

Résumé

En France, la prévention du suicide constitue un enjeu majeur de santé publique. Selon le Baromètre santé 2014, parmi les 15 635 personnes de 15-75 ans interrogées, 4,9 % déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, 7,1 % avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et 0,8 % au cours de l'année. Les femmes déclarent plus de pensées suicidaires et de tentatives de suicide au cours de la vie que les hommes et 2,3 % des femmes âgées de 15 à 19 ans rapportent une tentative de suicide dans l'année. Contrairement aux tentatives de suicide qui concernent plus souvent les jeunes et diminuent avec l'avancée en âge, les pensées suicidaires concernent davantage les 45-64 ans. Pensées suicidaires et tentatives de suicide apparaissent plus élevées parmi les profils de population les moins favorisés (chômeurs ou inactifs, personnes ayant un faible niveau d'études ou des difficultés financières, personnes isolées). Les prévalences de pensées suicidaires et de tentatives de suicide dans l'année ont globalement augmenté entre 2010 et 2014, passant respectivement de 4,0 % à 4,9 % et de 0,5 % à 0,8 %. Ces hausses concernent essentiellement les populations présentant des facteurs de vulnérabilité (faibles niveaux de diplômes, inactivité, isolement). Parmi les raisons attribuées à la survenue de pensées suicidaires au sein de la population active, une hausse importante de la part des motifs professionnels (+8 points) a été observée entre 2010 et 2014. Enfin, seules 53,0 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en ont parlé à quelqu'un et 42,0 % des hommes ayant fait une tentative de suicide dans l'année ne sont pas allés à l'hôpital et n'ont pas été suivis par un professionnel. Ces résultats confirment l'importance du phénomène suicidaire en population générale et la nécessité de développer des dispositifs de prévention et de prise en charge efficaces.

Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014

MAËLLE ROBERT¹, CHRISTOPHE LÉON², ENGUERRAND DU ROSCOËT³

1. CHARGÉE D'ÉTUDE ET DE RECHERCHE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

2. CHARGÉ D'EXPERTISE SCIENTIFIQUE EN PROMOTION DE LA SANTÉ, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

3. RESPONSABLE DE L'UNITÉ SANTÉ MENTALE, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), plus de 800 000 décès sont attribuables à un suicide et, toutes les quarante secondes, une personne se suicide quelque part dans le monde [1]. En France, l'Observatoire national du suicide (ONS) estime, dans son deuxième rapport, que le nombre de suicides en France en 2012 s'élevait environ à 10 700. Les hommes représentaient 75,0 % des cas de suicides, avec un taux de mortalité pour 100 000 de 25,9 contre 7,4 pour les femmes [2]. Les dernières données issues de l'enquête Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) révélèrent qu'environ 4,0 % des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient des pensées suicidaires sur les douze derniers mois et environ 5,0 % des tentatives de suicide au cours de la vie [3].

Dans ce contexte, et dans la continuité de la Stratégie nationale d'actions face au suicide (2000-2005), un programme national a été mis en place sur la période 2011-2014 [4]. Ce programme avait pour objectif de mieux comprendre, prévenir et prendre en charge le phénomène du suicide. En 2013, la création de l'ONS venait consolider et appuyer cette perspective.

En France, la mortalité par suicide est étudiée à partir des bases du Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDc) et les hospitalisations pour une tentative de suicide à partir des données issues du Programme médicalisé des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO). Les enquêtes Baromètres santé de l'Inpes constituent un complément indispensable aux données médico-administratives de surveillance. Elles permettent de fournir des prévalences sur les pensées suicidaires et tentatives de suicide en population générale et d'approfondir l'étude des facteurs associés, notamment en termes de profils sociodémographiques [3, 5].

Ce travail présente une actualisation de l'estimation de la prévalence des tentatives de suicide et des pensées suicidaires en population générale âgée de 15 à 75 ans résidant en métropole à partir de l'exploitation des données du Baromètre santé 2014. Les évolutions sur la période 2010-

1. En 2016, l'InVs, l'Inpes, l'Eprus et Adalis se sont unis pour créer Santé publique France.

Encadré 1 - Principaux indicateurs étudiés concernant les comportements suicidaires dans les enquêtes Baromètres santé 2010 et 2014

Pensées suicidaires: « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? » et « Avez-vous été jusqu'à imaginer comment vous y prendre ? »

Raisons invoquées pour les pensées suicidaires: « Était-ce plutôt en rapport avec... votre situation ou vie professionnelle [posé aux actifs], votre scolarité [posé aux étudiants], votre vie personnelle [posé à tous avec plusieurs réponses possibles] ? »

Tentatives de suicide au cours de la vie et au cours des douze derniers mois: « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » et « Si cela n'est pas trop difficile pour vous, nous allons parler de la dernière fois où vous avez fait une tentative de suicide. Cette tentative de suicide a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? »

Recours aux soins et hospitalisation suite à la dernière tentative de suicide: « Suite à cette tentative, 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 » ? » (Oui/Non) et « Si vous avez été à l'hôpital, avez-vous été hospitalisé pendant au moins une nuit ? (Oui/Non) »

Raisons invoquées pour les tentatives de suicide: « Aviez-vous fait cette tentative de suicide... pour des raisons professionnelles, pour des raisons sentimentales, pour des raisons familiales, pour des raisons de santé [posé à tous avec plusieurs réponses possibles] ? »

Intentionnalité suicidaire: « Parmi ces trois propositions, diriez-vous plutôt que... vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu, vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace, votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir [posé aux personnes déclarant une tentative de suicide dans l'année] ? »

2014 ainsi que les associations avec les facteurs socio-démographiques et socioéconomiques sont analysées. Enfin, des données relatives aux motifs associés aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires ainsi qu'au recours aux soins sont présentées. Ces résultats visent à fournir des éléments de contexte utiles à l'orientation et à la priorisation des politiques de prévention du suicide, en identifiant notamment les populations les plus vulnérables. Ils sont destinés à l'ensemble des professionnels concernés ou impliqués dans la prévention des conduites suicidaires.

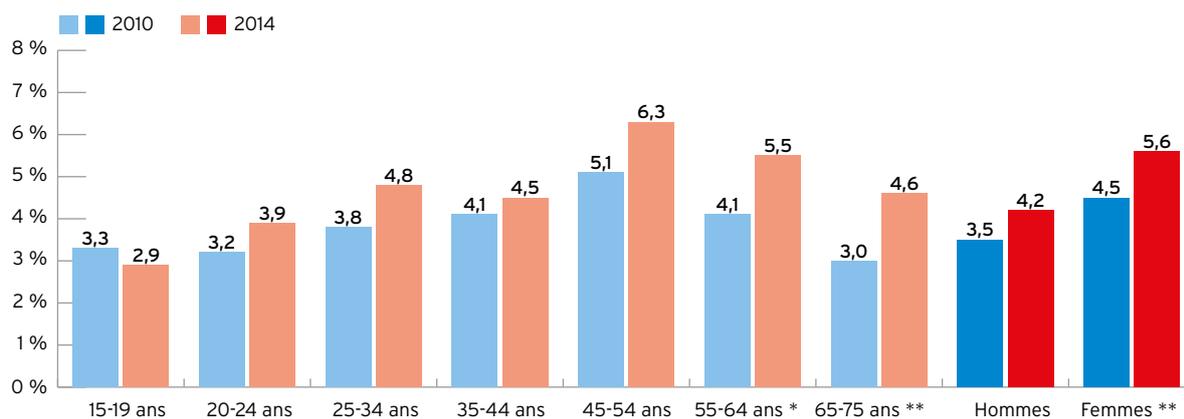
MÉTHODE

Les données de l'enquête Baromètre santé 2014 ont été recueillies par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés (sélection aléatoire d'un numéro de téléphone appartenant à un ménage, puis d'un individu au sein du ménage) réalisé à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique (CATI). Un échantillon représentatif de la population des 15-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français a été interrogé par l'institut de sondage IPSOS Observer entre le 11 décembre 2013 et le 31 mai 2014. Le protocole d'enquête a reçu l'aval de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Les données ont été pondérées par le nombre d'individus éligibles et le nombre de lignes téléphoniques au sein du ménage, et calées sur les données de l'Enquête Emploi 2012 de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) [6].

Parmi les différents thèmes explorés dans l'enquête Baromètre santé 2014, un module spécifique de questions relatives aux comportements suicidaires a été posé. Les principaux indicateurs utilisés sont présentés dans l'encadré ci-dessus [Encadré 1]. L'échantillon interrogé comprend 15 635 personnes âgées de 15 à 75 ans. Les individus ayant refusé de répondre aux questions ont été exclus de l'analyse: 17 personnes pour les pensées suicidaires dans l'année, 14 pour les tentatives de suicide au cours de la vie et 39 pour celles dans l'année.

Encadré 2 - Effectifs bruts de la population d'étude, selon les indicateurs sociodémographiques étudiés, chez les 15-75 ans, en 2010 et en 2014

	2010	2014
Ensemble	25 990	15 635
Sexe		
Hommes	11 677	7 191
Femmes	14 313	8 444
Âge		
15-19 ans	1 580	862
20-24 ans	1 850	1 144
25-34 ans	4 297	2 523
35-44 ans	5 368	3 021
45-54 ans	4 637	3 048
55-64 ans	5 042	2 890
65-75 ans	3 216	2 147
Niveau de diplôme		
Inférieur au bac	13 045	6 601
Bac	4 729	3 154
Supérieur au bac	8 216	5 848
Valeurs manquantes	-	32
Situation professionnelle		
Travail	14 808	9 130
Études	2 317	1 310
Chômage	1 831	1 178
Retraite	5 500	3 241
Autres inactifs	1 514	770
Valeurs manquantes	20	6
Perception de sa situation financière		
À l'aise/ça va	15 549	9 255
Juste	6 825	4 114
Difficile/dettes	3 551	2 214
Valeurs manquantes	65	52
Situation de vie		
Ne pas vivre seul	19 355	12 323
Vivre seul	6 635	3 312

Figure 1 - Prévalences de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge, chez les 15-75 ans, en 2010 et en 2014, en France métropolitaine

*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$. Les tests de significativité sont appliqués aux comparaisons de prévalences entre 2010 et 2014.
Sources: Baromètres santé 2010 et 2014

Les comparaisons conduites sur les indicateurs de suicide par sexe et par tranche d'âge ainsi que les évolutions par rapport au Baromètre santé 2010 ont été effectuées par un test du Chi2 avec un seuil maximal de significativité fixé à 5 %. Des pondérations spécifiques ont alors été appliquées aux données afin de prendre en compte les différences méthodologiques en matière d'échantillonnage entre les deux Baromètres santé. Des régressions logistiques ont été réalisées pour l'étude des facteurs de risque. Seules des variables socioéconomiques ont été incluses aux modèles: sexe, âge, situation de vie, perception de sa situation financière, situation professionnelle et niveau de diplôme. Les effectifs de l'échantillon d'étude sont décrits dans l'encadré 2.

L'ensemble des analyses ont été réalisées avec le logiciel Stata® (version 13.1 SE).

RÉSULTATS

Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois

Prévalences et facteurs sociodémographiques associés

En 2014, 4,9 % (n=752) des personnes âgées de 15 à 75 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, les femmes (5,6 %) étant en proportion plus nombreuses que les hommes (4,2 %; $p < 0,01$). Les prévalences augmentent avec l'avancée en âge pour atteindre un pic entre 45 et 54 ans (6,3 %). Au-delà de 55 ans, et bien que restant élevés, les taux de pensées suicidaires diminuent (5,5 % des 55-64 ans et 4,6 % des 65-75 ans). Cette évolution des prévalences avec l'avancée en âge, croissante puis décroissante, est observée chez les hommes comme chez les femmes [Figure 1].

Après ajustement sur les variables socioéconomiques, quel que soit le sexe, le fait d'être inactif (hommes/femmes au foyer, invalides, congés longue durée, arrêts maladie), de « percevoir sa situation financière comme difficile ou [de] ne pas y arriver sans faire de

dettes » ainsi que le fait de « vivre seul » sont associés aux pensées suicidaires dans l'année. Le risque de pensées suicidaires chez les inactifs, en comparaison aux actifs (hors chômeurs), est plus élevé chez les hommes (OR = 4,8) que chez les femmes (OR = 1,8)². Enfin, chez les hommes seulement, le fait « d'être au chômage » double le risque de déclarer des pensées suicidaires dans l'année [Tableau 1].

Concernant les raisons invoquées, 81,6 % des personnes interrogées associent leurs pensées suicidaires à leur vie personnelle et environ 2,0 % à une raison de santé mentale. Parmi les actifs, 44,8 % attribuent leurs pensées suicidaires dans l'année à leur situation professionnelle et, parmi les étudiants, 38,0 % à leur scolarité.

Au total, près des trois quarts (71,2 %) des personnes ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre et à peine la moitié (52,9 %) en ont parlé à quelqu'un (professionnel ou entourage).

Évolutions 2010-2014

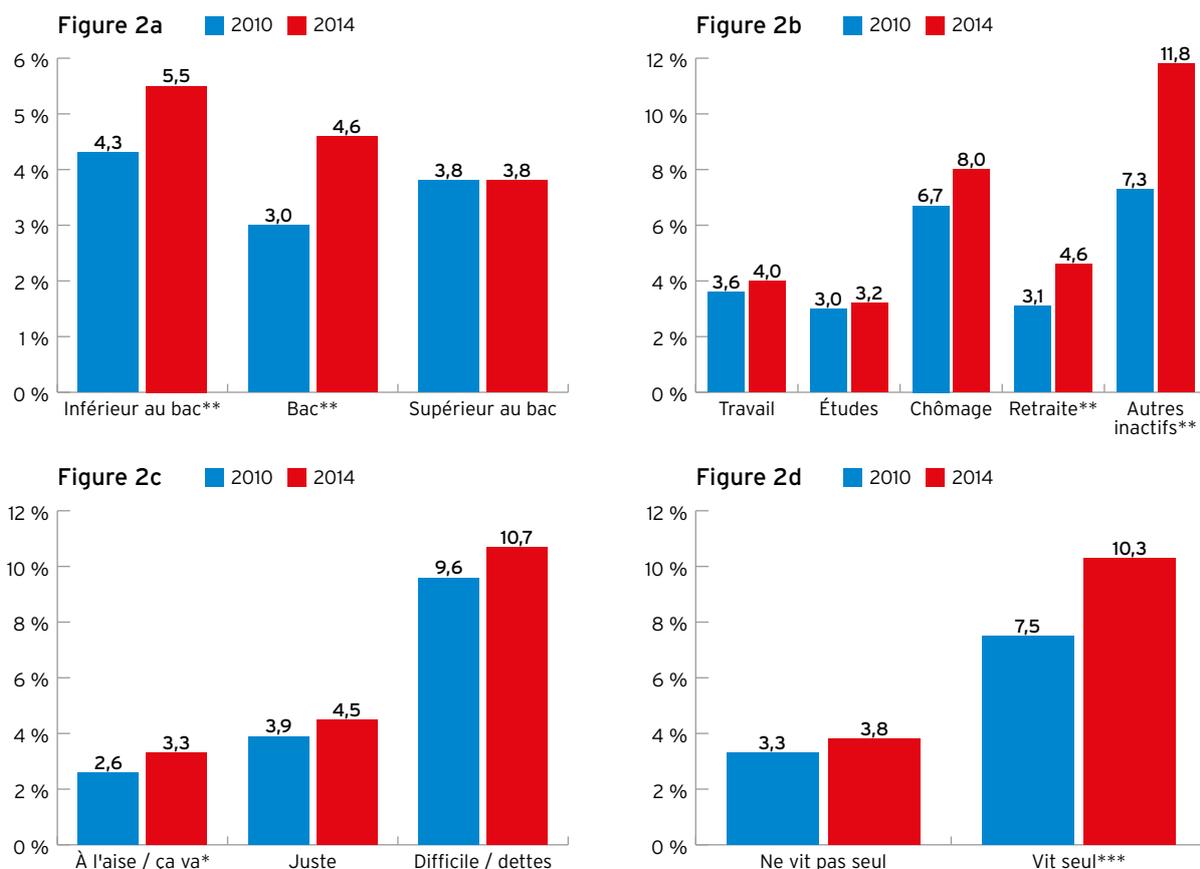
Entre 2010 et 2014, la proportion de personnes ayant déclaré des pensées suicidaires au cours de l'année a augmenté, passant de 4,0 % à 4,9 % ($p < 0,001$). Cette augmentation a été observée uniquement chez les femmes ($p < 0,01$), ainsi que parmi les 55-64 ans ($p < 0,05$) et les 65-75 ans ($p < 0,01$) [Figure 1].

Par rapport à 2010, chez les actifs ayant déclaré des pensées suicidaires dans l'année, l'attribution de ces pensées à des motifs professionnels a progressé de près de 8 points (37,1 % évoquaient des raisons professionnelles en 2010 vs 44,8 % en 2014; $p < 0,05$). Concernant les autres motifs (scolarité pour les étudiants et vie personnelle pour tous), aucune évolution significative n'a été observée entre les deux périodes.

Enfin, des évolutions ont été observées entre 2010 et 2014 selon le niveau de diplôme, la situation professionnelle, la situation financière ou encore le fait de

2. Cette différence est sans doute liée à la plus forte proportion de personnes invalides ou en arrêt maladie chez les hommes inactifs en comparaison du groupe de femmes inactives, davantage constitué de femmes au foyer.

Figure 2 - Évolutions des prévalences des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le niveau de diplôme, la situation professionnelle, la perception de sa situation financière et la situation de vie, chez les 15-75 ans, en 2010 et 2014, en France métropolitaine



* : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$. Les tests de significativité sont appliqués aux comparaisons de prévalences entre 2010 et 2014, par catégorie socioéconomique.

Note de lecture: la classe « autres inactifs » (Figure 2b) regroupe des personnes au foyer, des invalides, des personnes en congé de longue durée ou encore en arrêt maladie.

Sources : Baromètres santé 2010 et 2014

vivre seul ou non [Figure 2]. Concernant le niveau de diplôme, seules les personnes ayant un diplôme inférieur ou équivalent au bac présentent une hausse de pensées suicidaires entre 2010 et 2014 ($p < 0,01$). Selon la situation professionnelle, la proportion d'individus qui évoquent des pensées suicidaires dans l'année a augmenté significativement chez les retraités ($p < 0,01$) et a été multipliée par près de deux chez les inactifs ($p < 0,01$). Concernant les autres situations (travail, études, chômage), une tendance à la hausse est également observée (notamment chez les chômeurs: + 1,3 points) sans toutefois atteindre le seuil de significativité statistique. Les personnes déclarant des difficultés financières restent les plus exposées aux pensées suicidaires dans l'année, en 2014 comme en 2010. Enfin, les personnes vivant seules restent les plus concernées, en comparaison avec celles qui ne vivent pas seules. Pour ces personnes, une aggravation de la situation a été observée entre 2010 et 2014 ($p < 0,001$).

Tentatives de suicide

Prévalences et facteurs sociodémographiques associés

En 2014, 7,1 % (n=985) des personnes interrogées déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. C'est plus souvent le cas chez

les femmes (9,3 %) que chez les hommes (4,9 %; $p < 0,001$). Parmi les personnes déclarant au moins une tentative de suicide au cours de la vie, 36,8 % déclarent au moins une récurrence.

Au cours des douze derniers mois, 0,8 % (n=94) des personnes interrogées déclarent avoir tenté de se suicider. La différence observée selon le sexe (0,6 % des hommes vs 0,9 % des femmes) n'est cependant pas significative. Selon l'âge, la prévalence est maximale entre 15 et 19 ans (1,3 %), du fait d'un taux particulièrement élevée chez les jeunes filles de cet âge (2,3 % vs 0,4 % chez les garçons; $p < 0,01$). La prévalence diminue ensuite entre 20 et 24 ans (0,4 %), se stabilise autour de 0,9 % chez les personnes âgées de 25 à 54 ans, avant de reprendre une évolution à la baisse chez les 55 ans et plus (0,5 % des 55-64 ans et 0,3 % chez les plus de 65 ans) [Figure 3].

Après ajustement sur les variables socioéconomiques, les inactifs apparaissent plus concernés par les tentatives de suicide dans l'année que ceux qui déclarent travailler. Le fait de percevoir sa situation financière comme « difficile ou [de] ne pas y arriver sans faire de dettes » ou encore de vivre seul multiplie par plus de deux le risque d'avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois [Tableau 1].

Tableau 1 - Facteurs sociodémographiques associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide dans l'année, chez les 15-75 ans, en 2014, en France métropolitaine

Variables explicatives	Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois (n=15 512)			Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois					
	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe				Hommes			Femmes		
Homme (réf.)	0,6	- 1 -							
Femme	0,9	1,3	[0,7-2,2]						
Âge	**						***		
15-19 ans (réf.)	1,3	- 1 -		2,1	- 1 -		3,7	- 1 -	
20-24 ans	0,4	0,3*	[0,1-1,0]	4,0	1,9	[0,6-5,6]	3,8	0,7	[0,3-1,3]
25-34 ans	1,0	0,7	[0,2-2,4]	4,9	2,7	[0,9-7,7]	4,8	0,8	[0,4-1,5]
35-44 ans	0,8	0,5	[0,1-2,0]	4,2	2,3	[0,8-6,7]	4,8	0,8	[0,4-1,6]
45-54 ans	0,9	0,5	[0,1-1,6]	5,5	2,6	[0,9-7,5]	7,1	1,0	[0,5-2,0]
55-64 ans	0,5	0,2	[0,0-1,0]	3,9	1,8	[0,6-5,7]	6,9	0,9	[0,5-1,9]
65-75 ans	0,3	0,1*	[0,0-0,6]	3,1	1,5	[0,4-5,5]	5,9	0,8	[0,3-1,7]
Niveau de diplôme	*						**		
Inférieur au bac (réf.)	1,0	- 1 -		4,5	- 1 -		6,6	- 1 -	
Bac	0,5	0,6	[0,3-1,1]	3,7	0,9	[0,6-1,4]	5,3	1,0	[0,7-1,4]
Supérieur au bac	0,5	0,6	[0,3-1,3]	3,9	1,1	[0,8-1,6]	3,8	0,8	[0,6-1,0]
Situation professionnelle	***			***			***		
Travail (réf.)	0,6	- 1 -		3,2	- 1 -		4,8	- 1 -	
Études	0,9	1,1	[0,4-3,5]	3,2	2,0	[0,9-4,5]	3,1	0,6	[0,3-1,1]
Chômage	1,7	2,1	[0,8-5,0]	8,5	2,0**	[1,3-3,1]	7,6	1,2	[0,8-1,9]
Retraite	0,4	2,1	[0,5-8,5]	3,3	1,5	[0,8-3,0]	5,9	1,1	[0,7-1,7]
Autres inactifs	1,9	2,7*	[1,1-6,3]	17,4	4,8***	[2,6-8,5]	10,1	1,8**	[1,2-2,7]
Perception de sa situation financière	***			***			***		
À l'aise/ça va (réf.)	0,5	- 1 -		2,9	- 1 -		3,7	- 1 -	
Juste	0,5	0,9	[0,4-1,9]	4,1	1,3	[0,9-1,8]	4,8	1,2	[0,9-1,6]
Difficile/dettes	1,9	2,6*	[1,2-5,8]	9,2	2,2***	[1,5-3,3]	11,9	2,8***	[2,0-3,9]
Situation de vie	**			***			***		
Ne vit pas seul (réf.)	0,6	- 1 -		2,9	- 1 -		4,7	- 1 -	
Vit seul	1,5	2,6**	[1,4-4,8]	10,4	3,0***	[2,2-4,1]	10,2	2,2***	[1,6-2,9]

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

Note de lecture: la classe « autres inactifs » de la variable « situation professionnelle » regroupe des personnes au foyer, des invalides, des personnes en congé de longue durée ou encore en arrêt maladie.

Source: Baromètre santé 2014

Parmi les personnes déclarant une tentative de suicide dans l'année, 67,8 % évoquent une raison familiale, 54,6 % une raison sentimentale, 22,3 % une raison de santé et 12,1 % une raison professionnelle. Parmi ces mêmes individus, 43,1 % présentent leur tentative de suicide comme un appel à l'aide, 35,9 % déclarent avoir été vraiment décidés à mourir et 18,6 % déclarent avoir souhaité mourir tout en sachant que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace (2,4 % ne s'étant pas prononcés).

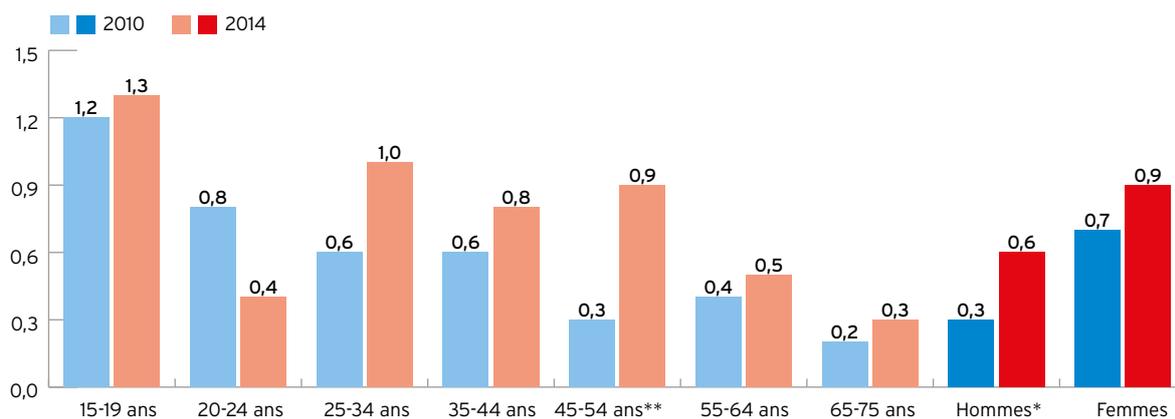
Chez celles et ceux qui déclarent avoir tenté de se suicider au cours de l'année, 58,4 % ont effectué un passage à l'hôpital et 64,5 % ont été suivis par un médecin ou un « psy ». Le passage à l'hôpital a donné lieu à une hospitalisation d'au moins une nuit dans 92,2 % des cas. En revanche, un quart (26,8 %) déclarent ne pas être allés à l'hôpital ni avoir été sui-

vis par un médecin ou un « psy » suite à leur tentative de suicide. Cette absence de contact avec le système de soins concerne davantage les hommes (41,9 %) que les femmes (15,9 % ; p<0,05). Enfin, 64,2 % des personnes déclarant avoir effectué une tentative de suicide au cours des douze derniers mois indiquent en avoir parlé à quelqu'un d'autre qu'à un médecin ou à un « psy » (82,9 % des femmes vs 38,5 % des hommes ; p<0,01).

Évolutions 2010-2014

La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois a globalement augmenté entre 2010 et 2014, passant de 0,5 % à 0,8 %. Cette évolution n'est cependant significative que chez les hommes (p<0,05) et les personnes âgées de 45 à 54 ans (p<0,01) [Figure 3].

Figure 3 - Évolutions des prévalences des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon le sexe et la classe d'âge, chez les 15-75 ans, en 2010 et en 2014, en France métropolitaine



*: $p < 0,05$; **: $p < 0,01$; ***: $p < 0,001$. Les tests de significativité sont appliqués aux comparaisons de prévalences entre 2010 et 2014. Sources: Baromètres santé 2010 et 2014

Les raisons attribuées aux tentatives de suicide dans l'année ainsi que les données de recours aux soins en lien avec la dernière tentative de suicide n'ont pas présenté d'évolutions significatives sur la période 2010-2014.

DISCUSSION

En 2014, parmi les personnes âgées de 15 à 75 ans, une sur vingt déclare des pensées suicidaires dans l'année, plus d'une sur quinze une tentative de suicide au cours de la vie et près d'une sur cent une tentative de suicide au cours des douze derniers mois.

Les femmes déclarent plus de pensées suicidaires et de tentatives de suicide que les hommes, ce qui peut sembler paradoxal au regard des données de mortalité par suicide qui s'avèrent pour leur part nettement plus masculines [2]. Ce résultat classique dans la littérature consacrée au suicide est qualifié par les anglophones de « *gender paradox* ». L'un des facteurs explicatifs est l'utilisation de moyens plus létaux chez les hommes (armes à feu, pendaison) que chez les femmes, illustrant des différences liées au genre, et peut-être également d'intentionnalité vis-à-vis de l'acte suicidaire [7, 8]. Les plus jeunes (15-19 ans), et plus particulièrement les filles, sont en proportion les plus nombreux à déclarer une tentative de suicide dans l'année. Ce résultat, qui est une constante dans les enquêtes internationales [9, 10], est également vérifié à partir de l'analyse des données d'hospitalisation pour tentative de suicide du PMSI-MCO [11]. La forte prévalence des tentatives de suicide chez les filles de 15-19 ans serait en partie liée à la période de l'adolescence et de la puberté qui les exposerait davantage que les garçons à des situations de vulnérabilité (changement hormonaux plus importants, contrôle social plus marqué en direction des filles...) [12, 13].

Une augmentation des pensées suicidaires et des tentatives de suicide dans l'année a été constatée entre 2010 et 2014, confirmant une tendance à la hausse des tentatives de suicide déjà observée entre 2005 et

2010³. Les données d'hospitalisation issues du PMSI-MCO indiquent également, sur la période 2004-2011, une hausse annuelle moyenne des taux de séjours hospitaliers pour tentative de suicide de 4,8 % pour les hommes et de 2,9 % pour les femmes [11]. Par ailleurs, l'analyse des évolutions selon certains critères socioéconomiques suggère des hausses de prévalences de pensées suicidaires dans l'année entre 2010 et 2014 plus marquées chez les populations présentant des facteurs de vulnérabilité (personnes les moins diplômées, retraités et inactifs, individus déclarant vivre seuls). Des programmes de recherche permettant d'identifier et de mieux comprendre quels sont les facteurs qui médient et modèrent l'impact des variables socioéconomiques sur les conduites suicidaires mériteraient d'être davantage développés.

Notre étude a également montré une augmentation des motifs professionnels attribués aux pensées suicidaires parmi les actifs, entre 2010 et 2014. Ce résultat est en ligne avec les données du Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel qui enregistrait une hausse de la souffrance psychique au travail sur la période 2007-2012. Cette augmentation pourrait être liée, d'une part, à une plus grande focalisation sur les risques psychosociaux au travail du fait de la médiatisation importante des situations de souffrance au travail ces dernières années [14] et, d'autre part, à une dégradation des conditions de travail, en lien notamment avec la crise économique amorcée en 2008 [15]. Le Plan santé au travail 2016-2020 a d'ailleurs inscrit le développement des actions de prévention des risques psychosociaux comme un de ses axes prioritaires d'intervention.

Enfin, seulement la moitié des personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois en ont parlé à quelqu'un et plus de 40 % des hommes ayant fait une tentative de suicide dans l'année n'ont pas été en contact avec le système de soin (hôpital, médecin ou autre professionnel de santé). Des études visant à identifier les raisons et les facteurs de non-

3. L'évolution des pensées suicidaires n'est pas disponible sur la période 2005-2010 du fait d'une modification de la question utilisée pour les mesurer [3].

recours aux soins, en particulier chez les hommes, devraient être conduites. Les tentatives de suicide sont en effet l'un des prédictors majeurs de la récurrence et du décès par suicide ce qui implique qu'une attention particulière soit portée à l'accompagnement et la prise en charge des personnes suicidantes.

En conclusion, l'évolution à la hausse des tentatives de suicide et des pensées suicidaires depuis 2010 confirme la nécessité d'inscrire de façon pérenne la prévention du suicide dans la liste des priorités de

santé publique. Nos analyses ont permis d'identifier des segments de populations prioritaires. Il s'agit des populations en situation de vulnérabilité socioéconomique, des jeunes filles âgées de 15 à 19 ans pour les tentatives de suicide ou encore des plus de 45 ans au regard des pensées suicidaires. Ces populations devront faire l'objet d'une attention renforcée et constituer une cible privilégiée pour le développement de programmes de promotion de la santé mentale et de prévention des souffrances psychiques et des conduites suicidaires.

Abstract

Suicide prevention is a major public health issue in France. The 2014 Inpes Health Barometer is a telephone survey of 15,635 individuals living in France which provides data related to suicide ideation and attempt. In 2014, 4.9% of 15- to 75-year-olds report suicidal ideation in the past year, 7.1% a lifetime suicidal attempt and 0.8% a past year suicidal attempt. Past year suicidal ideation and lifetime suicidal attempt are more often reported by women than by men. Women aged 15-19 years report a very high rate of suicide attempt in the past year (2.3%). Unlike suicide attempt, which concerns mostly young people and tends to decline with age, suicidal ideation prevails in individuals aged 45-64 years. Moreover, suicidal ideation and suicide attempt are linked to low socio-economic status (unemployment, inactivity, low income, low level of education, living alone). Rates of past year suicidal ideation and suicidal attempt have significantly increased between 2010 and 2014 (from 4.0% to 4.9% and 0.5% to 0.8%, respectively). These increases concern mainly individuals with vulnerabilities (low education, inactivity, living alone). Within the workforce, the prevalence of suicidal ideation related to professional causes has increased by 8 percentage points between 2010 and 2014. Finally, among individuals reporting suicidal ideation in the last twelve months, only 53.0% have talked about this problem with someone, and 42.0% of men who have attempted suicide in the past year did not go to hospital and have not been followed by a professional. These results confirm the importance of the suicide phenomenon in the general population and the need to lead effective actions of prevention.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Organisation mondiale de la Santé. *Prévention du suicide: l'état d'urgence mondial*. Genève: OMS, 2014 : 89 p.
En ligne: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf?ua=1&ua=1
- [2] Observatoire national du suicide. *Suicide. Connaître pour prévenir: dimensions nationales, locales et associatives*. 2° rapport. Paris: Drees, 2016 : 480 p.
En ligne: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_mel_220216.pdf
- [3] Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n°47-48: p. 488-492. En ligne: http://www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf
- [4] Le Breton D. *Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014)*. Paris: ministère des Affaires sociales et de la Santé, 2011 : 96 p.
En ligne: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_national_de_lutte_contre_le_suicide.pdf
- [5] Guilbert P., Gautier A. *Baromètre santé 2005*. Saint-Denis: Inpes, coll. Baromètre santé, 2007 : 593 p.
- [6] Richard J.-B., Gautier A., Guignard R., Léon C., Beck F. *Méthode d'enquête du Baromètre santé 2014*. Saint-denis: Inpes, coll. Baromètre santé, 2015 : 20 p.
- [7] Jouglu E., Péquignot F., Le Toullac A., Bovet M., Mellah M. Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *Actualité et dossier en santé Publique*, 2003, n° 45: p. 31-34.
- [8] Canetto S. S., Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1998, vol. 28, n°1: p. 1-23.
- [9] Borges G., Nock M. K., Abad J. M. H., Hwang I., Sampson N. A., Alonso J., et al. Twelve month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the WHO World Mental Health Surveys. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 2010, vol. 71, n°12: p. 1617-1628.
- [10] Kessler R. C., Berglund P., Borges G., Nock M., Wang P. S. Trends in suicide ideation, plans, gestures, and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Jama*, 2005, vol. 293, n°20: p. 2487-2495.
- [11] 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.
- [12] Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 2012, vol. 379, n°9834: p. 2373-2382.
- [13] Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G., Haro J. M., Chiu W. T., Hwang I., et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 2010, vol. 197, n°1: p. 20-27.
- [14] Khireddine-Medouni I., Lemaître A., Homère J., Plaine J., Garras L., Riou 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. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2015, n°23: p. 431-438.
En ligne: http://www.invs.sante.fr/beh/2015/23/pdf/2015_23_2.pdf
- [15] Malard L., Chastang J.-F., Niedhammer I. Changes in psychosocial work factors in the French working population between 2006 and 2010. *International archives of occupational and environmental health*, 2015, vol. 88, n°2 : p. 235-246.

Pour nous citer : Robert M., Léon C., Du Roscoät E. *Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016 : 8 p.