/j.encep.2018.09.009.

[8] Geulayov G, Kapur N, Turnbull P, Clements C, Waters K, Ness J, *et al*. Epidemiology and trends in non-fatal self-harm in three centres in England, 2000-2012: Findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *BMJ Open*. 2016;6(4):e010538.

[9] Skinner R, McFaul S, Draca J, Frechette M, Kaur J, Pearson C, *et al*. Suicide and self-inflicted injury hospitalizations in Canada (1979 to 2014/15). *Health Promot Chronic Dis Prev Can*. 2016;36(11):253-61.

[10] Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, de Graaf R, O'Neill S, Florescu S, *et al*. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord*. 2015;173:245-54.

[11] Canetto SS, Cleary A. Men, masculinities and suicidal behaviour. *Soc Sci Med*. 2012;74(4):461-5.

[12] Corcoran P, Keeley HS, O'Sullivan M, Perry IJ. The incidence and repetition of attempted suicide in Ireland. *Eur J Public Health*. 2004;14(1):19-23.

[13] du Roscoät E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *J Affect Disord*. 2016;190:517-21.

[14] Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. *J Affect Disord*. 2013;151(3):821-30.

[15] Chan-Chee C, Paget LM. Le Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) : un outil nécessaire pour la surveillance des hospitalisations suite à une tentative de suicide. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2017;65(5):349-59.

[16] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, *et al*. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(7):646-59.

Citer cet article

Chan-Chee C. Les hospitalisations pour tentative de suicide dans les établissements de soins de courte durée : évolution entre 2008 et 2017. *Bull Epidémiol Hebd*. 2019;(3-4):48-54. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_2.html

CAUSES ASSOCIÉES AUX SUICIDES DANS LES CERTIFICATS DE DÉCÈS. ANALYSE DES CERTIFICATS MÉDICAUX DE DÉCÈS, FRANCE, 2000-2014

// CAUSES ASSOCIATED WITH SUICIDE IN DEATH CERTIFICATES. ANALYSIS OF DEATH CERTIFICATES IN FRANCE, 2000-2014

Catherine Ha (catherine.ha@santepubliquefrance.fr), Christine Chan-Chee

Santé publique France, Saint-Maurice, France

Soumis le 21.09. 2018 // Date of submission: 09.21.2018

Résumé // Abstract

Introduction – L'objectif de l'étude était de décrire la distribution des pathologies mentales et non mentales associées au suicide à partir des certificats médicaux de décès.

Méthodes – L'analyse porte sur les décès survenus en France entre 2000 et 2014, extraits de la base nationale du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm). Ont été sélectionnés les décès dont le certificat contenait un code de suicide (CD suicide) de la Classification internationale des maladies (CIM-10), soit les codes X60 à X84.

Résultats – Sur la période d'étude, 156 910 décès par suicide chez les individus âgés d'au moins 10 ans ont été enregistrés en France, dont 74% d'hommes. Ces décès représentent 1,9% du total des décès et 10 461 cas en moyenne par an. Selon ces certificats de décès, 40% des suicides étaient associés à la présence de troubles mentaux, plus souvent chez les femmes que chez les hommes (48% vs 36%). Il s'agissait en grande majorité de troubles dépressifs (38% chez les femmes et 28% chez les hommes). Ceux-ci étaient 41 fois plus fréquemment associés aux suicides qu'aux autres décès. Les suicides des personnes âgées de moins de 25 ans représentaient une part modérée du total des suicides (5,5%), mais étaient à l'origine d'un nombre élevé d'années de vie perdues. Des associations particulièrement fortes ont été observées avec les troubles de l'humeur et les troubles anxieux dans cette classe d'âge.

Pour 16% des suicides, le certificat de décès indiquait l'existence d'au moins une pathologie non mentale ayant contribué au décès : les maladies les plus souvent associées étaient celles de l'appareil circulatoire (5% des CD suicide), les maladies du système nerveux (4%) et les tumeurs invasives (3%), sans que l'étude ait été en mesure d'identifier des pathologies non mentales liées aux suicides.

Conclusion – Malgré les limites des certificats médicaux de décès à rendre compte des comorbidités, ce travail a permis d'explorer l'information transmise par les médecins certificateurs sur 15 années. Il sera intéressant de poursuivre ce travail et de l'approfondir avec les données des bases médico-administratives du système national des données de santé (SNDS), qui permettront d'identifier les éventuelles pathologies prises en charge en amont du décès, palliant ainsi les biais de certification médicale des états morbides ayant pu contribuer au suicide.

Introduction – *The aim of this study was to describe the distribution of mental and physical illnesses associated with suicide from death certificates.*

Methods – *Our analysis focuses on deaths occurring in France from 2000 to 2014, extracted from the national mortality database of CépiDc-Inserm. Death certificates containing a suicide code from the International Classification of Diseases (ICD-10), X60 to X84, were selected.*

Results – *Over the study period, 156,910 deaths by suicide among individuals aged 10 years and older were recorded in France, of whom 74% were men. These deaths represented 1.9% of the total deaths, with an average of 10,461 suicides per year. According to the death certificates, 40% of suicides were associated with the presence of mental disorders, more often in women than in men (48% vs 36%). The great majority were depressive disorders (38% for women and 28% for men), which were 41 times more frequently associated with suicide than with other deaths. Suicide in people aged 25 years or less accounted for a moderate part of all the suicides (5.5%) but was responsible for a high number of years of life lost, and particularly strong associations were observed in this age group with mood disorders and anxiety disorders.*

For 16% of the suicides, the death certificate indicated the existence of at least one physical illness that contributed to death: the most frequent were circulatory diseases (5% of death certificates with suicide), diseases of the nervous system (4%) and cancer (3%), but the study was unable to identify any physical illness related to suicide.

Conclusion – *Despite the limitations of death certificates to report comorbidities, this work allowed exploring information provided by certifying physicians over 15 years. It will be interesting to continue this work with further investigation using medico-administrative bases of the national health data system, in order to identify possible health conditions diagnosed during lifetime and try reducing the biases of medical certification of comorbidities that may have contributed to suicide.*

Mots-clés : Mortalité, Suicide, Causes de décès, France

// **Keywords**: Mortality, Suicide, Causes of death, France

Introduction

Le lien entre troubles mentaux et suicide est maintenant bien établi. Les troubles mentaux les plus fréquemment associés au suicide sont les troubles dépressifs et les conduites addictives, en particulier celles liées à l'alcool¹. Nombre d'études font aussi le lien entre certaines conditions morbides telles que la douleur chronique^{2,3} ou certaines maladies physiques⁴.

Le recours aux données quasi-exhaustives de mortalité pour décrire et analyser les caractéristiques épidémiologiques du suicide s'est largement répandu à travers le monde. En France, les données de mortalité sont issues à la fois du certificat médical de décès rempli par un médecin à l'occasion de chaque décès survenu sur le territoire et du bulletin de décès complété par l'officier d'état-civil de la mairie. Sur le certificat médical de décès, deux parties distinctes permettent au médecin d'en documenter les causes. La première partie rapporte la (ou les) maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès, dont la cause initiale (définie comme la maladie ou le traumatisme à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès, ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel). La seconde partie permet de signaler les états morbides ayant pu contribuer au décès⁵. Depuis l'an 2000, toutes les causes de décès sont codées selon la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'OMS (Organisation mondiale de la santé), qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès.

Toutes les causes qui figurent autrement qu'en cause initiale du décès seront désignées ci-après « causes associées ». Précisons que les règles de la CIM de l'OMS conduisent à privilégier la sélection du suicide en tant que cause initiale, même si le médecin certificateur a indiqué un autre enchaînement causal et a mentionné le suicide en cause associée⁵.

Ce travail a pour objectif de décrire la distribution des troubles mentaux et des grands groupes de pathologies non mentales associées au décès, chez les personnes décédées en France entre 2000 et 2014 et dont le certificat de décès mentionne un suicide, en comparaison à celle observée chez les personnes décédées sans mention de suicide.

Population et méthodes

Certificats de décès

L'analyse porte sur l'ensemble des causes (initiales et associées) des décès survenus entre 2000 et 2014 des personnes résidant en France et âgées de 10 ans et plus au moment du décès en France (DOM inclus, excepté Mayotte), extraites de la base nationale du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm). Le département de Mayotte n'a pas été inclus dans

ce travail, les décès n'y étant pas encore suffisamment bien dénombrés sur la période étudiée (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281384#encadre1>).

Ont été sélectionnés les décès dont le certificat contenait un code CIM-10 de suicide (lésions auto-infligées, codes X60 à X84).

La comparaison des causes renseignées sur les certificats médicaux de décès entre les décès par suicide et les autres a été faite selon les grands groupes de pathologies. Les troubles mentaux et du comportement correspondent au chapitre V de la CIM-10 : codes F, auxquels s'ajoute le code G30 pour la maladie d'Alzheimer (le code F00 « Démence de la maladie d'Alzheimer » n'est pas utilisé en pratique pour coder cette maladie). Les pathologies non mentales considérées correspondent aux chapitres I à XVII de la CIM-10 (codes A à Q), à l'exclusion du chapitre V, du code G30 et du code I46 (arrêt cardiaque). Les chapitres pour lesquels les fréquences étaient inférieures à 0,5% parmi les décès par suicide ne figurent pas dans les tableaux (maladies du sang, de la peau, congénitales, de l'œil et de l'oreille).

Analyse statistique

Les résultats descriptifs sont présentés sous forme de moyennes (m) et écart-types (ET) pour les variables quantitatives et de pourcentages pour les variables qualitatives.

Les risques relatifs (RR) de pathologies mentales et non mentales associées aux suicides sont issus d'un modèle de régression de Poisson ajusté sur le sexe (pour les analyses tous sexes confondus) et sur l'âge (sauf pour les analyses par classe d'âge).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS Enterprise guide®, version 7.1.

Résultats

L'analyse porte sur les décès survenus chez les individus âgés d'au moins 10 ans (les 10 décès par suicide avant l'âge de 10 ans sont exclus de cette analyse).

De 2000 à 2014, 156 910 suicides ont été enregistrés en France dans la population d'étude, soit 10 461 cas en moyenne par an. Le suicide représentait 1,94% de l'ensemble des décès (2,81% chez les hommes et 1,03% chez les femmes) et, dans trois quarts des cas, il s'agissait d'un suicide masculin (n=115 870, soit 74%).

Comparaison des décès par suicide aux autres décès

Comparées aux personnes décédées sans mention de suicide, les personnes suicidées étaient en moyenne plus jeunes au moment du décès (53,3 vs 77,3 ans), avec un écart d'âge encore plus important chez les femmes (54,7 vs 81,3 ans) que chez les hommes (52,8 vs 73,4 ans) (tableau 1).

Une seule cause était renseignée pour 28,1% des certificats de décès par suicide (CD suicide) (30,2% chez les hommes et 22,3% chez les femmes) et pour seulement 12,0% des certificats des autres

décès (CD autres) (11,6% chez les hommes et 12,6% chez les femmes). Le nombre moyen de causes renseignées dans les CD suicide s'élevait à 2,4, significativement inférieur à celui des CD autres (3,4). Décès par suicide ou non, le nombre moyen de causes renseignées augmentait régulièrement avec l'âge après 15 ans. Pour toutes les classes d'âge à partir de 15 ans, le nombre moyen de causes renseignées en cas de suicide était plus élevé chez les femmes que chez les hommes, alors qu'après 65 ans pour les autres décès, il s'avérait plus important chez les hommes (tableau 2).

Comparaison de la fréquence des troubles mentaux entre les décès par suicide et les autres

Sur les 156 910 CD suicide de la période étudiée, 39,2% portaient mention d'au moins un trouble mental, plus souvent chez les femmes (48,2%) que chez les hommes (36,1%), avec une fréquence minimale chez

les 10-14 ans (6,9% chez les femmes et 5,6% chez les hommes) et maximale chez les 45-64 ans (51,9% chez les femmes et 38,9% chez les hommes).

Le tableau 3 indique la fréquence des troubles mentaux selon leurs différentes catégories et les risques relatifs de les voir figurer sur le CD suicide par rapport aux CD autres. Un trouble mental était mentionné dans près de 40% des CD suicide contre 14% des CD autres. Les troubles mentaux associés aux suicides étaient en très grande majorité des troubles de l'humeur (31,7% des CD suicide), pour l'essentiel des troubles dépressifs (mentionnés dans 30,4% des CD suicide contre 0,9% des CD autres). Figuraient ensuite, avec une fréquence bien moindre, les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives (5,1%), principalement ceux dus à l'alcool (4,5%), les troubles anxieux (2,9%) et les troubles psychotiques (2,2%).

Tableau 1

Caractéristiques des individus âgés d'au moins 10 ans au décès, pour les suicides et pour les autres décès, France, 2000-2014

	Hommes				Femmes				Total			
	Suicides		Autres décès		Suicides		Autres décès		Suicides		Autres décès	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	n		
	115 870	73,8	4 012 996	50,5	41 040	26,2	3 931 290	49,5	156 910	7 944 286		
Âge au décès (ans)	m ± ET		m ± ET		m ± ET		m ± ET		m ± ET		m ± ET	
	52,8 ± 18,8		73,4 ± 15,2		54,7 ± 18,1		81,3 ± 13,8		53,3 ± 18,7		77,3 ± 15,0	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
10-14	339	0,3	3 644	0,1	146	0,4	2 520	0,1	485	0,3	6 164	0,1
15-24	6 232	5,4	33 606	0,8	1 873	4,6	11 899	0,3	8 105	5,2	45 505	0,6
25-44	35 887	31,0	150 482	3,7	10 264	25,0	75 494	1,9	46 151	29,4	225 976	2,8
45-64	40 967	35,4	813 796	20,3	16 606	40,4	377 445	9,6	57 573	36,7	1 191 241	15,0
65-84	25 826	22,3	2 001 014	49,9	9 787	23,8	1 487 412	37,8	35 613	22,7	3 488 426	43,9
≥85	6 619	5,7	1 010 454	25,2	2 364	5,8	1 976 520	50,3	8 993	5,7	2 986 974	37,6

m : moyenne ; ET : écart-type.

Tableau 2

Nombre de causes de décès renseignées en cas de suicide et pour les autres décès, selon l'âge et le sexe, chez les individus âgés d'au moins 10 ans, France, 2000-2014

Âge (ans)	Suicides						Autres décès					
	Hommes			Femmes			Hommes			Femmes		
	n	Nombre moyen de causes	1 seule cause (%)	n	Nombre moyen de causes	1 seule cause (%)	n	Nombre moyen de causes	1 seule cause (%)	n	Nombre moyen de causes	1 seule cause (%)
10-14	339	2,1	33,6	146	2,0	39,7	3 644	3,1	11,2	2 520	3,2	11,5
15-24	6 232	2,1	34,7	1 873	2,3	28,1	33 606	3,0	12,2	11 899	3,1	11,8
25-44	35 887	2,2	32,4	10 264	2,5	22,3	150 482	3,1	14,3	75 494	3,3	11,4
45-64	40 967	2,3	29,8	16 606	2,5	21,7	813 796	3,3	12,4	377 445	3,4	10,7
65-84	25 826	2,5	27,0	9 787	2,6	21,7	2 001 014	3,5	10,9	1 487 412	3,4	11,7
≥85	6 619	2,5	28,9	2 364	2,7	23,2	1 010 454	3,5	11,8	1 976 520	3,3	13,6
Total	115 870	2,3	30,2	41 040	2,6	22,3	4 012 996	3,5	11,6	3 931 290	3,4	12,6

Lecture : 339 hommes âgés de 10 à 14 ans sont décédés par suicide entre 2000 et 2014. Le nombre moyen de causes inscrites sur le certificat de décès par le médecin certificateur (causes initiale et associées) était de 2,1 ; 33,6% de ces certificats ne comportaient qu'une seule cause (aucune autre pathologie ne figurait sur le certificat de décès).

Tableau 3

Fréquence des troubles mentaux associés aux décès par suicide et aux autres décès, chez les individus âgés d'au moins 10 ans, France, 2000-2014

	Hommes			Femmes			Tous sexes		
	Suicides n=115 870	Autres décès n=4 012 996	RRa* [IC95%]	Suicides n=41 040	Autres décès n=3 931 290	RRa* [IC95%]	Suicides n=156 910	Autres décès n=7 944 286	RRa** [IC95%]
	%	%		%	%		%	%	
Au moins un trouble mental	36,1	12,4	2,94 [2,92-2,96]	48,2	15,9	4,89 [4,83-4,94]	39,2	14,2	3,57 [3,54-3,59]
Troubles mentaux organiques	0,4	6,1	0,18 [0,18-0,19]	0,6	12,7	0,15 [0,13-0,16]	0,5	9,4	0,16 [0,16-0,17]
Addiction	5,5	5,3	0,47 [0,46-0,47]	4,1	1,4	0,72 [0,71-0,73]	5,1	3,3	0,49 [0,48-0,50]
Alcool	4,8	3,4	0,57 [0,56-0,58]	3,7	0,9	0,93 [0,92-0,94]	4,5	2,2	0,61 [0,60-0,62]
Troubles psychotiques	2,2	0,4	3,05 [3,02-3,08]	2,4	0,5	2,96 [2,91-3,01]	2,2	0,5	3,11 [3,10-3,13]
Schizophrénie	0,8	0,1	3,13 [3,10-3,16]	0,5	0,1	3,02 [2,98-3,06]	0,7	0,1	3,13 [3,11-3,16]
Troubles de l'humeur	28,6	0,7	41,24 [41,01-41,46]	40,2	1,3	30,06 [29,83-30,29]	31,7	1,0	36,19 [36,03-36,35]
Troubles dépressifs	27,7	0,7	45,89 [45,64-46,14]	38,3	1,2	34,24 [33,98-34,50]	30,4	0,9	40,63 [40,45-40,81]
Troubles bipolaires	0,8	0,1	7,95 [7,87-8,03]	1,8	0,2	7,43 [7,34-7,52]	1,0	0,1	7,58 [7,52-7,64]
Troubles anxieux	2,6	0,2	21,08 [20,92-21,25]	3,6	0,3	15,37 [15,18-15,56]	2,9	0,3	18,64 [18,51-18,77]

* Risques relatifs ajustés sur l'âge. ** Risques relatifs ajustés sur le sexe et l'âge.

IC95% : Intervalle de confiance à 95%.

Lecture : Chez les hommes, 36,1% des autres décès étaient déclarés associés à un ou plusieurs troubles mentaux dans les certificats de décès. Le risque relatif ajusté sur l'âge était de 2,9 ce qui signifie, pour les hommes, que les troubles mentaux sont 2,9 fois plus fréquemment associés aux suicides qu'aux autres décès, à âge égal.

Les troubles mentaux notifiés dans les CD autres étaient, quant à eux, majoritairement des troubles mentaux d'origine organique – constitués essentiellement de démences – ou liés à des conduites addictives (respectivement 9,4% et 3,3% des CD autres). À noter que les troubles de l'humeur ont été très rarement mentionnés dans les CD autres (1,0%).

Le risque qu'au moins un trouble mental soit mentionné était 3,6 fois plus élevé lorsqu'il s'agissait d'un suicide. Ce risque était multiplié par 40,6 pour les troubles dépressifs, 18,6 pour les troubles anxieux, 7,6 pour les troubles bipolaires et 3,1 pour les troubles psychotiques. À l'inverse, les conduites addictives et les troubles mentaux d'origine organique apparaissaient plus fortement associés aux décès par autre cause qu'aux suicides.

La mention d'au moins un trouble mental était plus fréquente chez les femmes suicidées que chez leurs homologues masculins (48% vs 36%), et le risque que cette mention soit associée au suicide comparativement aux autres décès était supérieur chez ces dernières (RR=4,9 vs 2,9 chez les hommes). La mention de troubles dépressifs apparaissait là aussi plus fréquemment chez les femmes (38% vs 28%), mais le risque de les voir associés au suicide était supérieur chez les hommes (RR=45,9 vs 34,2 chez les femmes). Il en est de même pour les troubles anxieux, mentionnés plus souvent chez les femmes (3,6% vs 2,6%), mais le risque de les voir associés au suicide était supérieur chez les hommes (RR=21,1 vs 15,4 chez les femmes).

Le tableau 4 indique, pour les suicides, la fréquence des troubles mentaux et des groupes de pathologies non mentales selon quatre classes d'âge, et les risques relatifs de les voir figurer sur le CD suicide par rapport aux CD autres. L'analyse selon la classe d'âge indique un plus faible signalement de pathologies associées chez les suicidés de moins de 25 ans, du fait probablement de comorbidités moins fréquentes à cet âge (tableau 2). Néanmoins, c'est chez eux que la fréquence des troubles psychotiques renseignés sur les CD suicide s'avérait la plus élevée, avec un risque multiplié par 12 par rapport aux CD autres, et que le risque d'avoir un trouble mental dû à l'alcool renseigné sur le certificat de décès était significativement augmenté en cas de suicide (RR_a=1,3) (tableau 4). À noter que cette classe d'âge se caractérisait avant tout par des risques particulièrement augmentés de troubles de l'humeur – troubles dépressifs (RR_a=71,9) et troubles bipolaires (RR_a=23,1) – ainsi que de troubles anxieux (RR_a=46,0).

Comme pour les personnes suicidées de moins de 25 ans, un léger excès de risque de trouble mental dû à l'alcool était observé chez celles de 65 ans et plus (RR_a=1,1), mais ne l'était pas dans les classes d'âge intermédiaires (tableau 4).

Comparaison de la fréquence des pathologies non mentales entre les décès par suicide et les autres

Au moins une pathologie non mentale était renseignée dans 15,7% des CD suicide (respectivement 13,4% et 19,1% des CD suicide sans mention et avec

mention de trouble mental) et dans 87,9% des CD autres (respectivement 87,6% et 89,6%). Ainsi, une pathologie non mentale était plus souvent renseignée dans les cas avec trouble mental que sans trouble mental, pour les CD suicide comme pour les CD autres, et 7,4% des CD suicide et 12,7% des CD autres rapportaient à la fois au moins un trouble mental et au moins une pathologie non mentale.

Le tableau 5 indique la fréquence des pathologies non mentales regroupées selon les grands chapitres de la CIM-10. Tous âges confondus, le groupe le plus représenté était celui des maladies de l'appareil circulatoire qui concernaient 44% des CD autres et 5% des CD suicide. Pour les CD autres, venaient respectivement au 2^e et 3^e rang les tumeurs invasives (33%) et les maladies respiratoires (21%), tandis que pour les CD suicide, les maladies du système nerveux occupaient la 2^e position (4%) et les tumeurs invasives la 3^e (3%).

Pour les pathologies non mentales (à l'exception des maladies du système nerveux), on observe, dans les CD suicide, une augmentation progressive de fréquence de signalement avec l'âge : par exemple, chez les individus suicidés entre 25 et 44 ans, le signalement de pathologies non mentales concernait 9,3% des cas, celui d'une maladie de l'appareil circulatoire 1,8% et celui d'un cancer 0,3%, et respectivement 26,6%, 10,2% et 8,1% chez les 65 ans et plus (tableau 4).

La comparaison avec les fréquences observées dans les CD autres ne permet pas de suggérer, quelle que soit la classe d'âge, de lien particulier entre ces groupes de pathologies et le suicide (RR non significativement différents de 1).

Discussion

Sur la période 2000-2014, 156 910 décès par suicide chez les individus âgés d'au moins 10 ans ont été enregistrés en France, dont 74% d'hommes. Ces décès représentaient 1,9% du total des décès et 10 461 cas en moyenne par an. À noter qu'un certain nombre de suicides ne sont pas connus à partir de ces bases de données : personnes ayant fait l'objet d'une enquête médico-légale dont la conclusion n'a pas été transmise au CépiDc ou celles pour lesquelles le décès est codé « événement dont l'intention n'est pas déterminée » (Y10-Y34). La sous-évaluation des décès par suicide estimée sur les données de mortalité de 2006 au niveau métropolitain était de l'ordre de 10%, avec des variations régionales⁶. En 2014, les décès codés « événements dont l'intention n'est pas déterminée » représentaient 0,13% des décès (n=744) et étaient presque toujours des morts violentes : « décharge d'armes à feu » (50,8%), « chute, saut ou précipitation dans le vide » (14,4%), « pendaison, strangulation et suffocation » (8,5%). Les intoxications, plus rares, représentaient 3,9% des décès. Ceux qui ne comportaient aucune précision en représentaient 8,5%. Globalement, la sous-évaluation des décès par suicide est susceptible d'introduire un biais dans la mesure où les suicides non répertoriés pourraient être associés plus particulièrement à certaines causes.

Tableau 4

Fréquence des troubles mentaux et des pathologies non mentales associées aux suicides, selon la classe d'âge, et risques relatifs par rapport aux autres décès, chez les individus âgés d'au moins 10 ans, France, 2000-2014

	10-24 ans n=8 590		25-44 ans n=46 151		45-64 ans n=57 573		≥65 ans n=44 596	
	%	RR _s * [IC95%]	%	RR _s * [IC95%]	%	RR _s * [IC95%]	%	RR _s * [IC95%]
Au moins un trouble mental	23,56	7,64 [7,38-7,91]	38,14	2,82 [2,78-2,86]	42,68	3,35 [3,32-3,38]	38,91	2,93 [2,90-2,96]
Troubles mentaux organiques	0,02	0,74 [0,67-0,82]	0,05	0,49 [0,47-0,52]	0,10	0,18 [0,17-0,19]	1,44	0,15 [0,14-0,16]
Addiction	2,81	1,61 [1,52-1,70]	6,86	0,60 [0,59-0,62]	6,87	0,64 [0,63-0,66]	1,53	0,65 [0,63-0,66]
Alcool	1,08	1,28 [1,20-1,37]	5,66	0,69 [0,67-0,71]	6,55	0,84 [0,82-0,86]	1,39	1,09 [1,06-1,11]
Troubles psychotiques	3,64	12,22 [11,63-12,83]	3,63	3,74 [3,66-3,82]	1,85	2,89 [2,84-2,94]	1,00	2,76 [2,70-2,81]
Troubles de l'humeur	15,58	67,52 [63,54-71,74]	28,72	22,50 [22,08-22,92]	35,23	35,66 [35,38-35,94]	33,18	37,79 [37,57-38,00]
Dépression	14,96	71,89 [67,52-76,55]	27,61	23,75 [23,30-24,21]	33,72	39,45 [39,14-39,77]	32,10	41,40 [41,17-41,63]
Troubles bipolaires	0,47	23,07 [21,58-24,66]	0,95	9,73 [9,48-9,99]	1,34	10,82 [10,69-10,96]	0,86	8,81 [8,70-8,93]
Troubles anxieux	1,42	46,01 [42,63-49,67]	2,16	13,43 [13,09-13,78]	2,87	17,63 [17,43-17,83]	3,91	16,60 [16,45-16,76]
Pathologies non mentales								
Au moins une maladie non mentale	8,47	0,21 [0,20-0,23]	9,33	0,15 [0,15-0,15]	13,37	0,15 [0,15-0,16]	26,59	0,29 [0,29-0,30]
Maladies de l'appareil circulatoire (hors arrêt cardiaque)	1,59	0,18 [0,16-0,20]	1,81	0,10 [0,09-0,10]	3,41	0,13 [0,12-0,13]	10,22	0,21 [0,21-0,22]
Cancers	0,06	0,00 [0,00-0,01]	0,30	0,01 [0,01-0,01]	2,38	0,05 [0,04-0,05]	8,10	0,24 [0,24-0,25]
Maladies du système nerveux (hors maladie d'Alzheimer)	4,84	0,35 [0,32-0,37]	4,22	0,40 [0,39-0,41]	3,90	0,51 [0,50-0,53]	3,74	0,60 [0,59-0,62]
Maladies de l'appareil respiratoire	1,39	0,14 [0,13-0,16]	1,50	0,14 [0,14-0,15]	1,80	0,12 [0,11-0,12]	3,98	0,16 [0,16-0,17]
Maladies endocriniennes, métaboliques	0,40	0,11 [0,09-0,13]	0,73	0,14 [0,13-0,15]	1,67	0,18 [0,17-0,19]	2,98	0,22 [0,21-0,23]
Maladies de l'appareil digestif	0,28	0,11 [0,09-0,13]	0,71	0,07 [0,06-0,07]	1,13	0,07 [0,07-0,08]	1,23	0,13 [0,12-0,14]
Maladies infectieuses et parasitaires	0,34	0,07 [0,06-0,09]	0,71	0,08 [0,07-0,08]	0,74	0,09 [0,08-0,09]	0,84	0,10 [0,10-0,11]
Maladies du système ostéo-articulaire	0,07	0,08 [0,06-0,10]	0,22	0,29 [0,28-0,31]	0,53	0,55 [0,53-0,57]	1,44	0,78 [0,76-0,81]
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,29	0,21 [0,19-0,24]	0,43	0,16 [0,16-0,17]	0,61	0,14 [0,13-0,15]	1,54	0,16 [0,16-0,17]

* RR_s : risque relatif ajusté sur le sexe. IC95% : Intervalle de confiance à 95%.

Lecture : Chez les 10-24 ans, 23,6% des certificats de décès indiquant un suicide faisaient état de troubles mentaux. Le risque relatif ajusté sur le sexe était de 7,6, ce qui signifie que les troubles mentaux sont 7,6 fois plus fréquemment associés aux suicides qu'aux autres décès dans cette tranche d'âge.

Fréquence des pathologies non mentales associées aux décès par suicide et aux autres décès, chez les individus âgés d'au moins 10 ans, France, 2000-2014

	Suicides			Autres décès		
	Hommes n=115 870	Femmes n=41 040	Tous n=156 910	Hommes n=4 012 996	Femmes n=3 931 290	Tous n=7 944 286
	%	%	%	%	%	%
Au moins une pathologie non mentale	15,3	16,8	15,7	88,4	87,3	87,9
Maladies de l'appareil circulatoire (hors arrêt cardiaque)	4,7	4,9	4,8	42,2	46,2	44,1
Cancers	3,7	2,2	3,3	38,5	27,5	33,0
Maladies du système nerveux (hors maladie d'Alzheimer)	3,9	4,2	4,0	6,8	5,8	6,3
Maladies de l'appareil respiratoire	2,0	3,1	2,3	23,0	19,4	21,2
Maladies endocriniennes, métaboliques	1,6	2,1	1,7	11,9	14,3	13,1
Maladies de l'appareil digestif	0,9	1,3	1,0	11,0	9,2	10,1
Maladies infectieuses et parasitaires	0,7	1,0	0,7	8,5	7,5	8,0
Maladies du système ostéo-articulaire	0,6	0,9	0,7	1,4	2,4	1,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	0,8	0,9	0,8	8,5	7,5	8,0

Lecture : Les certificats de décès par suicide faisaient état d'une maladie de l'appareil circulatoire chez 4,7% des hommes et 4,9% des femmes (4,8% tous sexes confondus), alors que les certificats de décès pour d'autres causes indiquaient une maladie de l'appareil circulatoire chez 42,2% des hommes et 46,2% des femmes (44,1% tous sexes confondus).

Les résultats de cette analyse retrouvent le lien entre troubles mentaux et suicide : 40% des suicides ont été associés, selon les médecins certificateurs, à la présence de tels troubles. Il s'agissait en grande majorité de troubles dépressifs (30% des cas de suicide). Ceux-ci sont 41 fois plus fréquemment associés au décès dans les CD suicide que dans les CD autres. Il est vraisemblable qu'en cas de suicide, la recherche d'antécédents dépressifs par le médecin appelé pour certifier le décès d'une personne que souvent il ne connaît pas, soit *a priori* plus systématique que pour les autres causes de décès pour lesquelles il existe un risque élevé de ne pas rechercher des antécédents dépressifs.

Les troubles psychotiques (dont la schizophrénie) constituent dans le champ de la pathologie psychiatrique un facteur contributeur considéré généralement comme majeur dans le phénomène suicidaire. Les CD suicide indiquent des troubles psychotiques en cause chez 2,2% des cas de suicide (3,6% chez les moins de 45 ans). Ces troubles apparaissent trois fois plus souvent sur les CD suicide que sur les CD autres, de façon comparable pour les deux sexes.

Contrairement à ce à quoi l'on pouvait s'attendre, cette analyse ne montre pas d'association positive entre suicide et troubles mentaux dus à l'alcool, sauf de façon assez modérée chez les 10-24 ans ($RR_a=1,3$) et les ≥ 65 ans ($RR_a=1,1$).

La part la plus importante des suicides revient à la classe d'âge des 45-64 ans, qui compte pour 36,7% d'entre eux. Les suicides des personnes de moins de 25 ans représentent une part presque 7 fois plus faible (5,5% du total des suicides, avec 573 décès annuels en moyenne), mais un nombre élevé d'années de vie

perdues, la 3^e cause de mortalité après les accidents de la circulation et les tumeurs, et même la 2^e cause après les accidents de la circulation chez les 15-24 ans (<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052>). Chez les jeunes, une attention particulière (par un dépistage et une prise en charge précoce) doit être portée aux troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles psychotiques et troubles mentaux dus aux addictions, plus fréquemment associés au suicide.

Pour 16% des CD suicide, le certificat indique l'existence d'au moins une affection non mentale ayant contribué au décès – les plus souvent associées étant les maladies de l'appareil circulatoire, qui concernent 5% des CD suicide, les maladies du système nerveux (4%) et les tumeurs invasives (3%) – sans que l'étude ait été en mesure d'identifier des pathologies non mentales plus particulièrement liées aux suicides. Les maladies du système nerveux se distinguent à la fois par des prévalences relativement élevées parmi les CD suicide, quelle que soit la classe d'âge, et plutôt plus élevées dans les classes d'âge les plus jeunes, contrairement à ce que l'on observe pour les autres groupes de pathologies. Cela pourrait s'expliquer en partie par l'association fréquente des codes G93 (autres affections du cerveau), principalement de l'anoxie cérébrale (G93.1) particulièrement mentionnée en cas de pendaison (mode de suicide le plus utilisé à tout âge et quel que soit le sexe, mais relativement plus fréquent encore chez les personnes de moins de 45 ans).

Notre étude présente plusieurs limites. La capacité des certificats de décès à rendre compte des comorbidités, en particulier des comorbidités psychiatriques, est incontestablement un facteur limitant pour appréhender le poids des pathologies associées au suicide et, plus généralement, à la mortalité.

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion des troubles mentaux (40%) observée dans ce travail est basse par rapport à celles mesurées dans les études avec autopsie psychologique. Les travaux qui se sont développés ces 60 dernières années avec la mise en œuvre de cette méthode d'analyse des causes du suicide indiquent en effet qu'entre 80 et 90% des personnes suicidées souffraient d'un trouble mental^{7,8}. De même, l'association classiquement retrouvée dans ces études entre suicide et troubles mentaux dus à l'alcool a certes été observée ici pour les 10-24 ans et les ≥65 ans, mais pas pour les classes d'âge intermédiaires. Ce résultat pourrait résulter, au moins partiellement, d'une sous-notification ou d'une méconnaissance des problèmes d'alcoolodépendance au moment de la certification médicale des causes ayant pu contribuer au suicide.

Il semblerait de plus que la recherche de comorbidités varie selon la cause initiale de décès et selon le sexe. Nos résultats suggèrent en effet une moins grande propension des médecins certificateurs à indiquer des comorbidités lorsqu'il s'agit d'un suicide et un report un peu plus fréquent chez les femmes de causes associées au suicide.

À notre connaissance, la qualité des informations portées en causes associées aux suicides n'a pas fait à ce jour l'objet d'une évaluation.

En conclusion, ce travail, réalisé à partir des bases de données du CépiDc-Inserm, a permis d'explorer l'information renseignée par les médecins certificateurs en France entre 2000 et 2014 et de confirmer les limites de cette exploitation pour étudier les causes de décès associées aux suicides.

La qualité et la fiabilité des données des certificats de décès n'a et n'aura de cesse de s'améliorer, grâce notamment au déploiement de la certification électronique des décès et à ses possibilités d'aide en ligne. Celles concernant les morts violentes indéterminées quant à l'intention devraient gagner en précision avec le nouveau certificat de décès, mis en place au 1^{er} janvier 2018, qui facilitera la transmission des résultats des enquêtes médico-légales.

Il sera intéressant de poursuivre ce travail et de l'approfondir avec les données des bases médico-administratives du système national des données de santé (SNDS). Outre les données de mortalité, le SNDS

contient les prestations de soins de santé prises en charge par l'Assurance maladie (consultations et actes médicaux, médicaments, hospitalisations...), qui permettront d'identifier notamment les pathologies, psychiatriques ou non, prises en charge en milieu hospitalier en amont du décès, palliant ainsi les biais de certification médicale des états morbides ayant pu contribuer aux suicides ou aux autres décès. ■

Remerciements

Les auteurs remercient tout particulièrement Frank Assogba pour ses conseils avisés dans l'analyse de ces données.

Références

- [1] Institut national de la santé et de la recherche médicale. Expertise collective. Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Paris: Inserm; 2005. 216 p. <http://hdl.handle.net/10608/131>
- [2] Tang NK, Crane C. Suicidality in chronic pain: A review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychol Med.* 2006;36(5):575-86.
- [3] Hooley JM, Franklin JC, Nock MK. Chronic pain and suicide: Understanding the association. *Curr Pain Headache Rep.* 2014;18(8):435.
- [4] Ahmedani BK, Peterson EL, Hu Y, Rossom RC, Lynch F, Lu CY, *et al.* Major physical health conditions and risk of suicide. *Am J Prev Med.* 2017;53(3):308-15.
- [5] Pavillon G, Laurent F. Certification et codification des causes médicales de décès. *Bull Epidémiol Hebd.* 2003; (30-31):134-8. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV2410
- [6] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglu E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 2011;(47-48):497-500. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV10220
- [7] Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: A meta-analysis. *BMC Psychiatry.* 2004;4:37.
- [8] Cho SE, Na KS, Cho SJ, Im JS, Kang SG. Geographical and temporal variations in the prevalence of mental disorders in suicide: Systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord.* 2016;190:704-13.

Citer cet article

Ha C, Chan-Chee C. Causes associées aux suicides dans les certificats de décès. Analyse des certificats médicaux de décès, France, 2000-2014. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(3-4): 55-62. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_3.html

ÉTUDE DE FAISABILITÉ DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME DE SURVEILLANCE DES SUICIDES BASÉ SUR LES DONNÉES DES INSTITUTS MÉDICO-LÉGAUX

// FEASIBILITY STUDY OF THE IMPLEMENTATION OF SUICIDE SURVEILLANCE SYSTEM BASED ON DATA FROM FORENSIC INSTITUTES

Virginie Gigonzac¹ (virginie.gigonzac@santepubliquefrance.fr), Imane Khireddine-Medouni¹, Christine Chan-Chee¹, Grégoire Rey², Laurence Chérié-Challine¹ et le groupe de travail IML

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm, Le Kremlin-Bicêtre, France

Soumis le 05.10.2018 // Date of submission: 10.05.2018

Mots-clés : Suicide, Surveillance, Décès, Institut médico-légal

// **Keywords:** Suicide, Surveillance, Death, Forensic institutes

Contexte

En France, on estime à environ 10% la sous-estimation des décès par suicide¹. Une partie d'entre eux sont enregistrés en tant que morts violentes indéterminées quant à l'intention, ou encore en tant que décès de cause inconnue. Cette sous-estimation est en partie liée à la transmission, non systématique et variable selon les régions, des informations sur les causes médicales de décès après enquête médico-légale au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm)¹⁻⁴. Notons qu'une recommandation européenne préconise la réalisation d'une autopsie médico-légale en cas de mort violente, notamment en cas de suspicion de suicide⁵.

Par ailleurs, certains éléments de la surveillance épidémiologique des suicides, tels ceux concernant les suicides en lien potentiel avec le travail, ne peuvent pas être repérés par les systèmes actuels d'information. Depuis le 1^{er} janvier 2018, de nouvelles informations ont été ajoutées sur les certificats de décès, notamment la survenue du décès lors d'une activité professionnelle ; cependant, ces informations n'ont pas encore fait l'objet d'analyses et elles resteront vraisemblablement insuffisantes pour caractériser finement le lien entre suicide et travail. Ainsi, malgré une importance de plus en plus grande de la problématique dans le débat public, l'épidémiologie des suicides en lien potentiel avec le travail demeure mal connue.

Une étude exploratoire avait mis en évidence, en 2013, la richesse potentielle des données contenues dans les rapports des instituts médico-légaux (IML), que l'on ne retrouve pas dans les autres bases de données⁶. En effet, ces rapports sont susceptibles de contenir des informations sur les circonstances du décès, les enquêtes de police ou de gendarmerie, les observations du médecin légiste, les témoignages des proches ou encore la lettre de la victime. Les données des IML semblent donc être une source intéressante pour l'amélioration de la surveillance

épidémiologique des suicides, notamment ceux en lien potentiel avec le travail. Les travaux menés dans les pays anglo-saxons grâce aux rapports des coroners⁽¹⁾ confirment l'intérêt d'utiliser ce type de données issues d'enquêtes médico-légales pour la recherche, la surveillance et la prévention des suicides⁷⁻⁹. Depuis 2015, un groupe de travail piloté par Santé publique France, et réunissant des IML et le CépiDc-Inserm, travaille à une étude pilote visant à tester la faisabilité de développer un système de surveillance des suicides, et en particulier des suicides en lien potentiel avec le travail, basé sur de telles données. Cette étude suit une recommandation de l'Observatoire national du suicide¹⁰.

Méthode de l'étude de faisabilité

L'étude pilote a été menée auprès de neuf IML entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2018. Pour chaque cas de suicide ou de décès d'intention indéterminée, les médecins légistes ont transmis à Santé publique France, via une application informatique sécurisée, une fiche électronique comportant des informations sur les caractéristiques du décès, les données socio-démographiques de la personne, les investigations médico-légales pratiquées, les éventuelles addictions et comorbidités, les caractéristiques professionnelles et l'existence de liens potentiels entre le décès et le travail. Les médecins légistes ont recueilli des informations sur les suicides :

- pour lesquels les conditions de travail étaient clairement mises en cause dans un courrier laissé par la victime ;

⁽¹⁾ Les coroners sont des officiers judiciaires chargés de déterminer les causes et les circonstances des décès survenus en cas de morts violentes, non naturelles ou suspectes. Le coroner peut pratiquer ou faire pratiquer un examen externe du cadavre, une autopsie, des analyses toxicologiques ou encore demander une enquête policière ou l'accès au dossier médical du défunt. À l'issue de son investigation, il établit un rapport dont les données sont accessibles à la recherche et à la surveillance.

- survenus sur le lieu de travail et pendant le temps de travail ;
- survenus sur un lieu de travail mais en dehors du temps de travail ;
- pour lesquels les conditions de travail étaient mises en cause par les témoignages des proches ;
- pour lesquels l'entreprise rencontrait des difficultés connues (financières, cas de suicides déjà rencontrés dans l'entreprise...) ;
- pour lesquels le moyen légal était l'outil de travail ;
- survenus en tenue de travail alors que la victime ne travaillait pas.

Ces informations ont permis d'établir des hypothèses de hiérarchisation, de très probable à incertain, concernant le rôle du travail dans le geste suicidaire, selon les situations recueillies.

Les analyses en cours portent, dans un premier temps, sur l'évaluation de la faisabilité de développer un système de surveillance des suicides basé sur les données des IML, la description des décès par suicide et ceux dont l'intention reste indéterminée, ainsi que la part et les caractéristiques des suicides en lien potentiel avec le travail. Dans un second temps, il est prévu d'effectuer un appariement des données recueillies avec les données de mortalité du CépiDc-Inserm pour comparer la concordance des causes de décès rapportées par les deux sources.

Perspectives

Les résultats des analyses réalisées en 2019, à l'issue de la période de recueil, permettront de formuler des propositions pour le renforcement de la surveillance des suicides en France. Les résultats des comparaisons avec les données du CépiDc sont attendus pour la fin 2020.

L'utilisation des données des IML pourrait permettre d'enrichir les connaissances sur les suicides, notamment sur ceux en lien potentiel avec le travail, et ainsi mieux cibler les actions de prévention en direction des populations les plus exposées. Si cette étude se révèle faisable, il sera recommandé de développer ce système de surveillance auprès de l'ensemble des IML et d'étudier la possibilité d'intégrer des données jugées pertinentes par cette étude dans le volet médical complémentaire du certificat de décès, créé par décret du 23 avril 2017 et destiné à être rempli par le médecin qui procède à la recherche de la cause de décès en cas de mort suspecte ou violente. ■

Remerciements

Aux Instituts médico-légaux de Bordeaux, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lyon, Nîmes, Paris, Strasbourg et Tours, ainsi qu'au Pr. Michel Debout.

Références

- [1] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jougla E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bull Epidémiol Hebd.* 2011;(47-48):497-500. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV10220
- [2] Farrugia A, Ludes B. Rôle de l'activité médico-légale dans la connaissance des morts violentes dans le Bas-Rhin (France) au cours de l'année 2008. *Bull Epidémiol Hebd.* 2010;(40-41):412-4. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV549
- [3] Tilhet-Coartet S, Hatton F, Lopez C, Péquignot F, Miras A, Jacquart C, *et al.* Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. *Presse Med.* 2000;29(4):181-5.
- [4] Richaud-Eyraud E, Gigonzac V, Rondet C, Khireddine-Medouni I, Chan-Chee C, Chérié-Challine L, *et al.* État des lieux des pratiques et de la rédaction des certificats de décès par les instituts médico-légaux en France, en 2016, dans la perspective de la mise en place d'un volet complémentaire du certificat de décès. *Revue de Médecine Légale.* 2017;1776(1):1-39.
- [5] Conseil de l'Europe, Comité des ministres. Recommandation N° R(99)3 relative à l'harmonisation des règles en matière d'autopsie médico-légale. 1999. 18 p.
- [6] Bossard C, Cohidon C, Santin G. Mise en place d'un système de surveillance des suicides en lien avec le travail. Étude exploratoire. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2013. 90 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV11758
- [7] Perron PA. Encadré 3. Les données des coroners au Québec : utiles pour la recherche, la surveillance et la prévention des décès. *Bull Epidémiol Hebd.* 2010;(40-41):417. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV542
- [8] Routley VH, Ozanne-Smith JE. Work-related suicide in Victoria, Australia: A broad perspective. *Int J Inj Contr Saf Promot.* 2012;19(2):131-4.
- [9] Milner A, Morrell S, LaMontagne AD. Economically inactive, unemployed and employed suicides in Australia by age and sex over a 10-year period: What was the impact of the 2007 economic recession? *Int J Epidemiol.* 2014;43(5):1500-7.
- [10] Observatoire national du suicide. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport, Novembre 2014. Paris: ONS; 2014. 219 p. <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>

Citer cet article

Gigonzac V, Khireddine-Medouni I, Chan-Chee C, Rey G, Chérié-Challine L. Focus. Étude de faisabilité de la mise en place d'un système de surveillance des suicides basé sur les données des instituts médico-légaux. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(3-4):63-4. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_4.html

PENSÉES SUICIDAIRES DANS LA POPULATION ACTIVE OCCUPÉE EN FRANCE EN 2017

// SUICIDAL IDEATION AMONG THE WORKING POPULATION IN FRANCE IN 2017

Pauline Delézire* (pauline.delezire@santepubliquefrance.fr), Virginie Gigonzac* (virginie.gigonzac@santepubliquefrance.fr), Laurence Chérié-Challine, Imane Khireddine-Medouni

Santé publique France, Saint-Maurice, France

* Contributions égales

Soumis le 28.09.2018 // Date of submission: 09.28.2018

Résumé // Abstract

Objectifs – Décrire, chez les actifs occupés en France métropolitaine, le taux de prévalence des pensées suicidaires ainsi que les raisons attribuées à ces pensées, et étudier les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et les pensées suicidaires.

Méthodes – Les données étudiées proviennent du Baromètre de Santé publique France 2017 et concernent 14 536 actifs occupés. Les taux de prévalence des pensées suicidaires ont été décrits notamment selon la catégorie socioprofessionnelle et le secteur d'activité. Des régressions logistiques multivariées ont été effectuées pour tester l'association entre les facteurs professionnels étudiés (expositions professionnelles psychosociales et évènement indésirable au travail) et les pensées suicidaires.

Résultats – Le taux de prévalence des pensées suicidaires parmi les actifs occupés était de 3,8%. Les femmes présentaient un taux plus élevé que les hommes (4,5% vs 3,1%). Les différences de taux de prévalence des pensées suicidaires selon les secteurs d'activité étaient statistiquement significatives. Les secteurs les plus touchés étaient ceux de l'hébergement et restauration, des arts et spectacles ainsi que de l'enseignement. Plus d'un tiers des personnes présentant des pensées suicidaires les attribuaient à des raisons professionnelles. Quel que soit le sexe, les facteurs professionnels étudiés étaient significativement associés aux pensées suicidaires.

Discussion-conclusion – Les pensées suicidaires étant associées à la mortalité par suicide, il est important de prévenir leur survenue. Le milieu du travail peut représenter un environnement propice pour développer des actions de promotion et de prévention en santé mentale. Les résultats de cette étude doivent permettre d'orienter ces actions, notamment dans les secteurs d'activité les plus impactés.

Aims – To describe the prevalence rate of suicidal ideation and the reasons related to these thoughts among the working population of metropolitan France and to study the associations between exposure to certain occupational factors and suicidal ideation.

Methods – The study population included 14,536 workers from the Health Barometer of Santé publique France 2017, a cross sectional representative survey. The prevalence rates of suicidal ideation were described by occupational category and economic sector. Multivariate logistic regressions were performed to test the association between the occupational factors studied (psychosocial exposures and adverse event) and suicidal ideation.

Results – The prevalence rate of suicidal ideation among the working population was 3.8%. Women had a higher prevalence rate than men (4.5% vs 3.1%). The differences in prevalence rates between economic sectors were statistically significant. The most affected sectors were accommodation and food services, arts and entertainment and education. More than one third of people with suicidal thoughts attributed them to work. Regardless of gender, work-related factors were associated with suicidal ideation.

Discussion-Conclusion – Suicidal ideation is associated with death by suicide, therefore it is important to prevent its occurrence. The workplace is a fortunate environment to develop promotion and prevention actions in mental health. These results should be used to guide prevention actions, particularly in the most impacted economic sector.

Mots-clés : Pensées suicidaires, Population active occupée, Facteurs psychosociaux au travail, Évènements professionnels indésirables

// **Keywords**: Suicidal ideation, Working population, Psychosocial factors at work, Occupational adverse events

Introduction

En France, le nombre de décès par suicide s'élevait à près de 9 000 en 2015 et les deux tiers d'entre eux concernaient la population en âge de travailler¹. Si les taux de suicide les plus élevés concernent les chômeurs², plusieurs études en France^{3,4} et à l'international⁵⁻⁷ ont montré que les personnes travaillant dans certains secteurs d'activité, tels que l'agriculture, la santé et l'action sociale, ainsi que les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées sont plus à risque de décès par suicide^{4,8}. Les principales hypothèses avancées sont l'accès facilité à un moyen léthal^{2,9}, des conditions socioéconomiques précaires (faibles revenus, fréquentes pertes d'emploi, isolement social...) et la préexistence de troubles mentaux prédisposant à occuper les professions les moins qualifiées¹⁰. Depuis une dizaine d'années, de plus en plus de travaux portent sur les associations entre les facteurs professionnels psychosociaux et les comportements suicidaires incluant pensées suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide. Ainsi, une méta-analyse récente rapporte que le faible soutien social au travail et l'insécurité de la situation de l'emploi sont associés à la présence de pensées suicidaires ; la faible latitude décisionnelle et le faible soutien social au travail sont associés, pour leur part, à un risque accru de suicide accompli¹¹.

Il existe des liens importants entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide¹². Les pensées suicidaires sont un facteur de risque important du suicide accompli, mais également la manifestation d'une souffrance psychique profonde. L'étude de leurs taux de prévalence et des facteurs qui leur sont associés, notamment dans la population active occupée, apparaît nécessaire pour en améliorer la prévention. Les données des derniers Baromètres de Santé publique France (2010, 2014 et 2017) ont montré que les taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois en population générale en France métropolitaine étaient respectivement de 4,0%, 4,9% et de 4,7%^{13,14} et que durant cette période, la prévalence était restée stable chez les hommes alors qu'elle avait connu une augmentation significative chez les femmes¹⁴. Par ailleurs, entre 2010 et 2014, on notait une augmentation de 8 points de pourcentage des personnes actives occupées attribuant des motifs professionnels à leurs pensées suicidaires (37,1% à 44,8%)¹³. Ces derniers résultats doivent être actualisés et approfondis au sein de la population active occupée.

Cet article décrit, à partir des données du Baromètre 2017, le taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les actifs occupés en France métropolitaine et les raisons attribuées à ces pensées. Ce travail étudie également les associations entre l'exposition à certains facteurs professionnels et la présence de pensées suicidaires.

Matériel et méthode

Source de données et population d'étude

Le Baromètre de Santé publique France est une enquête périodique portant sur les comportements, connaissances et attitudes des Français en matière de santé¹⁵. L'enquête 2017 a été réalisée selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes mobiles (individu). Les numéros de téléphone fixe et mobile ont été générés par un algorithme aléatoire. La passation du questionnaire a duré en moyenne 30 minutes, à l'aide du système Cati (Collecte assistée par téléphone et informatique). Le protocole d'enquête a reçu l'aval de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

Au total, 25 319 personnes (48,7% d'hommes et 51,3% de femmes), entre 18 et 75 ans, résidant en France métropolitaine, ont été interrogées par l'institut de sondage Ipsos-Observer entre le 5 janvier et le 18 juillet 2017. Le taux de participation a été de 48,5%. Un poids a été associé à chaque personne interrogée, permettant de prendre en compte les probabilités d'inclusion selon le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage, et un redressement sur les données de l'Enquête Emploi 2016 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les données ont ainsi été pondérées en tenant compte du sexe, de l'âge, de la région, de la taille de l'agglomération, du diplôme et de la probabilité d'être tiré au sort au sein du foyer.

La population de la présente étude comprenait toutes les personnes actives occupées identifiées dans l'enquête et ayant répondu à la question sur les pensées suicidaires. Les étudiants ayant travaillé plus de six mois dans l'année et les apprentis ont été inclus dans la population d'étude.

Données étudiées

Les variables professionnelles étudiées étaient la catégorie socioprofessionnelle (PCS) et le secteur d'activité (NAF) selon les niveaux les plus agrégés de, respectivement, la PCS 2003 et la NAF 2008. Les variables professionnelles ont été codées selon le logiciel Sicore® développé par l'Insee¹⁶.

Le statut d'emploi a été décliné en deux catégories : salarié(e) ou à son compte. Les personnes à leur compte sont (i) les agriculteurs exploitants et (ii) les artisans, commerçants, chefs d'entreprise. Les revenus ont été étudiés selon deux catégories : inférieur et supérieur/égal à 1 500 euros. Ils représentaient la somme des revenus nets par mois du foyer.

La thématique des pensées suicidaires a été abordée par la question : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* ». Si la personne interrogée répondait par oui à cette question, les questions suivantes étaient posées : « *Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ?* » et « *En avez-vous parlé à quelqu'un ?* ». Si la personne interrogée répondait positivement à cette dernière

question, la question suivante était posée : « À qui en avez-vous parlé ? ». La présente analyse, qui a pour objet la prévalence des pensées suicidaires chez les actifs occupés, porte sur les réponses à la première question.

En outre, les raisons qui pourraient avoir suscité les pensées suicidaires ont été recueillies à travers plusieurs propositions : raisons professionnelles, sentimentales, familiales, de santé, financières ou autres raisons. Dans le cadre de cette analyse, les modalités de réponse ont été regroupées en trois catégories : 1) les raisons exclusivement professionnelles, 2) les raisons professionnelles combinées avec d'autres raisons, 3) les raisons non professionnelles.

Par ailleurs, les facteurs professionnels étudiés ont été recueillis à travers trois questions. Ils se déclinaient en deux groupes : d'une part, les facteurs psychosociaux au travail (deux questions), d'autre part les événements professionnels indésirables (une question).

Les facteurs psychosociaux au travail concernaient le fait, dans les 12 derniers mois :

- d'avoir été victime de menaces verbales, humiliations, intimidation au travail ;
- d'avoir eu peur de perdre son emploi.

L'évènement professionnel indésirable étudié portait sur le fait d'avoir vécu une période de chômage de plus de 6 mois dans les 12 derniers mois.

Analyses statistiques

Les analyses ont été menées séparément selon le sexe.

Les taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ont été calculés selon l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus. Des tests du Chi2 ont été réalisés avec un seuil de significativité de 5%, afin de tester l'existence de différences selon les modalités des variables étudiées.

Chez les répondants déclarant avoir eu des pensées suicidaires, les raisons attribuées à ces pensées étaient décrites. Celles-ci étaient également déclinaées selon la catégorie socioprofessionnelle.

L'étude des associations entre l'exposition aux facteurs professionnels et la présence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois a été réalisée à partir de régressions logistiques multivariées où les pensées suicidaires étaient la variable dépendante. Chaque facteur professionnel était introduit dans un modèle indépendant avec ajustement sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus. Ces modèles ont permis de calculer des odds ratios (OR) et leurs intervalles de confiance à 95% (IC95%).

Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS® Enterprise Guide 7.1.

Résultats

La population d'étude comprenait 14 536 personnes actives occupées, dont 51% d'hommes.

En 2017, 3,8% des actifs occupés déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Le taux de prévalence des pensées suicidaires était significativement plus élevé chez les femmes (4,5%) que chez les hommes (3,1%) (tableau 1). Concernant l'âge, il n'y avait pas de différence statistiquement significative quel que soit le sexe. Toutefois les taux de prévalence les plus élevés semblaient concerner les hommes et les femmes âgés de 45 à 54 ans (respectivement 4,0% et 5,1%).

Chez les hommes, les taux de prévalence étaient significativement différents selon le statut d'emploi. Les hommes à leur compte étant plus fréquemment sujets aux pensées suicidaires que les salariés (4,3% contre 2,8%). Concernant les revenus, le taux de prévalence des pensées suicidaires était significativement plus élevé chez les personnes ayant des revenus inférieurs à 1 500 euros par mois (7,7% chez les femmes et les 4,8% chez les hommes).

Chez les femmes, comme chez les hommes, les taux de prévalence des pensées suicidaires n'étaient pas significativement différents selon la catégorie socio-professionnelle. Toutefois un gradient social croissant allant des cadres aux ouvrières semblait exister dans la population des femmes salariées (figure 1), les cadres semblaient moins touchées (3,9%) et les ouvrières plus touchées (5,1%). Chez les hommes, les pensées suicidaires étaient plus couramment rapportées parmi les agriculteurs exploitants (3,5%) et parmi les artisans, commerçants et chefs d'entreprise (3,6%).

Par ailleurs, les taux de prévalence des pensées suicidaires variaient de façon significative selon le secteur d'activité (figure 2). Les hommes travaillant dans les secteurs de l'hébergement et de la restauration (6,8%), des arts et spectacles (6,3%), de l'enseignement (5,0%) et de la santé humaine/action sociale (4,5%) présentaient les taux de prévalence les plus élevés. Chez les femmes, les secteurs les plus concernés par les pensées suicidaires au cours de l'année étaient les arts et spectacles (7,5%), l'enseignement (7,5%), l'information communication (6,8%) et l'hébergement restauration (6,8%).

Une personne sur 2 attribuait ses pensées suicidaires à une seule raison. Pour 45,0% des hommes actifs, les raisons professionnelles étaient les premières invoquées (tableau 2). De plus, un homme sur 5 attribuait exclusivement ses pensées à des raisons professionnelles. Chez les femmes actives, les raisons professionnelles arrivaient en 3^e position et concernaient 34,7% d'entre elles. Pour une femme sur 8, les raisons professionnelles étaient invoquées de façon exclusive. Les hommes non-salariés semblaient attribuer le plus souvent leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles (85,4% des agriculteurs exploitants et plus de la moitié des artisans, commerçants et chefs d'entreprise), même si les effectifs étaient faibles. Enfin, chez les femmes,

Tableau 1

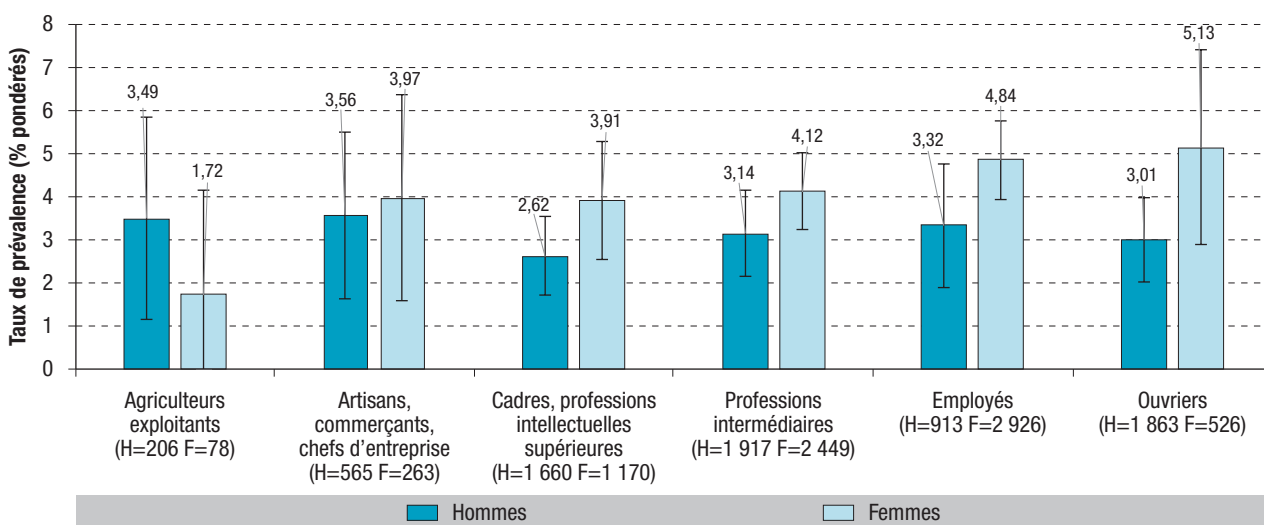
Taux de prévalence des pensées suicidaires (PS) au cours des 12 derniers mois selon l'âge, le statut d'emploi et les revenus, par sexe en population active occupée. Baromètre de Santé publique France 2017

PS 12 mois	Hommes				Femmes			
	n PS	n total	% pondéré	IC95%	n PS	n total	% pondéré	IC95%
	214	7 124	3,07	[2,56-3,58]	345	7 412	4,49	[3,92-5,05]
Âge en classe			NS				NS	
18-24 ans	14	438	2,32	[0,94-3,71]	16	382	5,06	[2,25-7,87]
25-34 ans	31	1 473	2,05	[1,18-2,92]	57	1 470	3,21	[2,23-4,18]
35-44 ans	52	1 834	3,32	[2,21-4,42]	80	1 896	4,46	[3,31-5,61]
45-54 ans	84	2 038	4,03	[2,98-5,08]	117	2 160	5,11	[4,01-6,21]
55-75 ans	33	1 341	2,79	[1,55-4,04]	75	1 504	4,99	[3,64-6,34]
Statut d'emploi			*				NS	
À son compte	43	1 086	4,32	[2,79-5,85]	34	697	4,67	[2,90-6,43]
Salarié	170	6 035	2,85	[2,31-3,38]	311	6 715	4,47	[3,87-5,06]
Revenus			*				***	
Inférieurs à 1 500 €/mois	38	732	4,77	[2,88-6,66]	81	973	7,71	[5,68-9,74]
Supérieurs à 1 500 €/mois	176	6 312	2,88	[2,36-3,41]	262	6 357	3,89	[3,33-4,44]

* p<0,05 ; ** p<0,01 ; *** p<0,001 (résultats obtenus à partir du Chi2 de Pearson dans la colonne % pondéré).
IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure 1

Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon la catégorie socioprofessionnelle et par sexe en population active occupée. Baromètre de Santé publique France 2017



les professions intermédiaires attribuaient le plus souvent leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles (44,7%).

Le tableau 3 présente les résultats des analyses de régression logistique des associations entre les facteurs professionnels et les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, ajustées sur les variables socioprofessionnelles.

Concernant les facteurs psychosociaux au travail, les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois étaient associées au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi (homme : OR=3,6, IC95%: [2,6-5,0] et femme : OR=3,2 [2,4-4,0]) et d'avoir été victime de

menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation (H : OR=2,7 [1,8-3,9]/ F : OR=3,1 [2,3-4,2]).

Pour l'évènement professionnel indésirable étudié, les pensées suicidaires étaient associées au fait d'avoir connu une longue période de chômage au cours des 12 derniers mois (H : OR=1,9 [1,1-3,3]/ F : OR=1,6 [1,0-2,5]).

Discussion

Les données d'enquête du Baromètre de Santé publique France 2017 ont permis d'estimer que 3,8% des actifs occupés en France avaient déclaré

Figure 2

Taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, selon le secteur d'activité et par sexe en population active occupée. Baromètre de Santé publique France 2017

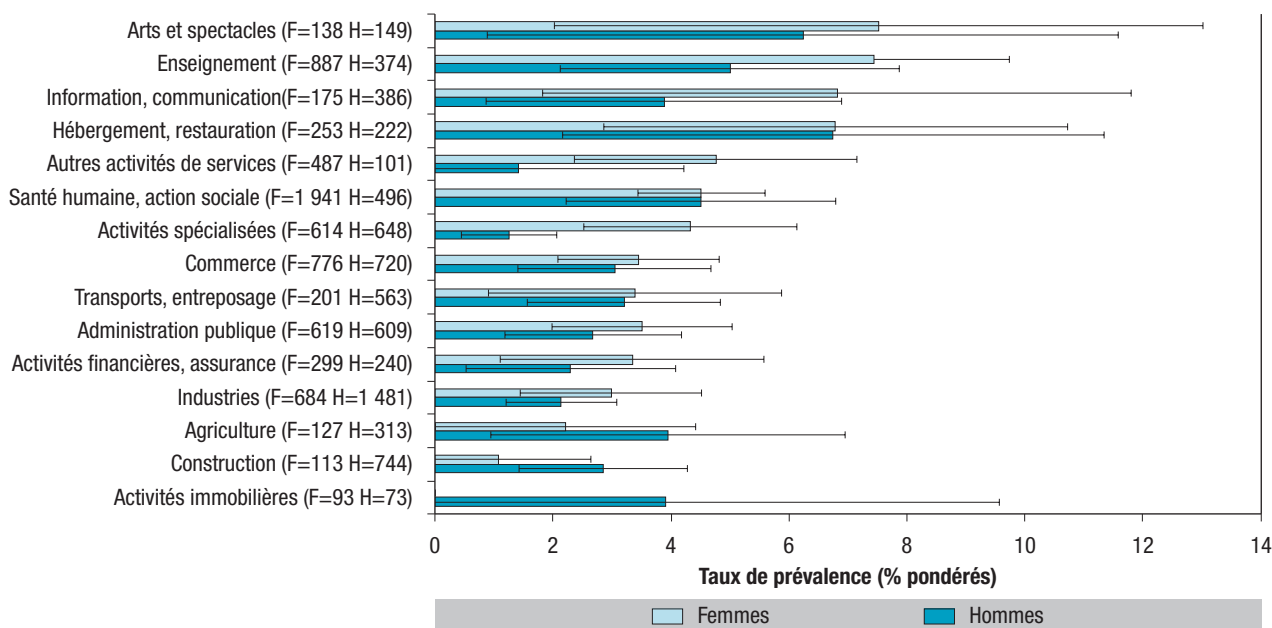


Tableau 2

Raisons invoquées par les personnes déclarant des pensées suicidaires (PS) au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, en population active occupée. Baromètre de Santé publique France 2017

PS 12 mois	Hommes			Femmes		
	n	% pondéré	IC95%	n	% pondéré	IC95%
	214	3,07	[2,56-3,58]	345	4,49	[3,92-5,05]
Raisons invoquées^{1,2}						
Professionnelles	92	45,04	[36,57-53,51]	121	34,70	[28,62-40,78]
Sentimentales	75	39,14	[30,78-47,49]	117	36,07	[29,79-42,35]
Familiales	58	31,17	[23,03-39,31]	143	41,90	[35,50-48,30]
Santé	33	16,17	[9,74-22,59]	64	18,35	[13,41-23,29]
Financières	39	23,45	[15,88-31,02]	53	19,44	[13,85-25,03]
Autres	36	15,65	[9,33-21,97]	47	11,75	[7,88-15,61]
Regroupement des raisons invoquées^{2,3}						
Aucune raison	10	3,93	[1,12-6,74]	25	6,50	[3,44-9,56]
Raison professionnelle uniquement	46	18,46	[12,54-24,37]	43	12,66	[8,42-16,90]
Raison professionnelle et au moins une autre raison	46	26,58	[18,59-34,58]	78	22,04	[16,80-27,28]
Raison(s) non professionnelle(s)	112	51,03	[42,53-59,53]	199	58,80	[52,49-65,11]
Raisons professionnelles par catégorie socioprofessionnelle						
Agriculteurs exploitants	7	85,37	[60,56-100,0]	~		
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	8	55,04	[24,67-85,40]	~		
Cadres, professions intellectuelles supérieures	19	42,15	[24,55-59,75]	13	28,55	[12,47-44,63]
Professions intermédiaires	26	47,62	[30,76-64,48]	47	44,67	[33,38-55,95]
Employés	10	33,75	[11,60-55,89]	49	31,52	[22,62-40,41]
Ouvriers	22	42,89	[25,84-59,93]	11	39,83	[16,69-62,98]

¹ Variable à réponses multiples ; ² Uniquement pour les personnes déclarant des pensées suicidaires ; ³ Somme égale à 100%.

~ Effectifs inférieurs à 5.

IC95% : intervalle de confiance à 95%.

avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, avec des différences selon l'emploi et le sexe. Ce résultat est légèrement inférieur à celui retrouvé en population générale (4,7%)¹⁴.

Cette différence s'explique par l'effet du travailleur sain qui traduit le fait qu'une population professionnelle est constituée de personnes dont l'état de santé leur permet de travailler et qu'elle est de

Tableau 3

Facteurs professionnels associés aux pensées suicidaires (PS) au cours des 12 derniers mois, par sexe en population active occupée. Baromètre de Santé publique France 2017

Facteurs professionnels au cours des 12 derniers mois	Hommes				Femmes			
	n (PS) ¹	N ²	OR ajusté ³	IC95%	n (PS) ¹	N ²	OR ajusté ³	IC95%
Facteurs psychosociaux au travail								
Victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidation	37	512	2,67	[1,81-3,92]	68	604	3,12	[2,34-4,15]
A eu peur de perdre son emploi	62	813	3,60	[2,59-4,99]	95	857	3,15	[2,42-4,09]
Évènement professionnel indésirable								
Avoir connu une période de chômage de plus de 6 mois	16	283	1,87	[1,07-3,30]	24	303	1,56	[1,00-2,46]

¹ Effectif exposé au facteur professionnel et ayant eu des pensées suicidaires ; ² Effectif exposé au facteur professionnel ; ³ Odds ratio ajusté sur l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, le secteur d'activité, le statut d'emploi et les revenus.

IC95% : Intervalle de confiance à 95%. Chaque facteur professionnel était introduit dans un modèle indépendant.

ce fait en meilleure santé que la population générale qui comporte, en plus des actifs occupés, des personnes inactives, au chômage, invalides ou ayant perdu leur emploi pour raison de santé¹⁷. Notons toutefois que le rôle protecteur du travail sur la santé ainsi que l'effet du travailleur sain semblent ici modérés : en témoigne la faible différence dans les taux de prévalence de pensées suicidaires entre les actifs occupés et la population générale.

Dans cette étude, les femmes actives ont plus souvent déclaré avoir eu des pensées suicidaires que les hommes. Ce résultat, également connu en population générale, illustre les différences de morbidité selon le sexe habituellement retrouvées en épidémiologie psychiatrique. Il peut toutefois paraître contradictoire comparé à la mortalité par suicide, qui touche davantage les hommes¹⁸. Ce phénomène est décrit dans la littérature scientifique comme le « *gender paradox* »¹⁹. Certaines hypothèses avancées pour l'expliquer sont l'utilisation, chez les hommes, de moyens plus létaux (pendaison, arme à feu) ou la sous-déclaration masculine des comportements suicidaires par peur de stigmatisation sociale.

Concernant les taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon l'âge, il n'existait pas de différence statistiquement significative quel que soit le sexe. Toutefois, les hommes âgés de 35 à 54 ans semblaient davantage concernés. Cette tranche d'âge chez les hommes est aussi la plus touchée par la mortalité par suicide en population générale en France¹³. Les pensées suicidaires étant un facteur de risque important du suicide accompli, leur prévention dans cette population apparaît pertinente.

Les hommes comme les femmes ayant les foyers aux revenus les plus faibles ont plus souvent déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Ces résultats viennent corroborer un certain nombre d'études qui montrent que les personnes les moins favorisées sur le plan socio-économique sont les plus sujettes aux conduites suicidaires^{10,20,21}.

Chez les hommes, les taux de prévalence des pensées suicidaires selon le statut d'emploi étaient significativement différents. Ainsi, les hommes à leur compte étaient, en proportion, plus nombreux que les salariés à déclarer des pensées suicidaires. L'analyse plus fine de ces résultats selon la catégorie socioprofessionnelle montre que les taux de prévalence les plus élevés semblaient concerner à la fois les agriculteurs exploitants et les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, bien que les différences ne soient pas statistiquement significatives. De plus, il s'agissait également des catégories qui attribuaient le plus souvent leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles. Notons que les données de mortalité par suicide en France issues du programme Cosmop ont mis en évidence un excès de risque pour les hommes de ces deux catégories socioprofessionnelles par rapport aux cadres³ et que, dans la littérature scientifique, les personnes à leur compte rapportent plus d'exposition au stress que les salariés en raison d'un plus fort isolement social ou encore à cause d'horaires atypiques peu conciliables avec la vie privée²². Ces expositions pouvant être délétères pour la santé mentale.

La littérature scientifique montre que les agriculteurs exploitants ont un profil particulier quant aux conduites suicidaires : ils présentent d'une part un sur-risque de mortalité par suicide⁸ et semblent, d'autre part, peu enclins à déclarer des problèmes psychiques, des pensées suicidaires ou des antécédents de tentatives de suicide^{23,24}. Cependant les résultats de cette étude montrent qu'ils présentent des taux de prévalence de pensées suicidaires au moins équivalents aux autres catégories socioprofessionnelles. Une hypothèse pouvant expliquer ce résultat est que la survenue de pensées suicidaires chez les agriculteurs exploitants pourrait être plus importante comparée aux autres professions, mais que ces pensées sont probablement sous-déclarées. Notons que le nombre d'agriculteurs exploitants interrogés dans le Baromètre de Santé publique France

est faible, limitant la possibilité d'analyses avec une puissance statistique satisfaisante.

Pour leur part, et contrairement aux hommes, les femmes non-salariées et salariées déclaraient de manière globalement similaire avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Chez les salariées, un léger gradient social allant des cadres aux ouvrières semblait toutefois exister, en précisant que ces différences entre catégories socioprofessionnelles n'étaient pas significatives. Ce gradient social est souvent retrouvé dans la littérature épidémiologique en santé mentale, notamment en ce qui concerne les tentatives de suicide et les données de mortalité par suicide en France³ et à l'international²⁵.

Par ailleurs, les taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois ont révélé des inégalités selon les secteurs d'activité, quel que soit le sexe. Les hommes et les femmes travaillant dans les secteurs des arts et spectacles, de l'hébergement/restauration, de l'enseignement et de la santé humaine/action sociale ainsi que les femmes travaillant dans le secteur de l'information/communication déclaraient plus souvent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Si l'on compare avec les données de mortalité en France selon l'emploi chez les salariés, le secteur de la santé/action sociale présentait le plus fort taux de mortalité par suicide chez les hommes³. Une hypothèse pouvant être évoquée pour expliquer ces résultats est l'exposition fréquente de ces secteurs d'activité à un certain nombre de facteurs professionnels psychosociaux : horaires atypiques, longues périodes de travail, exigences émotionnelles²⁶. Ces expositions sont susceptibles d'altérer la santé mentale des individus²⁷⁻²⁹. Récemment, une étude américaine suggérait un risque plus élevé de pensées suicidaires chez les personnes exposées à des horaires de travail étendus et au stress au travail³⁰.

Ce travail montre que les pensées suicidaires sont souvent attribuées à des raisons professionnelles dans la population active occupée, en particulier chez les hommes (près d'un homme sur deux). De plus, malgré de faibles effectifs, les résultats semblaient indiquer que certaines catégories socioprofessionnelles imputaient plus souvent leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles. Ces résultats confirment la nécessité de prévenir les pensées suicidaires chez les actifs occupés dans un contexte de hausse du taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail ces dernières années en France^{31,32}.

Cette étude a permis de mettre en évidence, chez les hommes comme chez les femmes, que le fait d'avoir été victime de menaces verbales, d'humiliations ou d'intimidations au travail était associé au fait d'avoir des pensées suicidaires. Selon une récente revue systématique de littérature³³, il existe des associations entre intimidation ou harcèlement au travail et pensées suicidaires. Toutefois cette revue

indiquait que les études sur la thématique n'apportaient pas de preuves suffisantes à cette association et mériteraient d'être approfondies. De même, nos résultats montrent que le fait d'avoir eu peur de perdre son emploi était associé au fait d'avoir eu des pensées suicidaires dans la même année. Ces résultats sont corroborés par une récente méta-analyse qui a rapporté des liens entre insécurité de l'emploi et pensées suicidaires¹¹. Enfin, le fait d'avoir connu une longue période de chômage au cours des 12 derniers mois était associé aux pensées suicidaires. Il est admis dans la littérature scientifique que le chômage a un effet délétère sur la santé mentale, pouvant conduire à des comportements suicidaires³⁴⁻³⁶.

Cette étude présente plusieurs limites. Tout d'abord, son caractère transversal ne permet pas d'établir de lien causal entre les facteurs professionnels étudiés et la survenue de pensées suicidaires. Ensuite l'auto-déclaration simultanée des pensées suicidaires et des expositions professionnelles peut générer des biais de classement. Par ailleurs, les questions sur la survenue de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et sur les facteurs professionnels ne sont pas standardisées diminuant ainsi la possibilité de comparaison avec d'autres études. De plus, les taux de prévalence de pensées suicidaires élevés dans certains secteurs d'activité peuvent résulter d'une exposition à des facteurs professionnels délétères mais aussi à un recrutement initial de personnes plus vulnérables. Enfin, le questionnaire du Baromètre 2017, n'étant pas uniquement destiné à une population de travailleurs actifs, ne comporte pas certaines informations professionnelles telles que la durée d'emploi, le temps de travail ou encore le type de contrat qu'il aurait été utile d'exploiter dans le cadre de cette analyse.

Par ailleurs, l'étude a plusieurs forces : d'abord l'effectif important de la population d'étude qui permet de faire des analyses par sexe avec une puissance statistique globalement satisfaisante, ensuite la possibilité d'extrapoler les résultats à la population active française par redressement. De plus, les questions sur les pensées suicidaires et certains facteurs professionnels portent sur les 12 derniers mois, permettant de réduire le décalage temporel entre l'exposition à ces facteurs et la survenue de pensées suicidaires.

Conclusion

Cette étude a permis d'estimer que le taux de prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois dans la population active occupée en France était de 3,8%, de montrer que près d'un homme sur deux et une femme sur trois attribuaient leurs pensées suicidaires à des raisons professionnelles, et de mettre en évidence des différences selon le secteur d'activité. Ce travail a montré également l'existence d'associations entre le fait d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois et les expositions aux menaces

verbales, humiliations et intimidations au travail, au fait d'avoir eu peur de perdre son emploi et au fait d'avoir connu une longue période de chômage au cours des 12 derniers mois.

Les pensées suicidaires peuvent déclencher le passage à l'acte suicidaire, il est par conséquent important de prévenir leur survenue. Le milieu du travail est un environnement favorable pour développer des actions de prévention et de promotion de la santé mentale³⁷. Les résultats de cette étude devraient permettre d'orienter des actions de prévention en ciblant les secteurs d'activité les plus touchés en France. Par ailleurs, et de façon plus globale, des politiques structurelles permettant d'agir sur l'insécurité de la situation de l'Emploi auraient un impact sur les pensées suicidaires notamment dans la population active française. ■

Références

- [1] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Interrogation des données sur les causes médicales de décès de 1979 à 2015. [Internet]. <http://www.cepidc.inserm.fr/>
- [2] Hawton K, van Heeringen K. Suicide. *Lancet* (London, England). 2009;373(9672):1372-81.
- [3] Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2010;58(2):139-50.
- [4] Geoffroy-Perez B, Fouquet A, Rabet G, Julliard S. Programme Cosmop : surveillance de la mortalité par cause selon l'activité professionnelle. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1976 à 2005. Saint-Maurice: Santé publique France, 2018. 49 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00000345
- [5] Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: A review of the literature. *J Occup Environ Med*. 1995;37(4):442-52.
- [6] Milner A, Spittal MJ, Pirkis J, LaMontagne AD. Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2013;203(6):409-16.
- [7] Roberts SE, Jaremin B, Lloyd K. High-risk occupations for suicide. *Psychol Med*. 2013;43(6):1231-40.
- [8] Khireddine-Medouni I, Breuillard E, Bossard C. Surveillance de la mortalité par suicide des agriculteurs exploitants. Situation 2010-2011 et évolution 2007-2011. Saint-Maurice: Santé publique France, 2016. 29 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13134
- [9] Stack S. Occupation and suicide. *Social Science Quarterly*. 2001;82(2):384-96.
- [10] Agerbo E, Gunnell D, Bonde JP, Mortensen PB, Nordentoft M. Suicide and occupation: The impact of socio-economic, demographic and psychiatric differences. *Psychol Med*. 2007;37(8):1131-40.
- [11] Milner A, Witt K, LaMontagne AD, Niedhammer I. Psychosocial job stressors and suicidality: A meta-analysis and systematic review. *Occup Environ Med*. 2018;75(4):245-53.
- [12] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, *et al*. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry*. 2008;192(2):98-105.
- [13] Robert M, Léon C, du Roscoët E. Les comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. Évolutions. 2017;(36):6 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00003615
- [14] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoët 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 Epidémiol Hebd*. 2019;(3-4):38-47. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_1.html
- [15] Richard JB, Andler R, Guignard R, Cogordan C, Léon C, Robert M, *et al*. 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>
- [16] Meyer E, Rivière P. SICORE, un outil et une méthode pour le chiffrage automatique à l'Insee. *Insee méthodes*. 1997;(59-60-61):143-85. http://bibliotheque.insee.net/index.php?lvl=notice_display&id=67948
- [17] Goldberg M, Luce D. Les effets de sélection dans les cohortes épidémiologiques. *Nature, causes et conséquences*. *Rev Epidémiol Santé Publique*. 2001;49(5):477-92.
- [18] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport, février 2016. Paris: Drees-ONS, 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prevenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>
- [19] Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 1998;28(1):1-23.
- [20] Platt S. Inequalities and suicidal behavior. In: O'Connor R. & Pirkis J, eds. *The international handbook of suicide prevention*, 2nd edition. Wiley-Blackwell 2016;258-83.
- [21] Pirkis J, Currier D, Butterworth P, Milner A, Kavanagh A, Tibble H, *et al*. Socio-economic position and suicidal ideation in men. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(4). pii: E365.
- [22] Inserm. Stress au travail et santé. Situation chez les indépendants. Expertise collective. 2011. Rapport. Paris: Les éditions Inserm, 2011, XII-483 p. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/216>
- [23] Judd F, Jackson H, Fraser C, Murray G, Robins G, Komiti A. Understanding suicide in Australian farmers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(1):1-10.
- [24] Alston M. Rural male suicide in Australia. *Soc Sci Med*. 2012;74(4):515-22.
- [25] Mäki NE, Martikainen PT. Socioeconomic differences in suicide mortality by sex in Finland in 1971-2000: A register-based study of trends, levels, and life expectancy differences. *Scand J Public Health*. 2007;35(4):387-95.
- [26] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Santé publique France. L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. Saint-Maurice: Drees-Santé publique France. 2017;434 p. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/INV13362
- [27] Bonde JP. Psychosocial factors at work and risk of depression: A systematic review of the epidemiological evidence. *Occup Environ Med*. 2008;65(7):438-45.
- [28] Netterstrøm B, Conrad N, Bech P, Fink P, Olsen O, Rugulies R, *et al*. The relation between work-related psychosocial factors and the development of depression. *Epidemiol Rev*. 2008;30(1):118-32.

[29] Murcia M, Chastang JF, Niedhammer I. Psychosocial work factors, major depressive and generalised anxiety disorders: Results from the French national SIP study. *J Affect Disord.* 2013;146(3):319-27.

[30] Choi B. Job strain, long work hours, and suicidal ideation in US workers: A longitudinal study. *Int Arch Occup Environ Health.* 2018:1-11.

[31] Khireddine-Medouni I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol M-C, *et al.* Augmentation des taux de prévalence de la souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. *Arch Mal Prof Environ.* 2016;77(3):438.

[32] Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation de l'environnement et du travail. Réseau national de vigilance et prévention des pathologies professionnelles (rnv3p). Rapport d'activité 2010-2011. Maison-Alfort: Anses, 2012. 111 p. <https://www.anses.fr/fr/content/r%C3%A9seau-national-de-vigilance-et-de-pr%C3%A9vention-des-pathologies-professionnelles-rnv3p>

[33] Leach LS, Poyser C, Butterworth P. Workplace bullying and the association with suicidal ideation/thoughts and behaviour: A systematic review. *Occup Environ Med.* 2017;74(1):72-9.

[34] Milner A, Page A, LaMontagne AD. Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: A meta-analytic and conceptual review. *Psychol Med.* 2014;44(5):909-17.

[35] Milner A, Page A, LaMontagne AD. Long-term unemployment and suicide: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2013;8(1):e51333.

[36] Dalgligh SL, Melchior M, Younes N, Surkan PJ. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(4):613-20.

[37] Organisation Mondiale de la Santé. La santé mentale au travail: OMS; 2017. http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/fr/.

Citer cet article

Delézire P & Gigonzac V, Chérié-Challine L, Khireddine-Medouni I. Pensées suicidaires dans la population active occupée en France en 2017. *Bull Epidemiol Hebd.* 2019;(3-4): 65-73. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_5.html

TENTATIVES DE SUICIDE, PENSÉES SUICIDAIRES ET USAGES DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES CHEZ LES ADOLESCENTS FRANÇAIS DE 17 ANS. PREMIERS RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE ESCAPAD 2017 ET ÉVOLUTIONS DEPUIS 2011

// SUICIDE ATTEMPTS, SUICIDAL THOUGHTS AND USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG 17-YEAR-OLD FRENCH ADOLESCENTS. FIRST RESULTS OF THE ESCAPAD 2017 SURVEY AND CHANGES SINCE 2011

Eric Janssen¹ (eric.janssen@ofdt.fr), Stanislas Spilka^{1,2}, Enguerrand du Roscoät^{3,4}

¹ Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT), La Plaine Saint-Denis, France

² CESP, Faculté de médecine, Université Paris Sud, Faculté de médecine UVSQ, Inserm, Université Paris-Saclay, Villejuif, France

³ Santé publique France, Saint-Maurice, France

⁴ Laboratoire parisien de psychologie sociale (Lapps), EA 4386, Université Paris Ouest Nanterre-La Défense, France

Soumis le 20.09.2018 // Date of submission: 09.20.2018

Résumé // Abstract

Introduction – L'enquête Escapad (Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense) est réalisée régulièrement depuis 2000 par l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT). Les résultats permettent d'offrir un point précis sur les comportements suicidaires et les principaux facteurs associés en 2017, et d'en suivre les évolutions au cours des dix dernières années.

Méthodes – Le neuvième exercice de l'enquête Escapad, menée par l'OFDT lors de la Journée défense et citoyenneté, s'est déroulé en mars 2017 auprès de 39 115 adolescents français de métropole âgés de 17 ans.

Résultats – En 2017, près de 3% des adolescents de 17 ans déclaraient avoir fait au cours de leur vie une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation, et plus d'un jeune sur dix déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête. La comparaison avec les éditions précédentes de l'enquête (2011 et 2014) révèle une augmentation significative des tentatives de suicide et pensées suicidaires déclarées chez les filles entre 2011 et 2017. La variable la plus fortement associée à la déclaration de pensées suicidaires et de tentatives de suicide est le fait de présenter un risque élevé de dépression. Après contrôle sur le sexe, la situation scolaire, la structure familiale, le risque de dépression et la catégorie socioprofessionnelle des parents, les résultats soulignent un lien fort entre tentative de suicide et usages de substances psychoactives, en particulier l'usage de substances illicites autres que le cannabis chez les garçons et l'usage quotidien de tabac chez les filles.

Conclusion – Nos données suggèrent que les usages de substances psychoactives pourraient être utilisés comme des indicateurs potentiels pour le repérage d'un risque accru de conduites suicidaires. Ils confirment également l'importance d'une prise en charge précoce des troubles dépressifs chez les adolescents afin d'en réduire l'impact, en particulier sur les passages à l'acte suicidaire.

Introduction – The ESCAPAD survey (Health and Consumption Survey during the Defence Preparation Appeal) has been conducted regularly since 2000 by the French Observatory of Drugs and Drug Addiction (OFDT). The results provide a clear focus on suicidal behaviours and key factors in 2017 and track trends over the last ten years.

Methods – The ninth round of the ESCAPAD survey took place in March 2017 with 39,115 French adolescents aged 17.

Results – In 2017, almost 3% of adolescents aged 17 reported lifetime suicide attempt leading to hospitalization, and more than one in ten reported having thought about suicide at least once in the 12 months prior to the survey. Comparisons with previous editions of the survey (2011 and 2014) indicate a significant increase in suicide attempts and suicidal ideations reported among girls between 2011 and 2017. The variable the most strongly associated with the reporting of suicide attempts and suicidal ideations is the high risk of depression. After controlling for gender, school situation, family structure, risk of depression and parental socioeconomic status, the results highlight a strong link between suicide attempts and the consumption of psychoactive substances, in particular the use of illicit drugs other than cannabis among boys and daily smoking among girls.

Conclusion – Our data suggest that the consumption of psychoactive substances could be used as potential indicators for identifying an increased risk of suicidal behaviors. They also confirm the importance of early management of depressive disorders in adolescents, in order to reduce their impact, particularly on suicidal behaviors.

Mots-clés : Adolescents, Enquête, Tentatives de suicide, Pensées suicidaires, Substances psychoactives

// **Keywords**: Adolescents, Survey, Suicide attempts, Suicidal ideations, Psychoactive substances

Introduction

En France, comme à l'international, le suicide demeure la deuxième cause de décès parmi les jeunes de 15-24 ans¹. Les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) confirment l'importance des tentatives de suicide (TS) chez les jeunes, avec des taux standardisés annuels d'hospitalisation pour TS particulièrement élevés chez les filles de 15 à 19 ans (en moyenne 39 pour 10 000, contre des taux inférieurs à 20 pour 10 000 dans le reste de la population²). Ces données confortent l'inscription de la prévention des conduites suicidaires comme une priorité de santé publique chez les adolescents.

Les données collectées dans les bases médico-administratives constituent en France le socle de la connaissance épidémiologique des conduites suicidaires. Cependant, ces bases de données ne permettent pas d'appréhender la globalité des conduites suicidaires. D'une part, elles n'enregistrent que les décès ou les TS ayant entraîné un passage aux urgences ou une hospitalisation ; d'autre part, elles ne renseignent que très peu les facteurs associés (âge, sexe, département et éventuellement comorbidité psychiatrique). Les enquêtes conduites en population générale adolescente constituent donc un complément indispensable, en ce qu'elles permettent de mieux caractériser les populations les plus vulnérables et d'investiguer une large gamme de facteurs associés sur lesquels intervenir dans une démarche de prévention et de promotion de la santé.

L'étude des comportements suicidaires dans les enquêtes déclaratives s'appuie essentiellement sur deux indicateurs : les tentatives de suicide (TS) et les pensées suicidaires (PS) déclarées. Les PS sont généralement un préalable au passage à l'acte, observé plus fréquemment parmi ceux les ayant déclarées^{3,4}. Les facteurs associés à ces comportements sont multiples. Au-delà des antécédents de TS et des troubles psychologiques, en particulier les troubles dépressifs, qui constituent des facteurs de risque majeurs de TS et de décès par suicide, les déterminants des conduites suicidaires impliquent des facteurs biologiques⁵, psychologiques⁶, sociaux⁷, culturels⁸, économiques et historiques⁹. Des événements générateurs d'angoisse, tels que les séparations, le divorce ou le décès de proches, ainsi que des bouleversements dans la vie professionnelle, sont associés aux PS¹⁰ et aux TS¹¹. Les conditions de vie auraient un effet indirect sur les PS et les TS par l'intermédiaire des événements biographiques qu'elles génèrent, de l'exposition au stress et de leurs effets négatifs sur la santé mentale des individus^{12,13}. Chômage, instabilité professionnelle et précarité^{10,14}, ainsi que des environnements familiaux dégradés (faiblesse des liens, absence de cohésion, de support, violences...) sont reconnus pour accroître les risques de PS et de TS^{15,16}.

Enfin, de nombreuses études se sont penchées sur les liens entre comportements suicidaires et usage

de substances psychoactives^{14,17-20}. Ainsi, dans leur méta-analyse portant sur les pensées suicidaires et l'usage de substances psychoactives, Poorolajal et coll. ont référencé plus de 12 000 articles portant sur cette problématique, avec en conclusion le constat d'une très grande hétérogénéité des problématiques, des populations observées et des méthodes appliquées²¹. L'ensemble des propositions peut se décliner de la manière présentée dans la figure ci-après³, même si sa validité en population adolescente reste à confirmer.

Matériel et méthode

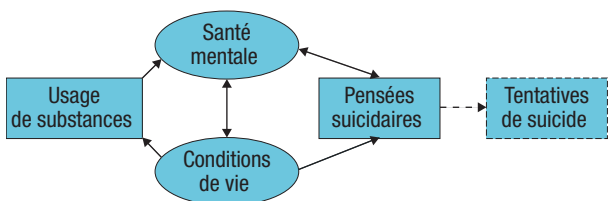
Les septième, huitième et neuvième exercices de l'enquête Escapad, menés au niveau national avec le soutien de la Direction du service national et de la jeunesse (DSNJ) lors de la Journée défense et citoyenneté (JDC), se sont déroulés au cours des mois de mars 2011, 2014 et 2017 dans tous les centres JDC en France (y compris ceux des DOM) et ont concerné tous les appelés présents durant cette période. En métropole, tous les adolescents de nationalité française ont répondu à un questionnaire auto-administré anonyme portant sur leur santé et leurs consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis et autres drogues - voir encadré). Les données ont été redressées afin de garantir le sex-ratio et le poids de la population de 17 ans à l'échelle départementale. Les questionnaires non renseignés sur le sexe ou le département et ceux dont le taux de réponse total était inférieur à 50% ont été éliminés (soit 8,5% des répondants). Les analyses descriptives présentées ici portent sur des échantillons de respectivement 27 402, 22 023 et 39 115 Français métropolitains. Les filles et les garçons, à parts égales dans l'échantillon analysé, sont âgés de 17,3 ans en moyenne. Dans tous les cas, le taux de participation en France métropolitaine est supérieur à 95%.

L'enquête Escapad 2017 a reçu l'avis d'opportunité du Conseil national de l'information statistique (Cnis) et a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Les analyses descriptives de comparaison de pourcentages ont été menées avec des tests du Chi². Une analyse multivariée (régressions logistiques stratifiées selon le genre) a ensuite été conduite afin de contrôler les effets de structure et de mettre

Figure

Associations entre tentatives de suicide, pensées suicidaires, santé mentale, conditions de vie et usages de substances psychoactives (adapté de Zhang et Wu)



Les questions de l'enquête

Depuis 2011, le questionnaire comprend deux questions abordant le thème du suicide. La première, sur les tentatives de suicide, est formulée comme suit : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené à l'hôpital ?* », la seconde, sur les pensées suicidaires, demande : « *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ?* ». Les modalités de réponse dans les deux cas sont : « non ; une seule fois ; plusieurs fois ». Les modalités de réponse « une seule fois » et « plusieurs fois » ont été regroupées, de sorte que les questions sont finalement analysées de façon binaire (oui vs non).

Les chercheurs s'accordent sur l'attention à porter à la dépression comme facteur associé aux conduites suicidaires. Dans l'enquête, le syndrome dépressif est évalué par l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS), échelle conçue pour détecter un syndrome dépressif chez les adolescents et en mesurer l'intensité²². Cette échelle se base sur un ensemble de dix questions à réponses dichotomiques, c'est-à-dire auxquelles répondre par « vrai » ou « faux ». Les réponses sont cotées 0 pour une réponse négative, 1 pour une réponse affirmative, le score s'obtenant ensuite par addition de chacune des réponses. Ce score permet de classer les adolescents en trois catégories : de 0 à 2, on considère qu'il n'y a pas d'état dépressif ; de 3 à 5, l'état dépressif est jugé modéré ; de 6 à 10, l'état dépressif est sévère. Il ne s'agit nullement d'établir ici un diagnostic clinique mais de repérer et estimer la part des adolescents potentiellement dépressifs.

La corpulence a été estimée par la mesure de l'indice de masse corporelle (IMC), calculé selon la formule suivante : poids en kg/taille en m². Taille et poids sont demandés lors de tous les exercices d'Escapad. Les valeurs de référence utilisées pour interpréter les données de corpulence chez les adultes (en termes de classification) sont celles préconisées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)²³.

Dans chacun des exercices d'Escapad, il est demandé aux répondants s'ils ont redoublé une classe et, si oui, quelle(s) classe(s). Leur situation scolaire actuelle est définie par : « *Si vous suivez des études, vous êtes : lycéen ou collégien ; en apprentissage ; étudiant du supérieur* ». « *Si vous avez arrêté vos études, vous êtes actuellement : sans activité ; en recherche d'emploi, en insertion ; vous travaillez* », recodées en trois catégories : élève ou étudiant ; apprenti ; hors système scolaire.

Chaque exercice d'Escapad interroge les répondants sur les membres du ménage de résidence où ils vivent le plus souvent. Il en découle une classification des ménages en trois catégories : nucléaire (présence *a minima* des deux parents biologiques) ; recomposé (présence de deux parents dont l'un est autre que biologique) ; monoparental (présence d'un seul parent et d'une éventuelle fratrie) ou autre (correspondant à des adolescents en foyer par exemple).

Une variable visant à qualifier la catégorie socioprofessionnelle des parents a été créée à partir d'une combinaison des emplois de chaque parent déclarés par les répondants. Elle s'appuie sur la typologie en neuf catégories de l'Insee (1. Cadres, professions libérales et supérieures ; 2. Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus ; 3. Artisans, chef d'entreprise de moins de 10 salariés ; 4. Agriculteurs ; 5. Professions intermédiaires ; 6. Employés ; 7. Ouvriers ; 8. Sans profession), auxquelles est ajoutée une catégorie « Non concerné ». Une fois ces emplois regroupés, il en découle une variable synthétique se déclinant en cinq catégories : Très favorisé : adolescent dont les deux parents ont des professions supérieures ; Favorisé : un seul des deux parents exerce une profession supérieure ; Intermédiaire : au mieux un parent est de profession intermédiaire ; Modeste : au mieux un parent est ouvrier ou employé ; Défavorisé : les deux parents sont sans emploi ou inactifs.

Les usages de substances ont été investigués comme suit : pour le tabac, la question posée est « *Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fumé des cigarettes (en paquet ou à rouler) ?* » avec comme réponses possibles : aucune ; moins d'une fois par mois ; moins d'une fois par jour ; entre 1-5 par jour ; entre 6-10 par jour ; entre 11-20 par jour ; plus de 20 par jour, le tabac quotidien étant défini par au moins une fois par jour. Concernant l'alcool, la question posée est : « *Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu une boisson alcoolisée ?* » et pour le cannabis : « *Au cours des 30 derniers jours, avez-vous fumé du cannabis (haschich, bedo, joint, herbe, shit) ?* », avec dans les deux cas comme modalités de réponse possible : 0 fois ; 1-2 fois ; 3-5 fois ; 6-9 fois ; 10-19 fois ; 20-29 fois ; 30 fois ou plus. Dans les deux cas, l'usage régulier est défini comme 10 fois ou plus au cours de la période. Enfin, pour chacune des substances illicites (amphétamines, champignons hallucinogènes, cocaïne, crack, ecstasy/MDMA, héroïne, LSD) il a été demandé « *Au cours des 12 derniers MOIS, avez-vous déjà pris l'un des produits suivants ?* ». Une réponse positive au moins entraîne la classification en usage au cours de l'année écoulée.

en évidence les associations des caractéristiques retenues sur le fait de déclarer des PS au cours des 12 derniers mois ainsi qu'une TS au cours de la vie.

Résultats

Prévalences et évolutions

En 2017, plus d'un cinquième des adolescents de 17 ans présentaient un syndrome dépressif (modéré pour 16,6% et sévère pour 4,5% d'entre eux, tableau 1). Près de 3% de l'ensemble des jeunes de 17 ans déclaraient avoir fait au cours de leur vie une TS ayant entraîné une hospitalisation, et plus d'un jeune sur 10 déclarait avoir pensé au moins une fois au suicide au cours des 12 derniers mois. Le syndrome dépressif, les PS et, plus encore, les TS sont davantage le fait des filles.

En 2017, plus d'un adolescent de 17 ans sur 10 (11,4%) déclarait avoir eu des PS au cours des 12 mois précédant l'enquête. La hausse statistiquement significative de 0,7 point par rapport à 2011 est portée par celle des jeunes filles (+1,1 point au cours de la période), l'écart noté chez les garçons n'étant pas significatif. Les différences entre sexes sont encore plus marquées en ce qui concerne les TS au cours de la vie ayant entraîné une hospitalisation, avec des évolutions au cours du temps similaires à celles des PS. Une hausse significative de la prévalence des TS entre 2011 et 2017 a ainsi été observée chez les filles seulement (+1 point, voir tableau 1).

Facteurs associés

Les analyses bivariées indiquent une association significative entre le fait de déclarer des PS et des TS chez les adolescents de 17 ans et l'ensemble des variables disponibles et mobilisées dans l'analyse (tableau 2). La dépression présente l'association la plus forte, suivie du sexe (les filles étant

surreprésentées) et de la structure familiale (les adolescents vivant dans une famille nucléaire présentant des prévalences moindres que ceux issus de familles recomposées ou monoparentales). La scolarité (les adolescents non scolarisés au moment de l'enquête déclarant davantage de PS et de TS) et la catégorie socioprofessionnelle des parents présentent des associations également significatives avec les PS et les TS. Enfin, PS et TS sont associées à l'usage quotidien de tabac, à la consommation de substances illicites et, bien que dans une moindre mesure, à l'usage régulier d'alcool.

L'analyse multivariée conduite séparément pour les filles et les garçons (tableau 3) confirme l'association positive entre la déclaration d'une TS au cours de la vie et le fait d'avoir redoublé ou de se déclarer hors du système scolaire. Concernant les PS, l'association ne reste significative que chez les filles ayant déclaré avoir redoublé. L'analyse multivariée confirme également la forte association des TS/PS avec la dépression (estimée à l'aide de l'ADRS), aussi bien chez les filles que chez les garçons.

L'association des TS/PS avec la structure familiale se maintient après ajustement sur les autres variables du modèle. Les adolescents issus de familles recomposées ou monoparentales (sans différence significative entre elles) déclarent davantage de PS et de TS que les adolescents issus de familles nucléaires.

L'association des TS/PS avec l'IMC est moindre et ne concerne, après ajustement, que les filles en situation de surpoids. Le lien observé entre TS et catégorie socioprofessionnelle des parents disparaît après ajustement, et l'association entre PS et catégorie socioprofessionnelle des parents ne reste significative que chez les garçons : elle va dans le sens d'un risque accru de PS chez les répondants dont la catégorie socioprofessionnelle

Tableau 1

Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans (%)

Pensées suicidaires (année)	Ensemble	Garçons	Filles	Sex-ratio	p
2011	10,7	7,8	13,7	1,75	0,0001
2014	10,4	7,5	13,3	1,77	0,0001
2017	11,4	8,2	14,8	1,80	0,0001
$\Delta_{2011;2014}$ – p value	0,2219	0,3742	0,3725		
$\Delta_{2014;2017}$ – p value	0,0001	0,0335	0,0005		
$\Delta_{2011;2017}$ – p value	0,0044	0,2051	0,0063		
Tentatives de suicide (vie)	Ensemble	Garçons	Filles	Sex-ratio	p
2011	2,3	1,3	3,3	2,66	0,0001
2014	2,7	1,7	3,8	2,24	0,0001
2017	2,9	1,5	4,3	2,89	0,0001
$\Delta_{2011;2014}$ – p value	0,0014	0,0037	0,0566		
$\Delta_{2014;2017}$ – p value	0,3333	0,1571	0,0344		
$\Delta_{2011;2017}$ – p value	0,0001	0,0708	0,0001		

Source : enquêtes Escapad 2011, 2014, 2017 (France métropolitaine), OFDT.

Tableau 2

Prévalences des pensées suicidaires (PS) et des tentatives de suicide (TS) chez les adolescents de 17 ans en fonction des caractéristiques de l'échantillon (analyses bivariées)

Variables	Catégories	% échantillon	% TS vie		% PS année	
Genre	Garçons	51,2	1,5	***	8,2	***
	Filles	48,8	4,3		14,8	
Redoublement	N'a pas redoublé	70,4	2,1	***	10,7	***
	A redoublé	29,6	4,5		13,1	
Scolarité	Elève ou étudiant	89,1	2,6	***	11,3	***
	Apprentissage	7,0	3,7		10,3	
	Hors système scolaire	3,9	3,7		16,1	
Dépression	Sans	78,8	2,5	***	5,8	***
	Modérée	16,6	3,8		25,6	
	Sévère	4,4	9,2		51,2	
Indice de masse corporelle	Corpulence normale	73,0	2,6	***	11,0	***
	Insuffisance pondérale	15,9	3,7		13,7	
	Surpoids ou obésité	11,1	3,7		13,5	
Famille	Nucléaire	64,9	1,9	***	9,8	***
	Recomposée	25,3	4,7		14,4	
	Monoparentale ou autre	9,8	4,3		14,6	
Catégorie socioprofessionnelle	Très favorisé	9,4	2,1	***	11,1	***
	Favorisé	20,1	2,6		10,5	
	Intermédiaire	23,8	2,5		10,9	
	Modeste	35,8	2,9		11,8	
	Très modeste	11,0	4,7		13,3	
Tabac	Pas d'usage quotidien de tabac	74,9	1,7	***	10,0	***
	Usage quotidien	25,1	6,2		15,7	
Alcool	Pas d'usage régulier d'alcool	91,6	2,6	***	11,1	***
	Usage régulier	8,4	5,2		14,9	
Cannabis	Pas d'usage régulier de cannabis	92,8	2,5	***	10,9	***
	Usage régulier	7,2	7,4		18,1	
Autres substances illicites	Pas d'autre(s) substance(s) illicite(s)	96,2	2,5	***	10,9	***
	Autre(s) substance(s) illicite(s)	3,8	10,4		24,4	

*** Test du Chi2 significatif à $p < 0,001$.

Source : Escapad (OFDT).

des parents les classe dans la catégorie « très favorisé » en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable.

Enfin, chez les filles, TS et PS restent fortement associées à l'usage quotidien de tabac, à l'usage d'autres substances illicites que le cannabis et, dans une moindre mesure, aux usages réguliers d'alcool.

La consommation de cannabis est associée chez les filles à la déclaration d'une TS, mais n'est plus associée, après ajustement, à la déclaration de PS. Chez les garçons, les associations entre TS et usages de substances psychoactives restent

significatives pour ce qui est de la consommation quotidienne de tabac, la consommation régulière d'alcool et l'usage de drogues illicites autres que le cannabis. Les associations observées dans les analyses bivariées entre PS et usages de substances psychoactives chez les garçons ne se maintiennent pas après ajustement, à l'exception des consommations de substances illicites autres que le cannabis.

Discussion

De par sa régularité et sa puissance, l'enquête Escapad offre l'opportunité de mesurer la prévalence des

Tableau 3

Facteurs associés aux tentatives de suicide (TS) ayant entraîné une hospitalisation au cours de la vie et les pensées suicidaires (PS) au cours des 12 derniers mois chez les adolescents français de 17 ans. Enquête Escapad

Variables	Catégories	TS vie – OR (IC95%)				PS année – OR (IC95%)			
		Garçons		Filles		Garçons		Filles	
Redoublement	N'a pas redoublé	1,00		1,00		1,00		1,00	
	A redoublé	1,44 (1,09-1,91)	*	1,74 (1,46-2,08)	***	1,02 (0,90-1,16)	ns	1,14 (1,02-1,28)	*
Situation scolaire	Enseignement général ou technique	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Apprentissage	1,45 (0,97-2,17)	ns	1,59 (1,15-2,19)	**	0,87 (0,70-1,08)	ns	1,27 (1,00-1,60)	ns
	Hors système scolaire	2,82 (1,87-4,23)	***	2,29 (1,68-3,11)	***	1,24 (0,95-1,60)	ns	1,05 (0,81-1,38)	ns
Famille	Nucléaire	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Recomposée	1,43 (0,93-2,20)	ns	1,90 (1,50-2,41)	***	1,34 (1,10-1,62)	**	1,27 (1,09-1,48)	**
	Monoparentale	1,76 (1,30-2,37)	***	1,67 (1,39-2,01)	***	1,37 (1,19-1,56)	***	1,27 (1,14-1,43)	***
Dépression	Non	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Modérée	3,11 (2,29-4,21)	***	2,40 (2,00-2,89)	***	6,04 (5,31-6,88)	***	4,25 (3,82-4,72)	***
	Sévère	5,47 (3,51-8,53)	***	4,68 (3,73-5,86)	***	15,57 (12,68-19,13)	***	14,12 (12,2-16,34)	***
Indice de masse corporelle	Corpulence normale	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Insuffisance pondérale	1,45 (0,73-2,92)	ns	1,35 (0,82-2,22)	ns	1,37 (1,00-1,88)	ns	1,01 (0,72-1,41)	ns
	Surpoids	1,25 (0,89-1,76)	ns	1,35 (1,09-1,69)	**	1,11 (0,95-1,30)	ns	1,33 (1,16-1,53)	***
Catégorie socio-professionnelle	Très favorisé	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Favorisé	0,92 (0,53-1,58)	ns	1,08 (0,75-1,55)	ns	0,72 (0,57-0,89)	**	0,88 (0,73-1,08)	ns
	Intermédiaire	0,68 (0,39-1,19)	ns	1,01 (0,71-1,44)	ns	0,69 (0,56-0,86)	**	0,95 (0,78-1,15)	ns
	Modeste	0,67 (0,39-1,13)	ns	0,94 (0,67-1,33)	ns	0,72 (0,58-0,89)	**	0,94 (0,78-1,13)	ns
	Très modeste	1,17 (0,65-2,10)	ns	1,17 (0,79-1,74)	ns	0,64 (0,49-0,83)	**	1,04 (0,83-1,30)	ns
Tabac	Non quotidien	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Quotidien	1,68 (1,22-2,32)	**	2,64 (2,20-3,16)	***	1,04 (0,89-1,21)	ns	1,29 (1,15-1,45)	***
Alcool	Non régulier	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Régulier	2,21 (1,61-3,04)	***	1,41 (1,06-1,87)	*	1,15 (0,97-1,37)	ns	1,55 (1,27-1,90)	***
Cannabis	Non régulier	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Régulier	0,77 (0,51-1,15)	ns	1,39 (1,06-1,82)	*	1,00 (0,80-1,23)	ns	1,22 (0,98-1,51)	ns
Autres illicites	Pas d'autre(s) substance(s) illicite(s)	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Autre(s) substance(s) illicite(s)	2,74 (1,82-4,12)	***	1,95 (1,46-2,62)	***	1,84 (1,45-2,34)	***	1,70 (1,35-2,16)	***

OR (odds ratios) significatifs à *** p<0,001 ; ** p<0,01 ; * p<0,05 ; ns : non significatif ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.
Source : Escapad (OFDT).

pensées suicidaires et des tentatives de suicide en population adolescente et, surtout, d'en étudier les facteurs associés, plus particulièrement en termes d'usages de substances psychoactives. Cette problématique prend un relief particulier en France, où les taux de suicide des adolescents et les consommations de substances psychoactives demeurent supérieurs à la moyenne observée en Europe¹⁸.

Les données de l'enquête Escapad indiquent que plus de 4% des filles et près de 3% des garçons de 17 ans ont déclaré en 2017 une TS suivie d'une hospitalisation au cours de leur vie, et que plus d'un jeune sur dix (deux fois plus souvent les filles) ont déclaré des PS au cours de l'année. La plus forte prévalence des TS chez les jeunes filles (en particulier entre 15 et 19 ans) est confirmée par les données

hospitalières issues du PMSI-MCO²⁴. Ces données relatives aux hospitalisations n'appréhendent cependant qu'une partie du phénomène. En effet, selon les données Escapad 2008, seules un quart des TS déclarées au cours de la vie par les jeunes de 17 ans avaient donné lieu à une hospitalisation¹⁸. Un résultat important de notre étude est l'augmentation significative des PS et TS entre 2011 et 2017 chez les filles. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée des données observées en population générale qui indiquent, chez les femmes seulement, une hausse des PS et TS déclarées au cours de la vie entre 2000 et 2017 (voir l'article de C. Léon et coll. dans ce même numéro).

Selon nos analyses, la dépression se présente comme le principal facteur associé à la déclaration de PS et de TS. Les résultats soulignent la forte association entre les TS au cours de la vie et les usages de substances psychoactives, en particulier chez les filles, et ce après contrôle de l'état dépressif. De la même manière, une forte association se dégage entre la déclaration de PS et l'usage quotidien de tabac, l'usage régulier d'alcool chez les filles et l'usage de substances illicites autres que le cannabis pour les deux sexes. Plusieurs études, notamment des revues de littérature et des méta-analyses internationales, ont observé des associations similaires entre TS ou PS et l'usage quotidien de tabac^{25,26} ou régulier de cannabis^{27,28}, la consommation d'opioïdes^{29,30}, de stimulants tels que la cocaïne³¹, de crack³² ou encore de MDMA³³. On notera cependant que ces études portent sur les PS et TS chez les jeunes adultes, celles s'intéressant aux adolescents étant beaucoup plus rares. Nombre d'études soulignent également le lien entre comportements suicidaires et usage d'alcool^{34,35}. L'enquête Escapad confirme l'importance du lien entre consommation d'alcool et TS chez les garçons (juste après les usages de substances illicites autres que le cannabis). En revanche, chez les filles, c'est l'usage quotidien de tabac qui présente l'association la plus forte avec la déclaration d'une TS au cours de la vie. Ce résultat suggère que les usages fréquents/réguliers de substances, y compris licites, peuvent être appréhendés comme des indicateurs de fragilité chez l'adolescent. Les substances psychoactives sont en effet souvent consommées pour gérer les états dépressifs et anxieux^{36,37}, plus particulièrement lorsque les mécanismes traditionnels pour faire face à des situations problématiques sont jugés inefficaces. Cette stratégie de gestion du stress (*stress coping theory*³⁸) est souvent associée à des événements de vie négatifs, auxquels s'ajoutent une socialisation avec des pairs préalablement usagers ou démontrant une attitude bienveillante à l'égard de ces usages. Elle peut enfin être l'expression d'une impulsivité, élément commun aux usages et aux comportements suicidaires³.

Parmi les autres facteurs associés, nos résultats soulignent la forte association entre TS et situation scolaire. Les répondants ayant redoublé et les jeunes

non-scolarisés présentent des prévalences significativement plus élevées de TS, en particulier les filles, illustrant peut-être chez ces dernières une pression normative plus forte quant à leur réussite scolaire³⁹. Bien que dans une moindre mesure, la situation familiale est également associée aux PS et TS. Les répondants issus de familles monoparentales, davantage à risque de précarité financière ou d'exposition à des conditions de vie stressantes⁴⁰, présentaient des taux de PS et de TS supérieurs à ceux des répondants issus de familles nucléaires, aussi bien chez les filles que chez les garçons. Enfin, des associations ont également été observées entre surpoids et TS ou encore PS chez les filles, et entre catégorie socio-professionnelle des parents et PS chez les garçons. Ces résultats confirment l'impact des environnements normatifs (image du corps) et des conditions socioéconomiques sur la santé mentale des jeunes. Cependant, concernant l'effet du statut socioéconomique, le sens de l'association apparaît inverse à celui attendu^{41,42}. Les répondants se déclarant très favorisés sont en proportion plus nombreux à déclarer des PS que ceux se déclarant favorisés, intermédiaires, modestes ou même très modestes. Cette association pourrait être le fait de variables confondues avec celle de la catégorie socioéconomique⁴³, telles que les croyances et représentations liées au suicide, ou encore des biais de présentation de soi ou d'acceptabilité sociale⁴⁴ qui favoriseraient davantage la déclaration de PS parmi les jeunes issus de catégories sociales élevées (la question du suicide pourrait être plus facilement abordée dans les milieux favorisés que dans d'autres milieux où les soucis matériels prédominent). Malheureusement, les variables disponibles dans cette enquête ne permettent pas de réaliser les ajustements complémentaires ou d'investiguer davantage ces hypothèses.

La principale limite de l'étude, concernant l'analyse des facteurs associés aux TS, est la divergence de temporalité entre l'indicateur de TS (mesuré au cours de la vie) et la plupart des facteurs associés, en particuliers les usages de substances, mesurés au cours des 12 derniers mois. Nous pouvons néanmoins considérer que les TS au cours de la vie sont des événements suffisamment récents chez les adolescents de 17 ans pour en étudier le lien avec des facteurs actuels ou récents au moment de l'enquête. Une autre limite est l'absence d'évaluation complète des troubles psychiatriques, l'évaluation du risque dépressif constituant l'unique indicateur de troubles au moment de l'enquête. Rappelons que cette échelle est auto-administrée et constitue un outil de détection, sans validation clinique. De surcroît, elle ne tient pas compte de la dimension d'anxiété, que les auteurs ayant validé l'échelle reconnaissent par ailleurs comme un élément intrinsèque au syndrome dépressif. Enfin, la nature transversale des données exploitées ne permet pas de préciser plus avant la nature de l'association (*i.e.* induire une causalité ou son sens) entre PS, TS et usages de substances.

En conclusion, la hausse observée des prévalences des TS et PS déclarées par les adolescents

de 17 ans entre 2011 et 2017 conforte le caractère prioritaire des investissements à réaliser dans le champ de la prévention du suicide en direction des jeunes. Un axe d'investissement majeur, au regard de nos résultats, doit concerner le repérage et la prise en charge précoces des états dépressifs chez les adolescents afin d'en réduire les impacts, en particulier en termes de passage à l'acte suicidaire. Cet axe est repris dans la feuille de route santé mentale et psychiatrie 2018 du ministère de la Santé, qui vise à expérimenter les conditions d'un repérage et d'une prise en charge psychothérapeutique précoce remboursée au profit des jeunes en situation de « souffrance psychique », afin de prévenir l'installation et l'aggravation de troubles psychiatriques. À ce titre, nos données confirment que les usages de substances psychoactives sont des indicateurs potentiels pour le repérage d'un risque accru de conduites suicidaires. ■

Références

- [1] World Health Organization. WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2015. Geneva: WHO; 2017. 85 p. https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalCOD_method_2000_2015.pdf
- [2] Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport / février 2016. Paris: ONS; 2016. 481 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
- [3] Zhang X, Wu LT. Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: A bidirectional relation? *Drug Alcohol Depend.* 2014;142:63-73.
- [4] Arria AM, O'Grady KE, Caldeira KM, Vincent KB, Wilcox HC, Wish ED. Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Arch Suicide Res.* 2009;13(3):230-46.
- [5] Pandey GN. Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disord.* 2013;15(5):524-41.
- [6] Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, *et al.* Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol.* 2009;118(3):634-46.
- [7] Brown CR, Hambleton IR, Sobers-Grannum N, Hercules SM, Unwin N, Nigel Harris E, *et al.* Social determinants of depression and suicidal behaviour in the Caribbean: A systematic review. *BMC Public Health.* 2017;17(1):577.
- [8] Neumayer E. Are socioeconomic factors valid determinants of suicide? Controlling for national cultures of suicide with fixed-effects estimation. *Cross-Cultural Res.* 2003;3(37):307-29.
- [9] Morrell S, Taylor R, Quine S, Kerr C. Suicide and unemployment in Australia 1907-1990. *Soc Sci Med.* 1993;36(6):749-56.
- [10] Dalglish SL, Melchior M, Younes N, Surkan PJ. Work characteristics and suicidal ideation in young adults in France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2015;50(4):613-20.
- [11] Olliac B, Beanroux X, Revet A, Cohen D, Falissard B, Raynaud JP. Life events: Worries and suicide attempts implications in adolescents. *Neuropsychiatry.* 2018;8(1):8-17.
- [12] Aschan L, Goodwin L, Cross S, Moran P, Hotopf M, Hatch SL. Suicidal behaviours in South East London: Prevalence, risk factors and the role of socio-economic status. *J Affect Disord.* 2013;150(2):441-9.
- [13] Currier D, Spittal MJ, Patton G, Pirkis J. Life stress and suicidal ideation in Australian men – Cross-sectional analysis of the Australian longitudinal study on male health baseline data. *BMC Public Health.* 2016;16(Suppl 3):1031.
- [14] Legleye S, Beck F, Peretti-Watel P, Chau N, Firdion JM. Suicidal ideation among young French adults: Association with occupation, family, sexual activity, personal background and drug use. *J Affect Disord.* 2010;123(1-3):108-15.
- [15] Zhai H, Bai B, Chen L, Han D, Wang L, Qiao Z, Qiu X, *et al.* Correlation between family environment and suicidal ideation in university students in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(2):1412-24.
- [16] Susukida R, Wilcox HC, Mendelson T. The association of lifetime suicidal ideation with perceived parental love and family structure in childhood in a nationally representative adult sample. *Psychiatry Res.* 2016;237:246-51.
- [17] Galaif ER, Chou CP, Sussman S, Dent CW. Depression, suicidal ideation, and substance use among continuation high school students. *J Youth Adolesc.* 1998;27(3):275-99.
- [18] du Roscoët E, Legleye S, Guignard R, Husky M, Beck F. Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents. *J Affect Disord.* 2016;190:517-21.
- [19] Batterman PJ, Christensen H. Longitudinal risk profiling for suicidal thoughts and behaviours in a community cohort using decision trees. *J Affect Disord.* 2012;142(1-3):306-14.
- [20] Wilcox HC. Epidemiological evidence on the link between drug use and suicidal behaviors among adolescents. *Can Child Adolesc Psychiatr Rev.* 2004;13(2):27-30.
- [21] Poorolajal J, Haghtalab T, Farhadi M, Darvishi N. Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *J Public Health (Oxf).* 2016;38(3):e282-e91.
- [22] Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): A validation study. *BMC Psychiatry.* 2007;7:2.
- [23] World Health Organization. Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. Geneva: WHO; 1995. 463 p. https://www.who.int/childgrowth/publications/physical_status/en/
- [24] Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport / février 2016. Fiche 4 : Hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France. Paris: ONS; 2016. p. 433-9. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf
- [25] Hughes JR. Smoking and suicide: A brief overview. *Drug Alcohol Depend.* 2008;98(3):169-78.
- [26] Poorolajal J, Darvishi N. Smoking and suicide: A meta-analysis. *PLoS One.* 2016;11(7):e0156348.
- [27] Carmel A, Ries R, West II, Bumgardner K, Roy-Byrne P. Suicide risk and associated demographic and clinical correlates among primary care patients with recent drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2016;42(3):351-7.
- [28] Hallgren KA, Ries RK, Atkins DC, Bumgardner K, Roy-Byrne P. Prediction of suicide ideation and attempt among substance-using patients in primary care. *J Am Board Fam Med.* 2017;30(2):150-60.
- [29] Conner KR, Britton PC, Sworts LM, Joiner TE Jr. Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addict Behav.* 2007;32(7):1395-404.
- [30] Ashrafioun L, Bishop TM, Conner KR, Pigeon WR. Frequency of prescription opioid misuse and suicidal ideation, planning, and attempts. *J Psychiatr Res.* 2017;92:1-7.

- [31] Garlow SJ, Purselle D, D'Orio B. Cocaine use disorders and suicidal ideation. *Drug and Alcohol Depend.* 2003;70(1):101-4.
- [32] Bakhshani NM, Bahareh B., Bakhshani S, Lashkaripour K. Suicidal attempts among individuals seeking treatment for substance dependency. *Procedia Soc Behav Sci.* 2010;5:1982-5.
- [33] Kim J, Fan B, Liu X, Kerner N, Wu P. Ecstasy use and suicidal behavior among adolescents: Findings from a national survey. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41(4):435-44.
- [34] Bagge CL, Sher KJ. Adolescent alcohol involvement and suicide attempts: toward the development of a conceptual framework. *Clin Psychol Rev.* 2008;28(8):1283-96.
- [35] Marschall-Lévesque S, castellanos-Ryan N, Parent S, Renaud J, Vitaro F, Boivin M, Tremblay RE, *et al.* Victimization, suicidal ideation and alcohol use from age 13 to 15: Support for the self-medication model. *J Adolesc Health.* 2017;60(4):380-7.
- [36] Lazareck S, Robinson JA, Crum RM, Mojtabai R, Sareen J, Bolton JM. A longitudinal investigation of the role of self-medication in the development of comorbid mood and drug use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *J Clin Psychiatry.* 2012;73(5):e588-93.
- [37] Esposito-Smythers C, Sipirito A. Adolescent substance use and suicidal behavior: a review with implications for treatment research. *Alcohol Clin Exp Res.* 2004;28(5 Suppl):77S-88S.
- [38] Wills TA, Sandy JM, Yaeger AM. Time perspective and early-onset substance use: A model based on stress-coping theory. *Psychol Addict Behav.* 2001;15(2):118-25.
- [39] Esparbès-Pistre S, Bergonnier-Dupuy G, Cazenave-Tapie P. Le stress scolaire au collège et au lycée : différences entre filles et garçons. *Éducation et Francophonie.* 2015;43(2):87-112.
- [40] Chardon O, Daguet F, Vivas E. Les familles monoparentales. Des difficultés à travailler et à se loger. *Insee Première.* 2008;1195:1-4. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281271>
- [41] Yoshimasu K, Kiyohara C, Miyashita K; Stress Research Group of the Japanese Society for Hygiene. Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environ Health Prev Med.* 2008;13(5):243-56.
- [42] Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, *et al.* Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull.* 2017;143(2):187-232.
- [43] Platt S. Inequalities and suicidal behavior. In: O'Connor R, Pirkis J, eds. *The International Handbook of Suicide Prevention*, 2nd Edition. Oboken(NJ): Wiley Blackwell; 2016. Chapitre 15.
- [44] Corrigan PW. Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clin Psychol Sci Pract.* 2000;7(1):48-67.

Citer cet article

Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bull Epidémiol Hebd.* 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html

ACTIVITÉ DES ASSOCIATIONS DE PRÉVENTION ET D'AIDE À DISTANCE EN SANTÉ DANS LE DOMAINE DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE

// ACTIVITY OF PREVENTION AND REMOTE SUPPORT SERVICES ASSOCIATIONS IN THE FIELD OF SUICIDE PREVENTION IN FRANCE

Christine Chan-Chee¹ (christine.chan-chee@santepubliquefrance.fr), Fabienne Thomas¹, Laetitia Chareyre¹, Alain Mathiot², Liliane Wathier³, Pascale Dupas⁴

¹ Santé publique France, Saint-Maurice, France

² SOS Amitié, Paris, France

³ SOS Suicide Phénix, Paris, France

⁴ Suicide Écoute, Paris, France

Soumis le 17.10.2018 // Date of submission: 10.17.2018

Mots-clés : Suicide, Prévention, Téléphonie santé, Aide à distance

// **Keywords:** Suicide, Prevention, Helplines, Remote support services

Contexte

La téléphonie santé est née en 1953 à Londres avec les « Samaritans » grâce au révérend Chad Varah dans le but d'apporter une aide aux personnes désespérées ou suicidaires. En France, elle s'est développée à l'initiative d'associations. Dans le domaine de la prévention du suicide, les associations de prévention et d'aide à distance en santé (PADS) proposent une écoute empathique et sans jugement aux personnes en détresse psychologique. Les principales associations de PADS en matière de prévention du suicide en population générale sont au nombre de trois en France : SOS Amitié, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute. Reconnue d'utilité publique, SOS Amitié existe depuis le début des années 1960 et regroupe 50 associations en une fédération nationale. Son objectif est d'aider par l'écoute les personnes à risque suicidaire ainsi que celles souffrant d'isolement, de solitude, de souffrance psychique. SOS Suicide Phénix a été créée en 1978 et fédère sept associations réparties sur le territoire national. Suicide Écoute a été fondée en 1994 par un groupe de bénévoles déjà impliqués dans la prévention du suicide. La taille et la capacité de réception d'appels de ces associations de PADS sont très variables, allant d'une structure importante, SOS Amitié, qui regroupe plus de 1 500 bénévoles écoutants assurant une permanence téléphonique 24h/24, 7j/7, à des associations de taille plus réduite (environ 70 écoutants entre midi et minuit pour SOS Suicide Phénix et une cinquantaine d'écoutants 24h/24 pour Suicide Écoute)¹.

L'objectif commun à ces associations est de créer une interaction directe et individualisée, qui aiderait la personne à surmonter un moment difficile et à éviter un passage à l'acte suicidaire. L'anonymat et la confidentialité des échanges permettent d'aborder des sujets intimes, parfois tabous, tels que les violences subies, la maladie mentale ou les idéations suicidaires. La sortie de l'anonymat

ne se fait qu'en cas de danger immédiat avec l'accord de la personne en ligne, si celle-ci est en situation de porter atteinte à sa vie de façon imminente.

À partir de 2003, la Direction générale de la santé a confié à l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé (aujourd'hui Santé publique France) le financement et le suivi des dispositifs de téléphonie santé. Depuis 2010, un travail de réorganisation de la PADS a été engagé, avec pour objectifs majeurs de renforcer la qualité du service offert aux usagers, diversifier l'offre de service, créer un socle commun de bonnes pratiques et construire des outils collaboratifs.

Ce travail de réorganisation avec les associations a ainsi permis :

- une homogénéisation et une généralisation des modalités d'évaluation des écoutants portant sur l'accueil de l'appelant, la qualité de l'écoute, la fiabilité des informations délivrées ;
- un renforcement des formations initiales et continues des écoutants ;
- la mise en place d'un outil informatique d'historisation permettant de réaliser des statistiques sur les données recueillies lors des entretiens et d'améliorer le pilotage de l'activité ;
- l'amélioration de l'accessibilité des lignes d'écoute grâce au réacheminement des appels vers d'autres postes d'écoute régionaux (SOS Amitié, SOS Suicide Phénix) ;
- une diversification des services offerts au public avec la proposition d'échanges par courriel, par SMS ou par *chat* ;
- une labellisation⁽¹⁾ des dispositifs de PADS, concrétisation des démarches qualités entamées depuis 2010.

⁽¹⁾ http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/telephonie_sante/label_aide_en_sante.asp

Dans le cadre de ce travail collaboratif avec les associations, le recueil des données dans l'outil d'historisation lors des entretiens rend maintenant possible l'objectivation de cette activité. Toutefois, du fait de l'anonymat des appelants, les données qui y sont collectées sont celles déclarées par les écoutants de chacune de ces associations. L'objectif de ce court article est de présenter les données recueillies en 2016 par les trois associations de PADS dans le domaine de la prévention du suicide, afin de décrire les caractéristiques des appelants et les sujets traités lors des appels et de rendre compte des facteurs associés aux pensées suicidaires chez les appelants.

Résultats

Caractéristiques des appelants

En 2016, SOS Amitié, SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute ont respectivement traité 663 716, 2 760 et 17 809 appels. Plus de trois quarts de ces appels étaient des appels à contenu⁽²⁾, soit 526 369 pour SOS Amitié, 2 413 pour SOS Suicide Phénix et 15 101 pour Suicide Écoute.

Les femmes représentaient un peu plus de la moitié des appels (53% à SOS Amitié et à Suicide Écoute, 59% à SOS Suicide Phénix). La grande majorité des appels provenaient de personnes entre 25 et 64 ans.

⁽²⁾ Appels qui donnent lieu à des entretiens, à la différence des appels de plaisantins, appels muets ou erreurs.

Toutefois, la distribution des appels selon le sexe était différente en fonction de l'âge. Pour SOS Amitié, 20% des femmes appelantes avaient 65 ans et plus contre 8% des hommes ; ces pourcentages étaient respectivement de 14% et 5% pour SOS Suicide Phénix et de 9% et 2% pour Suicide Écoute. À l'inverse, 39% des hommes appelant SOS Amitié avaient entre 25 et 44 ans contre 27% des femmes ; ces pourcentages étaient respectivement de 21% et 14% à Suicide Écoute. Pour SOS Suicide Phénix, la classe d'âge des 25-44 ans représentait 30% des appels chez les hommes comme chez les femmes.

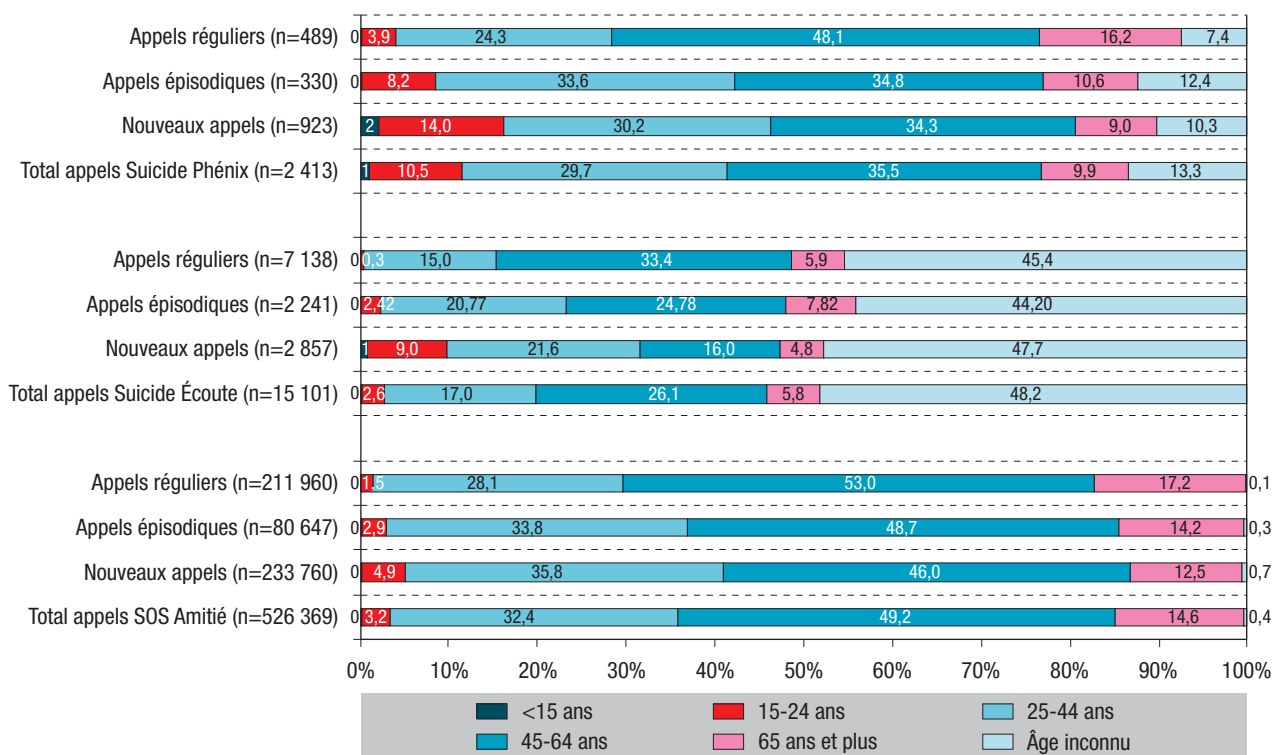
Environ 20% des appels à SOS Suicide Phénix, 40% à SOS Amitié et 47% à Suicide Écoute provenaient d'appelants réguliers (définis par les associations comme des personnes appelant plusieurs fois dans le mois, voire dans la semaine). Pour 38% des appels à SOS Suicide Phénix, 44% à SOS Amitié et 19% à Suicide Écoute, il s'agissait de nouveaux appelants. Ces derniers étaient plus jeunes que les appelants réguliers (figure 1). Les trois associations ont déclaré qu'environ 15% des appels émanaient de personnes appelant de façon périodique. Enfin, 28% des appels à SOS Suicide Phénix et 18% des appels à Suicide Écoute n'ont pu être classés par type d'appelant (régulier, nouveau ou périodique).

Contenus des appels

Parmi l'ensemble des appels, ceux concernant directement la problématique du suicide étaient de 3% pour SOS Amitié, soit environ 15 700 appels,

Figure 1

Répartition du nombre d'appels et du type d'appelant aux associations de PADS selon la classe d'âge en 2016



Lecture : Parmi l'ensemble des appels à SOS Amitié en 2016, 32,4% provenaient de personnes âgées entre 25 et 44 ans.

Sources : outils d'historisation de Suicide Phénix, Suicide Écoute et SOS Amitié. Analyses Santé publique France.

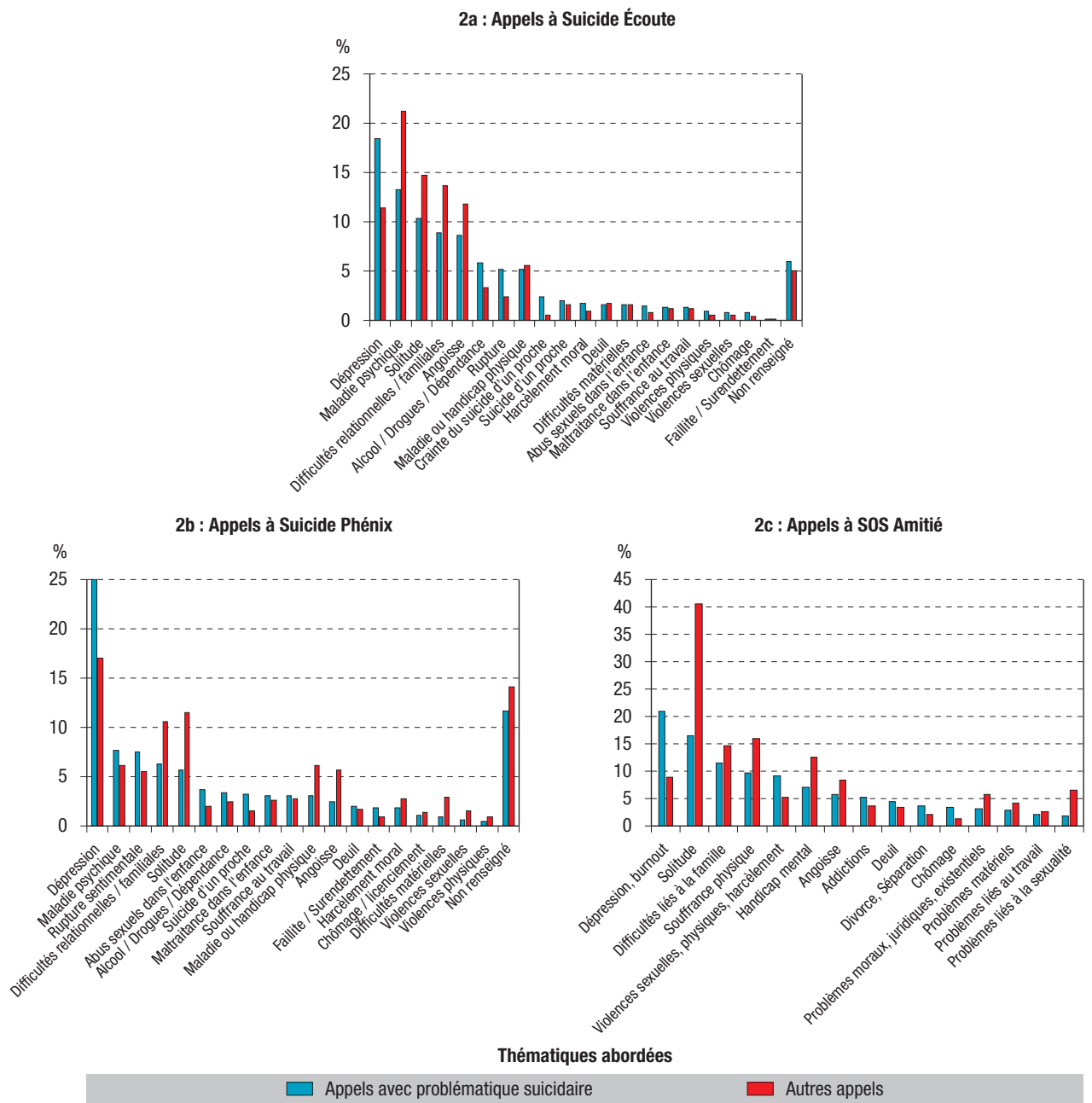
33% pour SOS Suicide Phénix (environ 800 appels) et 20% pour Suicide Écoute (environ 3 000 appels). Bien que le mot suicide figure dans le nom de ces deux dernières associations, tous les appels ne concernaient pas la problématique du suicide.

Dans l'outil d'historisation, les thèmes ont été uniformisés pour SOS Suicide Phénix et Suicide Écoute, afin d'optimiser les analyses statistiques. Les situations ou causes les plus souvent évoquées lors des appels à ces deux associations concernant la problématique suicidaire étaient la dépression et les maladies psychiques, la solitude, les difficultés relationnelles et les ruptures affectives (figure 2a et 2b). À noter que pour SOS Suicide Phénix, les abus sexuels dans l'enfance

ont été évoqués dans près de 4% des appels pour idées suicidaires. Les appels à SOS Amitié concernant la problématique suicidaire évoquaient le plus souvent la dépression et le *burnout*, la solitude, les difficultés familiales, la souffrance physique, les violences sexuelles et physiques et le harcèlement (figure 2c). L'anxiété était plus souvent notée par les écoutants de Suicide Écoute (9% des appels pour idées suicidaires) que par les écoutants de SOS Amitié ou de SOS Suicide Phénix (respectivement 6% et 2% des appels pour idées suicidaires). Dans les autres appels à SOS Amitié, la solitude de l'appelant était très présente (40% des appels) contre 15% à Suicide Écoute et 12% à SOS Suicide Phénix.

Figure 2

Répartition des thématiques abordées lors d'appels aux associations de PADS en 2016



Lecture : Parmi les appels à SOS Amitié en 2016, 21% de ceux abordant la problématique suicidaire faisaient aussi état de dépression et de *burnout*. Sources : outils d'historisation de Suicide Phénix, Suicide Écoute et SOS Amitié. Analyses Santé publique France.

Conclusion et perspectives

Ces quelques données montrent l'importante activité des associations de PADS dans le domaine de l'écoute et de la prévention du suicide. Une évolution de l'outil d'historisation est en cours pour mieux connaître la prise en charge proposée (notamment la proposition d'appel des secours) aux personnes qui évoquent une tentative de suicide en cours au moment de l'appel.

Par ailleurs, avant de procéder à une évaluation de l'impact de ces dispositifs de PADS en termes de prévention du suicide, un nouveau travail a été engagé avec ces associations. En effet, il nous faut réfléchir au préalable à une méthode d'évaluation qui tienne compte à la fois de l'anonymat

des appels ainsi que de la spécificité des appels de personnes en détresse psychologique. ■

Références

[1] Observatoire national du suicide. Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives. 2^e rapport / février 2016. Paris: ONS; 2016. 481 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2e_rapport_de_l_observatoire_national_du_suicide.pdf

Citer cet article

Chan-Chee C, Thomas F, Chareyre L, Mathiot A, Wathier L, Dupas P. Focus. Activité des associations de prévention et aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide. Bull Epidemiol Hebd. 2019;(3-4):"Activité des associations de prévention et d'aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide", page 83-6. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_7.html