

La prévention du suicide en milieu professionnel a pris le devant de l'actualité récemment. Toute contribution dans ce domaine fait l'objet d'une attention particulière, bien que le travail soit un facteur de protection reconnu face au suicide. L'étude basée sur des informations recueillies par des médecins du travail en région Rhône-Alpes dans le cadre du programme Samotrace (C. Cohidon et coll.) a mesuré l'urgence suicidaire au sens de la Conférence de consensus française de 2000 auprès d'un important échantillon. Les chiffres, élevés par comparaison avec le Baromètre santé, nous conduisent à poser la question de la sensibilité de la méthode utilisée et de sa pertinence pour apprécier le risque de suicide. En effet, le ratio « idéation suicidaire/suicide » est très variable selon le sexe et l'âge. Une telle approche se doit, en outre, d'éviter de stigmatiser des professions en examinant l'ensemble des facteurs de risque de suicide auxquels sont exposés les divers professionnels.

La prévention du suicide en prison est toujours un sujet sous la vigilance des médias, bien que représentant 1% des suicides en France. Il était important qu'un regard longitudinal sur plus de 60 années soit jeté sur son évolution pour mettre au jour les déterminants qui ont pu conduire à son augmentation malgré les efforts de prévention (G. Duthé et coll.). Il est peu de milieux où il est possible de disposer d'autant d'informations sur les personnes décédées par suicide, même s'il est toujours très difficile d'avoir accès aux informations sur les principaux facteurs de risque que sont les troubles mentaux.

Le bulletin est complété par une revue très documentée sur le risque suicidaire pour les minorités sexuelles (J-M. Firdion et coll.). Il faut noter l'imprécision du mot « risque suicidaire » qui n'indique pas s'il s'agit du risque de crise suicidaire, de tentative de suicide ou de décès par suicide. Les auteurs montrent que l'homophobie, et non l'orientation sexuelle par elle-même, est le principal facteur qui peut induire un surrisque de crise suicidaire et de TS. Les auteurs évoquent aussi les stratégies préventives, ce qui est une source d'espoir.

Au global, ce BEH apporte beaucoup à tous ceux qui militent et œuvrent pour la prévention du suicide. La richesse des données rassemblées donne un bon point de départ épidémiologique au nouveau plan français de prévention, avec l'ambition de passer enfin sous la barre des 10 000 décès annuels.

## Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010

François Beck (francois.beck@inpes.sante.fr)<sup>1,2</sup>, Romain Guignard<sup>1</sup>, Enguerrand Du Roscoät<sup>1</sup>, Thomas Saïas<sup>1</sup>

1/ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), Saint-Denis, France

2/ Cermes3 - Equipe Cesames (Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société), Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité/CNRS UMR 8211/Inserm U988/École des hautes études en sciences sociales (EHESS), Paris, France

### Résumé / Abstract

En 2010, sur une période rétrospective de 12 mois, 3,9% des personnes âgées de 15 à 85 ans interrogées déclaraient avoir eu des pensées suicidaires et 0,5% avoir fait une tentative de suicide (TS). Si le taux de TS déclarés au cours de la vie semble stable depuis 2000 (environ 6%), le taux de TS au cours des 12 derniers mois est supérieur à celui observé en 2005. Globalement, la fréquence des TS déclarées au cours des 12 derniers mois diminue avec l'âge, tandis que la survenue d'idées suicidaires est maximale entre 45 et 54 ans. Le genre est une variable importante : les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et à avoir effectué une TS au cours de l'année. Le facteur de risque le plus important dans la survenue à la fois des pensées suicidaires et des TS est le fait d'avoir subi des violences (sexuelles mais aussi non sexuelles). Les autres facteurs associés aux pensées suicidaires et/ou aux TS sont le fait de vivre seul, la situation de chômage, un faible niveau de revenu, et la consommation de tabac. Quelques facteurs de risque sont spécifiques au sexe ; c'est le cas d'une consommation d'alcool à risque chronique chez les femmes.

### Suicidal attempts and suicidal ideation in France in 2010

In 2010, 3.9% of the French population aged 15-85 reported they had suicidal ideation, and 0.5% they attempted to commit suicide in the last 12 months. Even if the lifetime reported suicidal attempt rate seems to be stable since 2000 (around 6%), the 12-month suicidal attempt rate has increased in France since 2005. The reported suicidal attempt frequency in the last 12 months is inversely age-related, whereas suicidal ideation is highest between 45 and 54 years old. Gender is of high importance: women reported more frequently than men having suicidal ideation in the last year and attempting to commit suicide in the last year. The most significant risk factor for suicidal ideation and suicidal attempts is having suffered from violence (sexual or other kinds). Other factors related to suicidal ideation / attempt in the last 12 months are the fact of living alone, unemployment, a low income and tobacco consumption. Few factors are gender-specific, for example chronic alcohol abuse in women.

### Mots clés / Key words

Suicide, pensées suicidaires, addiction, santé mentale, genre, violence / Suicide, suicidal ideation, substance use, mental health, gender, victimisation

### Introduction

En France, les tentatives de suicide (TS) ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant<sup>1</sup> n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital. En conséquence, les enquêtes menées auprès de la population générale fournissent des données uniques sur l'épidémiologie des TS et des pensées suicidaires et constituent un complément indispensable à la surveillance des décès par suicide. Elles permettent de caractériser les populations les plus exposées au risque suicidaire et d'étudier de façon fine les facteurs qui y sont associés. La littérature confirme le fort lien existant, notamment en termes de pronostic, entre pensées suicidaires, TS et suicide accompli [1;2], justifiant de ce fait l'attention portée à de tels indicateurs.

### Méthode

Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé », qui abordent les différents comportements et attitudes de santé des Français [3;4]. Ces enquêtes sont des sondages aléatoires à deux degrés (ménage puis individu) réalisés à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique (Cati). Le terrain de l'enquête 2010, confié à l'Institut GfK-ISL, s'est déroulé du 22 octobre 2009 au 3 juillet 2010. Les numéros de téléphone sont générés aléatoirement, ce qui permet d'interroger les ménages en liste rouge. L'annuaire inversé est utilisé pour envoyer une lettre-annonce aux ménages sur liste blanche (ceux sur liste rouge se la voient proposer *a posteriori*), mettant l'accent sur l'importance de l'étude afin de minorer les refus de répondre. Les

numéros de téléphone ne répondant pas ou occupés sont recomposés automatiquement jusqu'à 40 fois à des horaires et des jours de la semaine différents. Pour être éligible, un ménage doit comporter au moins une personne de la tranche d'âge considérée (15 à 85 ans pour le Baromètre santé 2010) et parlant français. À l'intérieur du foyer, l'individu est sélectionné aléatoirement au sein des membres éligibles du ménage. En cas d'indisponibilité, un rendez-vous téléphonique est proposé et, en cas de refus de participation, le ménage est abandonné sans remplacement. L'anonymat et le respect de la confidentialité sont garantis par une procédure d'effacement du numéro de téléphone ayant reçu l'aval de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Pour faire face à l'abandon du téléphone filaire au profit du mobile par une partie de la population présentant des caractéristiques particulières en termes de comportements de santé, un échantillon de 2 944 individus issus de ménages

<sup>1</sup> Suicidant : personne ayant survécu à un geste ayant pour but de mettre fin à ses jours.

joignables uniquement sur téléphone mobile a été interrogé en plus des 24 709 individus possédant une ligne fixe à leur domicile (dont 1 104 individus disposant d'une ligne fixe mais uniquement joignables par un numéro en 08 ou 09 interrogés à partir de leur mobile, ce qui a permis d'améliorer la représentativité de l'échantillon [5]).

Ces différents échantillons ont été agrégés de manière à respecter leur proportion respective au sein de la population française. L'échantillon comprend ainsi 27 653 individus. Le taux de refus est, pour l'échantillon des mobiles comme pour celui des fixes, de 39%. Ce taux de refus est compensé par une pondération qui permet de redresser un échantillon globalement bien équilibré à l'exception du niveau de diplôme, les individus sans diplôme étant sous-représentés dans l'échantillon.

Les données ont ainsi été pondérées par le nombre d'individus éligibles et de lignes téléphoniques au sein du ménage (afin de calculer la probabilité d'inclusion de chaque individu, notamment pour compenser le fait qu'un individu issu d'un ménage comprenant de nombreux membres a moins de chance d'être tiré au sort). Les données ont été calées sur les données de référence nationales de l'Insee (Institut national de la statistique et des études économiques) les plus récentes au moment de la préparation de la base de données, à savoir celles de l'Enquête Emploi 2008. Le calage sur marges tient compte du sexe, de la tranche d'âge, de la région de résidence, de la taille d'agglomération, du diplôme et de l'équipement téléphonique. Enfin, les précédents Baromètres n'interrogeant pas les personnes âgées de plus de 75 ans, les évolutions par rapport aux années antérieures sont présentées pour les seuls 15-75 ans. La passation du questionnaire durait en moyenne 32 minutes.

Des modélisations logistiques stratifiées par sexe ont été réalisées pour déterminer les facteurs associés aux TS et aux pensées suicidaires sur les 12 derniers mois. Les facteurs inclus sont ceux relevés dans la littérature en termes de caractéristiques sociodémographiques, de violences subies et de consommation de substances psychoactives.

## Résultats

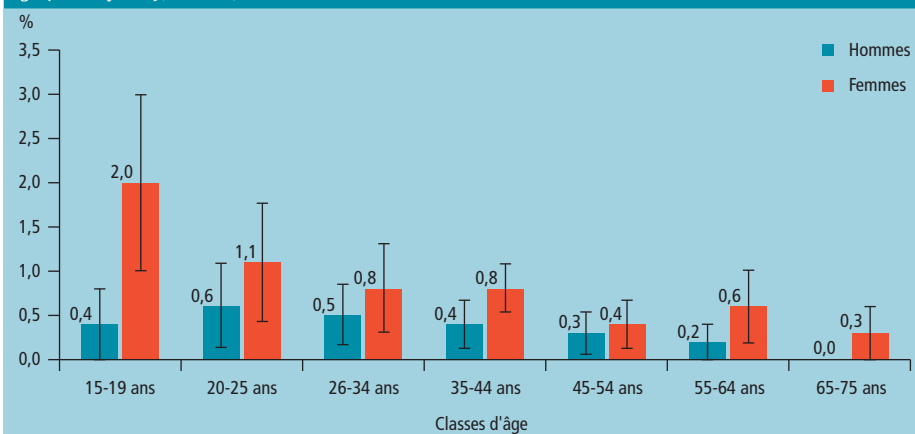
### Tentatives de suicide

En 2010, 5,5% des 15-85 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (7,6% des femmes et 3,2% des hommes) et 0,5% au cours des 12 derniers mois. Les femmes sont en proportion plus nombreuses (0,7%) que les hommes (0,3%) à déclarer avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

La prévalence des TS au cours des 12 derniers mois variait également en fonction de l'âge (figure 1). Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6%) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2,0%). Le taux de TS au cours des 12 derniers mois tend ensuite à diminuer avec l'âge.

Pour la population des 15-75 ans (tranche d'âge commune aux trois enquêtes barométriques 2000, 2005 et 2010), la prévalence des TS au cours de la vie semble stable depuis 2000 (6,0% des 15-75 ans en 2000 contre 5,8% des

**Figure 1** Prévalence des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-75 ans)\*, France, 2010 / **Figure 1** Prevalence of suicide attempts in the last 12 months, by gender and age (15-75 years), France, 2010



\* Dans la mesure où aucun enquêté n'a déclaré de tentative de suicide au cours de l'année au-delà de 75 ans, la fiabilité des chiffres sur cette tranche d'âge est sujette à caution. En effet, s'il est probable qu'au-delà de 75 ans les tentatives aboutissent très fréquemment à un décès, il est aussi possible que l'on touche aux limites de l'enquête pour les plus âgés (plus de refus, entretiens plus difficiles pour les questions les plus sensibles...).

15-75 ans en 2010). On observe en revanche une tendance à la hausse ( $p=0,09$ ) des TS au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010 (0,5% en 2010 et 0,3% en 2005<sup>2</sup>).

Les facteurs associés à la survenue de TS au cours des 12 derniers mois (tableau 1) sont chez les hommes de 15-64 ans<sup>3</sup>, par ordre d'importance : le fait d'avoir subi des violences (hors violences sexuelles) au cours des 12 derniers mois ( $OR=5,1$ ) et le fait de vivre seul ( $OR=2,9$ ). Le niveau de revenu (supérieur à 1 800 € mensuels en référence à un revenu inférieur à 1 100 €) est chez les hommes un facteur de protection ( $OR=0,2$ ). Chez les femmes, en dehors du fait d'avoir moins de 20 ans (15-19 ans), les facteurs associés sont les violences subies (violences sexuelles au cours de la vie [ $OR=2,7$ ] et non sexuelles subies au cours des 12 derniers mois [ $OR=2,7$ ]) et la consommation quotidienne de tabac ( $OR=1,9$ ). Un niveau de diplôme supérieur au baccalauréat est associé à un moindre risque de TS chez les femmes ( $OR=0,4$  en référence à une absence de diplôme).

### Pensées suicidaires

Selon les données du Baromètre santé 2010, 3,9% des personnes interrogées ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Il est difficile de comparer ces données avec celles de 2005, dans la mesure où la question posée était alors moins spécifique. En 2005, les personnes étaient interrogées sur le fait d'avoir « pensé au suicide » sans autre précision, ce qui concernait 5 % de la population âgée de 15 à 75 ans.

Les femmes sont en proportion plus nombreuses (4,4%) que les hommes (3,4%) à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année. Les différences entre hommes et femmes ne sont

observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes (4,0% des 15-25 ans chez les femmes contre 2,4% chez les hommes) ou les plus âgées (4,4% des femmes de 55-85 ans contre 2,5% des hommes de la même tranche d'âge). Entre 26 et 54 ans, les niveaux de pensées suicidaires sont relativement proches entre hommes et femmes (3,9% entre 26 et 34 ans, 4,1% entre 35 et 44 ans, 5,1% entre 45 et 54 ans). C'est entre 45 et 54 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois (5,1% chez les hommes et 5,2% chez les femmes ; figure 2).

D'autres caractéristiques que le sexe féminin ou l'âge (45-54 ans) sont associées aux pensées suicidaires, y compris après contrôle des effets de structure. Les facteurs les plus fortement liés à la présence d'idées suicidaires (tableau 2) diffèrent peu selon le sexe. Chez les hommes, apparaissent dans l'ordre d'importance : le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie ( $OR=3,1$ ), le fait d'avoir subi des violences (hors violences sexuelles) au cours des 12 derniers mois ( $OR=2,6$ ), le fait de vivre seul ( $OR=2,1$ ), le fait d'être au chômage ( $OR=1,8$ ), et la consommation quotidienne de tabac ( $OR=1,4$ ). On retrouve chez les femmes l'ensemble de ces facteurs. Quelques nuances méritent cependant d'être soulignées. Le facteur qui occupe la troisième place chez les femmes est la consommation d'alcool à risque chronique au sens du test AUDIT-C<sup>4</sup> ( $OR=1,9$ ), facteur qui n'apparaît pas chez les hommes. Chez les hommes comme chez les femmes, un faible niveau de revenu est également associé à la survenue de pensées suicidaires, mais pas le niveau de diplôme. Le chômage ( $OR=1,4$ ) et la consommation quotidienne de tabac ( $OR=1,4$ ) sont, comme chez les hommes, associés aux pensées suicidaires. On remarque enfin que, chez les femmes, la situation d'inactivité au sens large apparaît propice à la survenue de pensées suicidaires, alors que chez les hommes, seule la situation de chômage l'est.

<sup>2</sup> En 2005, le module « suicide » n'était pas posé aux détenteurs exclusifs de téléphone mobile, la comparaison a donc été effectuée sur les individus équipés d'une ligne fixe.

<sup>3</sup> Dans la mesure où aucune tentative de suicide (TS) au cours des 12 derniers mois n'a été déclarée chez les hommes de plus de 64 ans, le modèle de régression des variables sur les TS des 12 derniers mois n'a été conduit que sur les 15-64 ans. À des fins de comparabilité, nous avons conduit le modèle de régression sur la même tranche d'âge (15-64 ans) chez les femmes.

<sup>4</sup> Alcohol Use Disorders Identification Test Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C) [6].

**Tableau 1** Facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-64 ans, par sexe, France, 2010 / **Table 1** Factors associated to suicidal attempts in the last 12 months among 15-64 years old, by gender, France, 2010

Variables explicatives	Hommes (n=10 249)			Femmes (n=12 336)		
	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
<b>Âge en classes (effectifs hommes/femmes)</b>						
15-19 ans (n=790/789)	0,4	- 1 -		2,0	- 1 -	
20-25 ans (n=1 092/1 181)	0,6	1,3	[0,3-5,3]	1,1	0,4*	[0,2-0,9]
26-34 ans (n=1 762/2 103)	0,5	1,3	[0,3-5,9]	0,8	0,4*	[0,2-0,9]
35-44 ans (n=2 514/2 846)	0,4	1,4	[0,3-6,0]	0,8	0,6	[0,3-1,3]
45-54 ans (n=2 063/2 569)	0,3	0,9	[0,2-4,2]	0,4	0,2**	[0,1-0,6]
55-64 ans (n=2 119/2 914)	0,2	0,8	[0,2-3,1]	0,6	0,3**	[0,1-0,7]
<b>Diplôme le plus élevé</b>						
Aucun diplôme (n=866/1 074)	0,1	- 1 -		1,5	- 1 -	
Inférieur au baccalauréat (n=4 288/4 629)	0,6	2,1	[0,6-7,1]	0,9	0,9	[0,5-1,7]
Baccalauréat (n=1 870/2 454)	0,2	0,7	[0,2-3,5]	0,5	0,5	[0,2-1,0]
Supérieur au baccalauréat (n=3 316/4 245)	0,4	1,4	[0,3-5,3]	0,4	0,4*	[0,2-1,0]
<b>Situation professionnelle</b>						
Travail (n=6 990/7 750)	0,3	- 1 -		0,4	- 1 -	
Chômage (n=853/971)	0,7	1,7	[0,7-4,2]	2,2	1,9	[1,0-3,7]
Inactif (n=2 491/3 671)	0,5	2,1	[0,8-5,2]	1,1	1,8	[1,0-3,1]
<b>Revenu par unité de consommation (UC)</b>						
Moins de 1 100 € (n=2 609/3 788)	0,7	- 1 -		1,4	- 1 -	
1 100 à moins de 1 800 € (n=3 756/4 429)	0,3	0,5	[0,3-1,1]	0,5	0,6*	[0,3-1,0]
1 800 € et plus (n=3 367/3 342)	0,1	0,2**	[0,1-0,7]	0,4	0,7	[0,3-1,4]
Manquant (n=608/843)	0,2	0,3	[0,0-2,4]	0,5	0,5	[0,2-1,3]
<b>Vit seul</b>						
Non (n=7 762/9 677)	0,3	- 1 -		0,7	- 1 -	
Oui (n=2 578/2 725)	1,0	2,9**	[1,5-5,8]	1,5	1,6	[0,9-2,6]
<b>Violences subies les 12 derniers mois (hors violences sexuelles)</b>						
Non (n=7 703/9 321)	0,2	- 1 -		0,5	- 1 -	
Oui (n=2 634/3 080)	1,0	5,1***	[2,6-10,1]	1,9	2,7***	[1,7-4,2]
<b>Violences sexuelles au cours de la vie</b>						
Non (n=9 897/10 674)	0,3	- 1 -		0,6	- 1 -	
Oui (n=436/1 721)	1,4	1,5	[0,6-4,1]	2,1	2,7***	[1,7-4,3]
<b>Fumeur quotidien</b>						
Non (n=6 757/8 902)	0,3	- 1 -		0,5	- 1 -	
Oui (n=3 541/3 481)	0,6	0,8	[0,4-1,6]	1,5	1,9**	[1,2-3,0]
<b>Consommation d'alcool (AUDIT-C)</b>						
Non buveur (réf.) (n=896/1 735)	0,4	- 1 -		1,0	- 1 -	
Sans risque (n=3 547/7 684)	0,2	0,6	[0,2-2,0]	0,6	0,8	[0,4-1,4]
À risque ponctuel (n=4 384/2 489)	0,3	0,7	[0,2-2,1]	0,9	0,9	[0,5-1,8]
À risque chronique (n=1 479/465)	1,0	1,9	[0,7-5,3]	3,1	1,5	[0,7-3,4]

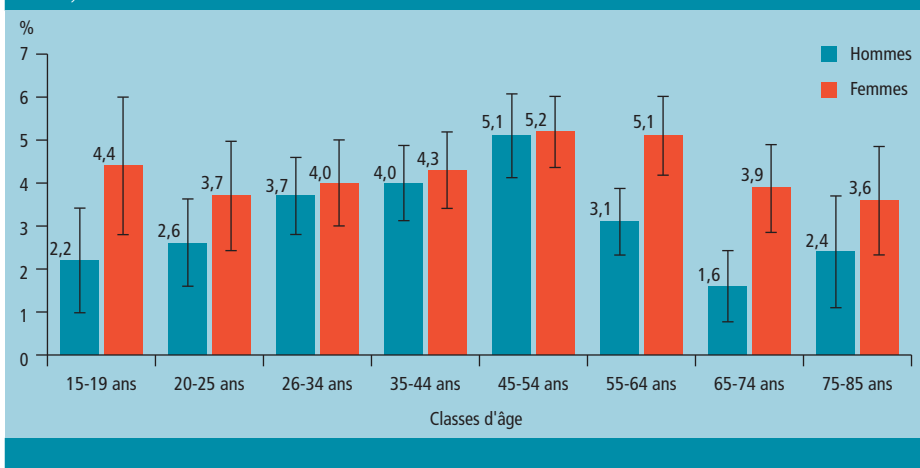
\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; résultats obtenus par le test du Chi 2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratios issus des régressions logistiques).

## Discussion

L'enquête Santé mentale en population générale adulte (SMPG) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

(Drees) et du Centre collaborateur de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) estimait au début des années 2000, avec une méthodologie d'enquête différente, la prévalence de

**Figure 2** Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge (15-85 ans) (en %), France, 2010 / **Figure 2** Suicidal ideation in the last 12 months, by gender and age (15-85 years) (in %), France, 2010



TS au cours de la vie à 9% pour les femmes et 6% pour les hommes [7]. L'enquête Baromètre santé 2010 de l'Inpes, qui repose sur un échantillon aléatoire, fournit des estimations de 7,6% pour les femmes et 3,2% pour les hommes. Les différences de méthode entre les deux enquêtes empêchent de conclure formellement quant à ces écarts. Si l'on se réfère aux données sur les 12 derniers mois, la prévalence des idées suicidaires s'élève à 3,9% et celle des TS à 0,5%. À titre de comparaison, l'enquête WMH (*World Mental Health Survey*) de l'OMS, menée dans 21 pays entre 2001 et 2007, donnait des résultats globaux de 2,0% pour la prévalence de pensées suicidaires, et 0,3% pour les TS au cours de l'année au sein des pays développés, ce qui situait la France un peu au-dessus des autres pays au début des années 2000 [8]. Il est là encore difficile de conclure, dans la mesure où le nombre de suicides a globalement augmenté en Europe, en partie en lien avec la crise de la fin des années 2000 [9].

Selon les résultats du Baromètre santé 2010, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir pensé au suicide et effectué une TS au cours de l'année. Ces données sont conformes à celles des études précédemment menées en France ainsi qu'aux données d'hospitalisation (les femmes représentent 65% des séjours d'hospitalisation TS) [10]. Ce résultat peut sembler paradoxal en regard des décès par suicide qui s'avèrent pour leur part nettement plus masculins. Cette particularité est en partie due aux moyens mis en œuvre, très différents selon le genre, et qui sont plus létaux chez les hommes (pendaison, arme à feu...) [11].

Concernant les effets d'âge, les données du Baromètre santé 2010 montrent que les TS sont moins fréquentes avec l'avancée en âge. Si l'on considère les données de mortalité du CépicDC-Inserm, la tendance est inverse : le taux de mortalité par suicide augmente globalement avec l'avancée en âge. En 2008, son incidence est de 6,7 (pour 100 000) chez les 15-24 ans, de 21,4 chez les 35-44 ans, de 22,3 chez les 55-64 ans, de 31,0 chez les 75-84 ans et de 41,7 chez les 85-94 ans. La tendance n'est cependant pas linéaire puisqu'on observe un pic de mortalité par suicide entre 45 et 54 ans avec un taux de 26,6 pour 100 000, alors qu'il est inférieur à 23 pour 100 000 entre 55 et 74 ans. Par ailleurs, cette classe d'âge est la seule pour laquelle une augmentation du taux de mortalité par suicide a été observée entre 2002 et 2006, en particulier chez les hommes [12]. Ainsi, alors que les TS suivent globalement une courbe descendante avec l'âge, c'est l'inverse pour la courbe des taux de mortalité. Le ratio observé entre suicides accomplis et TS augmente avec l'âge [13;14], entraînant mécaniquement une diminution du nombre absolu de TS et une augmentation du nombre de suicides (accomplis).

Les facteurs associés aux pensées suicidaires mis en évidence dans notre analyse concordent avec ceux relevés dans la littérature internationale. Des caractéristiques telles que le fait d'être une femme, d'être au chômage, de disposer d'un faible revenu, de vivre seul ainsi que d'autres facteurs qui ne sont pas disponibles dans le Baromètre santé 2010 (antécédents psychiatriques des parents, troubles mentaux au sens du



**Tableau 2 Facteurs associés aux pensées suicidaires parmi les 15-75 ans, France, 2010 / Table 2 Factors associated to suicidal ideation among 15-75 years old, France, 2010**

Variables explicatives	Hommes (n=11 550)			Femmes (n=14 221)		
	%	OR	IC95%	%	OR	IC95%
<b>Âge en classes (effectifs hommes/femmes)</b>	***					
15-19 ans (n=790/790)	2,2	- 1 -		4,4	- 1 -	
20-25 ans (n=1 091/1 183)	2,6	1,1	[0,5-2,1]	3,7	0,7	[0,4-1,1]
26-34 ans (n=1 764/2 108)	3,7	1,6	[0,8-3,1]	4,0	0,9	[0,6-1,4]
35-44 ans (n=2 514/2 850)	4,0	1,9	[1,0-3,6]	4,3	1,2	[0,7-1,8]
45-54 ans (n=2 061/2 572)	5,1	2,5**	[1,3-4,7]	5,2	1,7*	[1,1-2,6]
55-64 ans (n=2 121/2 920)	3,1	2,1*	[1,1-3,8]	5,1	1,6*	[1,1-2,4]
65-75 ans (n=1 329/1 884)	1,8	1,3	[0,7-2,6]	4,1	1,2	[0,8-1,9]
<b>Diplôme le plus élevé</b>	*			**		
Aucun diplôme (n=997/1 360)	4,1	- 1 -		6,0	- 1 -	
Inférieur au baccalauréat (n=4 992/5 690)	3,6	1	[0,7-1,5]	4,4	0,9	[0,7-1,2]
Baccalauréat (n=2 019/2 708)	2,3	0,7	[0,5-1,1]	3,6	0,7	[0,5-1,0]
Supérieur au baccalauréat (n=3 662/4 549)	3,5	1,1	[0,7-1,6]	4,0	0,8	[0,6-1,1]
<b>Situation professionnelle</b>	***			**		
Travail (n=7 013/7 788)	3,3	- 1 -		3,9	- 1 -	
Chômage (n=853/978)	6,9	1,8***	[1,3-2,5]	6,5	1,4*	[1,0-1,9]
Inactif (n=3 795/5 530)	2,7	1,1	[0,8-1,5]	4,7	1,4**	[1,1-1,7]
<b>Revenu par unité de consommation (UC)</b>	***			***		
Moins de 1 100 € (n=2 846/4 264)	4,3	- 1 -		5,6	- 1 -	
1 100 à moins de 1 800 € (n=4 172/5 119)	3,9	0,9	[0,7-1,1]	4,5	0,8*	[0,7-1,0]
1 800 € et plus (n=3 902/3 798)	2,5	0,6**	[0,4-0,8]	3,3	0,7**	[0,5-0,8]
Manquant (n=750/1 126)	1,9	0,6	[0,3-1,1]	2,9	0,6**	[0,4-0,8]
<b>Vit seul</b>	***			***		
Non (n=8 726/10 625)	2,7	- 1 -		3,9	- 1 -	
Oui (n=2 944/3 682)	7,3	2,1***	[1,7-2,6]	7,6	1,6***	[1,4-1,9]
<b>Violences subies les 12 derniers mois (hors violences sexuelles)</b>	***			***		
Non (n=8 880/11 008)	2,4	- 1 -		2,7	- 1 -	
Oui (n=2 783/3 293)	6,8	2,6***	[2,1-3,2]	10,4	3,2***	[2,7-3,8]
<b>Violences sexuelles au cours de la vie</b>	***			***		
Non (n=11 172/12 388)	3,0	- 1 -		3,5	- 1 -	
Oui (n=483/1 905)	14,9	3,1***	[2,3-4,2]	11,5	2,7***	[2,2-3,2]
<b>Fumeur quotidien</b>	***			***		
Non (n=7 949/10 672)	2,6	- 1 -		3,6	- 1 -	
Oui (n=3 678/3 616)	5,2	1,4**	[1,1-1,8]	6,7	1,4***	[1,1-1,6]
<b>Consommation d'alcool (Audit-C)</b>	***			***		
Non buveur (n=984/2 021)	2,5	- 1 -		3,9	- 1 -	
Sans risque (n=4 303/9 077)	2,8	1,2	[0,8-1,8]	3,9	1	[0,7-1,2]
À risque ponctuel (n=4 634/2 646)	3,5	1,1	[0,8-1,7]	5,8	1,2	[0,9-1,6]
À risque chronique (n=1 698/524)	5,5	1,4	[0,9-2,1]	9,5	1,9***	[1,3-2,7]

\*p<0,05 ; \*\*p<0,01 ; \*\*\*p<0,001 ; résultats obtenus par le test du Chi2 de Pearson pour la colonne % (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds ratios issus des régressions logistiques).

DSM-IV) [8], ou encore les événements traumatiques subis notamment au cours de l'enfance, ont été mises en évidence [15;16]. Une étude anglaise récente souligne notamment le poids du *bullying*<sup>5</sup> sur les TS [17]. À ce titre, nos résultats soulignent l'importance du lien existant entre violences subies, qu'elles soient sexuelles ou non, et pensées suicidaires ou TS. D'autres modèles (non présentés ici) portant sur les 15-54 ans ont montré un lien fort avec la consommation de drogues illicites, et aussi avec l'activité sexuelle, en particulier chez les hommes ayant déclaré avoir eu des rapports avec des personnes du même sexe ou n'ayant pas déclaré de rapports sexuels au cours des 12 derniers mois, rejoignant des résultats récemment mis en évidence à partir de travaux étrangers et français [18]. Le tabagisme se révèle associé aux pensées suicidaires, ce qui rejoint des résultats de la littérature soulignant

que le tabac est souvent utilisé pour gérer l'anxiété ou une humeur dépressive [19] qui sont des facteurs associés aux conduites suicidaires.

Nos analyses soulignent également la spécificité de certains facteurs en fonction du sexe. Le fait de vivre seul est significativement associé à la survenue de pensées suicidaires seulement chez les hommes et la consommation d'alcool à risque chronique est associée à la survenue de pensées suicidaires seulement chez les femmes. Sans entrer dans le détail des explications psychologiques ou sociologiques de ces spécificités, on peut noter que les significations de ces deux situations d'isolement et d'alcoolisation à risque peuvent différer fortement selon le genre, et que ces facteurs devraient faire l'objet d'une attention particulière en termes de prévention.

On observe une tendance à la hausse des TS au cours des 12 derniers mois entre 2005 et 2010. Ces tendances se révèlent assez différentes de celles relevées sur les suicides. Après une hausse relative des taux de suicide entre 1979 (20,5 pour 100 000) et 1987 (24,1) observée aussi bien chez les hommes

que chez les femmes, la tendance depuis 1987 est à la baisse. Une diminution constante du taux de suicide a été enregistrée entre 1987 et 2008. De 24,1 décès pour 100 000 entre 1985 et 1987, le taux de suicide est descendu à 16,4 pour 100 000 entre 2006 et 2008. Il faudra attendre la sortie des données de mortalité par suicide sur l'année 2010 pour observer si la hausse des TS observée entre 2005 et 2010 se traduit par une évolution des données de mortalité. Cette dernière n'est pas à écarter dans la mesure où elle a été observée dans d'autres pays européens, en lien notamment avec la crise économique de 2008 [20].

La variation du taux de TS déclarées reste difficile à interpréter. En présence d'une hausse du taux entre 2005 et 2010, on ne peut dire si elle correspond à une augmentation de la proportion de la population ayant tenté de mettre fin à ses jours, témoignant ainsi d'une évolution négative (augmentation du mal-être), ou si elle correspond à une augmentation de la part des échecs dans les TS, témoignant alors d'une évolution plutôt positive (exemples : amélioration de la prise en charge, réduction de l'accès aux moyens les plus létaux, etc.).

#### Références

- [1] Hawton K, Arensman E, Wasserman D, Hulten 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.
- [2] 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.
- [3] Guilbert P, Baudier F, Gautier A (dir.). *Baromètre Santé 2000, volume 2 : résultats.* Vanves : CFES ; 2001. 204 p.
- [4] Beck F, Guilbert P, Gautier A. (dir.). *Baromètre Santé 2005. Attitudes et comportements de santé.* Saint-Denis : Inpes ; 2007. 608 p.
- [5] Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Une méthode de prise en compte du dégroupage total dans le plan de sondage des enquêtes téléphoniques auprès des ménages. In: Tremblay ME, Lavallée P, El Hadj Tirari M (dir.). *Pratiques et méthodes de sondage.* Paris : Dunod, Collection Sciences Sup. 2011. p. 310-4.
- [6] Bush K, Kivlahan DR, McDonnell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP).* *Alcohol Use Disorders Identification Test.* *Arch Intern Med.* 1998;158(16):1789-95.
- [7] Mouquet MC, Bellamy V, Carasco V. Suicides et tentatives de suicides en France. *Études et Résultats.* 2006;(488):1-8.
- [8] 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.
- [9] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet.* 2009;374(9686):315-23.
- [10] Chan Chee C, Gourier-Fréry C, Guignard R, Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé Publique.* 2011. [*Sous presse*].
- [11] Jouglé E, Péquignot F, Le Toulec A, Bovet M, Mella M. Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide. *ADSP.* 2003(45):31-4.

<sup>5</sup> Le *bullying* est un néologisme anglo-saxon qui désigne une violence physique ou psychologique, perpétrée par un ou plusieurs agresseurs à l'encontre d'une victime dans une relation de domination caractérisée par l'usage répété de la violence physique, des moqueries et autres humiliations.

[12] Aouba A, Péquiot F, Camelin L, Laurent F, Jouglia E. La mortalité par suicide en France en 2006. *Études et Résultats*. 2009;(702):1-8.

[13] Loebel JP. Practical geriatrics: completed suicide in late life. *Psychiatr Serv*. 2005;56:260-2.

[14] Safer DJ. Adolescent/adult differences in suicidal behavior and outcome. *Ann Clin Psychiatry*. 1997;9(1):61-6.

[15] Stein DJ, Chiu WT, Hwang I, Kessler RC, Sampson N, Alonso J, *et al*. Cross-national analysis of the associations between traumatic events and suicidal

behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS One*. 2010;13(5):e10574.

[16] Bruffaerts R, Demyttenaere K, Borges G, Haro JM, Chiu WT, Hwang I, *et al*. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry*. 2010;197(1):20-7.

[17] Meltzer H, Vostanis P, Ford T, Bebbington P, Dennis MS. Victims of bullying in childhood and suicide attempts in adulthood. *Eur Psychiatry*. 2011;26(8):498-503.

[18] Beck F, Firdion JM, Legleye S, Schiltz MA. Les minorités sexuelles face au risque suicidaire. *Acquis*

des sciences sociales et perspectives. Saint-Denis : Inpes, coll. La Santé en action; 2010. 112 p. Disponible à : <http://www.inpes.sante.fr/nouveautes-editoriales/2010/les-minorites-sexuelles-face-au-risque-suicidaire.asp>

[19] Le Houezec J. Nicotine: abused substance and therapeutic agent. *J Psychiatry Neurosci*. 1998;23(2):95-108.

[20] Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data. *Lancet*. 2011;378(9786):124-5.

# Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO

Christine Chan-Chee (c.chan-chee@invs.sante.fr), Delphine Jezewski-Serra

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

## Résumé / Abstract

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été utilisé pour l'analyse des hospitalisations pour tentatives de suicide (TS).

En France métropolitaine, entre 2004 et 2007, un total de 359 619 séjours pour TS ont été comptabilisés en médecine et chirurgie, correspondant à 279 843 patients, soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 patients par an. Au cours des quatre années étudiées, 84,1% des patients ont été hospitalisés une seule fois et 15,9% des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour TS. Quelle que soit l'année, les séjours féminins ont représenté 65% de l'ensemble des séjours pour TS. L'absorption de médicaments était le mode opératoire des TS de loin le plus fréquent, concernant 79% des TS hospitalisées, soit entre 67 000 et 79 000 séjours hospitaliers par an. Le taux de séjours pour TS était de 16,9 pour 10 000 habitants (12,4 pour 10 000 hommes et 21,2 pour 10 000 femmes). Les séjours hospitaliers pour TS concernant les adolescentes de 15 à 19 ans présentaient les taux les plus élevés, avoisinant 43 pour 10 000. Les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays-de-la-Loire, avaient des taux standardisés supérieurs au taux national chez les hommes et chez les femmes.

Le taux de ré-hospitalisation pour TS progressait de 14,0% à 12 mois jusqu'à 23,5% à 48 mois sans différence selon le sexe ; il était plus élevé parmi les 30-49 ans et chez les patients ayant un diagnostic psychiatrique.

Cette étude montre l'ampleur du phénomène suicidaire en France, souligne la nécessité de compléter la surveillance des TS et de mettre en place des actions de prévention et de prise en charge de certains groupes de population particulièrement vulnérables.

## Hospital admissions for suicide attempts in metropolitan France from 2004 to 2007. An analysis of the medico-administrative data PMSI-MCO

The hospital admission database « Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information » (PMSI) has been analysed for hospitalisations due to suicide attempts (SA).

In metropolitan France, between 2004 and 2007, a total of 359,619 hospitalisations by 279,843 patients in medicine and surgery wards were recorded for SA, i.e. approximately 90,000 hospitalisations by 70,000 patients per year. Over the four years studied, 84.1% of the patients were hospitalized once, and 15.9% were hospitalized several times for SA. Female admissions represented consistently 65% of the global admissions for SA each year. The most frequent method of SA was self-poisoning by drugs concerning 79% of the hospitalised SA, accounting for 67,000 to 79,000 hospital admissions per year. The hospitalisation rate for SA was 16.9 per 10,000 inhabitants (12.4 per 10,000 men and 21.2 per 10,000 women). Females between 15 and 19 years of age were the group with the highest rate (43 per 10,000). There was a regional trend. Standardised hospitalisation rates for SA were higher than the national rate in the Northern and Western regions (except for the Île-de-France and Pays-de-la-Loire) for both males and females. The rehospitalisation rate for SA was 14.0% at 12 months, increasing to 23.5% at 48 months without difference according to sex, but was higher among the 30-49 years old and among patients with a psychiatric diagnosis.

This study shows the burden of SA in terms of public health issues, underlines the need for its surveillance and for the development of prevention and treatment programs, particularly in certain vulnerable groups of population.

## Mots clés / Key words

Tentatives de suicide, hospitalisation, France / Suicide attempts, hospitalisation, France

## Introduction

En France, chaque année, plus de 10 400 personnes décèdent par suicide, soit environ 16 personnes sur 100 000, ce qui fait de la France l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide [1]. Le suicide est la conséquence la plus dramatique du passage à l'acte suicidaire, dont la prévention est une des priorités nationales de santé publique. D'après la littérature, les tentatives de suicide (TS) seraient entre 10 et 40 fois plus fréquentes que les suicides et représentent le facteur prédictif le plus important pour le suicide accompli [2]. Si

le nombre de suicides est connu grâce à l'analyse des certificats de décès, les TS n'ont pas fait l'objet d'une surveillance nationale en France.

Les estimations pour l'année 2002 faisaient état d'environ 195 000 TS en contact avec le système de soins, dont 105 000 hospitalisations dans des établissements non spécialisés en soins psychiatriques et 64 000 en psychiatrie [3]. Des analyses locales ou régionales des TS ont été faites à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [4;5]. Le PMSI, mis en place depuis une vingtaine d'années dans tous les établissements de soins

de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) vise à mettre en relation les moyens de fonctionnement, l'activité médicale et les pathologies. Toutefois, les données sur les TS ne sont exploitables que depuis 2003 [3].

À notre connaissance, la présente étude est la première concernant les TS à partir de données nationales du PMSI. Elle a pour objectif de décrire les TS ayant entraîné une hospitalisation au cours des années 2004 à 2007 dans les établissements MCO de France métropolitaine, ainsi que le risque de réadmission pour TS au cours de ces quatre années.