

En 2003, 10 660 décès par suicide ont été enregistrés dont 7 940 pour des hommes et 2 720 pour des femmes. Toutefois, les phénomènes de sous-déclaration, estimés aux environs de 20 à 25 %, porteraient ce nombre aux alentours de 13 000. Les décès les plus nombreux dus au suicide interviennent entre 35 et 54 ans, mais constituent la deuxième cause de décès chez les 15-44 ans. Le taux de décès par suicide croît quant à lui fortement avec l'âge. Sa tendance globale est à une légère baisse depuis 1993. Environ 8 % de la population métropolitaine adulte déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie et 2 % présente un risque suicidaire élevé. Le taux de récurrence apparaît en outre important, évalué à 22 % pour les hommes et 35 % pour les femmes. Au début des années 2000, environ 195 000 tentatives de suicide auraient donné lieu, chaque année, à un contact avec le système de soins. Près de 30 % d'entre elles auraient été vues par les médecins généralistes libéraux et un peu plus de 80 % auraient motivé une venue aux urgences, directement ou après le recours à un médecin. En outre, un tiers aurait été orienté vers une hospitalisation en psychiatrie, initialement ou après un séjour de courte durée en soins somatiques. Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes, surtout jeunes.

Suicides et tentatives de suicide en France

La prévention du suicide constitue en France l'une des priorités de santé publique. L'objectif fixé est de passer, à terme, sous la barre symbolique des 10 000 décès par suicide chaque année¹. Dans cette perspective, plusieurs sources permettent de disposer d'indicateurs pour décrire la situation épidémiologique des suicides mais aussi des tentatives de suicide sur l'année 2002.

Près de 10 700 suicides identifiés comme tels en 2003 pour une estimation totale de 13 000 environ

En 2003, une première exploitation provisoire réalisée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), à partir des certificats de décès, dénombrait 10 664 décès par suicide

**Marie-Claude MOUQUET
et Vanessa BELLAMY**

Avec la collaboration de **Valérie CARASCO**
Ministère de l'Emploi, de la cohésion sociale et du logement
Ministère de la Santé et des solidarités
Drees

1. C'est sur la base des données de mortalité qu'a été défini cet objectif principal de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005 (circulaire du 5 juillet 2001).

se répartissant en 7 943 décès masculins et 2 721 décès féminins. Cette année-là le nombre total de décès (550 000 selon l'état civil) a été nettement plus élevé que la normale en raison de la canicule du mois d'août qui a entraîné un surcroît estimé, par le CépiDc, à 15 000 décès. La suite de l'étude s'appuiera donc sur les données définitives du CépiDc établies jusqu'en 2002, et dont l'estimation faite pour 2003 est très proche.

En 2002, 2 % des décès survenus en France métropolitaine, (10 632 sur 535 140) ont été identifiés comme des suicides, ce qui correspond à un taux de suicide annuel de 17,8 pour 100 000 habitants (tableau 1) [1]. Toutefois, ces

chiffres sont inférieurs à la réalité. En effet, la mortalité par suicide est sous-estimée, en particulier lors de la certification du décès par le médecin et lors de la codification des bulletins de décès. Le CépiDc évalue cette sous-estimation à environ 20 % (encadré 1), ce qui porterait le nombre annuel de suicides à près de 13 000 et le taux de suicide à plus de 21 pour 100 000.

La répartition par sexe est très différenciée : les suicides identifiés ont concerné 7 720 hommes et 2 912 femmes en 2002. Le suicide représentait ainsi près de 3 % de l'ensemble des décès masculins et 1 % des décès féminins, et l'incidence était de 26,6 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000

femmes. Cette surmortalité masculine est relativement stable depuis les années quatre-vingt.

En 2001, l'OCDE a calculé que le nombre d'années potentielles de vies perdues en France par suicide² était de 335 pour 100 000 personnes (511 pour les hommes et 160 pour les femmes), soit 8 % du total des années de vie perdues pour cette année-là. À titre de comparaison, les tumeurs malignes représentaient 26 % des années de vie perdues en 2001.

Au niveau européen, la France occupe une position assez défavorable. En effet, pour l'année 2001, selon les données de l'Organisation mondiale de la santé³, la France se classait au 3^e rang de l'Europe des 15⁴ en termes de taux de suicide standardisé selon l'âge⁵ (16,1 décès par suicide pour 100 000 personnes), derrière la Finlande et l'Autriche (respectivement 22 et 16,3 pour 100 000). Les pays connaissant les taux standardisés les plus faibles sont la Grèce, l'Italie, le Portugal, le Royaume-Uni et l'Espagne (respectivement 2,8; 5,9; 6,3; 6,5 et 6,7 suicides pour 100 000 habitants).

Le cadrage statistique qui suit reste global, bien que les facteurs sociaux, culturels, géographiques ou psychiques soient associés à une grande variabilité des décès par suicide.

T
•01 nombre de suicides et taux de suicide entre 1997 et 2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003 (p)
Nombre de décès par suicide							
Hommes	8 099	7 771	7 427	7 973	7 655	7 720	7 943
Femmes	3 040	2 763	2 841	2 864	2 785	2 912	2 721
Les deux sexes	11 139	10 534	10 268	10 837	10 440	10 632	10 664
Taux brut tous âges pour 100 000 habitants							
Hommes	28,4	27,1	26,1	27,9	26,6	26,6	
Femmes	10,1	9,2	9,4	9,5	9,1	9,5	
Les deux sexes	19,0	17,9	17,5	18,4	17,6	17,8	

Champ : France métropolitaine.
Source : Inserm, CépiDc.

E
•1

Qualité de la mesure de la mortalité par suicide

La source principale d'information pour mesurer la mortalité par suicide provient de l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins constatant les décès. Ces bulletins sont centralisés et analysés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Cette source est donc, en principe, exhaustive. Cependant, ce décompte pose des problèmes particuliers compte tenu de la nature de l'acte qui y conduit et de l'intervention des instituts médico-légaux.

Un certain nombre de suicides, lors de la certification médicale, peuvent ne pas être reconnus comme tels (incertitude de l'intentionnalité de l'acte). Ils sont alors classés dans la rubrique « causes inconnues ou non déclarées » ou « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention¹ » de la Classification internationale des maladies (CIM) 10^e révision. Autre cause de sous-estimation : les instituts médico-légaux, parfois impliqués dans la certification du décès, ne communiquent pas toujours l'information sur la nature du décès au CépiDc².

Le CépiDc a estimé que, combinées, ces deux causes de « codification » en suicide feraient augmenter le nombre annuel de décès par suicide en 1998 de 20 % environ pour la France entière : 21 % chez les 15-24 ans et 23 % chez les 65 ans ou plus par exemple³.

L'analyse présentée ici se rapporte aux données exclusivement certifiées comme suicide, sans correction de la sous-estimation.

1. CHAPPERT J.-L. *et al.*, 2003, « Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention », CépiDc Inserm, Document de travail, Série Études, n° 30, avril, Drees.

2. LECOMTE D. *et al.*, 1994, « Les suicides en Ile de France chez les sujets de 15 à 44 ans », BEH, n° 2, p 5-6, janvier.

3. JOUGLA E. *et al.*, 2002, « La qualité des données de mortalité par le suicide », Revue Épidémiologique de Santé Publique, Vol 50, janvier, n° 1, p 49-62.

2. Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre d'années qu'un sujet mort prématurément n'a pas vécues avant un âge limite, ici 70 ans. Voir *Éco santé*, OCDE, 2005 <http://www.ecosante.fr/>.

3. Base OMS-HFA-MDB, <http://data.euro.who.int/hfamdb/>.

4. Données non disponibles pour la Belgique depuis 1997, qui avait, cette année-là, un taux standardisé de 19,6 pour 100 000 habitants, la plaçant au 2^e rang des pays de l'Europe des 15.

5. Cette standardisation permet de mettre en évidence les différences entre zones géographiques (régions, pays) ou groupes de population (hommes, femmes) ou les évolutions dans le temps autres que celles induites par les différences structurelles observées dans leurs populations. Les taux standardisés sont ceux que l'on observerait si chacun des groupes de population étudié avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La population de référence utilisée ici est la « population standard européenne ».

Le nombre de suicides est le plus élevé entre 35 et 54 ans, mais le taux de suicide est maximal chez les hommes de 85 ans ou plus

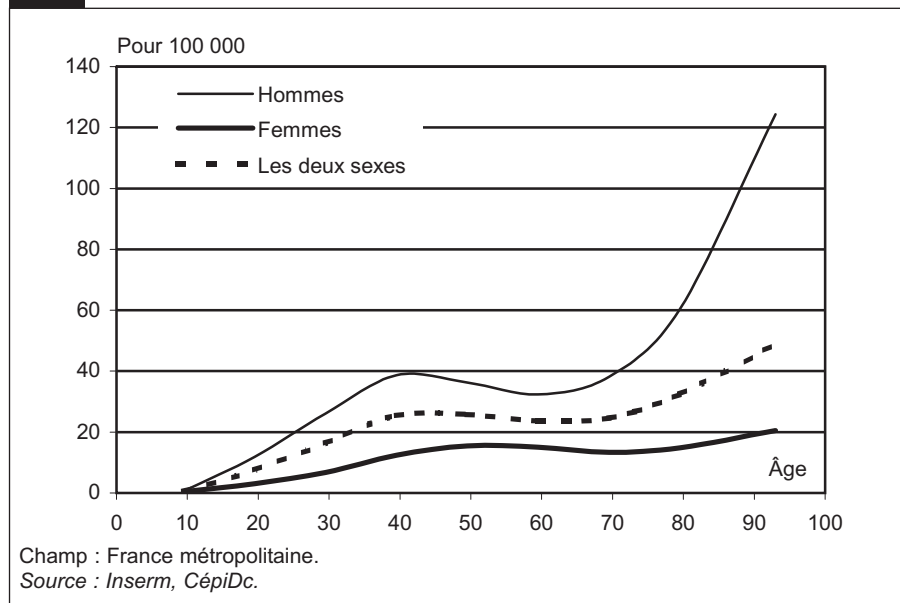
Si l'on considère le nombre de suicides, les classes d'âges les plus touchées sont celles des 35-44 et des 45-54 ans avec, pour chacune, près de 2 200 décès par suicide identifié en 2002⁶. Les suicides masculins représentent près de 80 % de l'ensemble des suicides chez les 15-24 et les 25-34 ans, alors que les suicides féminins constituent près du tiers des suicides de la tranche d'âge des 55-64 ans.

Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, mais différemment selon le sexe (graphique 1). Chez les hommes, on observe une première augmentation entre 15 et 34 ans, avec une relative stabilisation entre 35 et 54 ans, autour de 36 à 39 décès par suicide pour 100 000 hommes. Ce taux diminue modérément jusqu'à environ 64 ans puis est suivi d'une augmentation importante jusqu'aux âges les plus élevés (atteignant 60 pour 100 000 hommes de 75 à 84 ans et 124 pour ceux de 85 ans ou plus). Le taux de décès par suicide des hommes est ainsi dix fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 24 ans. Chez les femmes, l'augmentation est plus modérée avec une stabilisation entre 35 et 84 ans, puis une légère augmentation chez les plus âgées (21 pour 100 000 femmes de 85 ans ou plus). Il faut en outre noter que, pour les âges élevés, le décès des personnes consécutif à un « syndrome de glissement⁷ » n'est pas comptabilisé comme suicide.

Si l'on parle davantage du suicide des adolescents, pour lesquels il s'agit effectivement d'une des principales

G
•01

taux de suicide pour 100 000 habitants selon le sexe et l'âge en 2002



causes de décès à un âge où l'on meurt peu de maladie, les personnes âgées sont donc, en proportion, nettement plus concernées par le suicide.

Les taux de décès les plus élevés sont par ailleurs le fait des veufs (58,8 pour 100 000), puis des personnes divorcées (37,3), les célibataires et les personnes mariées présentant les taux les plus faibles (20,4 et 16,8) [2]. Au total, les taux de suicide les plus élevés s'observent chez les hommes veufs, et les moins élevés chez les femmes mariées âgées de moins de 65 ans.

Le suicide est une des premières causes de mortalité entre 15 et 44 ans

C'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance relative des décès par suicide est la plus élevée avec 21 % en 2002, soit 1 343 décès. Dans cette tranche d'âge, les accidents sont la première cause de mortalité avec 30 % des décès, dont 21 % pour les accidents de la route. Chez les hommes, les accidents (dont une part importante concerne les accidents de transport) prédominent (34 %) et le suicide représente la deuxième cause de décès (23 %). Chez les femmes les tumeurs malignes (21 %) apparaissent comme la première cause de décès devant les accidents (20 %) puis les suicides (16 %).

Le suicide représente également la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans avec 14 % des décès (41 % pour les accidents de transport). Chez les jeunes hommes de cet âge, la part des décès par suicide est de 15 % et celle des accidents de la route de 45 %.

La part des suicides dans la mortalité générale reste élevée chez les 35-44 ans (15 %), représentant encore la deuxième cause de mortalité (17 % chez les hommes de cet âge). Elle décroît ensuite jusqu'à atteindre 0,3 % chez les personnes âgées de 85 ans ou plus.

Un taux global de suicide en légère baisse depuis 1993

Le taux global de suicide a connu une rapide croissance entre 1975 et 1985, après une relative stabilité entre la fin de la deuxième guerre mondiale et les années soixante-dix. Le taux de suicide masculin a ainsi atteint 33 pour 100 000 en 1985, son maximum depuis 1975. Ces constatations restent vraies que l'on s'intéresse aux taux bruts ou standardisés sur l'âge⁸ : en 1985, le taux standardisé sur l'âge était, pour les hommes, de 36,7 pour 100 000 (graphique 2). Depuis 1985, la tendance est à la stabilisation, voire à une légère baisse à partir de 1993. Le taux brut de suicide tous âges a ainsi diminué d'environ 2 % par an entre 1993 et 2002.

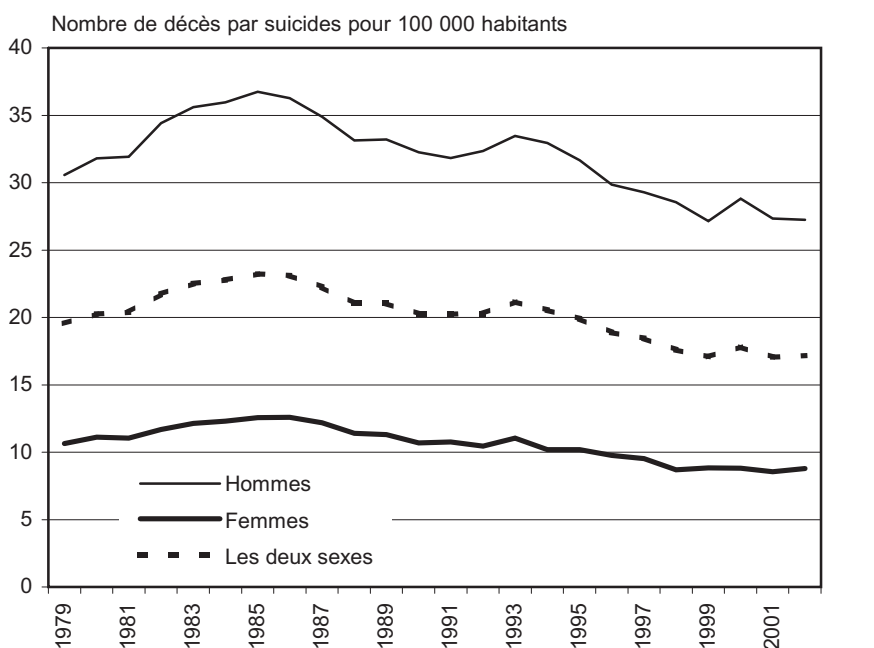
6. Au recensement de 1999, les 35-44 ans représentaient 14,7 % de la population de France métropolitaine, et les 45-54 ans, 14 %.

7. Ce syndrome correspond, chez la personne âgée, à une perte de l'élan vital avec refus d'alimentation, dégradation très rapide de l'état général conduisant en très peu de temps au décès.

8. Cf. note 5. La population de référence utilisée ici est celle du recensement de 1990, en France métropolitaine, les deux sexes.

G
• 02

évolution des taux de suicide standardisés sur l'âge (1),
selon le sexe, de 1979 à 2002 (pour 100 000 habitants)



(1) Cette standardisation permet de mettre en évidence les différences entre hommes et femmes et les évolutions sur la période des taux de suicide autres que celles induites par les modifications structurelles observées dans la population et notamment son vieillissement. Les taux standardisés calculés pour chacune des années pour les hommes, les femmes ou l'ensemble sont ceux que l'on observerait si chacun de ces groupes avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La population de référence utilisée ici est celle du recensement de 1990, France, deux sexes.

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm, CépiDc.

sement de la population et des taux de suicide élevés enregistrés chez les plus âgés. En outre, des études ont montré, qu'au-delà de l'effet de l'âge sur la propension au suicide, il existait des effets générationnels. En particulier, les générations nées dans l'entre-deux-guerres ont une propension plus faible au suicide alors que celles nées après 1945 semblent y être plus sujettes, en particulier les hommes⁹.

La pendaison reste le principal mode de suicide en France

Le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (45 % des suicides de 2002), suivi par l'utilisation d'une arme à feu (16 %) puis l'intoxication¹⁰ (15 %). Par rapport à l'année 1997, la part des suicides par pendaison a augmenté (38 % des cas en 1997), et celle par utilisation d'armes à feu a diminué (24 % en 1997). Cependant, les modes de suicide demeurent très différenciés selon le sexe avec, également, des variations plus limitées en fonction de l'âge. La pendaison reste ainsi le premier mode de suicide chez les hommes quel que soit leur âge. Au contraire, l'ingestion de substances toxiques est le

4

Toutefois, le rythme de décroissance annuelle a été beaucoup plus rapide pour les plus jeunes (-5,5 % pour les 15-24 ans) et les plus âgés (-4,7 % pour les 75-84 ans) que pour les autres adultes d'âge actif (-1,1 % pour les 45-54 ans) [tableau 2]. Le nombre brut de sui-

cides n'a cependant pas beaucoup évolué sur la période récente entre 1997 et 2002, fluctuant, en France métropolitaine, entre 10 300 et 11 100 (tableau 1). Le nombre de suicides pourrait toutefois être en augmentation dans les années à venir du simple fait du vieillis-

9. Pour les études sur plus long terme et les effets de générations et de période, voir [3].

10. Il s'agit des codes X60 à X66 puis X68 à X69 de la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM10). Cela correspond aux intoxications par les produits pharmaceutiques, l'alcool et les solvants et pesticides ou autres produits chimiques.

T
• 02

évolution des taux de suicide entre 1993 et 2002 selon le sexe et l'âge

	5 à 14 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou plus
Taux spécifiques pour 100 000 habitants									
1993									
Hommes	0,8	19,5	34,5	43,7	40,1	37,1	48,5	92,8	152,7
Femmes	0,2	5,6	9,7	14,2	16,9	17,1	16,8	25,4	26,2
Les deux sexes	0,5	12,6	22,1	28,9	28,6	26,7	30,8	50,1	60,0
2002									
Hommes	0,6	11,9	26,1	38,7	36,3	32,4	38,2	60,3	124,3
Femmes	0,4	3,1	6,7	12,4	15,5	15,0	13,4	14,8	20,5
Les deux sexes	0,5	7,6	16,4	25,4	25,8	23,6	24,6	32,5	48,8
Taux de croissance annuel moyen (en %)									
Hommes	///	-5,3	-3,1	-1,3	-1,1	-1,5	-2,6	-4,7	-2,3
Femmes	///	-6,4	-4,0	-1,5	-1,0	-1,4	-2,5	-5,8	-2,7
Les deux sexes	///	-5,5	-3,3	-1,4	-1,1	-1,4	-2,5	-4,7	-2,3

Champ : France métropolitaine.

Source : Inserm, CépiDc.

premier mode de suicide chez les femmes entre 25 et 54 ans.

Des taux de suicide plus élevés dans les régions du nord-ouest de la France

Les données du CépiDc permettent des comparaisons régionales. L'étude des taux standardisés¹¹ de suicide annuels moyens sur la période 2000-2002 montre que douze régions ont un taux supérieur d'au moins 15 % à la moyenne nationale (carte 1). Elles appartiennent, pour la plupart d'entre elles, à un grand quart nord-ouest de la France, le taux le plus élevé étant, et de loin, celui enregistré en Bretagne. À l'opposé, quatre régions, Alsace, Midi-Pyrénées, Corse et Île-de-France connaissent des taux de suicide nettement inférieurs à la moyenne nationale. Concernant l'Île-de-France, ceci peut toutefois en partie refléter une sous-déclaration de fait des suicides, liée aux décès certifiés par l'Institut médico-légal (encadré 1).

8 % de la population a déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie

Une enquête réalisée en population générale entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Drees (enquête Santé mentale en population générale : images et réalités, dite enquête SMPG) fournit une estimation des tentatives de suicide en population générale chez les personnes de 18 ans ou plus (encadré 2).

Dans cette enquête, 9 % des femmes et 6 % des hommes de 18 ans ou plus de France métropolitaine déclarent ainsi avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie (près de 8 % en moyenne). Le Baromètre santé 2000 de l'Inpes [4], avec un champ et une

11. Cf. note 8.

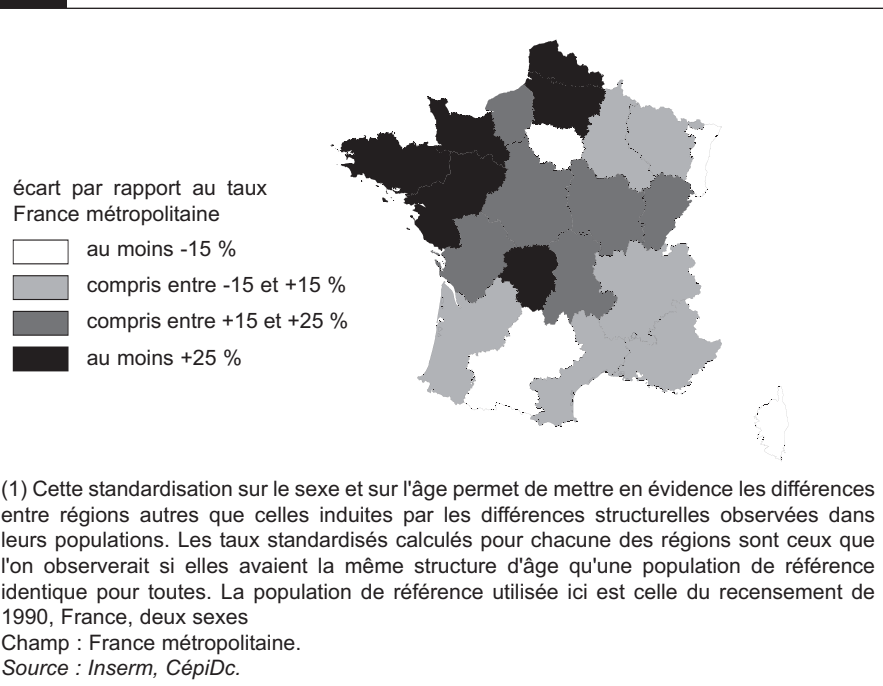
12. Ce chiffre relativement faible peut s'expliquer par des effets de mémoire ou une moindre propension à déclarer une tentative de suicide pour les plus âgés. Il renvoie aussi à des effets de génération, voir [3].

13. « Au cours du mois écoulé, avez-vous fait une tentative de suicide ? »

14. [4], p. 163 à 185 pour le suicide.

C
•01

disparités régionales de la mortalité par suicide - 2000-2002 comparaison des taux standardisés (1) régionaux à la moyenne métropolitaine



méthodologie différente (entretien par téléphone et non en face à face) en donnant une évaluation un peu plus faible : 8 % chez les femmes et 3 % chez les hommes âgés de 12 ans ou plus.

En France métropolitaine, ce sont notamment 16 % des personnes divorcées ou séparées qui ont déclaré, dans l'enquête SMPG, avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les personnes célibataires sont environ 10 % à être dans ce cas. En outre, 14 % des chômeurs ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, contre 8 % des personnes en emploi, 5 % des retraités¹² et 10 % des autres personnes inactives (étudiants, femmes au foyer...).

Les tentatives de suicide déclarées augmentent assez fortement chez les personnes repérées comme ayant un trouble dépressif au moment de l'enquête ou récurrent au cours de leur vie. Les personnes repérées comme présentant un épisode dépressif au cours des deux dernières semaines sont ainsi 22 % à avoir déclaré une tentative de suicide au cours de leur vie. Cette proportion s'élève à 27 % chez les personnes repérées comme présentant un trouble dépressif récurrent.

L'enquête SMPG va également plus loin en posant une question sur les ten-

tatives de suicide au cours du mois précédent l'enquête¹³ à laquelle 0,7 % des enquêtés de métropole âgés de 18 ans ou plus ont répondu positivement. Cette proportion apparaît toutefois relativement élevée, au regard des tentatives ayant fait l'objet d'une prise en charge par le système de soins.

Le *Baromètre Santé 2000* permet, quant à lui, d'évaluer les récurrences. Dans cette enquête, un tiers des personnes qui ont déclaré avoir fait une tentative au cours de leur vie en déclarent plusieurs : 22 % des hommes et 35 % des femmes font ainsi état d'au moins deux tentatives, 12 % des hommes et 14 % des femmes déclarant trois tentatives ou plus¹⁴.

2 % de la population présenterait un risque suicidaire élevé

L'enquête SMPG permet aussi de repérer les risques suicidaires au sein de la population en graduant leur intensité : léger, moyen ou élevé [5]. Le risque est considéré comme élevé pour les personnes qui ont fait une tentative de suicide au cours du mois écoulé ou, qui, ayant déjà fait une tentative de suicide dans leur vie, ont pensé à se suicider au cours du mois écoulé. En suivant ces critères, 1,9 % de la population métro-

Sources mobilisées pour l'estimation du risque suicidaire et du nombre de tentatives de suicide

L'enquête santé mentale en population générale (SMPG)

L'étude « La santé en population générale : images et réalité » est une recherche-action internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Asep) et le Centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) pour la recherche et la formation en santé mentale en collaboration avec la Drees. Un de ses objectifs est de décrire la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale âgée de 18 ans ou plus.

Les données ont été recueillies, par des enquêteurs formés, au moyen de questionnaires administrés en face à face avec des personnes sollicitées dans la rue, en respectant des quotas sociodémographiques. L'échantillon constitué pour la France métropolitaine compte environ 36 000 individus. Les informations collectées ont été redressées, pour être représentatives de la population française âgée de 18 ans ou plus, sur les caractéristiques sociodémographiques des personnes interrogées (sexe, âge, niveau d'études, catégorie socioprofessionnelle et situation vis-à-vis de l'emploi).

Réseau Sentinelles

L'estimation de la prise en charge des tentatives de suicide par les médecins généralistes provient du réseau Sentinelles. Ce réseau, organisé par l'unité 707 de l'Inserm (anciennement U444), est un système de surveillance nationale qui permet, depuis novembre 1984, le recueil, l'analyse et la redistribution en temps réel de données épidémiologiques issues de l'activité des médecins généralistes libéraux. L'échantillon de médecins collaborant à ce réseau repose sur le volontariat. Cette surveillance hebdomadaire concerne les pathologies transmissibles fréquentes en médecine de ville. Les tentatives de suicide y ont été ajoutées en février 1999. En 2002, les médecins Sentinelles ont rapporté 114 gestes suicidaires (suicides et tentatives de suicide).

Sur la période 2000-2004, le Réseau Sentinelles estime que les médecins généralistes ont vu, selon les années entre 60 000 et 73 000 personnes ayant accompli un geste suicidaire¹ dont environ 18 % correspondent à des décès par suicide. Ces décès ont été exclus pour réaliser l'estimation du nombre de tentatives de suicide.

Enquête Urgences

La Drees a réalisé, en janvier 2002, une enquête auprès de 150 services d'urgence répartis sur le territoire métropolitain. Chaque service retenu dans l'échantillon a, lui-même, tiré aléatoirement un échantillon de patients se présentant aux urgences pendant la semaine d'enquête avec un taux de sondage d'un sur douze pour les services de plus de 50 000 passages annuels, et un sur trois pour les autres. L'échantillon ainsi constitué comporte 10 113 personnes dont 165 venues à la suite d'une tentative de suicide. Après application d'une pondération destinée à prendre en compte les taux de sondage différenciés entre les services, la proportion de venues aux urgences en 2002 motivées par une tentative de suicide a été estimée à 1,23 %. Cette enquête indique que 56 % des tentatives de suicide venues aux urgences ont été adressées par un médecin.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Les résultats présentés ici concernant les hospitalisations motivées par des tentatives de suicide proviennent de l'analyse de la base nationale constituée, pour l'année 2002, dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Tout séjour hospitalier en soins de courte durée MCO (médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales et gynécologie-obstétrique) fait l'objet d'un enregistrement standardisé.

Depuis 2001, les résumés de sortie anonymes (RSA) ainsi collectés contiennent la mention du mode opératoire en cas de tentative de suicide. Cette information n'a pu être exploitée qu'à partir de l'année 2003, sur 184 établissements de France métropolitaine ayant codé les tentatives de suicide et totalisant plus de 50 000 séjours pour ce motif. Les proportions par sexe et tranches d'âge, ainsi obtenues, de séjours pour intoxication par produit pharmaceutique provenant de tentatives de suicide, d'une part, et de séjours pour tentative de suicide médicamenteuse parmi l'ensemble des séjours pour tentative de suicide, d'autre part, ont ensuite permis de réaliser l'estimation sur l'année 2002. Les données contenues dans le PMSI renseignent également sur la destination du patient à sa sortie. Les patients hospitalisés en MCO pour une tentative de suicide regagnent leur domicile dans les trois quarts des cas et sont transférés en psychiatrie dans près de 23 %.

1. Toutefois, l'enquête « Urgences en médecine générale » réalisée par la Drees entre le 18 et le 24 octobre 2004 auprès des médecins généralistes libéraux et des médecins des associations d'urgentistes de ville de France métropolitaine, a estimé que 0,37 % des recours urgents ou non programmés ont été motivés par des tentatives de suicide soit un nombre de 2 480 pour la semaine d'enquête. L'extrapolation sur l'année entière serait alors de 110 000 tentatives de suicide, en tenant compte du fait que le mois d'octobre sur-représente ce phénomène. Cependant nous avons privilégié, pour notre essai de dénombrement des tentatives de suicide, les données du Réseau Sentinelles qui reposent sur plusieurs années d'observation.

politaine âgée de 18 ans ou plus présenterait un risque suicidaire élevé¹⁵, soit 2 % des femmes et 1,7 % des hommes. Ce risque apparaît plus important chez les jeunes (près de 3 % des 18-29 ans) puis décroît avec l'âge pour toucher 1 % des personnes entre 60 et 74 ans.

Le risque suicidaire « moyen » concernerait, quant à lui, 2 % de la population (équivalent chez les hommes et les femmes). Ces personnes dites à « risque moyen » ont déclaré avoir « pensé à se suicider » au cours du mois écoulé, ou, ayant déjà déclaré une tentative de suicide au cours de leur vie, ont voulu « se faire du mal » au cours du mois écoulé. Les plus concernés sont, là encore, les 18-29 ans (3 % d'entre eux) et les moins touchées, les personnes de 75 ans ou plus (un peu plus de 1 %).

**Un peu moins
de 200 000 tentatives
de suicide donneraient lieu
chaque année à un contact
avec le système de soins**

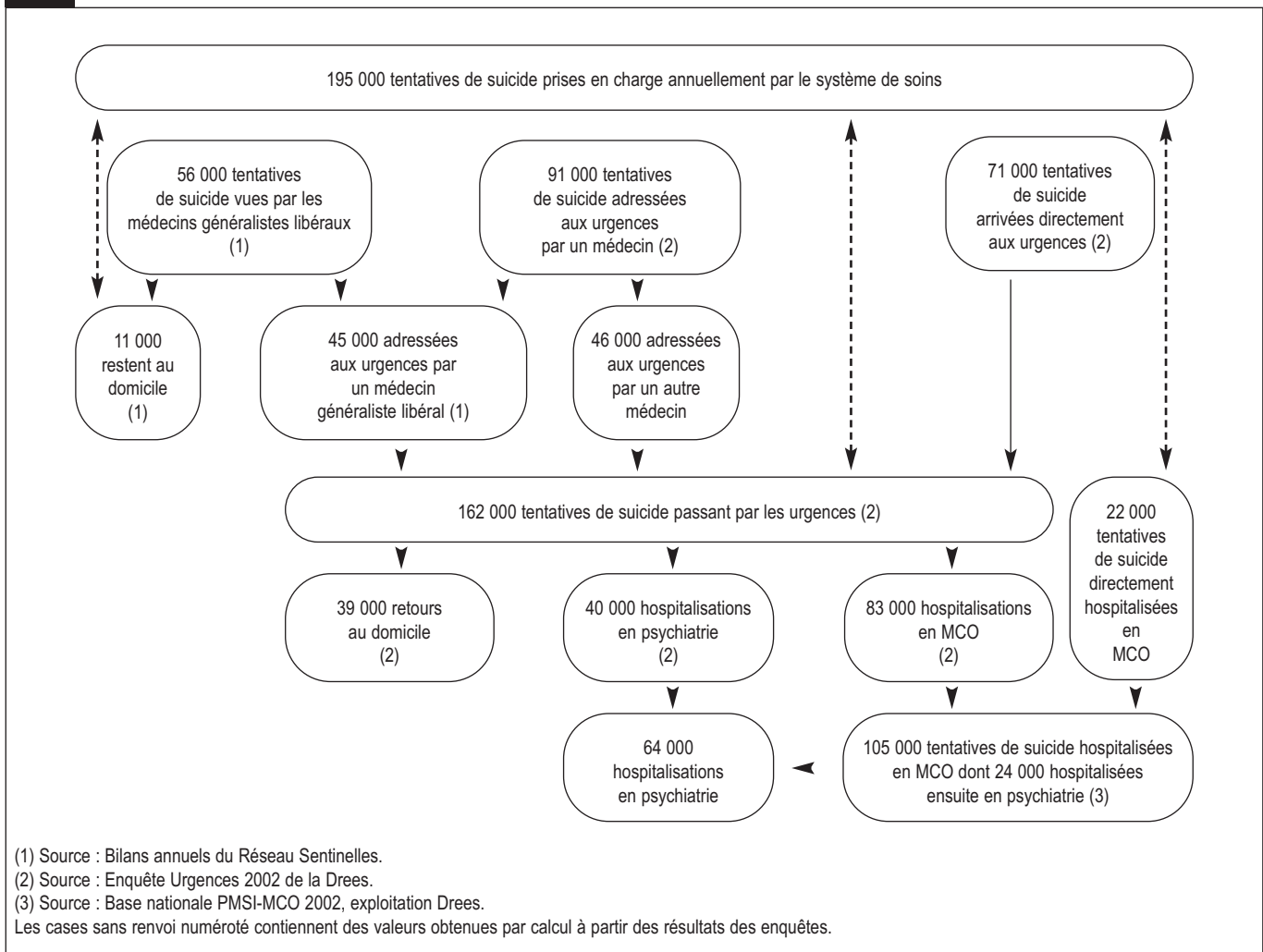
Toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale¹⁶. En 2002, le nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un contact avec le système de soins est estimé à environ 195 000¹⁷ (schéma 1). Le recours au système de soins peut se faire par l'intermédiaire d'un médecin de ville qui oriente éventuellement

15. En ce qui concerne les moins de 18 ans, voir CHOQUET M., LEDOUX S., 1994, *Adolescents : enquête nationale*, Collection Analyses et prospectives, Inserm.

16. Une enquête réalisée entre mars et avril 2000 dans des infirmeries scolaires de Gironde montre que, chez les jeunes de 11 à 21 ans ayant consulté l'infirmerie et ayant déjà tenté de se suicider, 9 sur 10 n'ont pas été hospitalisés lors de leur tentative de suicide. Une partie d'entre eux a pu être suivie par un généraliste, mais ces chiffres montrent qu'une partie des tentatives n'est pas prise en charge par le système de soins, alors que les recommandations de l'ANAES préconisent que « tout adolescent suicidant (ayant réalisé une tentative de suicide) doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins ». Ceci peut expliquer une part du décalage important entre les déclarations de tentatives dans les enquêtes en population générale et les chiffres fournis par le système de soins. Voir [6] et [7].

17. Une même personne pouvant être concernée par plusieurs de ces tentatives en cas de récurrence dans l'année.

essai de dénombrement des tentatives de suicide
ayant fait l'objet d'un recours aux soins en 2002



ensuite la personne vers un établissement de santé, ou par une venue directe à l'hôpital, la plupart du temps au service des urgences. Dans ce dernier cas, la personne peut être vue en simple consultation aux urgences avant de rentrer chez elle, ou bien gardée quelques heures sous surveillance, ou encore hospitalisée. L'estimation du nombre de tentatives de suicide ayant donné lieu à un recours aux soins résulte donc de la confrontation de différentes sources statistiques utilisant des protocoles dif-

férents (encadré 2) et dont les résultats sont parfois difficiles à recouper. En particulier cette estimation ne permet pas de mesurer l'évolution par rapport à celle réalisée précédemment [8] en raison de la disposition, cette fois-ci, de l'enquête de 2002 auprès des services d'urgence.

Selon les données du réseau Sentinelles (encadré 2), le médecin généraliste serait d'abord sollicité dans près de trois tentatives de suicide sur dix ayant donné lieu à un recours aux soins [9]. Il aurait décidé l'hospitalisation du patient dans environ 80 % des cas et le maintien au domicile dans 20 %. Selon l'enquête réalisée par la Drees auprès des services d'urgence en 2002 (encadré 2), environ 162 000 tentatives de suicide auraient motivé un passage aux urgences hospitalières, soit par accès direct, soit après contact avec

un médecin¹⁸. À l'issue de cette prise en charge aux urgences, la personne aurait été hospitalisée en soins de courte durée de MCO¹⁹ dans environ un cas sur deux²⁰, en psychiatrie dans un cas sur quatre, ou serait retournée chez elle dans un cas sur quatre également.

Mais l'hospitalisation en MCO peut aussi se faire sans passage par les urgences, lorsque l'état du patient nécessite une hospitalisation en réanimation par exemple. Au total, selon les données recueillies dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI, encadré 2), 105 000 séjours hospitaliers effectués dans un service de soins somatique auraient été motivés, en 2002, par une tentative de suicide, soit un peu plus d'une tentative de suicide sur deux ayant donné lieu à un recours aux soins. Cette hospitalisation est généralement

18. Y compris centre 15 et y compris après un simple appel téléphonique.

19. Médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique.

20. Cette proportion diffère sensiblement de celle utilisée dans la précédente estimation [8]. Les données alors recueillies dans deux régions par l'enquête « Premutam » avaient fait retenir un taux de 85 %.

de très courte durée : elle est inférieure à quarante-huit heures dans sept cas sur dix. À la fin de cette hospitalisation en MCO, le suicidant rentre chez lui la plupart du temps (trois fois sur quatre). Mais, pour un peu plus d'une personne sur cinq, l'hospitalisation se poursuit dans une unité spécialisée en santé mentale. Globalement, environ un tiers des tentatives de suicide ayant donné lieu à un recours aux soins relèverait ainsi, initialement ou dans un second temps, d'une hospitalisation en psychiatrie.

Davantage de tentatives de suicide chez les femmes, surtout chez les jeunes

L'examen des hospitalisations en MCO pour tentatives de suicide montre une prédominance des séjours effectués par les femmes, sauf pour les plus âgées. Le rapport entre les taux d'hospitalisation féminins et masculins s'élève à 2,6 entre 15 et 24 ans, est voisin de 2 entre 45 et 74 ans, et inférieur à 2 dans les autres tranches d'âge adulte (graphique 3).

Chez les femmes, les hospitalisations pour tentative de suicide sont très nombreuses dès l'adolescence et restent à un niveau élevé jusque vers 55 ans. Les séjours masculins sont moins fréquents à l'adolescence puis ils augmentent rapidement jusque vers 45 ans. À partir de 55 ans, l'hospitalisation motivée par une tentative de suicide devient beaucoup plus rare pour les hommes comme pour les femmes.

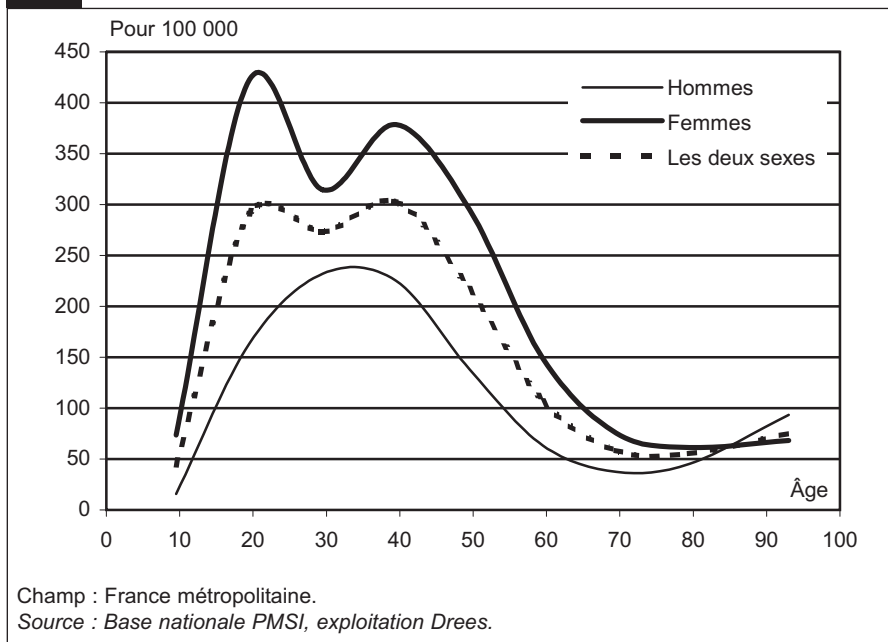
Les tentatives de suicide conduisant à une hospitalisation en soins somatiques sont le plus fréquemment réalisées par voie d'intoxication médicamenteuse : celles-ci représentent près de 85 % des séjours et près de 90 % chez les femmes de 15 à 54 ans. Ce mode est moins utilisé par les hommes, tout en demeurant nettement majoritaire sauf chez les plus âgés. À partir de l'adolescence, la plupart des hospitalisations en MCO liées à une intoxication médicamenteuse sont d'ailleurs liées à des tentatives de suicide (plus de 90 % entre 15 et 54 ans). En revanche, aux âges élevés, la majorité

d'entre elles est due à des intoxications accidentelles ou à des effets iatrogènes.

Les caractéristiques moyennes des personnes ayant fait une tentative de suicide diffèrent fortement de celles des personnes effectivement décédées par suicide. Ces dernières sont, comme on

l'a vu, des hommes dans les trois quarts des cas, avec des taux de suicide élevés chez les personnes âgées de 65 ans ou plus. À l'inverse, les tentatives de suicide sont plus souvent le fait des femmes et des personnes jeunes.

G
03 taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 100 000 habitants en 2002



Pour en savoir plus

- [1] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
- [2] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), 2005, Suicide, autopsie psychologique, outils de recherche et de prévention, Expertise collective, 180 p.
- [3] ANGUIS M., CASES C., 2002, « L'évolution des suicides sur une longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération », Études et Résultats, n° 185, août, Drees.
- [4] Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes ex CFES), 2001, Baromètre santé 2000, volume II, les résultats.
- [5] BELLAMY V., 2004, « Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale », Études et Résultats, n° 347, octobre, Drees.
- [6] CHOQUET M., POMMEREAU X., LAGADIC C., 2001, « Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde », Inserm.
- [7] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), 1998, Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, Service recommandations professionnelles, novembre.
- [8] BADEYAN G., PARAYRE C., avec la collaboration de MOUQUET M.-C., TELLIER S., DRAGOS S. et ELLENBERG E., 2001, « Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique », Études et Résultats, n° 109, avril, Drees.
- [9] Réseau Sentinelles, « Bilans annuels », Inserm - U707. <http://rhone.b3e.jussieu.fr/senti/?module=bilans/>