

SYNTHÈSE

Valentin Berthou, Monique Carrière, Clémentine de Champs,
Jean-Baptiste Hazo, Adrien Papuchon, Noemi Stella, Lisa Troy (DREES)
et Hadrien Guichard (Cridup)

Cinq ans se sont écoulés depuis le début de la crise due au Covid-19. Publié en 2022, le précédent rapport de l'Observatoire national du suicide était largement revenu sur les effets immédiats, en matière de risque suicidaire, de la pandémie et des mesures prises pour la combattre, notamment la distanciation sociale et les confinements. Les membres de l'Observatoire s'étaient penchés et avaient alerté dès le premier confinement sur les potentielles répercussions psychologiques de la situation sanitaire.

Le rapport de 2022 ne constatait pas de hausse du nombre de suicides en 2020, les confinements s'étant même révélés comme des facteurs de « protection », du moins à très court terme. Néanmoins, le niveau de détresse de plusieurs catégories de la population s'accroissait, notamment parmi les jeunes et les femmes de moins de 25 ans (taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé [GAI], prévalence de syndrome dépressif). Ces dégradations étaient interprétées comme résultant de l'affaiblissement de certains liens sociaux – avec un impact particulièrement fort chez les jeunes –, du fait des mesures de restriction et de l'impact multidimensionnel de la crise sanitaire sur les personnes en situation précaire.

Près de cinq années après le début de la pandémie, force est de constater que les tendances identifiées se sont maintenues dans la durée. Plutôt qu'une parenthèse aux effets limités dans le temps, la crise sanitaire semble avoir accéléré et amplifié des tendances antérieures, dont les ressorts restent encore trop mal connus.

Le précédent rapport de l'ONS recommandait d'améliorer la fiabilité et la réactivité des systèmes d'information utilisés dans le suivi des conduites suicidaires. Deux ans et demi plus tard, ces objectifs ont été tenus et les progrès ont été déterminants. L'exposé de ces changements de méthode et la mise en perspective des qualités et des limites des principaux indicateurs, cruciaux dans la lutte contre les conduites suicidaires, constituent deux des principaux axes de ce 6^e rapport. Au-delà de la production de chiffres (**encadré**), essentiels pour la tenue d'un débat public éclairé, cet ouvrage cherche en outre à contribuer à la réflexion de fond autour des pratiques suicidaires, notamment en portant une attention soutenue aux enjeux posés par l'aide à mourir, ainsi qu'aux facteurs structurant les conduites suicidaires individuelles en France et au sein des pays développés.

Encadré • Chiffres-clés**Taux de suicide en France (dossier 2)**

- En 2022, 9 200 personnes se sont suicidées en France, soit un taux brut de 13,4 pour 100 000 habitants (6,4 pour 100 000 femmes et 20,8 pour 100 000 hommes).
- Ce taux a augmenté de 0,4 point par rapport à 2021, avec une progression importante des taux de suicide chez les femmes de moins de 25 ans et chez les hommes de 85 ans ou plus.

Taux de suicide en Europe (fiche 3)

- En 2021, la mortalité par suicide standardisée par l'âge s'établit en moyenne à 10,2 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-27, un taux en baisse par rapport à 2011 (12,4).
- Les pays d'Europe du Sud enregistrent les taux les plus bas de décès par suicide, et ceux d'Europe de l'Est les taux les plus élevés (5,9 et 13,6 décès pour 100 000 habitants, respectivement). La France se place dans la moyenne haute avec un taux de décès par suicide qui s'établit à 13,3 en 2021.

Estimation du nombre de gestes auto-infligés (dossier 3)

- Selon une estimation basée sur le Baromètre santé de Santé publique France, entre 190 000 et 280 000 tentatives de suicide auraient eu lieu en 2021, dont environ 58 % auraient fait l'objet d'un passage aux urgences (fiche 1).
- En 2023, 77 601 personnes de plus de 10 ans, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisées au moins une fois pour un GAI dans les établissements de soins somatiques.

1. Le taux de suicide a atteint un plancher au seuil des années 2020

À la suite des préconisations de l'Inspection générale des affaires sociales¹, un travail mené par le CépiDc et soutenu par la DREES, dirigé par un comité de pilotage présidé par François Clanché et associant la Direction générale de la santé, la Direction générale de la recherche et de l'innovation, l'Inserm, Santé publique France, la Cnam et l'Insee, a permis de diviser par deux les délais de publication des statistiques de causes de décès : de quatre à deux ans². En octobre 2024, les effectifs et les taux de décès par suicide sont donc disponibles jusqu'en 2022, année où 9 200 personnes se sont suicidées, ce qui porte le taux brut de suicide à 13,4 décès pour 100 000 habitants, contre 13,1 en 2020 et 13,0 en 2021 (dossier 2).

1. Projet engagé en février 2022 à la suite d'un rapport IGÉSR-Igas-IG-Insee d'avril 2021.

2. Pour davantage de détails concernant la méthodologie mobilisée, voir Clanché, et al. (2023).

Selon ces nouvelles données, la baisse constante du taux de suicide, observée depuis le milieu des années 1980, semble s'essouffler. Une première hausse du taux de suicide relevée en 2018 est en grande partie liée à l'amélioration des données et doit être interprétée avec précaution³. Cependant, le taux de suicide paraît avoir atteint un niveau plancher au tournant de la décennie 2020. La légère remontée de ce taux entre 2021 et 2022 s'explique notamment par sa forte augmentation chez les hommes de plus de 85 ans (de 77 à 86 suicides pour 100 000 habitants) qui demeurent de très loin la population la plus à risque (11 pour 100 000 chez les femmes des mêmes âges en 2022). À l'autre bout de la pyramide des âges, l'augmentation du taux de suicide des jeunes femmes est indéniable avec un doublement entre 2015 et 2022. Cette évolution n'est que partiellement expliquée par la crise sanitaire, qui n'a fait qu'amplifier une tendance antérieure. Les jeunes femmes restent néanmoins la catégorie de genre et d'âge à la plus faible suicidalité.

Ces deux progressions interrogent dans un contexte international où s'observent des rebonds comparables, parfois également marqué par des hausses chez les jeunes femmes. Chez ces dernières, il est difficile de ne pas faire le lien entre la hausse des taux de suicide et celles des hospitalisations pour GAI et des pensées suicidaires.

2. Les conduites suicidaires des personnes âgées : lever le voile sur un tabou ?

Alors que le suicide est plus souvent associé aux jeunes et moins fréquemment aux personnes âgées, la réalité des chiffres peut surprendre. Car si le suicide ne constitue par l'une des principales causes de mortalité de nos aînés, et si leur taux d'hospitalisation pour GAI est inférieur à celui des autres classes d'âge – en particulier chez les femmes –, ce sont bien eux qui en meurent le plus, chez les femmes comme chez les hommes, ce dans tous les pays d'Europe (fiche 3) ; des chiffres rarement mis en évidence, qui traduisent la grande létalité des gestes suicidaires chez les personnes âgées et soulèvent des interrogations centrales sur le mal-être de nos aînés, dans un contexte de vieillissement de la population. Au contraire, chez les jeunes, où le taux de mortalité général est bien plus faible, le suicide représente la deuxième cause de mortalité (après les accidents de la route [fiche 2]) ; une cause de mortalité considérée comme hautement « évitable » et qui attire davantage l'attention.

En interrogeant le mal-être au grand âge avec le prisme du genre, les travaux qualitatifs des sociologues Frédéric Balard et Ingrid Voléry, dans le cadre de l'enquête Malâge, montrent que chez les hommes, les comportements suicidaires surviendraient à l'occasion de changements de nature « bifurcative » : des transformations nettes, comme l'entrée en Ehpad, marquant une perte de pouvoir décisionnel à la fois sur leur épouse et sur leur quotidien (dossier 1, section 2). La situation des femmes âgées ayant des comportements suicidaires

3. La DREES a publié dès le 23 avril 2023 une note à ce sujet : DREES-SEEE n° 2023/145, *Interprétation des évolutions récentes de la mortalité par suicide et rupture dans la méthode de mesure des décès par suicide entre 2017 et 2018*.

se caractériserait, en revanche, par un mal-être accumulé sur un temps long, dans lequel le rôle du travail de *care* serait central : certaines y adhèrent au point de vouloir accompagner leur conjoint dans la mort, quand d'autres expliquent leurs tentatives de suicide par l'épuisement provoqué par les attentes de leurs proches et une charge de travail domestique et familial insupportable, à un moment de la vie où les soutiens économiques et sociaux se fragilisent. En fin de compte, l'enquête Malâge montre que la division genrée des tâches au sein de la famille et la charge de travail assignée aux femmes ne se réduisent pas avec l'avancée en âge des enfants (dossier 1, section 2).

3. Penser conjointement le mal-être des personnes âgées et les dispositifs d'aide à mourir

Ces travaux n'épuisent cependant pas les sujets du mal-être et de la mort volontaire chez les personnes âgées, qui gagnent à être appréhendés dans le cadre d'une réflexion large sur les représentations de la fin de vie, les conséquences de polyopathologies invalidantes et la perte d'indépendance ; des dimensions fondamentales qui émergent de l'analyse de la littérature portant sur l'aide active à mourir (AAM) qui ouvre le dossier 1 de ce rapport.

Rappelons que l'ouverture d'un droit à mourir a été l'objet de nombreux débats publics, et notamment d'une consultation du Comité consultatif national d'éthique et de la fin de vie, ainsi que d'une conférence citoyenne en 2022-2023. À l'issue de cette dernière, avant même de se prononcer sur la pertinence du cadre légal actuel et de sa possible modification pour ouvrir un dispositif d'AAM, les citoyens avaient insisté sur l'importance des soins palliatifs et la nécessité de les développer sur l'ensemble du territoire. En effet, si un droit à mourir est mis en place, celui-ci doit indissociablement être pensé conjointement avec la fin de vie et la politique d'accompagnement du vieillissement.

Dans les pays où des dispositifs de mort volontaire ont été légalisés (ou ces pratiques autorisées sous conditions par la jurisprudence), on ne semble pas observer d'effets de « déport » des suicides vers les dispositifs d'AAM. Le taux de suicide n'y baisse donc pas, ce qui implique que ce sont des catégories de population différentes qui meurent selon ces deux modalités. Les personnes âgées constituent cependant la grande majorité des recourants à l'AAM, de même que les personnes atteintes de maladies incurables comme des cancers. Les recours sont également davantage demandés par des femmes plutôt issues de milieux favorisés.

L'ONS n'a pas vocation à prendre position dans ce débat, mais peut l'éclairer en mettant à disposition des éléments de cadrage scientifique. Ainsi, la revue de littérature du dossier 1 fait ressortir les difficultés liées à l'ouverture de l'AAM pour des populations atteintes de troubles psychiques et pour lesquelles l'évaluation de la demande se heurte à de nombreuses difficultés.

Par ailleurs, alors même que les actions de prévention du suicide se multiplient, il peut apparaître paradoxal de rendre possible une option de « suicide assisté », pour reprendre un terme controversé et utilisé par ses détracteurs. Or, dans les pays où l'AAM existe, celle-ci est fortement encadrée, et toutes les demandes de mort sont loin d'aboutir. Et le simple fait d'être écouté par un soignant, d'évoquer les possibilités du dispositif et d'entrevoir un horizon, provoque même dans certains cas un effet de revitalisation, ou du moins un début de prise en charge du mal-être. De tels effets peuvent, de manière contre-intuitive, ouvrir des perspectives d'articulation entre prévention du suicide et AAM.

4. Une situation toujours alarmante pour les adolescentes et les jeunes femmes

Le suivi des tentatives de suicide par les causes d'hospitalisation : des chiffres indispensables mais à interpréter avec précaution

D'après les données administratives, 77 601 personnes de plus de 10 ans, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisées au moins une fois pour GAI dans les établissements de soins somatiques en 2023⁴ (dossier 3). S'agissant des tentatives de suicide, les données les plus fiables et stables dans le temps reposent sur le dénombrement des hospitalisations pour GAI, une dénomination qui englobe cependant les tentatives de suicide et les automutilations non suicidaires telles que les scarifications. Bien que nécessaire, cette distinction peut être délicate à effectuer dans le cadre de la pratique clinique et demeure impossible à établir avec les données statistiques à disposition. De plus, parce qu'il repose sur des données d'hospitalisations nécessairement imparfaites, cet indicateur ne rend compte que d'une partie des GAI et est donc toujours susceptible de donner une vision déformée de leur évolution. Ainsi, une partie substantielle des tentatives de suicide ne conduit pas à une hospitalisation et, inversement, nombre d'automutilations non suicidaires en font l'objet (dossier 3, section 1).

Au-delà de cette distinction, la qualité de la donnée statistique sur les GAI peut être discutée, notamment dans le champ psychiatrique (dossier 3, section 1, encadré). L'étude pilote réalisée par Catherine Quantin et Fabrice Jollant (2023) conclut à une fiabilité acceptable du codage des GAI dans les services de soins somatiques étudiés à l'hôpital de Dijon, même si ces premiers résultats gagneraient à être confirmés par des recherches à plus grande échelle sur l'ensemble du territoire (dossier 3, section 4). À l'inverse, l'étude pointe la forte sous-déclaration des GAI dans les services psychiatriques. Ce résultat confirme l'idée d'un renoncement au codage des causes d'hospitalisation par les professionnels eux-mêmes – qui dépasse la question des GAI – pour différentes raisons : désaccord sur l'objectif de réutilisation des données à des fins économiques, manque de ressources administratives, refus de figer un diagnostic, etc. (dossier 3, section 1, encadré).

4. 17 278 personnes, dont 67 % de femmes, sont recensées comme ayant été hospitalisées en psychiatrie à la suite d'un GAI, mais ce chiffre, largement sous-estimé, reste à considérer avec précaution (dossier 3, section 1).

Il s'agit là d'autant d'éléments à prendre en considération lorsque l'on estime le nombre de tentatives de suicide et son évolution. Ce qui ne peut d'ailleurs être correctement fait qu'en combinant sources médico-administratives et enquêtes au périmètre plus large, comme le Baromètre santé ou Escapad (fiches 1 et 2).

Une augmentation inédite des hospitalisations pour geste auto-infligé chez les adolescentes et les jeunes femmes

Le recul rendu possible par les données d'hospitalisations couvrant la période 2007-2023 permet de détecter plusieurs phénomènes épidémiologiques importants.

Tout d'abord, l'augmentation du nombre d'hospitalisations pour GAI chez les adolescentes et les femmes de moins de 25 ans, observable dès 2016, s'accélère à partir de 2020 et persiste au-delà de la période post-Covid (dossier 3, section 2). Environ 516 jeunes femmes de 15 à 19 ans sur 100 000 ont été hospitalisées en 2023 pour GAI (contre 333 sur 100 000 en 2015), un chiffre qui illustre de façon particulièrement inquiétante la situation d'une partie de la jeunesse, signalée dans de nombreux pays occidentaux et asiatiques. En 2022, l'enquête Escapad réalisée auprès des jeunes de 17 ans remontait des chiffres alarmants : près d'un quart des adolescentes en France déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et environ 5 % disent avoir fait une tentative de suicide les ayant menées à l'hôpital au cours de leur vie (fiche 2).

Cette hausse inédite pose de nombreuses questions, même si la vulnérabilité des jeunes femmes et des adolescentes vis-à-vis des conduites suicidaires est une réalité clinique connue. Il faut souligner le caractère genré du phénomène, car les mêmes indicateurs restent en effet stables pour les adolescents et les jeunes hommes, chez qui la recherche d'autres marqueurs du mal-être reste infructueuse à ce jour. Plusieurs hypothèses, déjà pointées dans le précédent rapport de l'ONS, peuvent être avancées : les adolescentes sont exposées à des violences sexistes et sexuelles (Scodellaro, 2022), ainsi qu'à des injonctions de genre dont la diffusion est largement amplifiée par les réseaux sociaux numériques. L'usage de ces derniers, plus massif chez les filles et dont la fréquence est plutôt corrélée à une mauvaise santé mentale, intensifie leur exposition aux normes de beauté stéréotypée et à la sexualisation des corps féminins, qui se retrouvent aussi en dehors des plateformes numériques. Dans ce contexte, la puberté, qui peut se manifester plus violemment chez les filles et semble advenir de plus en plus précocement (Keyes, Platt, 2024), est pour les adolescentes une période de vulnérabilité accrue vis-à-vis des injonctions de genre, ainsi que des violences sexistes et sexuelles qui y sont profondément liées. À l'effet structurant de la socialisation genrée sur les conduites suicidaires des adolescentes et des jeunes filles se conjuguent peut-être aussi des effets de génération, ou d'autres effets de période qui restent à explorer, tels ceux de l'écoanxiété, le poids grandissant de la socialisation médiatisée en général⁵, etc. Le dossier 3 esquisse plusieurs pistes d'investigation sur ce sujet.

5. Une étude récente sur les jeunes menée par le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pointe, pour l'Europe, l'utilisation problématique et accrue des réseaux sociaux, et son effet néfaste sur la santé mentale (OMS, 2024).

Une baisse substantielle des hospitalisations pour geste auto-infligé chez les femmes et les hommes d'âge actif, à partir de 30 ans

Les hospitalisations pour GAI ont en revanche nettement reculé chez les femmes de 30 à 69 ans et chez les hommes de 30 à 59 ans. Le second pic d'hospitalisations, observé chez les femmes autour de la cinquantaine dans les années 2010, disparaît, impliquant une transformation profonde du rapport entre âge et GAI : les inégalités entre femmes et hommes, de ce point de vue, se sont considérablement réduites entre 35 et 70 ans, tandis que, parmi les femmes, l'écart s'est accru considérablement entre les moins de 25 ans et leurs aînées.

Les raisons d'une telle amélioration de la situation chez des personnes en milieu de cycle de vie restent à établir et cette réflexion constitue un enjeu majeur pour les politiques de prévention des conduites suicidaires. Pour autant, la baisse importante de ces hospitalisations ne s'est pas accompagnée d'une baisse du taux de suicide à ces âges. Ce paradoxe illustre les limites d'une prévention du suicide qui serait basée uniquement sur la prévention des tentatives de suicide.

Par ailleurs, les conséquences de la hausse des gestes auto-infligés chez les adolescentes et les jeunes femmes sur la suite de leurs trajectoires sociale, économique et de santé doivent également constituer un sujet d'attention dans les années à venir.

5. Genre, revenus et configuration familiale : des inégalités fortes et structurelles face au risque suicidaire

Le paradoxe du genre

Quelles sont les personnes les plus exposées au risque suicidaire ? Ce rapport de l'ONS met en évidence la complexité de cette question, pourtant simple en apparence. Car les conduites suicidaires sont caractérisées par un paradoxe lié au genre, que l'on constate dans la majorité des pays du monde. En examinant les hospitalisations, on observe en effet que les passages à l'acte sont nettement plus fréquents chez les femmes, alors que ce sont les hommes qui décèdent le plus de suicide.

La distinction entre les gestes suicidaires létaux et non létaux, qui peut aboutir à traiter séparément ces deux dimensions des conduites suicidaires, peut aussi être mobilisée pour renouveler la compréhension du phénomène suicidaire et de ses déterminants. En critiquant la notion classique de « tentative de suicide » – qui conduit implicitement à considérer les uns comme des suicides « aboutis » (modalité « masculine » des conduites suicidaires) et les autres comme des « échecs », signes de faiblesse et d'indécision (modalités « féminines ») –, la psychologue Silvia Sara Canetto a ainsi mis au jour l'existence de « scripts culturels » genrés dans l'expression du mal-être poussé à son paroxysme. Ces scripts reposent, par exemple, sur des rapports différents au corps et aux moyens employés pour attenter à son intégrité physique, ou à la « mise en scène » des passages à l'acte. L'évolution de tels

scripts culturels, par exemple par la mise en visibilité sur les réseaux sociaux des pratiques d'automutilation chez les adolescentes, constitue d'ailleurs l'une des hypothèses pouvant être mobilisées pour expliquer l'augmentation récente de telles pratiques.

Forgé initialement pour comprendre le paradoxe du genre du phénomène suicidaire, ce paradigme pourrait être investi pour mieux rendre compte des divergences et des dynamiques constatées en fonction de l'âge. Indépendamment des controverses terminologiques, ces débats incitent à ne pas s'intéresser uniquement, du point de vue des conduites suicidaires, à ce qui change, mais à porter également une attention accrue aux dimensions structurantes du phénomène suicidaire.

Chez les jeunes, des risques accrus chez les plus modestes, les mères isolées et ceux qui vivent « hors ménage »

Devant la recrudescence des hospitalisations pour GAI chez les jeunes femmes, il est essentiel de mieux identifier les catégories les plus à risque. En croisant les données socio-fiscales et les données d'hospitalisation pour GAI, le dossier 3 (section 3) met en évidence des inégalités en fonction du niveau de vie des personnes, mais aussi du type de ménage auquel elles appartiennent.

Le risque d'hospitalisation des personnes comptant parmi les 20 % les plus pauvres est ainsi presque trois fois supérieur à celui des 20 % les plus aisées, les jeunes femmes les plus pauvres étant hospitalisées entre sept et huit fois plus souvent que les jeunes hommes les plus aisés.

D'autre part, le risque d'hospitalisation pour GAI varie selon la structure du ménage : les adolescents et jeunes adultes qui cohabitent avec leurs parents sont les moins susceptibles d'être hospitalisés pour un GAI. Au contraire, les jeunes habitant « hors ménage » – c'est-à-dire les sans-abri ou ceux vivant en internat, résidences sociales, foyers, etc. – présentent un taux d'hospitalisation particulièrement élevé. De plus, les adolescentes vivant avec un parent isolé et les jeunes mères seules présentent aussi des taux d'hospitalisation particulièrement élevés.

Le lien entre niveau de revenu et conduites suicidaires appréhendées à partir des données d'hospitalisations reste cependant complexe et parfois difficile à interpréter : ce sont, par exemple, les jeunes les plus aisés qui sont le plus souvent réhospitalisés dans les douze mois qui suivent la première hospitalisation. Cela signifie-t-il qu'un haut niveau de vie ne constitue pas un facteur protecteur après une première hospitalisation, ou s'agit-il d'une conséquence d'un suivi médical et social plus étroit pour ces jeunes ?

6. Chantiers et perspectives

Les résultats et les réflexions présentés dans ce rapport invitent à poursuivre les travaux sur le phénomène suicidaire dans au moins quatre directions, afin d'alimenter les connaissances à disposition des acteurs de la prévention et de la prise en charge des conduites suicidaires :

- Comment appréhender l'intentionnalité suicidaire ?
- Que se passe-t-il chez les jeunes (y compris chez les jeunes hommes et adolescents) ?
- Que dire des parcours de santé et de vie des suicidants ?
- Comment développer et améliorer davantage la compréhension des données et des indicateurs issus des systèmes d'information ?

L'intentionnalité suicidaire en question : le caractère volontaire de l'acte et sa visée létale

L'intentionnalité suicidaire peut constituer un point aveugle épistémique : une personne décédée par suicide voulait-elle (réellement) mettre fin à ses jours ? Car si le caractère suicidaire du décès ne fait parfois aucun doute, il est sujet à caution dans certains cas : accidents de la route, prises de médicaments, blessures infligées par objet tranchant. Dans plusieurs pays, les personnes mortes sans intentionnalité avérée ne sont pas classées de la même manière que celles pour qui l'intentionnalité du geste est avérée ou très probable (fiche 3). Les façons dont les actes sont catégorisés, leur variabilité, l'impact de ces choix analytiques sur le recensement des conduites suicidaires, restent des points à approfondir par une étude fine des processus de codage des causes de décès dans les différents pays, voire, le cas échéant, à des échelles territoriales plus fines.

L'intentionnalité pose aussi des problèmes importants dans le cas des gestes suicidaires non létaux : si le caractère volontaire de l'acte peut, en théorie, être plus facilement établi que dans le cas des décès, distinguer le caractère intentionnel ou non d'une lésion ne constitue pas nécessairement l'objectif du codage réalisé dans les services hospitaliers, qui demeure documentaire⁶. De plus, l'intentionnalité suicidaire en tant que telle pose question : où commence la volonté de mise en danger de sa propre vie dans les lésions que s'inflige un individu ? À partir de quand et de quel niveau de gravité les atteintes à sa personne doivent-elles être considérées comme une tentative de suicide, une qualification que réfute – *a posteriori* – une partie substantielle des patients, même parmi ceux qui ont été hospitalisés (fiche 1) ? Enfin, comme le rappellent des professionnels du soin et les associations de prévention, faut-il assimiler le souhait d'échapper à une souffrance psychique insupportable à un désir de mort ? De nouveaux travaux sur ces sujets pourraient conduire à élaborer des indicateurs permettant de suivre de façon plus fiable et précise l'évolution des gestes suicidaires non létaux.

6. Un diagnostic associé documentaire est un diagnostic supplémentaire non pris en compte pour déterminer le tarif du séjour hospitalier, dans le cadre de la tarification à l'activité.

Certains plaident ainsi pour considérer que les GAI se situent sur un continuum qui s'établit en fonction de la gravité du geste, celle-ci pouvant être évaluée à partir des données du système de soins : passage aux urgences avec et sans hospitalisation, prise en charge en soins intensifs ou encore durée de l'hospitalisation. Les modes opératoires enregistrés peuvent aussi être mobilisés pour distinguer des gestes évoquant plutôt les automutilations (lésions avec un objet tranchant, brûlures). Enfin, des réflexions en cours dans d'autres champs que celui de la suicidologie classique pourraient amener à retravailler la définition du suicide. Des collectifs, associations et groupes militants évoquent ainsi le « suicide forcé » causé par des violences du conjoint ou des proches, comme une forme de féminicide. La France est d'ailleurs l'un des rares pays qui reconnaît dans son droit, depuis la loi du 30 juillet 2020, le harcèlement conjugal comme une infraction pouvant conduire une victime à se suicider ou à attenter à ses jours. Ces réflexions ouvrent de nouvelles perspectives épistémiques et requestionnent également l'intentionnalité liée à l'acte, ainsi que la causalité des événements.

Que se passe-t-il chez les jeunes ? Pourquoi les personnes âgées se suicident-elles autant ?

La hausse brutale et pérenne des hospitalisations pour GAI chez les jeunes filles, ainsi que les premiers indices d'une hausse des décès par suicide chez les jeunes femmes, constituent, d'un point de vue de la santé publique, un résultat alarmant. Les explications empiriquement fondées permettant de comprendre cette dégradation manquent, tandis que les hypothèses abondent. Au vu de la multidimensionnalité des facteurs influant sur la santé mentale et du caractère « intriqué » de leurs effets, des approches fines *via* des méthodologies qualitatives, apparaissent incontournables pour cerner ce qui se joue dans les trajectoires et les parcours individuels, et permettraient de mieux saisir les configurations des comportements suicidaires des jeunes filles. Il demeure également essentiel d'interroger la santé mentale des jeunes garçons et d'envisager l'existence de comportements autoagressifs – voire suicidaires – qui échapperaient aux indicateurs standards (violences et comportements à risque notamment). D'une façon générale, des recherches venant interroger les expressions genrées du mal-être et questionner ce qui est classifié comme relevant des conduites suicidaires en fonction de la socialisation de genre, présenteraient un intérêt majeur dans le contexte actuel.

Mettre l'accent sur les analyses de parcours, tant *via* des méthodes quantitatives que qualitatives, pourrait constituer une piste particulièrement féconde pour mieux saisir les « bifurcations » et les événements biographiques pouvant influencer sur le risque suicidaire : adolescence, passage à la retraite, perte du conjoint, post-partum à risque, survenue de troubles psychiques, réitérations suicidaires, incarcération (ou libération)... D'une façon générale, une attention accrue à l'analyse des trajectoires permettrait de porter le regard sur ce qui conduit des idées aux gestes suicidaires, puis au décès par suicide. Elle aiderait à appréhender les inégalités face au risque suicidaire, y compris dans leur dimension territoriale, et ouvrirait peut-être la possibilité d'éclairer les raisons de la baisse des hospitalisations

aux âges intermédiaires, tout en apportant les éléments de compréhension du développement du risque suicidaire au grand âge qui font si cruellement défaut aujourd’hui.

Une multiplication des initiatives de prévention et de postvention

Ce rapport donne la voix à plusieurs institutions et associations ayant mis en place des dispositifs de prévention et de postvention (prévention et soutien auprès des proches endeuillés par suicide), en combinant des approches structurelles, populationnelles et territoriales. Nombre de ces initiatives sont portées par la Direction générale de la santé qui pilote la stratégie nationale de prévention du suicide incluant, par exemple, le déploiement du secourisme en santé mentale en France, ainsi qu’un ensemble d’actions visant à renforcer l’accès au numéro national de prévention du suicide – le 3114 – ou à mieux communiquer sur les supports numériques et dans la presse, afin de prévenir les phénomènes de contagion suicidaire (fiches 4 et 5).

D’autres plans et dispositifs institutionnels ciblent des populations spécifiques, identifiées comme étant particulièrement exposées aux conduites suicidaires. Il s’agit notamment du monde agricole (les exploitants et salariés de la production agricole ainsi que leurs proches [fiche 7]), des établissements scolaires (fiche 6), et enfin du milieu carcéral au sein duquel la Direction de l’administration pénitentiaire promeut des initiatives de formation et de pair-aidance dont l’intérêt s’avère certain pour de nombreux publics et situations (fiche 8). Le rapport met également en avant le développement récent d’initiatives de postvention : le dispositif Alinéa dans les Côtes d’Armor (département au taux de suicide le plus élevé de France) [fiche 10], la plateforme numérique ESPOIR (fiche 11), ou encore l’examen des actions menées par les adhérents de l’Union nationale de prévention du suicide (fiche 9).

La pluralité de ces dispositifs de prévention illustre la grande difficulté à construire une politique de prévention globale du suicide, tant les populations sont diversement affectées selon le genre, l’âge et les conditions sociales d’existence. Dans un contexte de tassement de la courbe du taux de suicide en France, l’évaluation des politiques publiques reste, aujourd’hui, un terrain largement inexploré.

Toutefois, l’engagement de l’ensemble de ces acteurs de la prévention, ainsi que l’implication de l’État qui porte nombre de ces projets, ne peuvent pas pallier la crise que traverse le secteur du soin, en particulier celui de la psychiatrie – le volume de l’activité hospitalière publique du secteur a diminué de 25 % en dix ans (Didier, Lefebvre, 2024a) – et de la pédopsychiatrie – dont un récent rapport (Dubré-Chirat, Rousseau, 2024) évoque même « l’effondrement », seulement très partiellement compensé par la montée en charge du dispositif Mon soutien psy⁷. Quoique la question du risque suicidaire – et, notamment, du mal-être des jeunes – ne puisse être réduite au sujet de la pathologie psychiatrique, la présence de troubles psychiatriques reste l’un des déterminants les plus fortement associés

7. Pour l’année civile 2023, les administrations publiques ont financé 19 millions d’euros pour ce dispositif, dont 18 millions d’euros par la Caisse nationale de l’Assurance maladie. Le financement par les organismes complémentaires ou les ménages des consultations de ce dispositif s’est élevé à 11 millions d’euros (Didier, Lefebvre, 2024b).

au risque suicidaire. La très forte crise que traverse également le secteur de l'intervention sociale contribue aussi à limiter les possibilités d'accompagnement des personnes en difficulté et de leurs proches, aggravant encore potentiellement les inégalités de niveau de vie, de soutien social et d'accès aux soins mises en avant dans ce rapport.

Poursuivre l'amélioration du système d'information et mieux appréhender l'impact des politiques de prévention

Concernant les tentatives de suicide, les données les plus fiables et comparables dans le temps reposent sur le dénombrement des hospitalisations pour GAI dans les services de soins somatiques. Certains individus ont toutefois des comportements suicidaires sans être hospitalisés, ou – quand ils le sont – sans que le codage de leur prise en charge en rende compte. Dans la lignée de l'étude pilote réalisée par Catherine Quantin et Fabrice Jollant pour évaluer la fiabilité du codage des GAI dans les bases de données du centre hospitalier universitaire et de l'établissement public de santé mentale de Dijon (dossier 3, section 4), le développement de recherches à plus large échelle s'avérerait nécessaire.

Ces recherches doivent s'accompagner d'une attention aux enjeux pratiques et aux conditions de production réelles de ces codages et classifications (disponibilité des soignants en charge du codage et perception qu'ils en ont, organisation du travail, implications pour la gestion de l'établissement, outils à disposition, pertinence des catégories du codage, etc.), sans laquelle toute volonté d'améliorer la fiabilité des données risquerait de se révéler infructueuse. Quant aux décès par suicide, les multiples améliorations du système d'information décrites dans le dossier 2 et leur montée en charge désormais très avancée mettent à l'ordre du jour la réévaluation de la sous-estimation du nombre de décès par suicide, réalisée il y a une quinzaine d'années, à partir des causes de décès de 2006.

Si un dispositif d'AAM venait prochainement à voir le jour en France, l'élaboration d'un système d'information permettant de rendre compte du recours et de l'examen des demandes serait indispensable, sans oublier l'étude des récits et des pratiques des personnes directement concernées (patients, soignants, etc.). Les réflexions sur la fin de vie mises en évidence dans le dossier 1 (section 1) soulignent aussi l'intérêt que constituerait la mise en place d'une stratégie de suivi des sédations profondes et continues en France.

Enfin, le développement d'outils de prévention et de prise en charge innovants et ambitieux, tels que Vigilans ou le 3114 (fiche 4), laisse entrevoir la possibilité de nouveaux champs d'études à mener, de par l'ampleur des systèmes d'information qui peuvent accompagner leurs activités et leur caractère complémentaire par rapport aux indicateurs standards (idées et comportements suicidaires, proches touchés par les crises suicidaires de leur entourage dans le cas du 3114, réitération suicidaire dans celui de Vigilans, etc.). Il s'agirait également de développer, dans les années à venir, les démarches d'évaluation des dispositifs, ainsi que la réflexion sur les modalités d'estimation de l'impact des actions et politiques de prévention sur la lutte contre le risque suicidaire.

Références bibliographiques

- **Clanché, F., et al.** (2023). Les statistiques provisoires sur les causes de décès en 2018 et 2019 : une nouvelle méthode de codage faisant appel à l'intelligence artificielle. DREES, *DREES Méthodes*, 8.
- **Didier, M., Lefebvre, G.** (dir) (2024a). Fiche 02 – Les soins hospitaliers. Dans *Les dépenses de santé en 2023 – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **Didier, M., Lefebvre, G.** (dir) (2024b). Fiche 08 – Les soins des auxiliaires médicaux hors soins infirmiers. Dans *Les dépenses de santé en 2023 – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- **Dubré-Chirat, N., Rousseau, S.** (2024). *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques*. Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
- **Keyes, K.M., Platt, J.M.** (2024). Annual research review: sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century—trends, causes, consequences. *Journal of child psychology and psychiatry*, 65(4), p. 384-407.
- **OMS, Organisation mondiale de la santé** (2024). *A focus on adolescent social media use and gaming in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey*. Volume 6. World Health Organization, hbsc.
- **Scodellaro, C.** (2022). Violences sexuelles et tentatives de suicide. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 260-267. Paris, France : DREES.