

OBSERVATOIRE
NATIONAL
DU SUICIDE

SUICIDE

Mal-être croissant des

jeunes femmes et fin de vie

Penser les conduites suicidaires
aux prismes de l'âge et du genre

6^e RAPPORT - FÉVRIER 2025

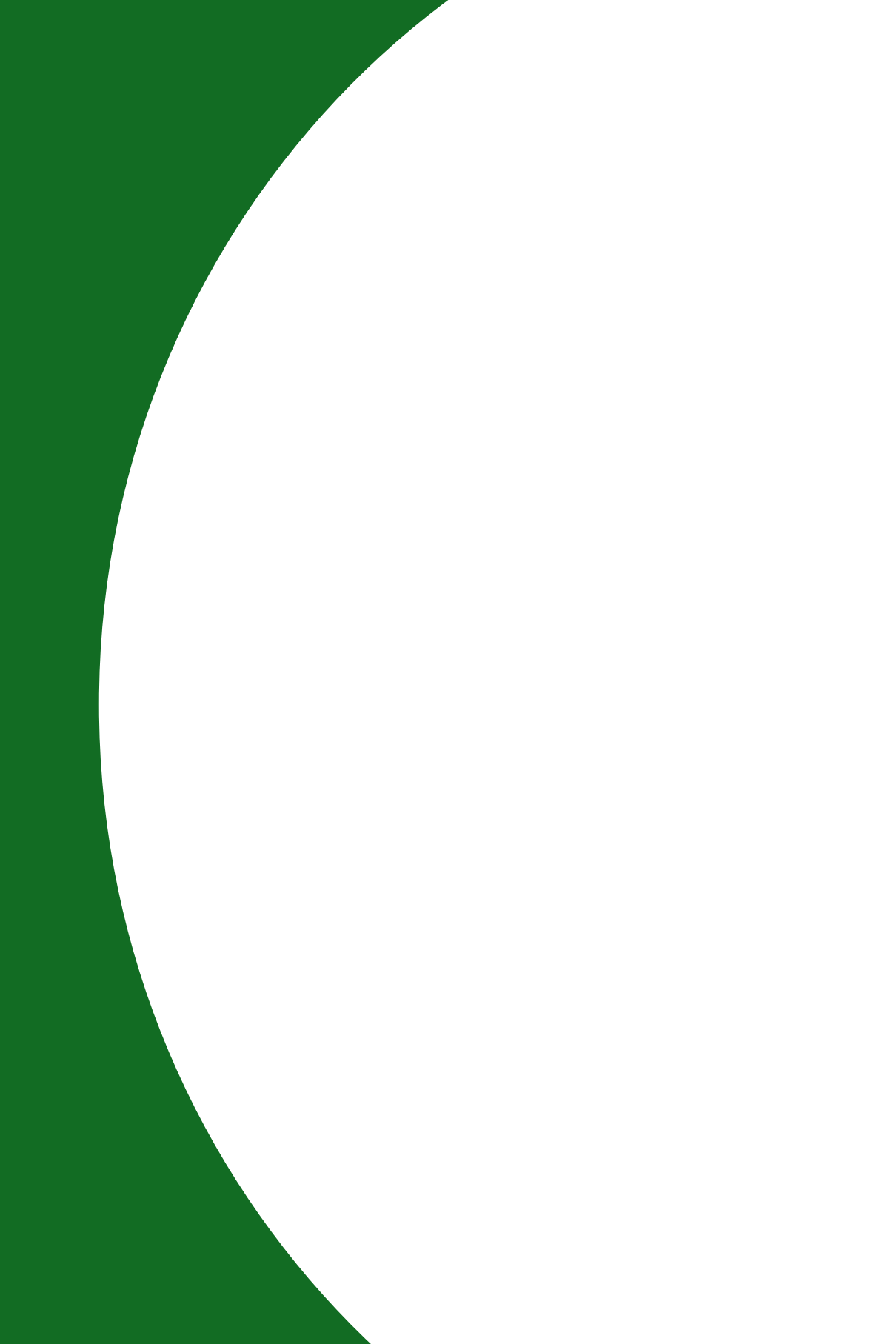
SUICIDE

Mal-être croissant des

jeunes femmes et fin de vie

Penser les conduites suicidaires
aux prismes de l'âge et du genre

6^E RAPPORT / FÉVRIER 2025



Avant-propos

Fabrice Lenglard (directeur de la DREES,
président délégué de l'Observatoire national du suicide)

L'Observatoire national du suicide (ONS), créé en 2013 et renouvelé pour cinq ans en août 2023, est présidé par le ministre en charge de la santé. Il rassemble cinquante personnalités qualifiées et associations de prévention du suicide. C'est avec l'accord de ses membres que l'ONS dédie ce sixième rapport à Michel Debout.

Médecin légiste de formation, Michel Debout a été un acteur majeur du champ de la prévention en France et l'un des principaux artisans de la création de l'Observatoire national du suicide. Très tôt dans sa carrière, il a investi le champ de la suicidologie et appelé à développer des programmes et politiques de prévention du suicide. Saisi en 1992 sur cette question, le Conseil économique et social a produit sous sa direction un rapport¹ qui a rencontré un fort écho social et politique. Ce rapport a contribué à modifier la perception du suicide, jusque-là renvoyé à l'intime et à la sphère privée, pour en faire un véritable objet de la politique de santé publique. Cette irruption de la problématique du suicide dans la sphère publique a été suivie par l'*Appel des « 44 »* lancé en 2011 pour demander la création d'un observatoire des suicides.

Ce combat d'une vie s'est donc avéré décisif pour la création de l'ONS en 2013, projet dans lequel Michel Debout s'est particulièrement investi. Dans le cadre des travaux et débats de l'Observatoire, il a toujours fait part de réflexions pertinentes, humanistes, parfois critiques mais toujours constructives. Michel Debout nous a quittés le 18 novembre 2024, et nous tenons, avec tous les membres de l'ONS, à saluer sa mémoire.

Depuis la crise sanitaire, l'idée que la santé mentale des Français se dégrade, notamment chez les jeunes, est au centre du débat public. En 2025, la santé mentale est la grande cause nationale du gouvernement. Les comportements suicidaires constituent en effet l'une des manifestations les plus graves des problèmes de santé mentale, et les comprendre est essentiel pour concevoir des politiques de prévention efficaces. Les membres de l'Observatoire et les équipes de la DREES, qui participent depuis onze ans à la construction et à l'articulation des connaissances sur le sujet, contribuent, par le moyen de ce rapport et des précédents, à éclairer le débat public sur la santé mentale des Français et les politiques de prévention.

1. Michel Debout, *Le suicide*, Conseil économique et social, 1993.

Leur travail s'inscrit dans une logique à la fois interdisciplinaire – nécessaire pour rendre compte de la complexité du phénomène suicidaire – et collégiale. Aussi indispensable que la perspective interdisciplinaire, cette collégialité entre soignants, membres d'associations de prévention et de personnes concernées, acteurs de santé publique et chercheurs, permet de dresser dans ce rapport un panorama général et nuancé des comportements suicidaires.

Les réflexions et les résultats de recherches rappellent la nécessité de poursuivre les efforts pour mieux comprendre les conduites suicidaires et leur évolution, de manière à mieux adapter les politiques de santé. Pour ce faire, ce sixième rapport documente avec précision le poids des comportements suicidaires dans la population française, leurs tendances et les inégalités face au risque suicidaire, tout en participant à la discussion publique sur les dynamiques affectant la santé mentale de la population.

Le premier dossier aborde la question de la fin de vie. Il s'attache à apporter des éléments d'information et d'analyse sur l'aide médicale à mourir, un sujet qui vient questionner les acteurs de la prévention du suicide. L'état de l'art proposé inclut une description des différents dispositifs d'assistance à mourir existant dans le monde à ce jour. Il vise à contextualiser les débats et à fournir des clés d'analyse pour s'emparer de cette question complexe, en s'appuyant dans une première partie sur l'examen d'une littérature pluridisciplinaire et internationale issue de travaux scientifiques, mais aussi de contributions issues de la littérature dite grise pour tenir également compte du point de vue des acteurs, notamment des soignants. L'un des angles de ce travail consiste à questionner les articulations entre les possibilités d'une loi sur l'aide médicale à mourir, les dispositifs d'accompagnement de la fin de vie existants et la politique de prévention du suicide. Dans une seconde partie, ce dossier présente les résultats d'une recherche qualitative portant sur le mal-être au grand âge et les conduites suicidaires des personnes âgées, un sujet trop souvent passé sous silence, auquel ce projet financé par la Mission recherche de la DREES permet d'apporter des éclairages sociologiques précieux.

Le deuxième dossier du rapport est consacré à la mortalité par suicide. Il rend compte des chiffres de mortalité les plus récents pour présenter les tendances à l'œuvre en France et en Europe. Les évolutions observées chez les jeunes femmes et les hommes âgés de 85 ans ou plus requièrent toute notre vigilance. Ce dossier constitue également l'occasion de faire un point sur l'évolution des méthodes de comptabilisation des décès. Grâce aux efforts du CépiDc et de la DREES à travers la mission confiée à François Clanché, nous nous félicitons de l'accélération de la remontée et du codage des causes médicales de décès, qui permet de réduire de quatre à deux ans le délai nécessaire pour mettre à disposition les données de cause de mortalité. Par ailleurs, l'amélioration de la remontée spécifique aux décès par suicide entraîne une importante rupture de série en 2018, que l'Observatoire et la DREES se devaient de documenter.

Le troisième dossier porte sur les gestes auto-infligés, terme privilégié par l'Observatoire à celui de « tentatives de suicide », encore largement utilisé mais qui correspond moins étroitement à la réalité décrite par les données de référence. En effet, ces dernières ne permettent pas de distinguer de l'ensemble des automutilations celles par lesquelles leurs auteurs cherchent à mettre fin à leurs jours. Ce dossier propose un bilan des méthodes employées pour estimer les gestes auto-infligés en population générale avant de présenter les principales tendances observables les concernant. Dans la lignée des travaux amorcés dans le rapport de 2022 et pour faire suite à d'autres publications de la DREES montrant une élévation très préoccupante des conduites suicidaires chez les jeunes femmes, ce dossier reprend une approche centrée sur les inégalités sociales de santé pour couvrir les hospitalisations pour geste auto-infligé dans cette population. L'apport méthodologique visant à améliorer nos outils statistiques ou compléter notre capacité de compréhension des phénomènes suicidaires est important, comme en témoignent les conclusions d'une étude financée par l'ONS estimant la fiabilité du codage des gestes auto-infligés dans plusieurs structures hospitalières.

En plus de ces dossiers, le lecteur trouvera onze fiches rédigées par des membres de l'ONS abordant les conduites suicidaires et la santé mentale de la population. Ces fiches permettent des éclairages spécifiques à partir de résultats statistiques et d'enquêtes qualitatives, ou documentent des mesures ou des dispositifs à l'œuvre ou en préparation. Elles reflètent la diversité des approches possibles pour rendre compte du phénomène suicidaire, en matière de production de données comme de dispositifs d'accompagnement et de prévention, qu'ils soient pilotés par des politiques publiques ou des acteurs du secteur associatif. Plusieurs fiches actualisent des travaux menés antérieurement et témoignent à ce titre de l'évolution des pratiques.

Un premier ensemble de fiches permet de documenter l'évolution des tentatives de suicide et des pensées suicidaires. On y retrouve les travaux menés par Santé publique France à partir de son Baromètre santé (fiche 1) ; l'exploitation d'une enquête statistique menée par l'Office français des drogues et des tendances addictives (OFDT) à propos du mal-être des jeunes et des conduites addictives associées (fiche 2) ; et un travail de comparaison internationale des taux de suicide exploitant les données d'Eurostat (fiche 3).

Une deuxième série de fiches revient sur la mise en place de plans de prévention auprès de groupes socioprofessionnels spécifiques ou en population générale. Deux fiches, rédigées par la Direction générale de la santé, décrivent les modalités de fonctionnement de la stratégie nationale de prévention du suicide (fiche 4) et le déploiement des formations Premiers secours en santé mentale (fiche 5). Trois autres fiches présentent les plans de prévention du suicide en milieu scolaire (fiche 6), en direction des agriculteurs (fiche 7) ou dans le milieu pénitentiaire (fiche 8).

Un dernier ensemble de fiches documente des initiatives et des dispositifs autour de la postvention, c'est-à-dire l'accompagnement et la protection des personnes endeuillées par le suicide d'un proche. L'Union nationale de prévention du suicide (UNPS) présente l'implication de ses adhérents associatifs pour le développement de cette approche (fiche 9). Deux dispositifs sont présentés : Alinéa, mis en place dans les Côtes-d'Armor (fiche 10), et la plateforme d'aide en ligne du dispositif ESPOIR, issu de recherches financées par l'ONS (fiche 11).

Enfin, une Veille stratégique, diffusée régulièrement depuis octobre 2008 par la DREES aux membres de l'Observatoire et aux professionnels intéressés, reprend l'essentiel de l'actualité documentaire nationale et internationale consacrée au suicide.

Nous espérons que les lecteurs trouveront dans ce document un ensemble utile de connaissances et de données récentes et accessibles sur la problématique suicidaire, auxquelles ils pourront se référer jusqu'à la parution du prochain rapport de l'Observatoire.

Remerciements

Ce rapport est le fruit d'un travail collectif impliquant de nombreux acteurs.

L'équipe de la DREES en charge du pilotage de ce rapport souhaite tout d'abord remercier les membres de l'Observatoire national du suicide (ONS) qui, par leur investissement bénévole et désintéressé dans les assemblées générales et les groupes de travail, ainsi que par leur soutien constant, ont permis de donner corps à cet ouvrage. Elle sait le temps passé par chacun à faire part de ses réflexions, de ses analyses, de ses interrogations et de ses retours d'expérience. La collégialité des échanges, le respect mutuel et la confiance portée par les membres à l'égard de l'équipe de la DREES assurant le secrétariat de l'Observatoire et la continuité de ses activités sont exemplaires et en constituent un socle indispensable.

Sont ensuite chaleureusement remerciées toutes les personnes et les institutions ayant accepté de contribuer à ce rapport, qui bénéficie ainsi de nombreux éclairages croisés, apportant des perspectives dont la complémentarité s'avère précieuse. Ce document est à l'image de la composition de l'ONS – il est multiple – et des spécificités de sa thématique – croiser les analyses sur des phénomènes complexes nécessite de prendre le temps d'expliquer les positions, les points de vue et les méthodes. Merci donc aux auteurs pour l'énergie consacrée à ce projet, leur patience dans les échanges et leur confiance dans l'équipe de coordination du rapport.

Merci également aux nombreux collaborateurs qui, au sein de la DREES, ont participé de près ou de loin à l'élaboration du rapport, tant par leurs relectures et leurs réflexions critiques, que par le travail de réalisation technique de cet ouvrage, à commencer par le bureau des publications de la DREES et ses collaborateurs pour leur patience et leur investissement.

Enfin, ce rapport s'inscrivant dans une continuité, merci à ceux qui ont fait de l'ONS ce qu'il est aujourd'hui, en œuvrant dans ce sens au cours des onze dernières années.

Sommaire

SYNTHÈSE

11

1. Le taux de suicide a atteint un plancher au seuil des années 2020 14
2. Les conduites suicidaires des personnes âgées : lever le voile sur un tabou ? 15
3. Penser conjointement le mal-être des personnes âgées
et les dispositifs d'aide à mourir 16
4. Une situation toujours alarmante pour les adolescentes
et les jeunes femmes 17
5. Genre, revenus et configuration familiale : des inégalités fortes
et structurelles face au risque suicidaire 19
6. Chantiers et perspectives 21

DOSSIERS

27

Mal-être, suicide et mort assistée : mieux comprendre les enjeux multiples de la fin de vie 29

1. État de l'art sur l'assistance à mourir :
des regards interdisciplinaires et internationaux 29
 - 1.1. État des pratiques à travers le monde 36
 - 1.2. Définir la fin de vie face aux réalités plurielles du *mourir* 43
 - 1.3. La place des personnes âgées dans les réflexions sur l'assistance à mourir 49
 - 1.4. La place des troubles psychiques dans les réflexions sur l'assistance à mourir 57
 - 1.5. Le suicide, sa prévention et l'assistance à mourir : aporie ou articulations ? 65
2. Le suicide à l'épreuve du grand âge : synthèse de l'enquête
Mal-être au grand âge (Malâge) 86
 - 2.1. De Suicidâge à Malâge : démarche et méthodologie
pour construire une nouvelle enquête 87
 - 2.2. Principaux éléments d'analyse 91
 - 2.3. Suicide bifurcatif, perte de contrôle sur le *care* et difficile
requalification statutaire chez les hommes âgés 95
 - 2.4. Suicide de sédimentation et de pression de *care* chez les femmes âgées 97

Mortalité par suicide : fin de la baisse historique ? 107

1. En 2022, le taux de suicide chez les jeunes femmes augmente,
mais celui des hommes reste trois fois supérieur 107
2. Les hommes âgés, une population à fort risque de suicide
chez qui les taux augmentent 112
3. Vers la fin d'une baisse tendancielle ? 115

Tentatives de suicide : enjeux méthodologiques et état des lieux.....123

1. Gestes suicidaires non létaux et gestes auto-infligés : comment identifier et mesurer les passages à l'acte suicidaires ?123

- 1.1. Des enquêtes en population générale pour estimer le nombre
de passages à l'acte124
- 1.2. Mesurer les gestes suicidaires à partir de leur prise en charge médicale125
- 1.3. Une qualité de codage en hausse en psychiatrie,
mais toujours moindre qu'en MCO128

2. Patients hospitalisés pour geste auto-infligé depuis 2010 : une nette baisse chez les 30-60 ans, une hausse brutale chez les adolescentes et les jeunes femmes130

- 2.1. Les femmes, plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées
pour geste auto-infligé.....130
- 2.2. Des taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé
par âge et genre en forte évolution pour les moins de 60 ans132
- 2.3. La hausse des GAI en tant que manifestation de la dégradation
de la santé mentale chez les jeunes : un phénomène touchant
spécifiquement les femmes et commun à plusieurs pays ?134
- 2.4. Des perspectives de recherche urgentes et variées.....136

3. Inégalités sociales face aux hospitalisations pour geste auto-infligé chez les jeunes.....140

- 3.1. Niveau de vie et composition des ménages (2014-2016).....141
- 3.2. Un risque d'hospitalisation pour geste auto-infligé fortement
décroissant avec le niveau de vie142
- 3.3. Un risque accru de GAI pour les jeunes de familles monoparentales
et pour ceux qui ne cohabitent pas avec leurs parents143
- 3.4. Les hospitalisations multiples pour GAI concernent davantage
les filles les plus jeunes145
- 3.5. Les jeunes les plus aisés moins sujets au risque d'une hospitalisation pour GAI,
mais plus à celui d'une réhospitalisation146

4. Évaluation de la fiabilité du codage médico-administratif des gestes auto-infligés : synthèse de l'étude Quantin-Jollant au CHU et à l'EPSM de Dijon.....150

- 4.1. Les bases de données hospitalières : une ressource centrale
dans le suivi des gestes auto-infligés150
- 4.2. Une recherche basée sur l'analyse des dossiers médicaux
et leur comparaison avec le PMSI152
- 4.3. Des données fiables en MCO, mais inexploitable
pour le secteur psychiatrique et les urgences.....154
- 4.4. Discussion.....156

FICHES 159

État des lieux du phénomène suicidaire en France et en Europe 161

Fiche 1 • Prévalence et évolution des conduites suicidaires
en France métropolitaine en 2021 - Résultats du Baromètre santé.....163

Fiche 2 • Pensées suicidaires et tentatives de suicide
parmi les adolescents français de 17 ans172

Fiche 3 • Cartographie des taux de suicide standardisés :
la France dans la moyenne supérieure des pays de l’UE-27183

Plans de prévention.....197

Fiche 4 • Bilan de la stratégie nationale de prévention du suicide 199

Fiche 5 • Le déploiement du secourisme en santé mentale en France.....205

Fiche 6 • La prévention du suicide au sein de l’Éducation nationale.....213

Fiche 7 • Plan de prévention du mal-être et du risque suicidaire en agriculture218

Fiche 8 • Chez les détenus, un taux de suicide en hausse
mais de nouveaux dispositifs de prévention 229

Postvention 239

Fiche 9 • L’action de l’Union nationale de prévention du suicide
et ses possibles développements 240

Fiche 10 • Alinéa, un dispositif de postvention précoce et proactif
d’accompagnement des proches endeuillés par suicide..... 250

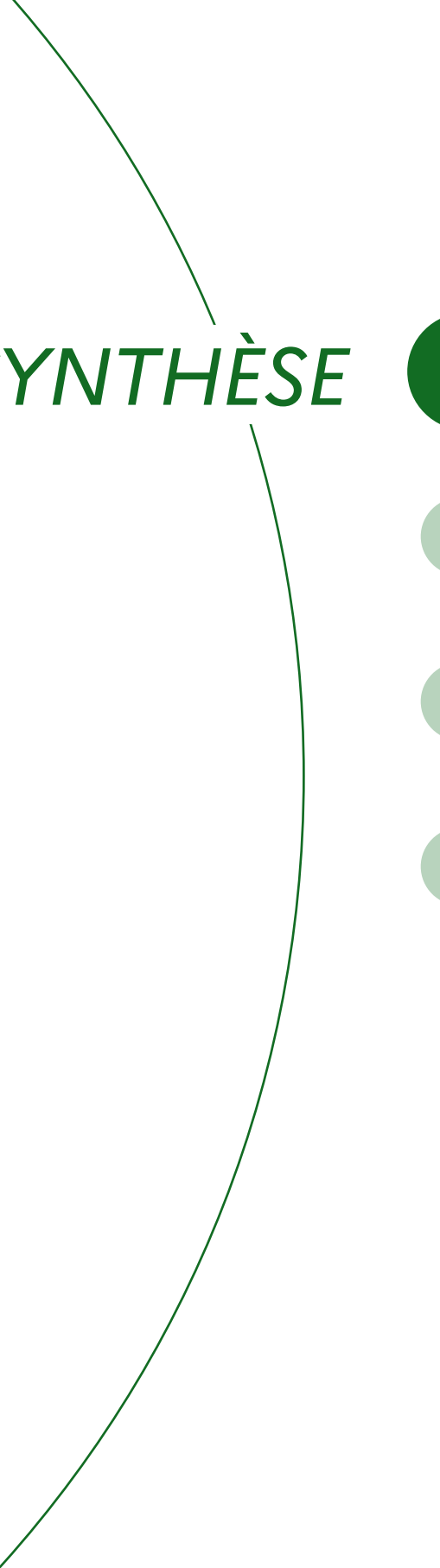
Fiche 11 • Coconception d’une plateforme numérique de postvention en France 259

ANNEXES 267

Annexe 1
Veille stratégique de l’Observatoire national du suicide
et recueils numériques..... 268

Annexe 2
Textes réglementaires de l’Observatoire national du suicide271

Contributeurs 275

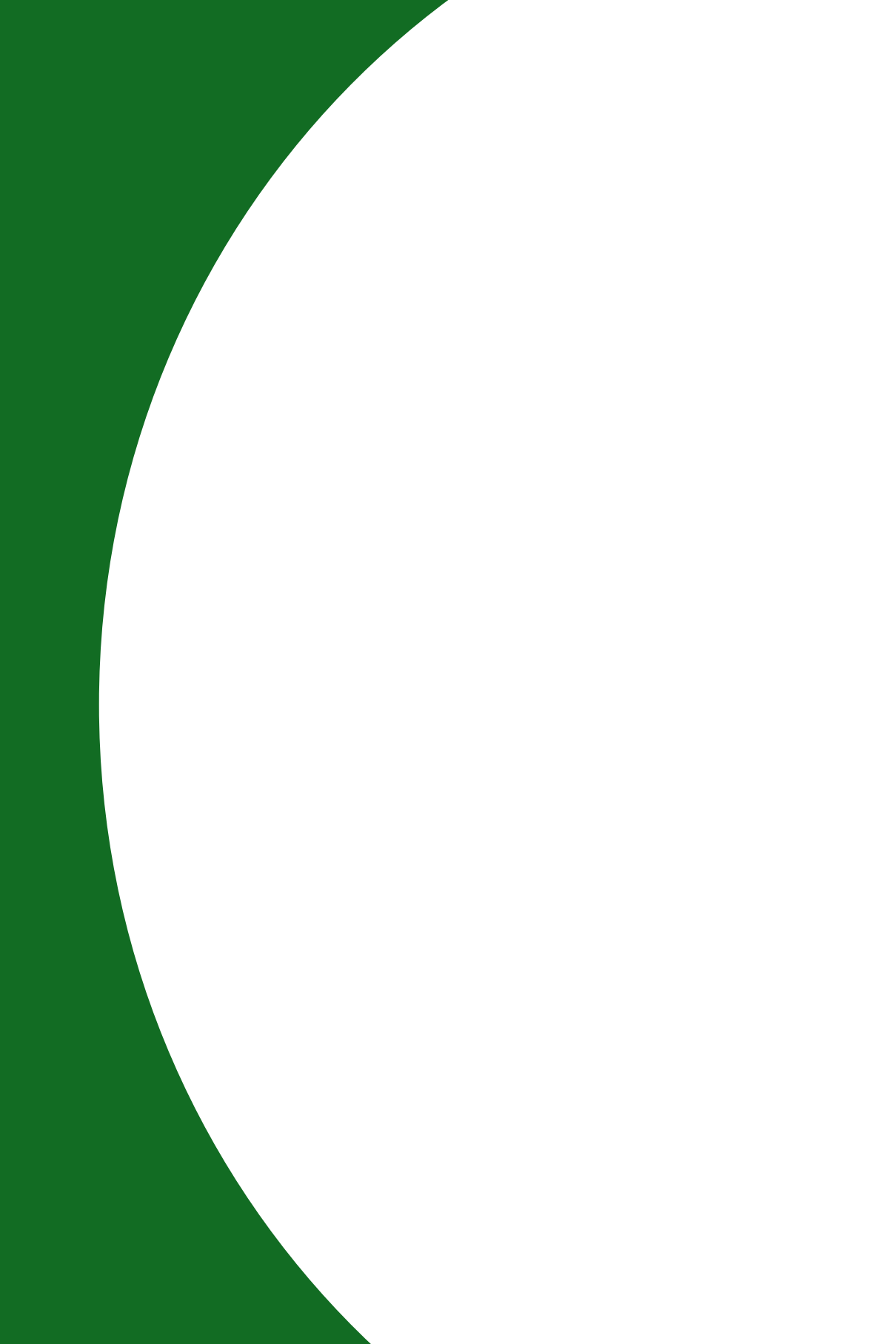


SYNTHÈSE

DOSSIERS P. 27

FICHES P. 159

ANNEXES P. 267



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 polypathologies 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.

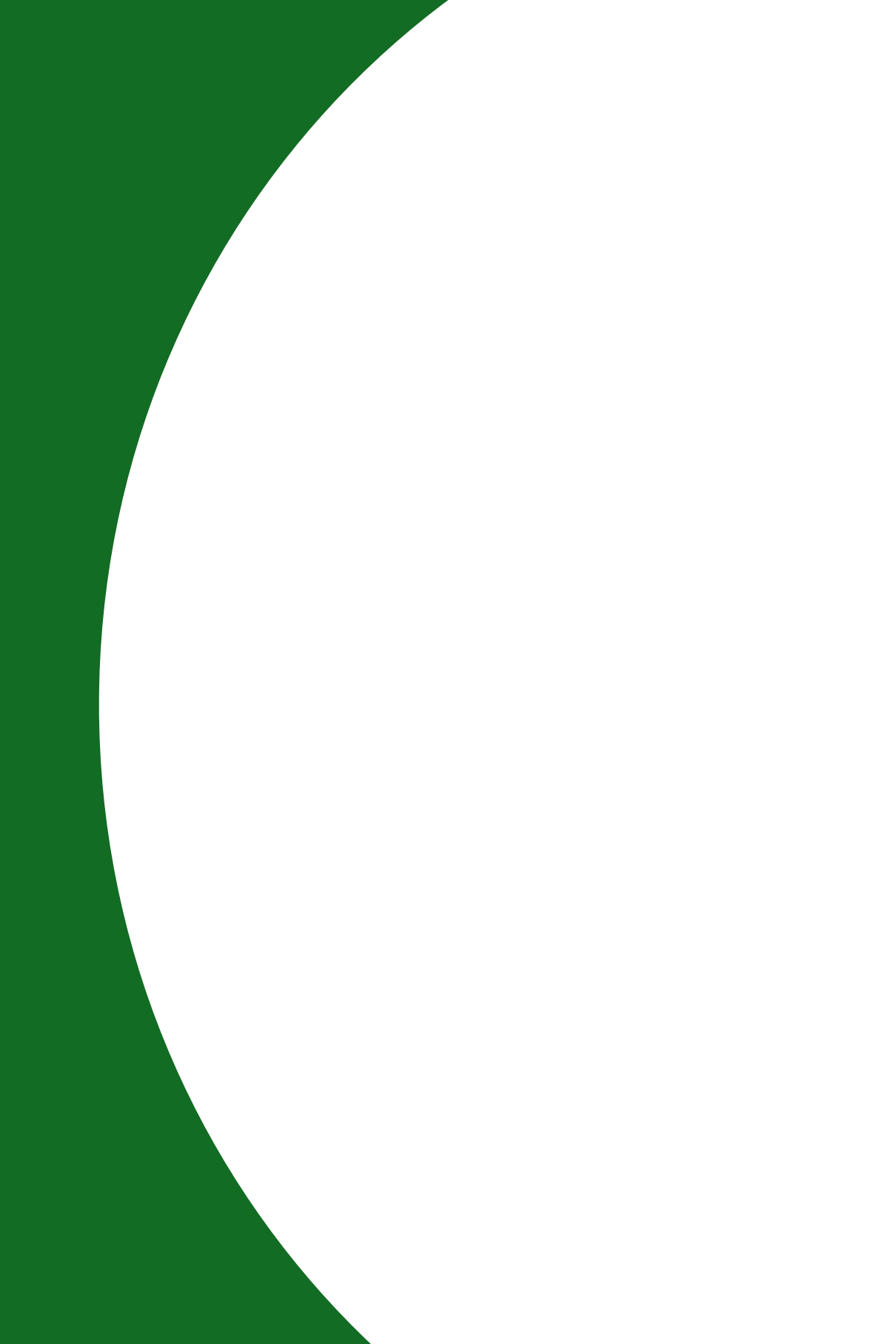
Ces recherches doivent s'accompagner d'une attention aux enjeux pratiques et aux conditions de production réelles de ces codages et classifications (disponibilité des soignants en charge du codage et perception qu'ils en ont, organisation du travail, implications pour la gestion de l'établissement, outils 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, hbcs.
- **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.



SYNTHÈSE P. 11

DOSSIERS

FICHES P. 159

ANNEXES P. 267

SOMMAIRE

Dossier 1 • Mal-être, suicide et mort assistée : mieux comprendre les enjeux multiples de la fin de vie.....	29
Dossier 2 • Mortalité par suicide : fin de la baisse historique ?	107
Dossier 3 • Tentatives de suicide : enjeux méthodologiques et état des lieux	123

MAL-ÊTRE, SUICIDE ET MORT ASSISTÉE : MIEUX COMPRENDRE LES ENJEUX MULTIPLES DE LA FIN DE VIE

1. État de l'art sur l'assistance à mourir : des regards interdisciplinaires et internationaux

Maylis Sposito-Tourier (Observatoire régional de la santé de Bourgogne-Franche-Comté)

Introduction

À l'initiative de ses membres, l'Observatoire national du suicide (ONS) s'est saisi de la thématique de l'assistance à mourir (AàM)¹ pour élaborer cet état de l'art, alors qu'un projet de loi était en cours de discussion à l'Assemblée nationale jusqu'à sa dissolution en juin 2024. La possibilité de légiférer sur un dispositif d'assistance à mourir, parfois appelé « suicide assisté »² pose de nombreuses questions, interrogeant tout particulièrement l'ensemble des mécanismes et des pratiques de prévention du suicide développés puis mis en place au cours des dernières décennies. En effet, institutionnaliser un dispositif de mort assistée peut être jugé contradictoire avec la volonté de poursuivre le développement d'outils de prévention visant à lutter contre les conduites suicidaires.

De premiers éléments de réponse se trouvent dans des travaux qui portent notamment sur l'examen des pratiques ainsi que dans des études internationales, dont le périmètre permet d'apporter un éclairage distancié sur la question. Mais, avant de confronter prévention et dispositif de mort volontaire, cette synthèse vise avant tout à permettre aux lecteurs de resituer ces questions dans une optique plus large, celle de la fin de vie, en construisant un cadre de réflexion qui mobilise des travaux pluriels sur la place de la mort dans notre société, les évolutions sociales, juridiques et médicales, les défis éthiques, etc. Pour ce faire, cet état des lieux s'appuie principalement sur l'analyse de publications scientifiques, de documents issus de la littérature « grise » (institutionnelle), ainsi que de quelques articles de presse grand public sélectionnés pour rendre compte de l'état du débat dans la société. L'objectif est de donner des repères et des clés de lecture face au débat complexe suscité

1. Dans ce dossier, le choix a été fait d'évoquer l'assistance à mourir (AàM) et non l'aide active à mourir (AAM) [encadré 1].

2. L'AàM a parfois été appelée ainsi. Le terme reste cependant fortement critiqué par de nombreux professionnels du soin qui y voient une expression imprécise et équivoque pour le grand public, à même de faire de l'ombre au travail de prévention (voir la partie 5 de cette contribution).

par le projet de loi sur l'AàM – sans prendre position par rapport à celui-ci – tout en élaborant un inventaire des connaissances disponibles et manquantes.

Une première partie de cette contribution revient sur l'état des pratiques à travers le monde, et plus spécifiquement sur le contexte français. Une deuxième partie aborde la manière dont s'est construite la définition de la fin de vie et la diversité des réalités du *mourir*. Une troisième se focalise sur la place des personnes âgées dans les réflexions sur l'AàM, et une quatrième sur celle des troubles psychiques. Enfin, une cinquième partie est consacrée aux interrelations entre prévention du suicide et AàM, ainsi qu'aux nombreuses questions encore en suspens.

Comment définir l'assistance à mourir ? Des conceptions individuelles et collectives en mouvement

L'assistance à mourir (**encadré 1**) peut être appréhendée comme un mouvement social émergeant au ^{xix}e siècle (McInerney, 2000). Ce mouvement social de la « mort demandée » est devenu actif politiquement dans les années 1930 aux États-Unis et au Royaume-Uni (Judd, Seale, 2011). La Fédération internationale des associations pour le droit de mourir dans la dignité³ a été fondée en 1980 et regroupe actuellement cinquante et une organisations issues de vingt-six pays. Aujourd'hui, l'assistance à mourir est autorisée dans moins de quinze pays et revêt des formes diverses selon les contextes. Néanmoins, la circulation transnationale des personnes, des idées et des savoirs contribue à alimenter les débats à l'échelle internationale et à faire de l'AàM un « problème public » (Gusfield, 1981) : des personnes souhaitant hâter leur mort se rendent dans des juridictions où l'AàM est autorisée ; des militants se réunissent à travers le monde pour promouvoir le « droit de mourir dans la dignité » ; des chercheurs et des spécialistes de politiques publiques observent comment l'AàM se pratique dans d'autres contextes (Blouin, *et al.*, 2021). Si la comparaison internationale est rendue complexe par la diversité des cadres législatifs et culturels, les pratiques et les études menées dans les pays autorisant l'AàM sont toutefois instructives puisqu'elles questionnent le fonctionnement des sociétés, leurs systèmes de soins, ainsi que la place et les représentations localisées de la mort. La manière dont chacun appréhende l'AàM est subjective et s'inscrit ainsi dans un contexte géographique, historique et social mouvant.

En Occident, la médecine et ses progrès occupent une place importante dans la façon dont on appréhende et conçoit la mort. Cela a directement influencé les questions du rapport social à la mort qui ont été vivement débattues et investies en ce sens : les conditions de fin de vie, les controverses récurrentes autour de la mort en réanimation, de l'euthanasie, des soins palliatifs et de l'accompagnement, de la dignité du mourant, etc. La médecine hérite du pouvoir de dire et d'agir sur la mort, de la définir biologiquement, de la retarder, de l'accompagner ou d'en accélérer le processus, de « faire parler » les corps autopsiés en médecine légale, etc. Certains soulignent le « triomphe de la vie » pour évoquer les progrès

3. The World Federation of Right to Die Societies : wfrtds.org.

de la médecine, l'amélioration du niveau de vie et une nouvelle norme sociale qui s'institue, jusqu'à faire de la santé une « obsession »⁴. Néanmoins, des événements ponctuels (catastrophes naturelles, attentats, guerres, pandémies) ou des risques (nucléaires, climatiques, etc.) accompagnent la réapparition d'angoisses collectives liées à la mort (Vovelle, 1983).

Encadré 1 • Définitions employées dans les débats politiques et scientifiques

Euthanasie : « acte destiné à mettre délibérément fin à la vie d'une personne atteinte d'une maladie grave et incurable, à sa demande, afin de faire cesser une situation qu'elle juge insupportable » (CCNE, 2013). Issu du grec *eu* (« bonne ») *thánatos* (« mort »), le terme désigne à l'origine « la mort douce, de laquelle la souffrance est absente, soit naturellement, soit par l'effet d'une thérapeutique dans un sommeil provoqué » (portail lexical du Centre national de ressources textuelles et lexicales). On lui attribue aujourd'hui une définition plus spécifique, à savoir l'« acte d'un médecin qui provoque la mort d'un malade incurable pour abrégé ses souffrances ou son agonie », ou encore le « fait de donner délibérément la mort à un malade (généralement incurable ou qui souffre atrocement) » [Galmiche, 2022].

Assistance au suicide : « consiste à donner les moyens à une personne de se suicider elle-même [...] en absorbant un produit létal qui lui a été préalablement délivré » (CCNE, 2013). À la différence de l'euthanasie, c'est la personne elle-même qui accomplit le geste fatal et non un tiers.

Suicide assisté : renvoie à la situation d'une personne qui veut se suicider mais qui n'en est pas physiquement capable et a besoin de l'action d'un tiers. Le suicide assisté mobilise un tiers de façon plus étroite que ne le fait l'assistance au suicide, relève le CCNE : « La volonté de la personne qui veut mourir et qui le décide, mais qui est dans l'impossibilité de se donner la mort elle-même, est censément première et clairement affirmée. Elle demande à un tiers (...) de faire ce qu'elle ne peut pas accomplir par elle-même ». L'euthanasie, quant à elle, concerne les personnes qui ne souhaitent pas se suicider mais désirent mourir, ce qui implique qu'un médecin mette fin à leur vie à leur demande.

Aide active à mourir (AAM) : euthanasie et assistance au suicide peuvent être considérées comme des déclinaisons de la notion d'« aide active à mourir ».

Assistance à mourir (AàM) : c'est ainsi, dans ce document, que nous désignerons de façon générique l'ensemble des pratiques que l'on observe dans les divers contextes nationaux. Bien que recouvrant une partie de ces réalités, la notion d'« aide active à mourir » nous paraît ambiguë, voire restrictive (dans les cas d'euthanasie dite passive par exemple).

4. Illich, I. (1999, mars). Un facteur pathogène prédominant. L'obsession de la santé parfaite. *Le Monde diplomatique*, p. 28.

Au cours de l'été 2023, un manifeste cosigné par une centaine de personnalités⁵ appelait à dépénaliser l'aide active à mourir. En prenant en compte l'ensemble des personnes concernées par la fin de vie, à commencer par les proches, les auteurs illustraient ainsi l'aspect collectif de notre rapport à la mort. Cette tribune témoigne de l'irruption de la thématique de l'AàM dans le débat public ces dernières années et des discussions ravivées sur le rapport subjectif entretenu avec la mort, en le confrontant aux multiples croyances, cultures, principes éthiques et moraux de notre société. Celui-ci s'est en effet notamment transformé dans un contexte démographique d'allongement de la durée de vie et de modifications profondes des moyens techniques de la médecine. Ainsi, la médecine occidentale contemporaine propose trois modèles de mort médicalisée :

- la mort technicisée, rendue possible avec l'apparition de techniques de réanimation dès les années 1960 (Kentish-Barnes, 2007) ;
- la mort volontaire, c'est-à-dire choisie ou maîtrisée, euthanasique, telle qu'elle est revendiquée par une partie du corps médical et du corps social dès les années 1970 (Schwartzberg, Viansson-Ponté, 1977) ;
- la mort accompagnée, incarnée dans le modèle des soins palliatifs dès les années 1980 en France (Castra, 2003 ; Moulin, 2020).

À ces trois modèles de mort médicalisée viennent faire écho trois modèles du *mourir* véhiculés par la médecine (Higgins, 2011 ; 2003) :

- se battre jusqu'au bout contre la maladie, dans l'espoir d'une guérison permise par les progrès médicaux ;
- s'en remettre au pouvoir médical pour mourir euthanasié ;
- accepter sa mort et en parler, en bénéficiant de soins palliatifs dont la mission est d'accompagner et de soulager le malade.

De ces imaginaires scientifiques de la mort émanent des angoisses et des espoirs liés à la technicité médicale. En effet, cette reprise en main de la mort par la médecine suscite parallèlement de nombreuses appréhensions et déplace l'angoisse collective de la mort elle-même vers celle du *mourir*, un processus caractérisé par une série de termes comme « déchéance », « indignité », « souffrances », etc. (Amar, 2014). Envisagée dans ce sens, la mort ne serait alors plus symboliquement un problème collectif, mais aussi et surtout un problème d'ordre individuel, intime et privé (Higgins, 2011).

Les sociétés occidentales contemporaines font ainsi face à deux phénomènes : d'une part l'« institutionnalisation » de la mort, et d'autre part sa « privatisation » (Pillonel, et al., 2020 ; Walter, 2017). Le premier est illustré par les chiffres suivants : en 2019 en France⁶, 53 % des décès ont eu lieu au sein d'un établissement hospitalier ou d'une clinique privée, 12 % en maison de retraite, contre seulement 24 % à domicile (Cousin, et al., 2023) ; une prévalence institutionnelle des lieux de décès qui nécessite la mise en œuvre de nouveaux acteurs et

5. Une de L'Obs n° 3049 (16 mars 2023) : Fin de vie, le manifeste des 109.

6. À l'exception des départements et régions d'outre-mer, où mourir chez soi ou en Ehpad est plus fréquent qu'en milieu hospitalier.

dispositifs, à l'instar des soins palliatifs. Le second se traduit par la prise en compte croissante du vécu intime et subjectif de la personne en fin de vie (son ressenti, ses craintes ou ses souffrances), non seulement par ses proches, mais aussi par la sphère médicale. Par ailleurs, notre rapport social à la mort s'est transformé et, avec lui, les normes de ce que l'on considère être une « bonne mort » (Pennec, *et al.*, 2004). L'expérience des personnes malades, et souvent en situation de souffrance, amène à penser la mort différemment et à envisager des modalités (revendiquées) du *mourir* plus acceptables pour le patient et ses proches, à l'image de la sédation profonde et continue, ou d'une aide à mourir (Castra, 2003). De nouveaux paradigmes sociosanitaires visant à redonner plus de pouvoir aux patients émergent et acquièrent de la légitimité chez les professionnels du soin. Parmi ces paradigmes, on peut citer la « démocratie en santé » qui, sans avoir complètement inversé les rôles entre soignants et soignés, en propose une répartition plus équilibrée et permet une meilleure participation du patient au processus décisionnel (Lefevre, Ollivier, 2018).

De manière plus générale, on peut penser que l'AàM et les soins palliatifs participent d'une même logique sociale de « pacification de la mort » (Castra, 2003), c'est-à-dire d'une uniformisation et d'une régulation des formes du *mourir* vers un modèle plus individuel et plus doux, tenant mieux compte des revendications des malades. Ce modèle rentre cependant en tension avec les logiques curatives et techniques des pratiques de soins existantes (Castra, 2003). Cette normalisation aboutit à un nouveau modèle de la « bonne mort », dont les règles visant à « gouverner les corps » (Fassin, Memmi, 2004) et les esprits sont élaborées par des professionnels de santé, des psychologues et des thanatologues (Pennec, *et al.*, 2004).

Dans les pays qui autorisent l'AàM, les réflexions et le débat se structurent autour de notions médicales telles que l'incurabilité de la maladie, le niveau d'altérations corporelles et de symptômes, l'échec des thérapies disponibles ou encore la souffrance non maîtrisée (Voléry, Toupet, 2023). Si le monde médical n'est pas le seul acteur à contribuer au cadrage de ce « problème public » (Blouin, *et al.*, 2021), il jouit néanmoins d'une position dominante, les autres acteurs s'appropriant ces mêmes termes médicaux (Gandsman, 2018).

Il n'en reste pas moins que l'AàM anime les débats médiatiques. Ses partisans et ses opposants campent sur leurs positions idéologiques (Vallée, 2020), tout en usant d'un langage commun. Par ailleurs, de nombreux articles de presse⁷ relatent des histoires poignantes de personnes âgées ou atteintes de maladie neuro-évolutive ayant mis fin à leurs jours en se suicidant, en allant mourir dans un pays qui autorise l'AàM, ou en recevant l'aide d'un tiers et dont l'affaire judiciaire s'avère marquante.

Périmètre et limites de cet état de l'art

Ces éléments contextuels constituent le substrat de cette contribution réalisée à partir de la littérature grise et scientifique sur l'AàM et la prévention du suicide (**encadré 2**). L'objectif

7. Par exemple, dans *L'Obs* : Fin de vie : « C'est déchirant de devoir quitter mon pays pour mourir comme je l'entends » (8 septembre 2017) ; Euthanasie, la mort sans ordonnance (16 janvier 2020) ; Le choix de Joseph (13 mai 2021) ; Fin de vie, le choix de Christian (26 mai 2022) ; Ma mère a été contrainte de passer à l'acte seule (6 avril 2023).

principal de cet état de l'art est de rendre visibles les grands enjeux qui structurent les débats sur l'AàM et la prévention du suicide, en mettant en lumière les problématiques posées et les interrogations suscitées. Ce document, même s'il est fondé sur la littérature existante, implique la mise en discussion de diverses disciplines aux approches et centres d'intérêt spécifiques. De même, la mobilisation des recherches menées dans d'autres pays permet une mise en perspective des débats, mais n'a pas vocation à fournir une comparaison stricte des situations, tant les contextes culturels et juridiques, les pratiques d'AàM et leurs temporalités, sont différents. Enfin, compte tenu du nombre restreint de travaux scientifiques répertoriés avec le prisme AàM/prévention du suicide, l'objectif est d'éclairer les angles morts des recherches menées et d'identifier des perspectives d'études à engager ou de questions à approfondir.

Encadré 2 • Méthodologie

- Critères de sélection des références bibliographiques : diversité géographique pour couvrir les pays autorisant l'AàM et diversité disciplinaire pour appréhender des regards et des manières de s'interroger différemment sur l'AàM.
- Nombre de références scientifiques mobilisées : 150 (dont une majorité d'articles scientifiques publiés ces vingt dernières années).
- Autres types de références : conférences, articles de périodiques et littérature grise.
- Bases de données interrogées : PubMed, ScienceDirect, Cairn.
- Autres sources : veille stratégique pour l'ONS réalisée par Monique Carrière (voir en annexe de ce rapport), bibliographies des références lues, consultations de chercheurs spécialistes dans différents pays (Canada, Belgique, Pays-Bas, France) et des membres du groupe de travail Recherche de l'ONS.
- Pays d'origine des publications : Suisse, Belgique, France, Pays-Bas, États-Unis, Canada.
- Disciplines mobilisées : sociologie, anthropologie, ethnologie, psychiatrie, psychologie, médecine légale, spécialités médicales et philosophie.

Il ne s'agit pas d'une revue de littérature exhaustive mais d'un travail qualitatif pour lequel les références ont été lues entièrement afin de pouvoir en extraire les principales dimensions du problème posé, tout en prenant en compte leurs différences de définition, de terminologie et de paradigme. Chaque référence a été sélectionnée en fonction de son apport à la réflexion et de la manière dont elle complète ou infirme les références déjà mobilisées.

L'élaboration de ce travail s'est confrontée à certains obstacles qu'il convient de souligner. La pluralité de regards disciplinaires parfois antagonistes constitue tout autant une richesse qu'une difficulté dans l'appréhension des questions que pose l'AàM. En sociologie, par exemple dans les travaux entrepris par Émile Durkheim (1897), le suicide est considéré comme un phénomène dont les causes sont éminemment sociales : discordance des rôles

sociaux assumés, carence des réglementations et dissolution des normes. Le suicide s'apparente donc à un indicateur de « l'état de santé » d'un groupe. De plus, la constance du suicide sur de longues périodes dans plusieurs pays d'Europe en fait un phénomène social, quantifiable et vraisemblablement prévisible à partir de la moyenne des taux de suicide des années précédentes (Baudelot, Establet, 1998). Dans une approche différente, portée entre autres par la psychiatrie et la psychologie, le suicide est considéré comme un acte individuel relevant avant tout d'un état pathologique. Il s'agit alors de comprendre les mécanismes ayant amené une personne à attenter à ses jours et à y répondre en proposant des soins (hospitalisation, traitement médicamenteux, écoute, thérapie, etc.).

Au-delà de la manière de considérer l'acte suicidaire, les disciplines se différencient également quant à leur finalité : la sociologie est tournée vers la compréhension et l'explication, la psychiatrie et la psychologie vers l'action et le soin. Autrement dit, les éthos professionnels de ces acteurs sont différents. Leurs manières de penser, la finalité de leurs actions et les objectifs professionnels ne se recoupent pas obligatoirement, en dépit de la mobilisation d'une démarche clinique⁸ dans les deux cas. Il serait réducteur de n'évoquer que ces deux catégories d'acteurs qui travaillent sur le suicide et avec des suicidants ; il faudrait ainsi élargir le spectre aux nombreux acteurs du soin et de la prévention notamment, dont les connaissances et l'expertise de terrain se révèlent fort utiles pour discuter des enjeux liés à l'AàM. Il ne faut d'ailleurs pas non plus essentialiser les catégories d'acteurs qui ne sont ni homogènes, ni unanimes sur les questions abordées ici. Il n'en reste pas moins qu'elles sont incontournables, de par leur apport substantiel de connaissances, pour penser les questions liées au suicide et à un dispositif d'AàM.

Enfin, il s'est parfois avéré difficile de distinguer les articles dont les prérequis en termes de méthodes, d'objectivité et de rigueur scientifique étaient respectés, de ceux au sein desquels alternaient prises de position, rhétoriques professionnelles et questionnements normatifs. De cette hétérogénéité découle un brouillage agissant au détriment de la compréhension du phénomène⁹, notamment lorsque des revues scientifiques deviennent des arènes où s'expriment des prises de position contradictoires et des stratégies d'argumentation différentes. Ainsi, les militants œuvrant en faveur de l'AàM mobilisent le traumatisme lié au suicide pour justifier la nécessité d'une mort assistée, accompagnée et anticipée, en promouvant une forme de *bien mourir* (Hintermeyer, 2016). Ils scrutent l'évolution du ratio entre suicides et AàM pour prouver que les dispositifs d'AàM sont un moyen de limiter les « suicides traumatiques » (Balard, 2021). En revanche, ceux s'opposant à toute forme d'AàM utilisent les données sur le recours à l'AàM en cherchant à mettre en évidence une expansion incontrôlée de ces morts assistées. Le choix a cependant été fait, dans cet état des lieux principalement rédigé à partir d'une littérature scientifique, de ne pas écarter

8. En sciences sociales, une approche clinique fait référence à un travail de terrain qui va s'appuyer sur une observation au plus près des acteurs et de leur vécu. En médecine, l'approche clinique consiste à accorder un rôle central au diagnostic individuel du patient. En ce sens, ces deux approches sont liées par leur souci de proposer une démarche d'étude ou de soins en partant d'un travail réalisé avec/sur les individus.

9. Par exemple, en considérant *a priori*, c'est-à-dire préalablement à toute analyse, le suicide – et par extension le suicide assisté et l'euthanasie – comme pathologique et comme une mort traumatique pour l'entourage (Balard, et al., 2021).

les textes engagés et la littérature grise alliant des registres argumentatifs différents et des degrés d'objectivité très hétérogènes ; un choix qui constitue tout autant une force de ce travail, qu'une difficulté à son élaboration (**encadré 2**).

1.1. État des pratiques à travers le monde

L'assistance à mourir dans les pays qui l'autorisent ou l'encadrent d'un point de vue légal

Le soutien de l'opinion publique à l'AàM diminue en Europe centrale et orientale, tandis qu'il a atteint un seuil aux États-Unis depuis les années 1990¹⁰ et qu'il augmente en Europe occidentale (Ezekiel, *et al.*, 2016). Des pays ont même légiféré pour rendre légales les pratiques d'AàM, mais de manières différentes (**tableau**) : certains autorisent uniquement l'euthanasie (Belgique¹¹) ou le suicide assisté (Suisse, neuf États des États-Unis¹² ainsi que le district de Columbia, Autriche), quand d'autres autorisent conjointement les deux pratiques (Pays-Bas, Luxembourg, Canada, six États australiens¹³, Nouvelle-Zélande, Espagne). Enfin, certains pays ne condamnent plus l'AàM, sans toutefois faire évoluer leur cadre légal (Italie, Colombie, Allemagne). Dans d'autres pays où l'AàM est pratiquée de manière informelle, elle est débattue (France, Inde, Japon, Uruguay, États des États-Unis n'ayant pas légalisé l'AàM) [Galmiche, 2022 ; Blouin, *et al.*, 2021]¹⁴.

Dans chaque contexte, l'AàM se décline en un ensemble de règles et de normes particulières qui ne sont que partiellement déductibles des lois (Hamarat, *et al.*, 2021), mais qui se construisent dans la pratique, au carrefour de plusieurs rationalités (Mol, 2002) : celles de la médecine, d'autres corps professionnels, de l'organisation des soins, d'associations, ainsi que de la personne elle-même (Hamarat, Lebeer, 2019). Si les contextes, les cadres et les pratiques divergent, le profil de ceux qui y ont recours est pourtant relativement similaire d'un pays à l'autre : principalement des personnes âgées, atteintes d'un cancer¹⁵ et issues de milieux favorisés (Guérinet, Tournier, 2021 ; Ezekiel, *et al.*, 2016). Plus spécifiquement, en Suisse, les personnes ayant recours au suicide assisté sont plutôt des femmes diplômées du supérieur, sans appartenance religieuse, sans enfant, résidant dans des quartiers favorisés et plutôt dans la partie francophone du pays (Steck, *et al.*, 2018).

10. Entre 47 % et 69 % d'avis favorables concernant l'AàM.

11. En Belgique, le suicide assisté est également toléré sans que la loi n'ait été modifiée sur ce point.

12. Oregon, Washington, Vermont, Californie, Colorado, Hawaï, Maine, New Jersey, Nouveau-Mexique.

13. Victoria, Australie-Occidentale, Tasmanie, Australie-Méridionale, Queensland, Nouvelle-Galles du Sud.

14. Pour davantage de détails sur la diversité des cadres légaux et des pratiques de l'AàM au niveau international, se reporter au *Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde au 31 janvier 2022* du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (Galmiche, 2022). Des fiches synthétiques y présentent la situation dans chaque pays : les textes de loi en vigueur, les modalités d'AàM pratiquées, les critères d'éligibilité, les garde-fous mis en place, les recommandations spécifiques et modes de contrôle de la pratique, une brève description de la procédure, ainsi que les questions qui persistent actuellement.

15. De 42 % des cas de suicide assisté en Suisse à 83 % des cas d'AàM au Luxembourg.

Dans chacun de ces pays, des réticences subsistent, des ajustements sont opérés et plusieurs aspects continuent à faire l'objet de fortes discussions, notamment :

- la façon dont les critères d'éligibilité sont appréhendés par le corps médical (par exemple en Suisse, lorsque la souffrance ne provient pas d'une maladie, ou aux Pays-Bas à propos des personnes atteintes de démence ayant exprimé leur demande de manière anticipée) ;
- l'élargissement de l'éligibilité (mineurs de 1 à 12 ans aux Pays-Bas ; personnes en situation de polyopathologies en Belgique ; personnes dont le diagnostic vital n'est pas engagé et atteintes de troubles psychiques au Canada) ;
- les modalités de contrôle de la pratique (États-Unis) ;
- l'information au grand public de l'existence de la loi sur l'Aàm (Luxembourg, Australie) ;
- la formation des professionnels (Australie) ;
- les réticences du corps médical vis-à-vis de l'Aàm (en Espagne, refus de l'instance médicale officielle de reconnaître l'Aàm comme un acte médical).

Eu égard au nombre de pays ayant légiféré sur l'Aàm à travers le monde, au recours de plus en plus important à ces dispositifs et aux débats nationaux et transnationaux qui s'y attachent, l'Aàm constitue aujourd'hui – sous une forme ou sous une autre – une modalité effective du *mourir*.

Tableau • Les dispositifs d'assistance à mourir, dans le monde

Pays	Assistance à mourir		Loi de référence
	Suicide assisté	Euthanasie	
Allemagne	Autorisé par jurisprudence sous conditions	Interdite	• <i>Urteil des Zweiten Senats vom 26 Februar 2020</i> (arrêt de la Cour constitutionnelle fédérale allemande du 26 février 2020, déclarant inconstitutionnel l'article 217 du StGB [Code pénal allemand] qui punissait l'incitation commerciale au suicide assisté)
Australie	En Australie, l'euthanasie et le suicide assisté ne se discutent pas au niveau fédéral, mais au niveau des États et Territoires dont elle est composée. Le suicide et l'euthanasie sont aujourd'hui autorisés dans cinq États (Victoria, Australie-Occidentale, Tasmanie, Australie Méridionale et Queensland).		• <i>Voluntary Assisted Dying Act 2017</i> (Victoria) • <i>Voluntary Assisted Dying Act 2019</i> (Australie-Occidentale) • <i>End-of-Life Choices (Voluntary Assisted Dying) Act 2021</i> (Tasmanie) • <i>Voluntary Assisted Dying Act 2021</i> (Australie-Méridionale) • <i>Voluntary Assisted Dying Act 2021</i> (Queensland)
Autriche	Autorisé sous conditions	Interdite	• Loi fédérale n° 242/2021 (sur l'assistance au suicide, publiée dans le journal officiel autrichien du 31 décembre 2021)
Belgique	Non dépénalisé explicitement, mais sa pratique est tolérée	Autorisée sous conditions	• Loi du 28 mai 2002 (relative à l'euthanasie, révisée en 2005, 2014 et 2020)
Canada	Autorisé sous conditions	Autorisée sous conditions	• Loi fédérale du 17 juin 2016 (modifiant le Code criminel et apportant des modifications connexes à d'autres lois [aide médicale à mourir], révisée en 2021) • Loi québécoise concernant les soins de fin de vie (5 juin 2014)
Colombie	Autorisé par jurisprudence sous conditions	Autorisée par jurisprudence sous conditions	• Arrêt du Conseil constitutionnel C-233/213 (11 mai 2022)
Équateur	Interdit	Autorisée par jurisprudence sous conditions	• Sentence n° 67-23-IN/24 de la Cour constitutionnelle (12 avril 2024)

Pays	Assistance à mourir		Loi de référence
	Suicide assisté	Euthanasie	
Espagne	Autorisé sous conditions	Autorisée sous conditions	• Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (loi du 24 mars 2021 réglementant l'euthanasie)
États-Unis	La loi fédérale américaine n'autorise ni l'euthanasie, ni le suicide assisté. Cependant, des lois au niveau des différents États ont été promulguées (ci-contre). L'assistance au suicide est autorisée par jurisprudence dans dix États et le district de Columbia.		• Oregon Death With Dignity Act (1994, loi révisée en 2019) • Washington Death With Dignity Act (2008) • Patient Choice and Control at End-of-Life Act (Vermont, 2013) • End of Life Option Act (Californie, 2015) • Colorado End-of-Life Options Act (2016) • Death with Dignity Act (DC, 2016) • Our Care Our Choice Act (Hawaï, 2018) • Medical Aid in Dying for the Terminally Ill Act (New Jersey, 2020) • Maine Death with Dignity Act (2019) • Elizabeth Whitefield End-of-Life Options Act (Nouveau-Mexique, 2021)
Italie	Autorisé par jurisprudence sous conditions	Interdite	• Loi 219/2017 (une personne dépendante de traitements vitaux peut choisir le refus des thérapies ou l'interruption de celles-ci avec une sédation profonde) • Arrêt 242/19 de la Cour constitutionnelle (autorise le suicide assisté sous certaines conditions, 2019)
Luxembourg	Autorisé sous conditions	Autorisée sous conditions	• Loi du 16 mars 2009 (sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, révisée en 2019)
Nouvelle-Zélande	Autorisé sous conditions	Autorisée sous conditions	• End of Life Choice Act 2019 (novembre 2019)
Pays-Bas	Autorisé sous conditions	Autorisée sous conditions	• Loi du 12 avril 2001 (sur l'interruption de la vie sur demande et l'aide au suicide)
Portugal	Autorisé sous conditions	Autorisée sous conditions	• Lei n° 22/2023, de 25 de maio (loi du 25 mai 2023)
Suisse	Autorisé sous conditions	Interdite	• Article 115 du Code pénal du 1 ^{er} juillet 1942 (en complément, l'Académie suisse des sciences médicales [ASSM] a dicté en 2004 des recommandations, intégrées dans le code de déontologie des médecins suisses, pour encadrer la pratique dans le domaine médical)

Sources • Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde au 31 janvier 2022 (Galmiche, 2022) et Les décisions de justice sur l'aide active à mourir à l'étranger du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie (2023).

Le cadre légal de la fin de vie dans le contexte français

La France se caractérise par un fort encadrement par le gouvernement du *faire* et du *laisser mourir* (Memmi, 2003). Il prend la forme, par exemple, d'une loi déclinant les situations où un accompagnement par des sédations profondes et continues jusqu'au décès est possible, ou encore de réglementations, de guides de bonnes pratiques édictés par la Haute Autorité de santé (HAS) et de productions des comités d'éthique qui régissent les pratiques médicales à l'échelle nationale (Voléry, Toupet, 2023). Plusieurs textes de loi ont ponctué les réflexions sur la fin de vie depuis 1999 (encadré 3), instituant un droit d'accès aux soins palliatifs, révisant la place des patients dans leur prise en charge et les choix les concernant (établissement des directives anticipées [encadré 4]).

Encadré 3 • Principales dates marquantes concernant la fin de vie depuis 1999 en France

- **9 juin 1999** : loi visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs.
- **4 mars 2002** : loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Elle établit la notion juridique de droit des malades et introduit la notion de « démocratie sanitaire ».
- **22 avril 2005** : loi relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti. Elle consacre le principe du refus de l'obstination déraisonnable et confirme le droit à refuser tout traitement.
- **19 février 2010** : inauguration de l'Observatoire national de la fin de vie qui mène des études sur les conditions de la fin de vie en France.
- **18 décembre 2012** : rapport *Penser solidement la fin de vie* dirigé par le P^r Didier Sicard, remis au président de la République (Sicard, 2012).
- **12 décembre 2014** : *Rapport de présentation et texte de la proposition de loi d'Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie* (Claeys, Leonetti, 2014).
- **3 décembre 2015** : plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie. Il répond à deux priorités : placer le patient au cœur des décisions qui le concernent et développer les prises en charge au domicile.
- **5 janvier 2016** : création du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie qui réunit les équipes de l'Observatoire national de la fin de vie et du Centre national de ressources soin palliatif.
- **2 février 2016** : loi créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie. Elle instaure le droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès, à la demande du patient. Les directives anticipées, jusqu'alors consultatives, s'imposent désormais aux médecins.
- **3 août 2016** : décrets d'application relatifs aux directives anticipées et à la sédation profonde et continue.

Sur le plan légal, deux textes ont particulièrement contribué à un changement de perspectives : la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, dite loi Leonetti, et celle du 2 février 2016, dite Claeys-Leonetti. La loi Leonetti s'oppose à l'obstination déraisonnable dans le domaine du traitement médical et établit la collégialité des décisions en cas de limitation ou d'arrêt des soins. Elle favorise également l'autonomie des patients puisqu'elle permet la désignation de personnes de confiance¹⁶ et la rédaction de

16. La personne de confiance est désignée par le patient. C'est elle qui l'accompagne lors des entretiens médicaux, qui l'aide dans les prises de décisions, qui est consultée si le patient est dans l'incapacité de recevoir des informations sur son état de santé et d'exprimer sa volonté. « Cette personne est un interlocuteur privilégié pour les soignants. En effet, elle est considérée comme capable de transmettre les préférences et les volontés du patient. La loi du 2 février 2016 précise que "son témoignage prévaut sur tout autre témoignage". » (source : *Personne de confiance et directives anticipées* sur le site www.e-cancer.fr).

directives anticipées. Elle consacre également l'accès aux soins palliatifs et au soulagement de la douleur, même si les décisions prises sont susceptibles de provoquer une diminution de l'espérance de vie. La loi Claeys-Leonetti renforce les droits des patients, en instaurant un droit à la sédation profonde et continue jusqu'au décès à la demande du patient, les directives anticipées perdant alors leur caractère consultatif.

Dans les faits, il revient aux professionnels de mettre en œuvre les moyens adéquats pour que toute personne ait une fin de vie « digne », accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance (article 1 de la loi Claeys-Leonetti), et afin de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité (article 5).

Encadré 4 • Les directives anticipées

Les directives anticipées¹ donnent la possibilité aux personnes de préciser, par écrit, leurs souhaits quant aux décisions relatives à leur fin de vie. Elles portent ainsi à la connaissance des médecins le souhait de poursuivre, limiter ou refuser des actes ou des traitements médicaux dans le cas où la personne ne pourrait plus manifester ses volontés. Leur rôle a été renforcé par la loi Claeys-Leonetti (2016) en les rendant opposables au médecin.

Toutefois, l'établissement de directives anticipées reste rare en France, et celles-ci font également l'objet de débats étant donné leur dimension injonctive, voire stigmatisante, pour les personnes âgées notamment (Petit, *et al.*, 2021). En effet, si les directives anticipées constituent une manière pour les patients d'exercer leurs droits, on observe qu'elles sont aussi utilisées par les institutions qui établissent une protection juridico-administrative pour se prémunir des recours en justice en s'inscrivant dans l'évaluation de la qualité des soins et du parcours des patients (Balard, *et al.*, 2021).

1. Textes de loi et références : Code de la santé publique, articles L. 1111-11 à L. 1111-12 ; Code de la santé publique, articles R. 1111-17 à R. 1111-20 ; arrêté du 3 août 2016 relatif au modèle de directives anticipées ; réponse ministérielle du 13 juillet 2021 « Directives anticipées ».

La sédation profonde et continue jusqu'au décès

La loi Claeys-Leonetti permet une « sédation profonde et continue jusqu'au décès » pour les malades souffrants, en phase « terminale » et dont la vie est menacée « à court terme », sans proposer de définition juridique précise de ces deux dernières notions (Voléry, Toupet, 2023). Les personnes concernées sont endormies définitivement par l'injection de Midazolam, et les traitements arrêtés quand « ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». L'hydratation et la nutrition sont également suspendues, et des antalgiques administrés. La mort survient environ une semaine plus tard, parfois plus, à la suite de la défaillance des organes qui cessent de fonctionner après l'arrêt des traitements. En raison de l'insuffisance rénale, le potassium s'accumule

dans le sang et finit par provoquer l'arrêt du cœur. L'équipe soignante se doit d'accompagner le patient en lui prodiguant des soins palliatifs (toilette, toucher-massage, compresses humidifiées et gouttes contre la sécheresse buccale et des yeux).

Comme le rappelle la HAS, la sédation profonde et continue jusqu'au décès se distingue de l'euthanasie (Ricot, 2018). D'une part, elle vise à soulager les souffrances réfractaires¹⁷ des mourants, et non à répondre à sa demande expresse de mourir. D'autre part, altérer la conscience ne signifie pas provoquer la mort, l'administration d'un médicament à des doses adaptées à la sédation profonde se distinguant de celle d'un médicament à des doses létales. Enfin, pratiquer une sédation profonde et continue jusqu'au décès garantit de suivre l'évolution « naturelle » de la maladie, sans savoir quand la mort adviendra, à l'inverse de l'euthanasie qui provoque une mort immédiate. Les guides de bonnes pratiques nationales de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (Aubry, *et al.*, 2008) et de la HAS (2018, 2020) indiquent que les médecins peuvent pratiquer des sédations dès lors qu'elles ont pour but de maintenir la qualité de vie (absence de souffrance) et le caractère « naturel » de la mort. Par ailleurs, pour un patient, ne plus vouloir souffrir n'est pas nécessairement synonyme de vouloir mourir et, du point de vue des soignants, apaiser le patient et lui donner la mort ne constituent pas le même genre d'acte.

La sédation profonde et continue jusqu'au décès fait toujours débat, comme en témoigne la conférence *Éthique et fin de vie* tenue en 2023¹⁸ : pour certains, il s'agit d'euthanasie dissimulée (Bretonnière, Fournier, 2021), pour d'autres, de mort lente et intolérable pour les proches. Peu de travaux sont disponibles sur cette pratique qui, non codifiée dans le Système national des données de santé (SNDS), ne fait pas l'objet d'un suivi statistique. D'après les résultats de la première enquête nationale en France postérieure à la loi de 2016 – portant sur l'année 2017 –, les médecins généralistes rapportaient peu de dilemmes éthiques, évoquant davantage la nécessité de faciliter leur accès au Midazolam, un préalable à la bonne mise en œuvre de la sédation. L'enquête indique également l'émergence d'une confusion chez les médecins hospitaliers – pour lesquels l'accès au Midazolam ne pose pas de problème – entre sédation proportionnée (pour apaiser les douleurs et les souffrances) et sédation profonde et continue (menant au décès) ; une confusion qui hypothèque un peu plus les possibilités de comptabiliser ce dernier type de sédation (Bretonnière, Fournier, 2021). Menée par le Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, une seconde enquête met en exergue des situations où de très faibles doses de Midazolam (0,4 mg/h) sont administrées aux patients, questionnant alors la profondeur réelle de la sédation (Mesnage, *et al.*, 2020). L'ensemble de ces observations alimente la nécessité de procéder à des recherches approfondies sur les représentations et les pratiques des professionnels en matière de sédation profonde et continue jusqu'au décès, la place laissée aux malades dans le recours à ces sédations, ainsi que les moyens à mettre œuvre pour l'appréhender statistiquement.

17. La souffrance est dite réfractaire lorsqu'elle ne peut être soulagée par des soins.

18. Conférence *Éthique et fin de vie* du 25 avril 2023, avec Michel Debout, Nadia Geerts, Fabrice Jollant, Romano La Harpe, Marc-Olivier Strauss-Kahn et Anne-Juliette Tillay, sous l'égide de la Fondation Jean-Jaurès (à consulter sur [youtube.com](https://www.youtube.com)).

La Convention citoyenne sur la fin de vie (2022-2023)

La Convention citoyenne sur la fin de vie a réuni 184 citoyennes et citoyens tirés au sort. Son rôle était consultatif, et son objectif principal de répondre à la question suivante : le cadre actuel d'accompagnement de la fin de vie est-il adapté aux différentes situations rencontrées, ou d'éventuels changements devraient-ils être introduits ? À l'issue de ses travaux, la convention a estimé que le cadre actuel ne permettait pas de répondre de manière satisfaisante à toutes les situations et ce, pour deux raisons : d'une part, du fait des inégalités persistantes d'accès à l'accompagnement de la fin de vie, et d'autre part, par l'absence de réponse satisfaisante à certaines fins de vie. La convention a, *in fine*, adopté 65 propositions collectives visant à renforcer le cadre d'accompagnement de la fin de vie¹⁹, au premier rang desquelles le développement des soins palliatifs. Elle s'est aussi positionnée pour la mise place à la fois du « suicide assisté » et de l'euthanasie, afin de pouvoir apporter une réponse adaptée à l'ensemble des situations de fin de vie. Néanmoins, cet accès à une AàM aurait nécessairement lieu dans le cadre d'un parcours d'accompagnement à coordonner avec le parcours de soins palliatifs, et sous certaines conditions : âge et volonté du patient, son discernement, incurabilité de la pathologie, engagement du pronostic vital, souffrances réfractaires, physiques ou psychiques. La convention a donc identifié des étapes clés à la mise en œuvre d'une AàM :

- une expression de la demande libre, éclairée et révocable à tout moment ;
- un accompagnement médical et psychologique complet ;
- une évaluation du discernement, préalable indispensable à la validation de l'entrée dans le parcours d'AàM ;
- une validation de l'entrée dans ce parcours, soumise à une procédure collégiale et pluridisciplinaire ;
- une réalisation de l'acte encadrée par le corps médical.

Cette proposition fait du corps médical un acteur central du processus d'AàM, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans les pays où celle-ci a été autorisée et contribue à rendre plus aiguës les questions posées par l'articulation entre AàM et prévention du suicide (Aubry, 2022). Ces réflexions sur l'AàM ont débouché sur un texte de loi présenté en Conseil des ministres en avril 2024, stipulant que le patient devra « être âgé d'au moins 18 ans », « être de nationalité française ou résider de façon stable et régulière en France », « être en capacité de manifester sa volonté de façon libre et éclairée », « être atteint d'une affection grave et incurable engageant son pronostic vital à court ou moyen terme », et enfin « présenter une souffrance physique ou psychologique réfractaire ou insupportable liée à cette affection ».

19. Rapport de la Convention citoyenne sur la fin de vie, avril 2023.

1.2. Définir la fin de vie face aux réalités plurielles du *mourir*

Les difficiles appréciation et prévision des temporalités du *mourir*

La fin de vie occupe une place importante dans l'organisation des soins, les prises en charge, le droit qui encadre les pratiques, etc. En dépit du nombre de travaux qui la prennent pour objet et la diversité des disciplines, il n'existe pas de définition consensuelle de ce qu'est la fin de vie. Il coexiste plutôt des lectures multiples, s'apparentant parfois à des outils de mesure et à des normes (Balard, *et al.*, 2021). Pour appréhender la fin de vie, il est nécessaire de passer par l'examen de la définition de la mort et ses évolutions.

Le Code civil de 1889 définissait la mort par l'arrêt du cœur, critère qui perdurera jusqu'en 1996, lorsque les techniques de transplantation viendront modifier cette définition en donnant le primat à l'activité cérébrale. Quel que soit l'organe, cette caractérisation juridique de la mort – définition et instruments de mesure induits – relève de savoirs médicaux dont l'usage contribue donc à construire et à légitimer politiquement une définition juridique du seuil temporel particulier qu'est la « fin de vie ». À ce titre, la loi Leonetti de 2005 constitue un point de bascule, comme le montrent les travaux d'Ingrid Voléry et Lauréna Toupet (2023). Cette loi participe à la redéfinition de la trajectoire du *mourir* où l'état du patient est appréhendé selon son évolution dans un continuum temporel. Ce cheminement vers la fin de vie est fonction des thérapeutiques disponibles, de l'évolution de la maladie et de la souffrance. Il impose un nouveau rythme qu'il convient de respecter, en prolongeant parfois la vie de certains patients, ou en n'accéléralant pas leur fin. Pour ponctuer cette trajectoire, les institutions étatiques formalisent un temps singulier au cours duquel l'accompagnement médical se modifie : le « stade terminal ». Il s'agit d'un moment à part, que les instances médicales nationales vont s'attacher à standardiser via la mesure des altérations corporelles des patients. Si les instances médicales reconnaissent la difficulté à définir ce qu'est la fin de vie, elles recommandent néanmoins de s'appuyer sur des signes cliniques pour l'approcher, par exemple la dégradation des fonctions vitales (Galmiche, 2022).

Néanmoins, ces mesures médicales et ces signes cliniques ne parviennent pas à délimiter clairement la temporalité de la fin de la vie. S'agit-il de quelques heures, jours, semaines ou mois ? Ces temporalités flottantes sont pour l'heure déterminées essentiellement à l'aune de la vision médicale, mais qu'en est-il de la façon dont les personnes définissent leur propre fin de vie ? Certains auteurs évoquent ainsi la possibilité de laisser à la personne, qui entrevoit la finitude de son existence et les souffrances qui l'accompagnent, le soin de qualifier sa fin de vie²⁰.

20. Écouter à ce propos le podcast « Fin de vie, un débat sans fin ? » avec Régis Aubry, Carole Bouleuc et Marta Spranzi (*La science CQFD*, France Culture, 11 janvier 2023).

L'agonie et sa construction médicale : un temps suspendu diversement pris en charge

Par-delà sa qualification et sa mesure, la fin de vie fait l'objet d'une médicalisation croissante avec notamment une prise en charge prioritairement à l'hôpital et un encadrement par des gestes techniques et des savoirs médicaux. Le médecin élabore et prend en charge l'agonie, c'est-à-dire la phase ultime de la fin de vie, qui précède la mort. Face à elle, deux postures contradictoires peuvent être observées (Dworkin, *et al.*, 1998) : soit la nier sans changer les attitudes thérapeutiques et sans tenir compte de l'imminence possible de la mort (ce qui s'apparenterait à de l'obstination déraisonnable), soit en tenir compte selon l'idéologie des soins palliatifs et ne rien entreprendre pour retarder la venue de celle-ci.

La prise en charge de l'agonie par les soignants en fait ainsi un état pathologique avec des traitements spécifiques, la mort se faisant oublier pour quelque temps (Dworkin, *et al.*, 1998). À la mesure du franchissement de la frontière agonique, s'adjoint une mesure de l'accélération du déclin physique, selon les constantes d'un patient, mais également en fonction des *dying trajectories*²¹ types définies d'après des standards internationaux s'imposant aux soignants (Voléry, Toupet, 2023).

Ces standards et ces mesures définissent des situations dans lesquelles la survie du corps (appelé « néomort » par le philosophe Agamben [1997]) n'est que prolongée par ceux qui maîtrisent les techniques d'assistance physiologique en services de réanimation, sa vie pouvant être prise sans susciter ni l'interdit juridique, ni la réprobation morale ou religieuse. La phase agonique, plus spécifiquement, requalifie également le statut du patient en « mourant » et ouvre un autre champ des possibles dans la prise en charge. Toutefois, les textes juridiques et médicaux ne circonscrivent pas explicitement le moment à partir duquel il devient possible de « faire mourir ». Que faire alors de l'agonie, ce processus qui prend tout son temps ? Dans la fin de vie, le corps est maintenu en vie grâce aux soins, l'alimentation et l'hydratation pouvant également être considérés comme des gestes techniques requalifiés pour devenir des traitements médicaux vitaux, au sens propre du terme. Lorsque l'agonie survient, elle constitue donc un temps suspendu pour la médecine, l'attente d'un changement de statut pour ces corps agonisants, ni vivants ni morts (Dworkin, *et al.*, 1998). Cette phase d'attente semble d'autant plus difficile à gérer et à accepter pour le monde médical que la mort peut être interprétée comme un échec du progrès technique.

Malgré les difficultés à qualifier la phase d'agonie, les débats sur la fin de vie se focalisent sur les alternatives offertes à la personne : AàM ou soins palliatifs. De ces débats, apparaissent des conceptions de la « belle mort » et de la « mort suffisamment bonne ». La « belle mort » correspond à la mort euthanasique, sans souffrance ni déliquescence, en restant maître de soi ; une mort volontaire, contrôlée et revendiquée comme « ultime liberté » (Pillonel, *et al.*, 2020) : celle de se soustraire à l'agonie et à la « déchéance » (Amar, 2014). La « mort suffisamment

21. I. Voléry et L. Toupet (2023) s'appuient sur deux articles pour évoquer la notion de *dying trajectories* : Lau, *et al.*, 2009 ; Downing, *et al.*, 2010.

bonne » est celle proposée par les soins palliatifs où la « dignité » de chaque être humain est préservée et érigée en valeur absolue et inaliénable, quels que soient son état ou sa situation sociale, quelle que soit l'idée que la personne se fait de cette dignité (Pillonel, *et al.*, 2020). Ces deux figures de la mort, qui éludent dans une certaine mesure l'agonie, sont au cœur des débats sur l'AàM. Et comme le rappelle Ennuyer (2013, p. 104), il n'y a pas qu'« une seule façon de finir sa vie, mais autant de fins de vie qu'il y a de vies différentes ». Penser la place des dispositifs d'AàM dans la fin de vie est donc une nécessité, mais on ne peut pas réduire la fin de vie à un choix, sans considérer des éléments beaucoup plus amples.

L'obstination thérapeutique déraisonnable

Un rapport récent de la HAS (2018) met en lumière l'optimisme des soignants relativement à la durée de survie des patients qu'ils accompagnent. Cette surévaluation peut mener à un maintien des techniques médicales et des traitements par-delà ce que la loi qualifie de raisonnable.

La définition juridique de l'obstination thérapeutique déraisonnable concerne les actes techniques et les traitements qui, « lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou lorsqu'ils n'ont d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, [ils] peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris, conformément à la volonté du patient et, si ce dernier est hors d'état d'exprimer sa volonté, à l'issue d'une procédure collégiale définie par voie réglementaire. [...] Lorsque les actes mentionnés aux deux premiers alinéas du présent article sont suspendus ou ne sont pas entrepris, le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 »²². Le Code de la santé publique propose deux types de critères visant à établir l'existence d'une telle situation :

- la hiérarchisation des pathologies : l'appréciation du caractère déraisonnable de l'action médicale résulte de l'incurabilité et de la gravité de la pathologie. L'appréciation de l'incurabilité revient au corps médical, qui s'appuie à la fois sur des statistiques populationnelles (taux de rémission et de survie à cinq ans selon la pathologie et son degré de développement) et sur des savoirs produits par les praticiens au chevet du patient ;
- la souffrance insupportable et réfractaire à l'action médicale : issu de l'approche palliative qui suggère que seule la douleur peut motiver un désir de mort, ce critère est susceptible de disparaître dès lors que la douleur est contenue. Cela pose la question de la mesure médicale de la douleur, son caractère « insupportable » dépendant des thérapeutiques disponibles et légitimées par les professionnels de santé, ainsi que des modalités de mesure en vigueur à l'échelle nationale (Aubry, *et al.*, 2008 ; HAS, 2020).

Ce cadre légal de l'obstination thérapeutique déraisonnable définit plus précisément un seuil au-delà duquel il est possible de modifier les pratiques de maintien en vie (Voléry, Toupet, 2023). À nouveau, l'on peut s'interroger sur la perception du patient quant au caractère déraisonnable des soins qui lui sont prodigués. Pour évaluer le caractère

22. Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1).

déraisonnable, la personne malade ou ses proches devraient être, si cela est possible, associés à la discussion collective avec les professionnels (Aubry, Maurel, 2004) – et peut-être le sont-ils déjà dans une certaine mesure, en pratique. Les débats sur l'AàM ne peuvent être compris sans avoir en tête les craintes nées de la médicalisation importante de la fin de vie, et avec elle celles d'être dépossédé de soi, de son corps alors aux mains de l'institution médicale dont le dessein serait le maintien de la vie à tout prix.

Comprendre les enjeux du *faire* et du *laisser mourir* à travers la distinction entre euthanasie active et passive

Le corps médical et l'État jouent donc un rôle essentiel dans la définition des cadres sociaux régissant le *faire* et le *laisser mourir*. Si les notions d'euthanasies active et passive ne sont pas usitées en France, leur usage, en Suisse notamment, induit une distinction dans le *faire* et le *laisser mourir* qui éclaire certains aspects, notamment sur la chaîne de causalité entre la réalisation d'un acte, ou son absence de réalisation, et la mort d'un individu. Plus généralement, cette distinction met en lumière des intentionnalités différentes que l'on retrouve dans le débat français sur les pratiques de sédation profonde et l'AàM.

L'euthanasie dite active consiste à faire mourir. Interdite en France, l'euthanasie se définit comme l'« acte d'un tiers qui met délibérément fin à la vie d'une personne qui le demande, dans l'intention de mettre un terme à une situation jugée insupportable »²³. Celle-ci peut être « directe » ou « indirecte » :

- l'euthanasie active directe correspond à l'euthanasie telle qu'elle est définie dans le contexte français, à savoir l'administration d'une substance létale par un tiers à la demande du patient ;
- l'euthanasie active indirecte désigne l'usage de sédations pour soulager la douleur réfractaire ou insupportable, dont les effets sont susceptibles de réduire la durée de la survie (Galmiche, 2022).

Si l'*European association for palliative care* (EAPC) s'oppose à l'usage de l'expression « euthanasie active » (considérant que l'euthanasie est nécessairement active), en Suisse notamment, il apparaît pertinent de distinguer l'administration d'un produit létal ou susceptible de réduire la durée de vie de la personne, et l'arrêt des traitements.

Dans l'enquête Fin de vie en France, menée auprès des médecins certificateurs et élaborée avec une échelle d'intentionnalité balisée entre « tout faire pour maintenir en vie » et « hâter la mort » (Pennec, *et al.*, 2012), il est intéressant de noter que sur 100 décès, en moyenne :

- 17 ont eu lieu soudainement, sans que le médecin puisse intervenir ;
- 12 correspondent à des situations où le médecin a pris des décisions dans le but de prolonger la vie du patient ;
- 23 concernent des cas où le médecin a pris des décisions sans considération d'un effet éventuel sur le décès ;

23. Comité consultatif national d'éthique (CCNE), avis n° 63, janvier 2000.

- 48 renvoient à une décision prise par le médecin en sachant qu'elle pouvait hâter la mort (dont 15 par abstention de traitement, 4 par arrêt de traitement, 28 par intensification de traitement et 1 par administration d'un médicament visant à mettre fin à la vie).

Quoique de façon vraisemblablement marginale, l'euthanasie active est aussi pratiquée dans les pays où elle est interdite, souvent dans la relation singulière et intime entre le médecin et son patient (Wacker, 2016 ; Bosshard, 2016), ou dans des contextes plus confidentiels, voire clandestins, d'associations qui militent pour la fin de vie (Voléry, Toupet, 2023). L'un des enjeux des débats et de l'institution d'un cadre juridique sur l'AàM serait alors de sortir de la clandestinité pour tendre vers une transparence des pratiques. Les expériences de dépénalisation de l'euthanasie constituent ainsi des tentatives de régulation et de dévoilement de pratiques déjà existantes (Hintermeyer, 2003).

L'euthanasie passive est le résultat de la renonciation, la limitation ou l'arrêt des traitements de maintien en vie, dans le cadre d'un refus d'obstination thérapeutique déraisonnable. Il est alors question de laisser mourir et non de faire mourir. La personne malade meurt des suites de sa maladie, et non d'une quelconque administration létale (Aubry, *et al.*, 2004). Ce terme est également davantage utilisé en Suisse, et l'EAPC le considère comme générateur de confusion puisque le refus d'obstination déraisonnable consiste à laisser advenir la mort « naturellement » (Aubry, Maurel, 2004). Cette distinction repose toutefois sur la caractérisation de l'acte professionnel (injecter une substance létale ou ne rien faire en sachant que la mort s'ensuivra), et non de l'objectif visé (éviter l'acharnement thérapeutique).

Étant donné l'évolution de la législation française, il semble pertinent de revenir sur le changement récent de statut de l'alimentation et de l'hydratation, dont une révision des perceptions médicales a accompagné l'instauration de la « phase terminale », notamment sous l'impulsion de la loi du 2 février 2016 (article L. 1110-5-1). En passant du mode « naturel » au mode « artificiel » d'administration, l'alimentation et l'hydratation en stade terminal reposent sur des techniques contrariant le destin organique (Voléry, Toupet, 2023). En stade terminal, leur arrêt est jugé nécessaire pour préserver la dignité du patient (articles L. 1110-5-1 et L. 1110-5-2 de la loi de 2016), ce qui conduit à « laisser mourir ». En reconsidérant le statut de ces pratiques s'apparentant en phase terminale à des traitements, la souffrance liée à leur arrêt est, elle aussi, reconsidérée (Pool, 2004).

Une enquête par questionnaire auprès des médecins concernant les décisions de fin de vie a été menée aux Pays-Bas à partir d'un échantillon stratifié du registre 2010 des décès de la *Statistics Netherlands*. L'abandon de traitement a été observé dans 37 % des situations, avec une augmentation significative de l'incidence selon l'âge. Les traitements les plus couramment arrêtés ou retenus étaient l'hydratation et l'alimentation artificielles, ainsi que les antibiotiques. Le renoncement à un traitement par les médecins en raison d'une « perte de dignité » était plus élevé pour les patients les plus âgés (Martins Pereira, *et al.*, 2015).

À propos des perceptions des personnes sur l'arrêt des traitements, une étude néerlandaise (Van Wijmen, *et al.*, 2015) s'est intéressée aux préférences de la population quant à la poursuite ou à l'abandon de différents traitements en fin de vie, en cas de démence et de cancer. Une majorité de la population (62 % à 87 %) souhaitait renoncer aux différents traitements dans les deux scénarios, avec un résultat plus tranché en cas de démence qu'en cas de cancer. Certaines caractéristiques sociodémographiques augmentent la probabilité de refuser la poursuite des traitements, notamment le fait d'être une femme, d'avoir plus de 55 ans, d'avoir fait des études supérieures et de ne pas avoir de religion.

Les pratiques d'euthanasie passive posent la question de la gestion de la douleur et de l'accompagnement, plus spécifiquement lorsque les patients ne sont pas pris en charge en soins palliatifs et qu'ils décident d'eux-mêmes d'arrêter les traitements²⁴. Plus généralement, arrêter les traitements et laisser mourir peut prendre du temps, et ce temps suspendu peut être source d'expériences difficiles pour le mourant et ses proches²⁵.

Le « tourisme » de la mort assistée

L'AàM induit des flux de circulation des personnes, puisque certains pays ou structures autorisent son recours aux personnes non résidentes. Aux États-Unis, si résider dans le pays est obligatoire, les personnes peuvent circuler entre États pour y accéder (Blouin, *et al.*, 2021). En Suisse, certaines associations permettent aux résidents étrangers de recourir au suicide assisté : elles examinent chaque demande et s'assurent de sa conformité avec la loi, puis mettent le requérant en relation avec un médecin suisse pour qu'il lui prescrive un barbiturique à ingérer sur le sol suisse (Galmiche, 2022). Parmi les suicides assistés pratiqués en Suisse entre 2008 et 2012, entre un quart et un tiers proviendraient d'un autre pays, avec une surreprésentation de trois pays européens : l'Allemagne (43,9 %), le Royaume-Uni (20,6 %) et la France (10,8 %) [Gauthier, *et al.*, 2015]. Plus récemment, l'association Dignitas a accompagné 45 Français dans leurs démarches en 2021, soit 21,2 % de leurs prises en charge (Dignitas, 2019).

Les législations aux Pays-Bas, en Belgique et au Luxembourg n'incluent pas non plus d'obligation de résidence. Leurs procédures exigent cependant que deux médecins déterminent, d'une part, si la personne requérante a formulé une demande volontaire et réfléchie et, d'autre part, si elle souffre de manière insupportable, ce qui suppose que les médecins connaissent celle-ci depuis quelque temps (Blouin, *et al.*, 2021).

Les personnes qui circulent entre les pays dans le but de recourir à une AàM proviennent principalement de pays à hauts revenus. En effet, se rendre en Suisse pour en bénéficier coûte plusieurs milliers d'euros²⁶. La Suisse serait néanmoins devenue une « plaque tournante »

24. *Le Monde*, Dialysée depuis des années, Delphine a fait le choix d'arrêter son traitement et de se laisser mourir (2 décembre 2022).

25. Conférence *Éthique et fin de vie* du 25 avril 2023, avec Michel Debout, Nadia Geerts, Fabrice Jollant, Romano La Harpe, Marc-Olivier Strauss-Kahn et Anne-Juliette Tillay, sous l'égide de la Fondation Jean-Jaurès (à consulter sur youtube.com).

26. *L'Obs*, Fin de vie : « C'est déchirant de devoir quitter mon pays pour mourir comme je l'entends » (8 septembre 2017) ; *L'Obs*, Le choix de Joseph (13 mai 2021).

du problème public de l'AàM (Richards, 2016 ; Blouin, 2018), ce qui contribue à nourrir les débats dans les pays d'origine des demandeurs, les démarches de plusieurs d'entre eux ayant fait l'objet d'une importante couverture médiatique. Ces articles montraient au grand public le caractère intolérable de leurs souffrances et leur détermination à mourir, au point d'être prêts à s'éteindre loin de chez eux et de leurs proches.

Néanmoins, donner accès à l'AàM à des personnes non résidentes suscite des controverses dans les pays qui l'autorisent, y compris parmi les médecins et au sein des équipes soignantes (Hamarat, 2020). L'ethnographie de la situation d'Annabell, venue en Belgique pour une euthanasie alors qu'elle réside à l'étranger, met en lumière les difficultés rencontrées par l'équipe soignante et éclaire, sous l'angle des professionnels, les difficultés que l'ouverture de l'AàM aux non-résidents peut susciter. En effet, Annabell n'a pas souhaité lier connaissance avec l'équipe soignante, se contentant d'une relation bilatérale avec le médecin qui réalisera l'euthanasie, et refusant les propositions d'antalgique (Hamarat, *et al.*, 2021). Cette mise en marge de l'équipe soignante et, plus globalement, la difficulté à établir des liens avec des patients non résidents, peuvent être vécues par l'équipe soignante comme une altération du sens même de leur activité, surtout s'agissant de *care* (Hughes, 1996 ; Arborio, 2001). La circulation transnationale des personnes souhaitant recourir à l'AàM a donc des conséquences, au-delà des personnes concernées, sur les professionnels de santé.

1.3. La place des personnes âgées dans les réflexions sur l'assistance à mourir

L'espérance de vie à la naissance a considérablement augmenté, de 30 ans avant 1800 à plus de 85 ans aujourd'hui (Pillonel, *et al.*, 2020). Cette transformation démographique s'est accompagnée d'un accroissement des âges de décès, dont beaucoup survenaient peu après la naissance et qui sont dorénavant concentrés chez les personnes âgées. L'expérience de la mort est donc aujourd'hui une affaire de personnes âgées, voire très âgées (Monnier, Pennec, 2001).

L'opinion majoritaire des personnes âgées sur l'assistance à mourir

Dans les pays qui l'autorisent, une part importante des demandes d'AàM proviennent des personnes âgées (Dierickx, *et al.*, 2020 ; Vallée, 2020 ; Steck, *et al.*, 2018) : 86,6 % des demandes en Suisse (en 2017) et 83,3 % au Canada (en 2021) concernaient des personnes de 65 ans ou plus (OFS, 2019 ; Santé Canada, 2022). Aux Pays-Bas, les personnes âgées sont plutôt favorables à l'AàM, et l'adhésion des 64-74 ans a significativement augmenté au fil du temps : de 58 % d'opinions positives en 2001 à 64 % en 2005 et 70 % en 2008 pour l'euthanasie, et de 31 % à 33 % puis 45 % pour le suicide assisté (Buiting, *et al.*, 2012). Les personnes âgées sont plus favorables à l'euthanasie qu'au suicide assisté, et une part croissante envisagent d'y avoir recours. Par ailleurs, parmi celles qui ont donné des directives anticipées en faveur de l'euthanasie, une part importante maintiennent leur position dans

le temps : trois mois avant leur décès, 87 % des personnes âgées désiraient toujours être euthanasiées, 47 % l'ont finalement demandé (contre 6 % des personnes n'ayant pas donné de directives anticipées) et 16 % sont décédées de cette manière (Bolt, *et al.*, 2016). Une stabilité qui n'entraîne donc pas nécessairement une demande d'euthanasie, les personnes âgées pouvant soit s'être ravisées en fin de vie sans procéder à la révision de leurs directives anticipées, soit être décédées avant.

Les personnes âgées étant les premières requérantes de l'AàM, elles occupent une place particulière dans les réflexions et les débats. Des travaux récents sur les demandes d'AàM synchrones chez les couples d'aînés mettent en évidence la manière dont ces histoires sont retransmises par les médias. Ces derniers mettent notamment en exergue le rôle des représentations de la « bonne mort » pour ces couples dans le choix de recourir à l'AàM ensemble (Bourget, Lapierre, 2023). À la mobilisation de ces représentations s'adjoignent des représentations professionnelles qui tendent à pathologiser le grand âge, renforçant la place particulière qu'occupent les personnes âgées dans les débats sur l'AàM.

Considérer la volonté d'en finir des personnes âgées sans pathologiser le désir de mort et le suicide

Les travaux de Baudelot et Establet (2016) nous informent que le suicide des jeunes apparaît comme un phénomène dont la réception sociale est plus sensible que dans le cas de leurs aînés : le passage à l'acte d'individus en bonne santé, sensément vivre encore longtemps et bien entourés, heurte et entraîne des réactions plus vives et chargées en émotions. La signification que l'on attribue à leur geste diffère complètement dans le cas des personnes âgées. Ainsi, le suicide des aînés aurait socialement moins de valeur, du moins leur mort apparaîtrait-elle plus acceptable que celle des jeunes. Au-delà de la réception sociale du suicide, c'est également l'interprétation de leur désir de mourir qui est différente, car davantage reliée à l'âge. D'importantes oppositions disciplinaires coexistent sur la façon d'interpréter ces situations.

Ainsi, certains auteurs en neurosciences considèrent l'apparition de troubles cognitifs comme des corollaires du vieillissement physiologique (Petit, *et al.*, 2021), des « polypathologies invalidantes liées à l'âge »²⁷. Ces troubles compliquent l'évaluation d'une requête d'accès à l'AàM par les professionnels car ils sont vus comme remettant en cause la possibilité pour les personnes âgées d'émettre un jugement « éclairé » (Pillonel, *et al.*, 2020), et ils conduisent parfois à une inversion des rôles familiaux, en vertu de laquelle il reviendrait aux descendants de prendre les décisions concernant leurs aînés. Les personnes âgées, considérées comme moins autonomes psychiquement, voient souvent leur parole interprétée par leur entourage ou les professionnels (hospitaliers ou des structures d'hébergement) [Voléry, *et al.*, 2023]. Cette parole relayée est souvent nourrie de représentations centrées sur la dégradation cognitive qui peut accompagner l'avancée en âge.

27. La catégorie des « polypathologies » regroupe les difficultés à se déplacer, des capacités auditives limitées, une diminution de la vue, un état de fatigue général, etc.

Néanmoins cette catégorisation de « polyopathologies invalidantes liées à l'âge », ainsi que les critères d'attribution de ce diagnostic, posent question (Voléry, Balard, 2023) et risquent de mener à des assimilations implicites où âge, maladie incurable et polyopathologies se renforcent dans la construction de la légitimité d'assister la mort. Le souhait de mourir des personnes âgées peut aussi être vu comme issu de situations qualifiées de « mort sociale » et « relationnelle », qui entraîneraient l'apparition d'états dépressifs puis d'idées suicidaires. Dans cette hypothèse, la souffrance ou le désir de mourir ne seraient plus interprétés à la seule lumière de leur déclin physique et cognitif, car les suicides comme les demandes d'AàM au grand âge trouveraient leur origine dans la dépression et la démoralisation comme réponse psychique apportée à la façon dont se déroule le vieillissement dans nos sociétés (Chastang, et al., 2021). Cependant, loin de faire l'unanimité parmi les chercheurs, cette vision se confronte à d'autres travaux qui montrent à l'inverse que les personnes recourant à l'AàM sont parfois accompagnées par leurs proches, mettant ainsi en évidence des cas d'AàM qui ne correspondent pas à des situations de mort sociale et relationnelle (Bourget, Lapierre, 2023 ; Geerts, 2023).

Au-delà des risques de pathologisation, certains estiment qu'il faut rester vigilant quant aux propos normatifs émanant potentiellement de la pratique clinique, qui visent d'une part à assurer le « mandat²⁸ » des soignants et à répondre aux objectifs d'action préventive et de postvention ; et d'autre part à se conformer à des enjeux professionnels et institutionnels (Balard, et al., 2020 ; 2021). Des recherches sur le suicide – et par extension sur l'AàM – considérant *a priori* la pathologie mentale ou la souffrance comme unique motif du comportement suicidaire, se priveraient d'une compréhension et d'explications plus fines du suicide, qui précèdent nécessairement les réflexions et traductions des savoirs acquis en pratiques de prévention-postvention (Balard, et al., 2020).

Cette opposition entre, d'une part, les professionnels et les chercheurs du soin engagés dans des actions curatives et préventives parfois au risque de pathologiser le suicide et, d'autre part, des chercheurs en sciences humaines adoptant une perspective critique distante et désengagée de la pratique, est évidemment caricaturale. Plutôt qu'une opposition frontale, les deux optiques gagneraient à discuter ensemble pour confronter les regards, comme c'est d'ailleurs le cas dans de nombreuses sphères ou projets de recherche, et à s'atteler à investiguer des éléments communs pour renforcer les connaissances. À ce titre, l'identification, par exemple, de singularités dans la dépression des personnes âgées (Richard-Devantoy, Jollant, 2012) – du point de vue du désir de mort – pourrait participer du traitement différencié de ces dernières, si ces spécificités se retrouvaient au cœur de la conception d'une *psyché*²⁹ du vieillissement (Balard, et al., 2020). Plus généralement, s'il est essentiel de continuer à proposer des soins personnalisés en santé mentale, il est également

28. Terme employé ici au sens d'Everett Hughes, sociologue des professions : le mandat permet au groupe professionnel de se définir « comme l'instance la mieux placée pour fixer les termes selon lesquels il convient de penser un aspect particulier de la société, de la vie ou de la nature, et pour définir les grandes lignes des politiques publiques qui s'y rapportent » (Hughes, 1996).

29. La dépression des personnes âgées se caractériserait par des comportements agressifs et une instabilité symptomatologique, tandis que celle des jeunes et des adultes serait davantage associée à des comportements de retrait.

primordial de mener des recherches hors cadres cliniques et études de cas pathologiques, dont les résultats pourront être articulés, dans un second temps, à la pratique du soin.

À quel moment considère-t-on que l'on est « assez vieux » pour mourir ?

L'analyse textuelle des avis de décès publiés dans des quotidiens suisses met en évidence des représentations d'un âge « injuste » et d'un âge « normal » pour mourir : avant 80 ans, la mort est jugée précoce et nécessite d'être justifiée par les proches (Nicolet, Oris, 2021). Cette représentation de la mort à un âge « normal » participe d'une *naturalisation* de la mort aux grands âges, c'est-à-dire une mort qui ne nécessite pas d'explications médicales. La mort d'une personne âgée est, dans les représentations sociales occidentales, jugée moins choquante que celle d'une personne jeune (Baudelot, Establet, 2016). Cette dimension sociale de l'âge, que l'on retrouve dans les discours de certains médecins légistes ou de certains procureurs, peut induire le fait de moins interroger le respect du cadre médico-éthique du suicide assisté pour ce public en Suisse. Des auteurs rapportent par exemple les paroles d'un médecin légiste au cours de leur enquête ethnographique (Pillonel, et al., 2020, p. 163) : « Plus la personne est jeune, plus on sera attentif à cette question de maladie incurable. Plus la personne est vieille, moins on se pose de questions. »

Pour certains auteurs (Charazac-Brunel, 2014 ; groupe de travail sur la fin de vie de l'Observatoire national du suicide, Lapiere, Paris, 30 mai 2023), des stéréotypes et représentations sociales négatives sont associés au vieillissement et intégrés par les personnes âgées ; par exemple, le fait de constituer un poids pour ses proches ou la société, ou devenir socialement inutile, menant à une perte de sens de la vie et un désir de mourir. Le suicide des personnes âgées devient alors un problème de société de nature morale et culturelle (Balard, et al., 2020) : comment construire une société où les personnes âgées ne se sentent pas inutiles ou marginalisées ?

Une étude belge souligne que l'âge des individus – et plus précisément le temps qui leur reste à vivre – est une donnée importante pour les médecins dans le processus décisionnel des demandes d'euthanasie (Vallée, 2020) : plus les patients sont âgés, plus les médecins sont susceptibles d'être favorables à leur demande en raison du moindre « temps de vie » qui serait amputé par l'euthanasie, un argument d'ailleurs mobilisé par les patients. Les médecins qui pratiquent des euthanasies constatent que les demandes émanent de plus en plus souvent de personnes très âgées qui, sans être atteintes d'une pathologie particulière, se plaignent d'une « fatigue de vivre » et d'une mort qui tarderait à venir. Ces situations de demandes d'euthanasie interrogent les limites de la loi belge et le système de normes et de valeurs engagé dans les processus euthanasiques, car le cadre législatif ne considère pas la vieillesse comme une affection médicale. Le sentiment de vie accomplie ne peut donc, en lui-même, constituer un critère admissible pour pratiquer une euthanasie.

Les personnes très âgées qui souhaitent recourir à l'euthanasie présentent souvent un dossier complexe à prendre en charge, dans la mesure où c'est un « état général » qui motive

la demande, plutôt qu'une maladie, une affection ou une limitation spécifique. Dans le processus décisionnel qui conditionne l'euthanasie, le « sentiment de vie accomplie » est un élément qui joue en faveur de l'acceptation de la demande d'AàM. Toutefois, les demandes d'euthanasie pour « sentiment de vie accomplie » restent rares : le corps médical s'appuie plutôt sur la « fatigue de vivre » engendrée par des polypathologies qui, considérées isolément, ne permettraient pas de justifier l'AàM. Les médecins ne se fondent d'ailleurs pas exclusivement sur des critères strictement médicaux : des questions sur l'histoire professionnelle et familiale des personnes sont posées, ainsi que sur leur situation personnelle et leur vie quotidienne (Vallée, 2020). Ces éléments participent de l'évaluation par le corps médical d'une « fatigue de vivre » tout en traduisant des représentations de ce qu'est une vie qui vaut encore la peine d'être vécue.

En Suisse, les associations d'aide à mourir se sont également questionnées sur l'avancée en âge des requérants au suicide assisté. Les réflexions portent aussi sur « l'âge social » (le fait d'avoir suffisamment vécu) et sur l'âge biologique (en lien avec les déficiences et pathologies) qui rendent la demande d'AàM envisageable. Les membres d'associations considèrent les accompagnements au suicide assisté de personnes jeunes plus compliqués que ceux de personnes âgées. Le Bulletin de l'association Exit ADMD Suisse romande³⁰ de février 2007 soulignait déjà, à ce propos, l'importance de l'invalidité liée aux actes de la vie quotidienne (se vêtir et se dévêtir, manger, faire sa toilette, etc.) qui, avec l'allongement de l'espérance de vie, augmente les risques de vivre une vieillesse dépendante durant laquelle la qualité de vie serait amoindrie. L'association a même introduit, depuis avril 2014, la question de l'âge dans ses critères lorsqu'une situation relève d'une « polypathologie invalidante liée à l'âge ». Il en est de même pour l'association Exit Deutsche Schweiz³¹ qui a créé un groupe de travail en 2017 sur l'opportunité d'accéder au suicide assisté pour des personnes âgées en bonne santé.

L'âge, dans l'accès et le processus d'accompagnement à l'AàM, n'est donc pas mobilisé seul mais associé à des dimensions biologiques, fonctionnelles, sociales et existentielles, d'une façon qui diffère entre accompagnants et requérants. Une visée rétrospective et prospective façonne la perception du processus de vieillissement par les requérants : la première renvoie à la notion de « vie complétée » (Wijngaarden, *et al.*, 2018), supposant que la personne a atteint, chronologiquement, un nombre d'années suffisant, et la deuxième fait état d'une usure physiologique et de la perception d'une qualité de vie amoindrie, dont on anticipe la dégradation à venir. Pour les professionnels, mourir « jeune » est inintelligible, suggérant une plus forte légitimité à mourir par AàM lorsque l'on est âgé (Pillonel, *et al.*, 2020) : l'accumulation d'accomplissements et de pertes au fil du parcours de vie (Wijngaarden, 2014) participe ainsi de la construction sociale d'un temps où l'on est « assez vieux » pour mourir.

30. <https://www.exit-romandie.ch/>

31. <https://www.exit.ch/>

Se questionner sur les représentations sociales d'une vie digne

La dignité apparaît comme un concept à géométrie variable : vide pour certains ou central pour les partisans des soins palliatifs et pour les militants de l'AàM (Marin, 1991 ; Moulin, 2016). Tout autant que la préservation de la dignité, le respect de l'autonomie décisionnelle de la personne constitue un argument en faveur des soins palliatifs et de l'AàM. Dans une société qui cultive l'idéal de l'autonomie individuelle, voire l'érige en injonction (Ehrenberg, 1991), la dépendance à l'âge adulte est de fait considérée comme un état avilissant qui met en péril la dignité de la personne concernée (Vallée, 2020).

Les possibilités offertes ou débattues actuellement pour la fin de vie se répartissent selon un schéma binaire entre les soins palliatifs et l'AàM. Ces deux positions correspondent à un ensemble d'acteurs ayant des représentations et des normes différentes, mais qui semblent s'accorder sur leur volonté de restituer aux patients leur dignité et leur autonomie. Nonobstant, soins palliatifs et AàM renvoient à une conception différente de ce que recouvre la dignité. Dans le cadre de l'AàM, l'enjeu principal repose sur la nécessité de ne pas déchoir aux yeux des autres et à ses propres yeux (Hintermeyer, 2003). La dignité humaine réside alors, d'une certaine manière, dans le refus d'une vie dans un corps dégradé (Aubry, *et al.*, 2004). Dans le cadre des soins palliatifs, la dignité – qui repose sur l'être humain en tant que sujet – n'est pas considérée comme nécessairement remise en cause par la dégradation physique (Hintermeyer, 2003).

Au regard des professionnels de santé, la dignité est directement reliée à l'état de dépendance de l'individu vis-à-vis d'autrui pour les gestes du quotidien, et en particulier ceux qui relèvent de l'intimité (Vallée, 2020). Une étude néerlandaise portant sur l'évaluation de la dignité de résidents de maisons de retraite souligne que les professionnels de santé ont généralement évalué la dignité des résidents de manière plus négative que les résidents eux-mêmes, sans percevoir les moments où ces derniers et leurs proches la considéraient comme compromise (Oosterveld-Vlug, *et al.*, 2015).

Pour les proches, les représentations d'une mort dans la dignité portent moins sur l'indépendance des patients vis-à-vis d'autrui pour les gestes du quotidien, que sur le sentiment de mourir en paix, sur l'absence d'anxiété et d'humeur dépressive. En outre, bénéficier, de la part des professionnels, d'explications intelligibles sur l'état de santé du patient et les options de traitement au cours des derniers mois de la vie, participe également pour eux à une mort digne (Van Gennip, *et al.*, 2013). Toutefois, l'étude évoquée précédemment à propos des représentations des professionnels souligne également que les proches des patients évaluent eux aussi plus négativement la dignité des résidents que les personnes âgées elles-mêmes, même s'ils sont les mieux placés pour identifier les moments et situations où la dignité de leur proche est entravée (Oosterveld-Vlug, *et al.*, 2015).

Du point de vue des mourants, l'étude des différentes motivations des demandes d'AàM met en exergue des motifs tant médicaux que psycho-émotionnels ou socio-environnementaux qui participent de la souffrance insupportable des personnes et de leur perception de leur

dignité (Dees, *et al.*, 2011 ; Gaignard, Hurts, 2019 ; Serra, *et al.*, 2022). En particulier, la fatigue ou l'épuisement, la douleur, le sentiment de déclin physique ou de perte de soi, la peur des souffrances futures, la dépendance ou la perte d'autonomie, la solitude, le désespoir, le sentiment d'inutilité et la lassitude de vivre, l'emprise des professionnels de santé sont des éléments constitutifs d'une souffrance insupportable (Dees, *et al.*, 2011). Ces motifs seront avancés et combinés différemment en fonction des caractéristiques et trajectoires des personnes. Il semble alors important de souligner, à l'instar de Nadia Geerts³², l'importance de donner la possibilité aux personnes de dire si leur vie n'est plus digne d'être vécue à leurs yeux, et éventuellement de définir le seuil à partir duquel elle ne le serait plus.

Les représentations de la dignité et des processus qui l'entravent sont donc divergentes entre les professionnels de santé, les proches et la personne concernée. Si la dignité conditionne les possibilités en fin de vie, à quelle conception se référer ? La dignité humaine est souvent discutée dans ses définitions, mais les échanges semblent impulsés par un postulat initial : le fait que toute personne place cette dignité au premier rang de ses préoccupations (Hintermeyer, 2003). Or, des recherches dans une démarche inductive auprès des mourants et des patients pourraient mettre en lumière d'autres préoccupations cardinales.

Questionner les représentations de la « bonne mort »

Les représentations sociales portent une image de la « bonne mort » qui survient à un âge avancé (Glaser, Strauss, 1968 ; Hintermeyer, 2003), mais les tentatives de suicide et les désirs de mort incarnent, pour le corps médical, des « mauvaises morts » (Voléry, Balard, 2023). La « bonne mort » est d'une part une mort accompagnée par des professionnels, respectueuse des cadres sociaux et institutionnels (Voléry, Balard, 2024), et d'autre part une mort en conscience et acceptée, mais qui ne peut être souhaitée dès lors que la souffrance est soulagée (Balard, *et al.*, 2020). Pour les requérants à l'AàM, d'autres facteurs corroborent une définition d'une « bonne vie » et celle, en miroir, d'une « bonne mort ». Mourir par le biais d'une AàM permettrait de préserver un contrôle, de sauvegarder un certain degré d'autonomie (Pillonel, *et al.*, 2020). En effet, le vieillissement peut s'accompagner d'un ensemble de pertes, tel que la « perte de maîtrise, de liens, de sens et de soi » (Wijngaarden, 2014). Cette autonomie est également pensée en lien avec les conditions de vie en résidence. Aussi, en Belgique, dans les formulaires de déclaration anticipée relative aux traitements que les membres de l'association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD) sont invités à remplir, figure fréquemment l'indication d'un refus de vivre en maison de retraite, une perspective considérée comme « invivable » et participant à la demande d'euthanasie (Vallée, 2020). Les soins palliatifs et les pratiques d'AàM, en tant que formes contemporaines du *mourir*, semblent, dans cette perspective, illustrer ce que Michel Castra (2004) qualifiait de « conception normative du devoir d'être bien portant ».

32. Conférence *Éthique et fin de vie* du 25 avril 2023, avec Michel Debout, Nadia Geerts, Fabrice Jollant, Romano La Harpe, Marc-Olivier Strauss-Kahn et Anne-Juliette Tillay, sous l'égide de la Fondation Jean-Jaurès (à consulter sur [youtube.com](https://www.youtube.com)).

Souhaiter réduire ce temps d'attente de la mort en la provoquant par le biais de dispositifs d'AàM peut être une manière de garder le contrôle sur sa vie, de maîtriser le *mourir* (Serra, et al., 2022) tout en s'assurant une mort certaine mais indolore. Un simulacre de mort « naturelle », en s'endormant, qui correspond à une forme idéalisée de mort « propre », esthétique... et donc de « bonne mort » (Richards, 2016).

Vouloir mourir pour tenir son rôle social

La perte d'autonomie joue un rôle central dans les demandes d'AàM de la part des personnes âgées : la dépendance qui empêche les actes du quotidien peut inciter les personnes à vouloir mourir³³. Les travaux récents d'Ingrid Voléry et Frédéric Balard (2024) mettent en lumière la manière dont les personnes âgées qui ont tenté de se suicider – notamment les hommes – sont attachées au caractère actif de leur geste. En souligner le caractère volontaire permet de combattre la suspicion de confusion afin de limiter la surveillance de leurs proches et de revendiquer le maintien d'une forme d'autonomie décisionnelle.

D'autres présentent leur acte comme accompli dans un moment « d'égarement », dans l'objectif de réaffirmer leur adhésion aux normes. Se conformer aux normes, notamment de genre, tient une place centrale dans les récits de suicidants. Les femmes tentent de se suicider pour continuer à se conformer aux normes de genre, tandis que les hommes le font parce qu'ils n'arrivent plus à se conformer à ces normes. En effet, les femmes âgées pourront orchestrer le suicide conjugal ou se suicider par dévouement pour le conjoint ou le proche décédé ; tandis que les tentatives de suicide des hommes âgés sont expliquées en lien avec des pertes de maîtrise du mode de vie ou l'entrée en institution (voir partie suivante). Le suicide est alors perçu par les personnes âgées comme une manière de continuer à tenir leurs rôles sociaux.

Ne pas dépendre de ses enfants et ne pas être une charge pour son entourage participent également du rôle social que les personnes âgées s'efforcent de préserver. Chloé Vallée (2020) stipule que l'augmentation du nombre de décès de personnes très âgées par AàM – en Belgique, la proportion des plus de 80 ans est passée de 14 % en 2004 à 39 % en 2017, alors que le nombre total d'AàM était multiplié par plus de six (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, 2018) – relève d'une connaissance plus grande du dispositif et de la loi, mais également d'un effet générationnel. Ayant participé à plusieurs révolutions sociales, telles que la légalisation de la contraception et la dépénalisation de l'avortement, nos contemporains âgés concevraient davantage l'individu comme une entité autonome et responsable de son existence et de ses choix de vie, pour lequel l'autonomie et la liberté individuelle sont des valeurs cardinales. Attentifs à leur qualité de vie, ils prolongent cette aspiration dans la recherche d'une qualité de la mort. Néanmoins, le pendant de l'apologie d'une vieillesse positive et responsable, du « bien vieillir », serait la stigmatisation des situations divergentes (la dépendance, le handicap, la maladie, la précarité, etc.), socialement synonymes de faillite personnelle (Hummel, 2002 ; Pillonel, et al., 2020).

33. Groupe de travail sur la fin de vie de l'Observatoire national du suicide, Lapierre, S., Paris, 30 mai 2023.

Compte tenu de ces phénomènes – une diffusion progressive de la connaissance du cadre légal et la dimension générationnelle du rapport à l'AàM –, tout dispositif d'AàM doit donc faire l'objet d'une observation fine et être évalué sur un temps long.

1.4. La place des troubles psychiques dans les réflexions sur l'assistance à mourir

État des pratiques internationales

Autorisée dans quelques pays tels que la Belgique, les Pays-Bas, la Suisse, le Luxembourg et l'Espagne, l'AàM pour motifs psychiatriques fait l'objet de vifs débats. Les conditions préalables pour y accéder prévoient que le patient doit être conscient au moment de sa demande, capable de l'exprimer, faire état de souffrances jugées insupportables, irréversibles et n'ayant pas de perspectives d'amélioration.

Les cadres légaux qui régissent les pratiques d'AàM en cas de troubles psychiques diffèrent d'un pays à l'autre : certains ont ouvert ces pratiques à toute personne même sans pathologie (Suisse), alors que d'autres l'ont rendu accessible uniquement aux personnes atteintes d'une pathologie psychiatrique (Pays-Bas, Belgique, Luxembourg). Certaines législations imposent la participation des psychiatres-experts (en Suisse et en Belgique dans le cas des mineurs et des patients avec des antécédents psychiatriques), ou la recommandent (en Belgique dans les autres cas, et aux Pays-Bas³⁴). En revanche, la législation luxembourgeoise ne requiert pas d'expertise, ni ne prévoit de délai de réflexion.

Les personnes ayant recours à l'AàM dans les cas de troubles psychiques sont le plus souvent des femmes. Elles sont également considérablement plus jeunes (50-60 ans) que celles demandant l'AàM pour des motifs non psychiatriques (Guérinet, Tournier, 2021).

Aux Pays-Bas, la moitié des patients en demande d'AàM pour troubles psychiques entre 2011 et 2014 avaient déjà tenté de se suicider, et huit sur dix avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie (Kim, *et al.*, 2016 ; Guérinet, Tournier, 2021). La majorité des patients atteints de troubles psychiques en souffraient depuis plus de dix ans, et la plupart d'entre eux présentaient une comorbidité somatique (Kim, *et al.*, 2016 ; Evenblij, *et al.*, 2019b ; Guérinet, Tournier, 2021). Les diagnostics les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur et plus particulièrement les troubles dépressifs, ainsi que les troubles de la personnalité. Les personnes étaient décrites comme socialement isolées et présentaient plusieurs pathologies psychiatriques (Kim, *et al.*, 2016 ; Guérinet, Tournier, 2021). Il en est de même en Belgique, où une enquête auprès des psychiatres engagés dans l'évaluation des demandes d'euthanasie montre que la plupart des patients souffraient de troubles psychiatriques

34. Néanmoins, une étude portant sur 66 cas d'AàM et mise en ligne par les comités régionaux d'examen de l'euthanasie, souligne que la pratique aux Pays-Bas ne suit pas toujours les prescriptions légales et réglementaires concernant le recours à des experts indépendants (dans 7 cas sur les 66 étudiés, notamment lors de désaccords entre experts (relevés dans 16 situations) [Kim, *et al.*, 2016]).

ou somatiques comorbides, et avaient reçu différents types de traitements pendant de nombreuses années avant leur demande d'AàM (Verhofstadt, *et al.*, 2021). Les diagnostics les plus fréquents dans les demandes d'AàM pour troubles psychiques sont également la dépression et les troubles de la personnalité. La souffrance existentielle était la principale raison de la demande d'AàM (Thienpont, *et al.*, 2015).

L'AàM pour troubles psychiques ne concerne qu'une minorité de cas dans les pays qui l'autorisent :

- en 2017, 1,1 % des cas d'AàM en Belgique (Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie, 2018), et 1,3 % aux Pays-Bas (*Regional euthanasia review committees*, 2023) ;
- en 2014, en Suisse, 4,5 % des suicides assistés s'agissant des résidents, et 2,3 % s'agissant des non-résidents (Office fédéral de la statistique, 2016) ;
- un cas a été officiellement pratiqué au Luxembourg pour « fatigue de vivre » depuis la dépénalisation de l'AàM en 2009 (Commission nationale de contrôle et d'évaluation de l'application de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide, 2022).

Nonobstant, dans la plupart de ces pays, on peut observer une augmentation lente mais régulière dans le temps du nombre d'AàM pour troubles psychiques (Dierickx, *et al.*, 2017 ; Nicolini, *et al.*, 2020 ; Guérinet, Tournier, 2021), ainsi qu'une augmentation régulière du nombre de patients atteints de troubles psychiques cherchant à obtenir l'AàM (Calati, *et al.*, 2021). Une étude belge a inclus tous les cas officiellement déclarés depuis l'entrée en vigueur de la loi, en septembre 2002, jusqu'à décembre 2013. L'AàM pour troubles psychiques représentait 0,5 % de tous les cas déclarés entre 2002 et 2007, puis cette proportion a augmenté jusqu'à atteindre 3 % en 2013. Néanmoins, l'observation plus fine des diagnostics ouvrant l'accès à l'AàM permet de constater que le nombre de cas d'euthanasie pour troubles mentaux diminue en fait depuis 2014 lorsque l'on exclut Alzheimer et la démence (Guérinet, Tournier, 2021). Bien que l'incidence de l'AàM pour motifs psychiatriques ait augmenté au cours des dernières décennies – sauf en Belgique –, cette pratique reste donc relativement rare. Ce phénomène peut notamment s'expliquer par le fait que l'accès à l'AàM aux personnes atteintes de troubles psychiques, de démence et de « fatigue de vivre », entraîne de vifs débats, y compris dans la communauté médicale des pays qui l'autorisent (Tessa, *et al.*, 2020). Plusieurs facteurs permettent de mettre en lumière les spécificités et les obstacles propres à cette pratique.

L'impact du profil du médecin dans l'assistance à mourir pour troubles psychiatriques

En premier lieu, la perception de l'AàM par les médecins dépend notamment de leur spécialité : le taux d'adhésion à l'AàM pour motifs psychiatriques est de 20 % chez les médecins spécialistes, et de 47 % chez les médecins généralistes (Evenblij, *et al.*, 2019d).

En deuxième lieu, des études néerlandaises montrent que les médecins qui ont déjà pratiqué une euthanasie ou reçu des demandes de la part de personnes atteintes de troubles

psychiques, sont plus enclins à considérer l'euthanasie dans de telles situations. Une disposition qu'il est possible d'expliquer de deux façons, sans être en mesure d'estimer leurs effets respectifs : d'une part par un phénomène de sélection (les demandes ayant potentiellement plus de chances d'être adressées à des médecins susceptibles de les accepter), et d'autre part du fait de l'éventuelle expérience des médecins (ces derniers devenant de plus en plus favorables à l'AàM, à mesure qu'ils la pratiquent). *A contrario*, être une femme, avoir des croyances religieuses et être un médecin spécialiste, exerçant en maison de retraite ou en psychiatrie, sont des facteurs négativement associés au fait de considérer l'AàM comme concevable (Evenblij, *et al.*, 2019d ; Brinkman-Stoppelenburg, *et al.*, 2020). Plus spécifiquement, parmi les psychiatres, seuls 39 % considèrent qu'il est concevable de pratiquer une AàM sur des patients atteints de troubles mentaux (Evenblij, *et al.*, 2019d).

Enfin, le mandat des psychiatres implique aussi des réticences importantes et des prérequis à la pratique de l'AàM, tels que la pleine capacité d'agir et de consentir, ainsi qu'une maladie grave, chronique et incurable causant une douleur psychique intolérable (Courtet, Olié, 2022). Le débat en psychiatrie porte particulièrement sur la capacité à s'assurer de ces prérequis.

Au cœur des demandes d'assistance à mourir, une « souffrance insupportable »

Une souffrance qualifiée d'insupportable constitue le cœur des demandes d'AàM, mais définir les contours de cette souffrance n'est pas chose aisée. La souffrance psychologique est la principale motivation à l'AàM pour motifs psychiatriques, dans 70 % des cas, et est centrale dans le processus suicidaire (Dierickx, *et al.*, 2017). Pour de nombreux psychiatres, le suicide est un moyen d'échapper à une douleur psychologique insupportable, plutôt que d'échapper à la vie (Courtet, Olié, 2022). Cette souffrance est protéiforme. En Belgique, vingt-six patients atteints de troubles psychiatriques et ayant effectué une demande d'euthanasie ont spontanément enregistré des témoignages audio pour exprimer leurs souffrances. L'étude qualitative de ces témoignages révèle cinq sphères dont a émergé une « souffrance insupportable » (Verhofstadt, *et al.*, 2017) :

- la souffrance d'origine médicale, liée à des diagnostics erronés, à l'inefficacité des thérapeutiques, au manque de transparence ou de volonté des médecins de discuter d'une demande d'euthanasie (à l'inverse, la rencontre avec des médecins qui ont entendu leur demande et, de ce fait, envisagé de nouvelles perspectives de traitement, a eu comme effet de soulager les patients) ;
- la souffrance intrapersonnelle liée à des événements traumatiques, des tentatives de suicide passées, la honte et la crainte de survivre à une autre tentative de suicide ;
- la souffrance liée aux interactions sociales, par manque de soutien ou de compréhension de l'entourage (voire des conflits), ou à la suite de décès de proches ;
- la souffrance liée à la situation sociale, telle que les difficultés financières, une mauvaise couverture santé et des soins médicaux insuffisants (certains patients estimaient qu'ils constituaient un fardeau pour la société, ou qu'ils étaient socialement isolés et insuffisamment soutenus par la société) ;

- la souffrance existentielle, se traduisant par exemple par un sentiment de perte de contrôle de leur trouble, associé à celui d'être « une marionnette », ou encore une sensation de dissociation entre le corps et la réalité.

En pratique, la souffrance psychique se révèle ainsi particulièrement difficile à objectiver, alors même que le concept de « souffrance insupportable » est au cœur des législations régissant les demandes d'AàM : il n'existe pas d'outil fiable et objectif pour l'évaluer (Guérinet, Tournier, 2021). Les prises de position relatives à l'AàM pour motifs psychiatriques se construisent autour des similitudes et des disparités entre souffrances physique et psychique. Une des principales mises en garde des opposants porte sur le fait qu'une souffrance « intolérable » peut être le symptôme d'un trouble psychique, que l'étiologie des maladies mentales peut être mal comprise, ou encore qu'il persiste un risque accru d'erreur de diagnostic et de pronostic en psychiatrie (Nicolini, *et al.*, 2020). Pour d'autres, exclusion de fait la maladie mentale et la souffrance psychique constitue une discrimination constitutive d'une rupture d'égalité en termes d'accès aux droits (Nicolini, *et al.*, 2020 ; prise de parole de Fabrice Jollant lors de la conférence *Éthique et fin de vie*³⁵).

Dans les pays qui l'autorisent, l'évaluation de l'intensité de la souffrance et de son caractère tolérable ou non est toujours réalisée par des médecins et notamment des psychiatres, que le motif de l'AàM soit lié ou non à des troubles psychiques. Ces professionnels mettent en exergue la difficulté clinique à évaluer le critère de « souffrance insupportable » (Guérinet, Tournier, 2021 ; AQPS, 2021) et cette évaluation de la souffrance peut d'ailleurs varier en fonction des valeurs et des expériences dont chaque médecin est porteur (Gupta, *et al.*, 2017). Aux problèmes posés par le caractère subjectif de cette mesure s'ajoutent des différences d'appréciation du rôle que le patient doit jouer dans cette évaluation, ainsi que dans la façon d'appréhender le seuil – propre à chaque patient – à partir duquel la souffrance est jugée insupportable.

La souffrance psychique prend donc source dans différents domaines de la vie de la personne, y compris dans les difficultés de la prise en charge médicale. Mais l'acceptation d'une demande d'AàM, voire seulement sa prise en considération par un médecin, produit souvent un soulagement pour le patient, au point que celui-ci mette de lui-même sa demande en attente dans un nombre non négligeable de cas (Verhofstadt, *et al.*, 2017). La possibilité de recourir à l'AàM peut ainsi, paradoxalement, contribuer à rendre la vie et la souffrance plus supportables pour les patients atteints de troubles psychiques (Courtet, Olié, 2022).

35. Conférence *Éthique et fin de vie* du 25 avril 2023, avec Michel Debout, Nadia Geerts, Fabrice Jollant, Romano La Harpe, Marc-Olivier Strauss-Kahn et Anne-Juliette Tillay, sous l'égide de la Fondation Jean-Jaurès (à consulter sur [youtube.com](https://www.youtube.com)).

L'ambivalence du désir de mourir

Certains psychiatres s'inquiètent que l'AàM soit autorisée trop rapidement après la demande, avant que d'autres prises en charge et thérapeutiques aient été tentées. L'ambivalence du désir de mourir constitue un argument contre l'AàM pour souffrance psychique, la volonté d'en finir avec sa vie pouvant évoluer au gré de l'avancée d'une pathologie, au fur et à mesure que le patient s'adapte, voire apprend à vivre avec sa maladie. De plus, une demande d'AàM n'est pas toujours synonyme d'un choix « clair », celui-ci pouvant dépendre des fluctuations de l'état de santé et de l'état psychique de la personne³⁶ (AQPS, 2021). Pierre-François Perrigault, président du comité éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation, rappelle dans un article de presse³⁷ que sur 700 tentatives de suicide, seules 25 sont suivies d'un décès, indiquant selon lui une ambivalence du désir de mourir. Cependant, il s'interroge sur les bienfaits de la réanimation des suicidants dont les séquelles impacteront leur vie. Par ailleurs, les patients atteints de troubles psychiques qui demandent l'AàM peuvent revenir sur leur décision avec le temps, ce qui est d'ailleurs plus fréquemment le cas des patients déprimés (Thienpont, *et al.*, 2015). Certains psychiatres et médecins mettent donc en garde en soulignant la nécessité de distinguer les demandes suicidaires et l'AàM afin d'éviter de donner accès à l'AàM à des personnes qui pourraient éventuellement changer d'avis (AQPS, 2021).

Cette ambivalence du désir de mourir fournit d'ailleurs l'une des pistes d'interprétation permettant de rendre compte du recours très limité à l'AàM dans l'Oregon (0,2 % des décès) par rapport à d'autres pays comme la Belgique ou les Pays-Bas (environ 3 % des décès) : si, dans ces deux derniers pays, la date du décès est fixée dans la procédure, ce n'est pas le cas en Oregon, où le médecin prescrit un barbiturique que le patient doit s'administrer lui-même par la suite³⁸. De cette manière, les individus peuvent réexaminer constamment leur désir de mourir, ce qui se conclut souvent par la volonté de retarder l'échéance. Une date déterminée à l'avance, *a contrario*, semble figer la volonté de la personne en l'inscrivant dans un déterminisme incompatible avec l'idée d'une volonté libre et celle de l'ambivalence du désir de mourir³⁹.

Des pathologies psychiatriques incurables ?

L'incurabilité d'un trouble mental ne fait pas consensus d'un point de vue clinique, de même que son caractère irréversible (Holma, *et al.*, 2008 ; Blikshavn, *et al.*, 2017). En effet, la progression des troubles mentaux est imprévisible, et la réponse aux traitements peut différer d'un individu à l'autre (AQPS, 2021). De même, en psychiatrie, il ne semble pas exister de définition consensuelle des « pathologies résistantes » (Wacker, 2016), les notions d'incurabilité et de souffrance psychique inapaisable étant multiples. D'ailleurs, cette question est rendue aujourd'hui particulièrement complexe par le développement de nouveaux

36. Écouter à ce propos le podcast « Fin de vie, un débat sans fin ? » avec Régis Aubry, Carole Bouleuc et Marta Spranzi (*La science CQFD*, France Culture, 11 janvier 2023).

37. *Le Figaro*, Suicide assisté et prévention du suicide : la loi face à une contradiction (12 septembre 2023).

38. Au moment de son choix et sans accompagnement.

39. Lire à ce propos l'entretien croisé de Balard, F., Fournier, É. (2020). *Le désir de mort chez les personnes âgées*. Plateforme nationale pour la recherche sur la fin de vie.

traitements susceptibles de diminuer les échecs thérapeutiques vécus par les patients et de remettre en cause le caractère « résistant » de certains troubles⁴⁰.

En Suisse, l'augmentation des maladies non fatales telles que des « polypathologies liées à l'âge » ou la « fatigue de vivre », qui ont justifié un suicide assisté, inquiète l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM, 2012). En 2000, chez Exit Deutsche Schweiz, le pourcentage de suicide assisté pour maladies non fatales était de 22,1 % ; ce taux est passé à 34,1 % en 2004 (Fischer, 2008). De plus, le sentiment d'incurabilité et le pessimisme peuvent faire partie de la symptomatologie dépressive, en particulier dans les cas de résistance aux traitements (Wacker, 2016 ; Nicolini, *et al.*, 2020). Actuellement, il n'existe pas de normes universelles partagées par les professionnels déterminant l'incurabilité d'une maladie mentale. Par ailleurs, il n'y a pas de définition consensuelle concernant des profils pour qui les troubles seraient résistants aux traitements. Les psychiatres ne disposent donc pas encore de facteurs pronostiques pour anticiper l'évolution d'un trouble psychique, et la réception thérapeutique (Courtet, Olié, 2022).

Dans ce contexte scientifique et clinique mouvant, certains pays optent pour une codéfini-tion de l'incurabilité avec les patients. Aux Pays-Bas, la législation néerlandaise exige, dans les cas de refus de traitement par un patient présentant une demande d'AàM pour troubles psychiques, que patient et médecin s'accordent sur le fait qu'il n'existe aucune option de traitement raisonnable (Nicol, 2015). La coopération entre patient et médecin permet de qualifier conjointement l'incurabilité de la pathologie, une démarche qui se distingue de l'approche classique de l'incurabilité, basée sur des données quantitatives évaluant les chances statistiques de guérison et qui ne tient pas compte de la perception des conséquences du traitement par le patient (Nicolini, *et al.*, 2020).

Consentement aux soins et discernement, un difficile équilibre

Selon le conseil d'éthique clinique des hôpitaux de Genève, la capacité de discernement correspond à « la capacité d'un individu à comprendre une situation donnée et les choix qui s'offrent à lui dans cette situation, à évaluer les conséquences de chacun de ces choix, ainsi qu'à finalement décider pour lequel d'entre eux opter. Elle est présente ou absente (il n'existe pas de degré) pour un objet précis à un temps donné »⁴¹. En droit français, la notion de consentement est quant à elle encadrée depuis les années 2000. Le choix du patient doit ainsi être « libre et éclairé » sur la base d'une information libre, intelligible et loyale. La loi du 4 mars 2002 a consolidé cette définition en étoffant les recommandations à l'égard du monde médical pour favoriser le consentement⁴².

40. Par exemple, de nouveaux traitements actuellement développés (kétamine et psychédéliques) seraient potentiellement efficaces pour traiter la dépression résistante (Lengvenyite, *et al.*, 2019 ; Strumila, *et al.*, 2021).

41. *Capacité de discernement et autonomie du patient, une préoccupation centrale dans le soin au patient*, Hôpitaux universitaires de Genève, 2017, p. 1-2.

42. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le discernement, et notamment la capacité à consentir, renvoie à certaines compétences permettant le recueil d'informations pertinentes, la compréhension des conséquences d'une décision prise à partir de l'analyse de ces informations (Appelbaum, 1995). Or, la capacité de décision concernant la demande d'AàM et le consentement aux soins en psychiatrie sont complexes, car ils peuvent être perturbés par la maladie mentale, elle-même symptomatique des troubles cognitifs associés (Nicolini, *et al.*, 2020 ; Guérinet, Tournier, 2021).

Certains médecins se montrent très tranchés sur l'impossibilité de discernement des patients en soins psychiatriques. En ce sens, la dépression, très présente chez les personnes demandant l'AàM, altérerait les capacités décisionnelles (Young, *et al.*, 1993), le raisonnement et la compréhension (Hindmarch, *et al.*, 2013). *De facto*, les individus en souffrance psychique seraient, aux yeux de certains professionnels, plus à risque de prendre de « mauvaises décisions » au sujet de leur prise en charge, et certains disposeraient d'une capacité limitée à prévoir les alternatives et les perspectives à long terme pour effectuer des choix « adéquats » (Courtet, Olié, 2022).

D'autres médecins admettent que des patients avec une pathologie psychiatrique peuvent conserver leur discernement concernant l'AàM (Grisso, Appelbaum, 1998 ; Nicolini, *et al.*, 2020 ; Pronk, *et al.*, 2021), l'enjeu étant alors de parvenir à évaluer les capacités décisionnelles des patients et s'assurer que la présence de psychopathologies n'affecte pas ces derniers (Serra, *et al.*, 2022).

Une étude du premier procès pénal en Suisse à propos du suicide assisté permet de rendre compte des arguments et des normes mobilisés par différents acteurs juridiques et médicaux au cours du traitement de la demande d'AàM (Stavrianakis, 2018). Le procès remettait en cause l'évaluation du discernement de la personne suicidée par le psychiatre ayant assisté la mort, qui récusait l'idée – néanmoins majoritaire en psychiatrie – selon laquelle l'idéation suicidaire en l'absence d'une maladie physique constitue un motif suffisant pour soupçonner une dépression, et que cette dernière suspend les capacités de jugement. Pour lui, les personnes atteintes de maladie mentale ont le droit de refuser un traitement, tandis que l'argumentaire de l'accusation s'appuyait sur l'idée qu'un psychiatre devrait toujours être disposé à essayer de nouvelles thérapies. Cette étude de cas met en lumière des idéologies professionnelles distinctes dans le champ de la psychiatrie concernant les troubles psychiques et le discernement.

L'autodétermination est, comme la capacité de décision et le discernement, étroitement liée au concept d'autonomie : au fond, les personnes atteintes de troubles psychiatriques peuvent-elles avoir un désir « rationnel » de mourir ou de faire leurs propres choix ? Les états de démence et de forte confusion sont les plus largement considérés comme insupportables. Cependant, les impératifs liés à la pleine possession des facultés de discernement au moment de la demande, intégrés dans les cadres législatifs, ne permettent pas de répondre favorablement aux demandes d'AàM de ces patients, à moins que ceux-ci aient

pu anticiper l'évolution de leur état de santé, et demander l'AàM avant que la maladie n'ait affecté de façon significative leurs capacités de discernement (Vallée, 2020). Cette situation conduit donc à devoir préférer mourir avant de ne plus pouvoir avoir le choix. Qu'en est-il alors des années que la personne aurait pu passer sans souffrance insupportable ?

Les problématiques posées au corps médical par l'accès à l'AàM dans les situations de troubles psychiques sont nombreuses et intriquées. Les questions de l'entremêlement de troubles de l'humeur, des biais de raisonnement qui entravent le jugement, de l'accès aux soins et du consentement, ainsi que de l'évaluation de la souffrance psychique et la définition de l'incurabilité des troubles psychiatriques, sont autant d'éléments délicats qui animent les débats et qui influent sur la perception que les professionnels de santé auront de l'AàM (Guérinet, Tournier, 2021).

La relation des médecins avec les patients ayant des troubles psychiques

Dans le cadre de l'AàM pour motifs psychiatriques, la consultation de plusieurs spécialistes est souvent prévue dans la loi et des critères d'acceptation sont explicitement requis. Aux Pays-Bas, la consultation d'un deuxième médecin – souvent spécialisé dans l'information sur l'euthanasie – est indispensable. Les principales difficultés que ces médecins rencontrent portent sur leurs rapports avec les patients⁴³ (thématique à laquelle se rapportent des difficultés évoquées par 79,7 % des médecins interrogés) et l'évaluation des critères d'acceptation (pour 41 % des médecins interrogés) [Tessa, *et al.*, 2020]. Ces consultations peuvent être rendues plus complexes si l'existence d'un trouble psychiatrique ou de problèmes psychosociaux s'ajoute au diagnostic principal. Les polyopathologies liées à l'âge, mais également l'incertitude du médecin traitant quant au recours à l'AàM, ou encore le fait que les patients séjournent à l'hôpital, sont aussi signalés par les médecins comme des facteurs rendant plus difficiles ces consultations spécifiques (Verhofstadt, *et al.*, 2021). Au contraire, l'âge avancé du patient et le fait que la souffrance ressentie soit uniquement de nature « physique » conduisent à des consultations moins complexes au regard des médecins. Les professionnels soulignent l'importance des formations, des guides de bonnes pratiques et de soutien pour permettre aux psychiatres d'aborder cette question sensible dans leur travail, et de se sentir outillés pour y faire face (Dierickx, *et al.*, 2017).

La complexité perçue par les médecins spécialisés dans l'information sur l'euthanasie ne se limite donc pas à la façon dont les cas « complexes » sont définis dans le débat public actuel (personnes souffrant de troubles psychiques, de démence ou de « fatigue de vivre ») et l'impact émotionnel de l'évaluation de l'euthanasie sur les psychiatres eux-mêmes ne doit pas être occultée (Chastang, 2023). Les dernières études mentionnées, menées auprès des médecins évaluateurs des situations d'AàM, mettent d'ailleurs clairement en lumière la complexité de l'évaluation des demandes d'AàM pour les médecins engagés dans le dispositif.

43. Difficultés à comprendre le souhait du patient, ambivalence du désir de mourir, patient en colère, etc.

1.5. Le suicide, sa prévention et l'assistance à mourir : aporie ou articulations ?

Cette dernière partie se consacre aux liens entre AàM et prévention du suicide, qu'elle tente d'éclairer de plusieurs points de vue. Des questionnements se font jour sur les effets de déplacement que produisent les pratiques d'AàM sur la prévention du suicide, celle-ci pouvant – selon les points de vue – être appréhendée comme heurtant de front les démarches de prévention, mais aussi comme ouvrant de nouvelles perspectives de prévention. L'ensemble des travaux permet enfin de réinterroger les pratiques de prévention actuelles.

Les personnes ayant recours à l'assistance à mourir et celles décédées par suicide ont-elles les mêmes profils ?

Les études comparatives entre les profils sociaux des personnes accédant à l'AàM et ceux des personnes qui se sont suicidées ne sont pas nombreuses. En analysant les profils des personnes ayant recours à l'AàM ou qui se suicident, on peut observer que les deux populations sont majoritairement des personnes âgées. En effet, depuis le milieu des années 1990, le taux de suicide baisse à tous les âges de la vie, même si le taux de suicide des personnes âgées – en particulier celui des hommes – demeure élevé (fiche 3 ; Balard, *et al.*, 2020). En parallèle, dans les pays où l'AàM est autorisée, les demandes proviennent majoritairement de personnes âgées (Dierickx, *et al.*, 2020 ; Vallée, 2020 ; Steck, *et al.*, 2018) et augmentent de manière continue⁴⁴.

En matière d'âge, si les personnes ayant recours à l'AàM et les suicidants sont très proches, plusieurs éléments socio-économiques distinguent les deux populations. Des statistiques internationales convergent par exemple sur le fait que la majorité des individus intéressés par l'AàM ont un niveau socio-économique élevé et ont fait des études (Loggers, *et al.* 2013 ; Steck, *et al.* 2014 ; Downar, *et al.* 2020). Il s'agit donc d'une population majoritairement aisée, ce que confirme une étude suisse en comparant les suicidants aux personnes ayant fait une demande d'AàM (Steck, *et al.* 2018). D'autres facteurs sont aussi soulignés : vivre seul, ne pas avoir d'affiliation religieuse et être citoyen sont d'autres caractéristiques que l'on rencontre le plus fréquemment chez celles et ceux qui décèdent par le biais d'une AàM (Fischer, 2008 ; Steck, 2014).

D'autres auteurs soulignent certains traits de caractère davantage présents chez les personnes sollicitant l'AàM : des tempéraments très indépendants, en besoin de contrôle des événements et inquiets de l'avenir, redoutant la perte d'une qualité de vie et des souffrances éventuelles (Ganzini, *et al.*, 2009 ; Gamondi, 2013)⁴⁵. Enfin, d'autres études démontrent l'existence d'un certain nombre de points communs entre les personnes décédées par suicide et par AàM, parmi lesquels figurent la perte d'un proche, le sentiment de solitude et de

44. Voir à ce sujet le « Tableau récapitulatif des derniers chiffres disponibles sur l'aide à mourir » dans *Euthanasie, suicide assisté... données sur les différentes formes d'assistance à mourir dans le monde*, Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, mars 2024, p. 12.

45. La crainte d'être une charge pour son entourage est moins souvent mentionnée que ces derniers motifs (Ganzini, 2009).

désespoir, ainsi que la sensation de n'avoir aucune perspective (Lavery, *et al.*, 2001 ; Dees, *et al.*, 2011 ; Breitbart, *et al.*, 1996 ; Mak, *et al.*, 2003 ; Gibson, *et al.*, 2014 ; Kidd, Kral, 2002 ; Player, 2015 ; Elliot, *et al.*, 2014 ; Chan, *et al.*, 2017).

« Suicide assisté » : les réticences des acteurs de la prévention sur le choix des mots

Les enjeux de dénomination et de définition apparaissent cruciaux lorsque l'on s'intéresse aux relations entre la prévention du suicide et l'AàM. En effet, les expressions mobilisées, dépendantes de positions disciplinaires et ancrées dans des groupes professionnels, influent directement sur les terminologies retenues.

Le mot suicide, issu du latin *sui* (« soi-même ») et *caedere* (« frapper à mort »), désigne l'action de causer volontairement sa propre mort. Son usage dans le cadre de l'AàM – « suicide assisté » – suscite de nombreux questionnements chez les professionnels. Ainsi, les acteurs de la prévention du suicide sont pour une large part réticents, voire réfractaires, à l'usage de ce terme eu égard à la confusion que son utilisation peut engendrer. En effet, ils distinguent nettement deux situations diamétralement opposées : celle de l'accompagnement en fin de vie vers une mort inéluctable, et celle de l'intervention dans le cadre de la crise suicidaire qui, elle, est potentiellement réversible. L'utilisation univoque du terme suicide viendrait alors brouiller les efforts de prévention, car renvoyant à des situations différentes.

Ces débats ne sont pas isolés, et l'examen de la littérature internationale montre qu'ils font écho aux discussions terminologiques qui ont eu lieu dans les premiers pays à avoir autorisé l'AàM, et qui nourrissent la réflexion sémantique actuelle en France. Par ailleurs, on peut observer des variations de terminologie dans le champ de l'AàM, qui témoignent de changements importants dans plusieurs des pays l'ayant autorisée, et dont tiennent compte les pays engagés à leur suite à travers différents dispositifs. L'utilisation des expressions « aide à mourir », « assistance à mourir » ou « mort volontaire assistée » à la place d'« euthanasie » et de « suicide assisté » en est une bonne illustration (Ricot, 2018 ; Blouin, *et al.*, 2021 ; groupe de travail sur la fin de vie de l'Observatoire national du suicide, Lapierre, Paris, 30 mai 2023). Ces deux derniers termes ont été mobilisés dans les législations aux Pays-Bas, en Belgique et en Suisse, c'est-à-dire dans les premiers pays où l'AàM a été autorisée. Toutefois, ils n'ont pas été intégrés tels quels dans les textes législatifs ou la politique gouvernementale des autres pays ayant autorisé l'AàM ultérieurement, même si les législations ont pu être influencées par ces modèles. L'expression suisse de « suicide assisté » n'a, par exemple, jamais été reprise dans les autres pays. En 2006, dans l'État de l'Oregon, l'expression « suicide assisté par un médecin » (*physician-assisted suicide*) a finalement été retirée des sites internet gouvernementaux pour être remplacée par « mort dans la dignité » (Tucker, Steele, 2007). Les autres juridictions étasuniennes qui ont autorisé l'AàM auto-administrée ont mobilisé dans leur législation des notions telles que « option de fin de vie » (*end of life option*), « mort dans la dignité » (*death with dignity*) ou encore « nos soins, notre choix » (*our care, our choice*).

Le mot « suicide » n'est présent dans aucun texte de loi aux États-Unis, à l'exclusion des mentions explicitant que l'AàM ne constitue pas légalement un suicide (Blouin, *et al.*, 2021).

Certaines tournures lexicales employées et retenues évoquent donc davantage l'idée de choix, de dignité et de soins, notions socialement plus acceptables et moins controversées, que celles d'euthanasie et de suicide assisté, y compris en Suisse où certaines associations préfèrent finalement le terme d'« autodélivrance » (Moser, 2010). Le suicide, même « assisté », bouscule des valeurs communément partagées de solidarité et d'assistance aux personnes en situation de vulnérabilité (Blouin, *et al.*, 2021). Conscient de ce risque de confusion et de sa potentielle répercussion sur sa politique de prévention du suicide, le gouvernement français avait, dans le projet de loi relatif à la fin de vie débattu au Parlement (jusqu'à la dissolution de l'Assemblée nationale le 9 juin 2024), porté une attention particulière à la sémantique en sélectionnant l'expression « mort choisie » afin d'éviter un télescopage avec l'emploi du mot « suicide »⁴⁶.

Les acteurs de la prévention du suicide craignent aussi une banalisation, voire une promotion implicite, du suicide par l'emploi d'une terminologie inadaptée. Les professionnels et les chercheurs experts dans le domaine de l'AàM participent à définir les contours d'une « mort volontaire médicalement assistée » en la distinguant du suicide, et conçoivent celui-ci comme un acte non médicalement accompagné et qui n'est pas porté à la connaissance des proches. Pour certains sociologues, le suicide est aussi et surtout un acte qui échappe aux cadres institutionnels, c'est-à-dire une mort non accompagnée par des soins palliatifs ou par des dispositifs médico-éthiques, et qui advient en dehors d'un temps défini par l'État français depuis les lois de 2005 et de 2016⁴⁷, celui de la fin de vie (Balard, *et al.*, 2020). Enfin, il est intéressant de souligner que les réticences sémantiques des acteurs de la prévention du suicide, notamment sur l'usage du mot « suicide », ont paradoxalement contribué à la construction des définitions de l'AàM.

Apaiser la souffrance ou maintenir en vie : continuités et points de rupture chez les professionnels de santé et les chercheurs

L'attache disciplinaire, l'expérience professionnelle et les positionnements personnels distinguent les acteurs théorisant de ceux agissant dans le domaine de la fin de vie et du suicide, et conduisent à des approches parfois antithétiques.

En Suisse, une étude montre que la majorité des médecins de différentes spécialités (généralistes, gériatres, psychiatres, oncologues, neurologues) considèrent que l'AàM ne doit pas être réservée qu'aux situations où la personne est en fin de vie (Brauer, *et al.*, 2015). Les résultats de l'étude soulignent que les justifications éthiques portent notamment sur la suppression de la souffrance comme objectif de la médecine, pour laquelle l'AàM peut devenir une ultime ressource ; ou encore que le fait d'administrer une dose létale d'un médicament

46. *Le Figaro*, Suicide assisté et prévention du suicide : la loi face à une contradiction (12 septembre 2023).

47. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie ; loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.

et respecter l'autonomie des personnes peut faire partie de l'éthique médicale. À l'inverse, aux Pays-Bas, alors que 47 % des psychiatres étaient favorables au recours à l'AàM pour motifs psychiatriques en 1995, une enquête plus récente met en exergue une diminution de cette proportion en 2016 à un taux de 37 % (Evenblij, K., et al., 2019d). Derrière ces questionnements éthiques se lisent des conceptions de la posture soignante. Aborder l'AàM à l'aune de la prévention du suicide interroge de fait cette posture, dont l'élaboration oscille entre la lutte contre la souffrance, le respect de l'autonomie des patients et la valeur intrinsèque de la vie humaine et sa préservation.

Plusieurs acteurs et travaux scientifiques interrogent l'influence potentielle de l'élargissement de l'AàM aux personnes en souffrance psychique sur les efforts déployés en prévention du suicide (Appelbaum, 2016 ; Scott, et al., 2018 ; Guérinet, Tournier, 2021 ; AQPS, 2021). Outre-Atlantique, les travaux de la psychologue Isabelle Marcoux et de ses collègues portent sur les attitudes des intervenants québécois en prévention du suicide vis-à-vis de l'AàM, à partir de différents scénarios correspondant à des situations de fin de vie, de handicap, de troubles mentaux et de « fatigue de vivre ». Leurs recherches montrent que les médecins et les infirmiers sont généralement favorables à l'euthanasie et au « suicide assisté » – avec une préférence pour ce dernier –, quoiqu'une majorité d'entre eux les rejettent dans les cas où une personne est atteinte de troubles mentaux ou se trouve en situation de handicap (Kaur, Marcoux, 2018). 56 % des intervenants en prévention du suicide considèrent l'AàM acceptable dans le cas d'une maladie grave et incurable, 66 % lorsque la personne est en fin de vie, et 6 % lorsque le trouble psychique est la seule condition médicale invoquée⁴⁸.

Plusieurs études montrent le rôle des caractéristiques socio-économiques des médecins et infirmiers en santé mentale (genre, âge, niveau de diplôme, statut bénévole ou salarié, appartenance religieuse, expériences professionnelles) sur leur adhésion plus ou moins importante au principe de l'AàM. Ces liens varient cependant d'une étude à l'autre, faute d'enquêtes harmonisées au sein des différents contextes nationaux, à l'exception de l'expérience professionnelle et de la religiosité (Kaur, Marcoux, 2018). Ainsi, la recherche apparaît encore insuffisamment développée dans ce domaine, laissant ouvertes de nombreuses questions : de quelle manière l'autorisation de l'AàM pour motifs psychiatriques agit-elle sur l'intervention des professionnels de la santé et du social ? Comment transforme-t-elle la perception par les patients du rôle et de la mission des professionnels ?

Une étude belge (Verhofstadt, et al., 2021) confirme que l'évaluation d'une demande d'euthanasie pour un adulte atteint de troubles psychiques est un processus long et complexe, et que les psychiatres ont besoin d'être soutenus dans le cadre de ces accompagnements, par exemple sur la manière d'évaluer et de respecter les critères juridiques, ou sur les modalités d'implication des proches. Néanmoins, le fait d'avoir une expérience concrète de la

48. Marcoux Isabelle, Kaur Jaskiran, Beaudin Alexandra, « Attitudes envers l'aide à mourir dans le cas d'un trouble mental », 28^e congrès de la SFAP, Bordeaux, 15-17 juin 2022.

procédure d'AàM améliore la perception que les psychiatres ont de leurs compétences dans le processus. Ils évoquent comme principal motif les incitant à accepter l'euthanasie sur des patients atteints de troubles mentaux, le droit des patients d'en faire la demande au regard de la loi belge et le devoir des professionnels de respecter ce droit. Cependant, l'engagement des psychiatres, lorsqu'ils sont confrontés à une demande d'euthanasie, se limite souvent à transmettre cette demande à un collègue pour une évaluation plus approfondie (Verhofstadt, *et al.*, 2020).

En effet, la revue de littérature internationale de Nicolini, *et al.* (2020), recensant les avis favorables et défavorables à l'AàM dans les situations de troubles psychiques, indique que les articles en faveur de celle-ci sont principalement écrits par des non-cliniciens, tandis que les articles qui s'y opposent proviennent de cliniciens. La posture professionnelle et la mission préventive de la suicidologie conçoivent, *a priori*, la volonté de mourir par suicide ou AàM, comme une réponse à la souffrance contre laquelle des ressources existent, qui restent à mobiliser et à renforcer.

Si l'AàM pour motifs psychiatriques s'invite dans les débats internationaux et nationaux, les acteurs de la prévention s'interrogent pour savoir si les patients dépressifs avec des antécédents de tentative de suicide relèvent de l'AàM ou de la prévention du suicide. Cette dernière s'avère être un objectif majeur de la pratique psychiatrique, dont découle une crainte que la légalisation de l'AàM ne transforme celle-ci en une alternative légale au suicide : la dépression peut, en effet, engendrer des conduites suicidaires, et des refus de traitement pouvant aller jusqu'à la demande de mort peuvent s'inscrire dans des modalités relationnelles développées par des patients souffrant de troubles *borderlines* (Chastang, 2023)... Or, dans cette optique, il serait nécessaire de protéger les patients atteints de troubles psychiatriques et présentant un risque suicidaire, plutôt que de mettre à leur disposition les moyens nécessaires pour mettre fin à leurs jours (Courtet, Olié, 2022).

Les mécanismes de prévention du suicide peuvent déboucher sur la sollicitation de la police et à une hospitalisation sous contrainte, susceptibles de conduire les personnes à taire leur désir de mourir. Des recherches montrent que les personnes suicidaires déterminées à mourir, ou que des groupes marginalisés, ne se sentent pas suffisamment en sécurité pour demander de l'aide et en viennent à dissimuler leurs intentions, entravant la mise en place de dispositions préventives. Ainsi, au Canada, une ligne d'écoute pour les personnes transgenres (*Trans LifeLine*) a été créée en réponse à une prévention du suicide jugée coercitive. Cette ligne d'écoute s'engage à ne pas appeler la police ou les ambulances, même si la personne affirme qu'elle va acter son suicide, sauf si elle consent à cette aide. Il s'agit d'une autre conception de la prévention, selon laquelle les sauvetages contraints comportent plus de risques pour les personnes suicidaires et augmentent potentiellement la suicidalité en raison du traitement astreignant qui s'ensuit. Certains chercheurs en sciences humaines et sociales invoquent même la notion de « suicidisme » pour définir une forme d'oppression structurelle subie par les personnes suicidaires (au même titre que le racisme, le sexisme...) dont la contrainte à la vitalité est la composante normative.

Cette dernière vise à imposer une volonté de vivre qui rend le désir de mort des personnes suicidaires anormal, inconcevable et inintelligible, sauf pour les personnes jugées « irrécupérables », à savoir les personnes en situation de handicap, les malades ou les personnes âgées. Les pratiques de prévention du suicide constitueraient alors un « optimisme cruel » puisque libérer les personnes suicidaires de leur suicidalité renforcerait par là même le contrôle, la surveillance et la régulation de leur existence (Baril, 2023). Dans cette perspective, l'internement psychiatrique involontaire dans le cadre de la prévention du suicide et l'AàM se combinent pour créer un dilemme moral (Kiouss, Battin, 2019 ; Courtet, Olié, 2022). En effet, l'internement sous contrainte suggère que la souffrance des personnes atteintes de maladie mentale ne justifie pas de mettre fin à leurs jours. Comment concilier alors la possibilité de l'hospitalisation sous contrainte devant un risque suicidaire chez certains et le recours à l'AàM pour d'autres ?

L'assistance à mourir peut-elle inspirer de nouvelles approches de la prévention du suicide ?

Au cours de la conférence *Éthique et fin de vie*⁴⁹, Romano La Harpe, médecin accompagnant des AàM à Genève, évoquait le fait que cette pratique pouvait constituer un outil de prévention du suicide, idée évoquée également dans la littérature scientifique (Nicolini, et al., 2020). Plutôt contre-intuitive, cette proposition mérite un éclairage.

Aux Pays-Bas, ces dernières années, s'est organisée une aide non médicale à mourir en parallèle de l'aide médicale à mourir. Ce dispositif a été créé en réponse au nombre important de refus d'AàM opposés par les médecins. En effet, près de deux tiers des demandes n'aboutissent pas, notamment en raison de l'inadéquation des demandeurs aux critères légaux et du manque de médecins disposés à évaluer les demandes (Hagens, et al., 2017). Les suicides proposés dans le cadre d'une aide non médicale à mourir se caractérisent par une méthode dite non mutilante – par exemple le refus volontaire de nourriture et de liquide, la prise de médicaments létaux, la privation d'oxygène par inhalation de gaz inerte – et sont considérés comme plus réfléchis et mieux préparés (Hagens, et al., 2014) avec une ouverture plus importante aux autres. En effet, dans la moitié des situations étudiées, les personnes en avaient parlé à leurs proches – 41 % à un partenaire, 35 % à un ou leurs enfants – et des professionnels avaient également échangé avec ces derniers (Hagens, et al., 2014 ; 2017). Les professionnels de santé n'interviennent pas dans la mise en œuvre de l'aide non médicale à mourir : ils ne doivent ni distribuer, ni administrer les moyens de provoquer la mort. La fondation néerlandaise De Einder, par exemple, dispense des informations, des conseils et une préparation pratique pour se suicider ; à l'inverse des organisations de prévention du suicide, elle considère le suicide comme une issue légitime (Hagens, et al., 2014). La fondation propose également des échanges psychologiques sur la vie et la mort, les répercussions sur l'entourage et les modalités de la fin de vie (Hagens, et al., 2021). Alors que certaines personnes qui reçoivent des conseils pour se suicider sans accompagnement médical semblent chercher une mort paisible pour échapper à une souffrance actuelle,

49. Avec Michel Debout, Nadia Geerts, Fabrice Jollant, Romano La Harpe, Marc-Olivier Strauss-Kahn et Anne-Juliette Tillay, sous l'égide de la Fondation Jean-Jaurès, le 25 avril 2023 (à consulter sur youtube.com).

d'autres n'ont aucun désir immédiat de mettre fin à leur vie et semblent chercher à être rassurées en prévision de souffrances futures. Certaines personnes refusent finalement de mettre fin à leurs jours après avoir reçu ces conseils (Hagens, *et al.*, 2017). Mise en perspective et réflexion peuvent ainsi découler de ces échanges avec des professionnels, ces derniers favorisant en outre potentiellement le repérage et la prévention.

Dans un contexte médicalisé, la demande d'euthanasie peut aussi permettre aux patients de se projeter dans un avenir où ils seraient soulagés de la souffrance et de l'anxiété. Une étude en soins palliatifs montre qu'imaginer une limite à leur vie permet à la majorité des patients de réinvestir le temps de vie restant. De plus, l'espace de négociation ouvert avec les professionnels de santé contribue à rendre moins pressante la volonté des patients de mourir (Leboul, *et al.*, 2022). D'ailleurs, certaines personnes en possession d'un produit létal en vue d'une AàM n'y ont finalement pas recours (voir section *L'ambivalence du désir de mourir*).

La mise en place d'espaces d'échanges avec des professionnels au sein desquels les personnes suicidaires sont soutenues dans leurs démarches, réflexions et choix quant à leur désir de vivre ou mourir, peuvent *de facto* autoriser des interactions qui permettent de prévenir les suicides. Les demandes d'AàM pourraient ainsi être envisagées dans une optique proche de celles des politiques de prévention du suicide, plutôt qu'y être totalement opposées. Une telle conception impliquerait le passage d'une posture de prévention à une posture d'accompagnement (Baril, 2023) où les proches et professionnels qui entourent la personne suicidaire seraient présents pour lui offrir un soutien, et pour l'aider à identifier ses propres objectifs et solutions, la priorité étant la personne suicidaire elle-même, plus que l'évitement coûte que coûte de son suicide. Les demandes d'AàM pourraient aussi constituer des vecteurs d'identification de troubles psychiques non diagnostiqués et aboutir à des propositions de soins contribuant à réduire le risque suicidaire (Chastang, 2023). Enfin, le débat autour de l'AàM et de sa mise en place pourraient aussi constituer un levier pour le développement de nouvelles modalités de prise en charge, telles que les stratégies de psychiatrie palliative⁵⁰.

Conclusion : beaucoup de questions en suspens

Au terme de cet état des lieux qui propose une mise en perspective de travaux pluriels pour penser la fin de vie et aborder les dispositifs d'AàM, de nombreuses questions restent en suspens. Il n'existe finalement que peu de données et de travaux scientifiques sur cette thématique, y compris dans la littérature internationale : en dépit du nombre de pays où se pratique

50. « La psychiatrie palliative se concentre sur la réduction des risques et sur l'évitement de traitements psychiatriques lourds à l'efficacité discutable. Tout en reconnaissant que la pathologie est incurable, la psychiatrie palliative fournit un soutien pour faire face et accepter les symptômes les plus pénibles. Elle se défend de hâter la mort, et elle intègre dans les soins l'ensemble des besoins du patient, qu'ils soient physiques, psychiques ou spirituels. Elle offre, grâce à une équipe dédiée, le soutien nécessaire au patient et à sa famille pour une vie la plus active possible, avec l'espoir que l'amélioration de la qualité de vie puisse influencer positivement le cours de la maladie. » (Chastang, 2023).

une forme d'AàM, les études et le recul manquent pour disposer d'éléments de réponse sur ce sujet complexe. Des travaux complémentaires semblent donc nécessaires pour faire progresser notre niveau de connaissances sur la fin de vie de manière générale, et sur les dispositifs d'AàM de manière plus spécifique. Pour cela, trois perspectives de recherche générales méritent d'être mises en évidence, qu'un dispositif français d'AàM voie le jour (prochainement), ou non.

Des travaux à poursuivre pour mieux saisir l'articulation entre suicide et assistance à mourir

La réalisation de cet état des lieux montre qu'il existe quantitativement peu de recherches et de données sur les liens entre suicide et AàM (Friesen, 2020 ; Serra, *et al.*, 2022). Les relations entre les deux, s'il y en a, ne sont pas clairement identifiées, même si des travaux statistiques s'y sont penchés. Ceux-ci soulignent par exemple que la légalisation de l'AàM n'engendre probablement pas de baisse de la mortalité ou de « retardement » des décès par suicide (Jones, Paton, 2015). Toutefois, les données sont parfois lacunaires, les méthodes et l'interprétation des résultats souvent discutables, ce qui ne permet pas d'appréhender entièrement les effets de la légalisation d'un dispositif d'AàM sur le suicide. Or, l'impact d'un changement législatif sur les mécanismes de prévention du suicide et les pratiques des soignants demeure une question centrale dans les débats en France⁵¹.

D'autres interrogations portent plus spécifiquement sur les personnes qui peuvent potentiellement avoir recours à l'AàM. Une partie de cet état des lieux est notamment consacrée aux personnes atteintes de troubles psychiques, mais d'autres catégories de population peuvent être concernées. Aux Pays-Bas et en Belgique, une AàM est possible pour certaines personnes mineures. En octobre 2020, les Pays-Bas ont annoncé qu'ils projetaient de la légaliser pour les enfants malades en phase terminale, âgés de 1 à 12 ans. Des questions se posent également pour les personnes incarcérées : en Suisse, un détenu dispose des mêmes droits et peut donc demander une AàM, mais les conditions d'accès au suicide assisté restent à l'appréciation des cantons (Galmiche, 2022).

Dans la cinquième partie de cette contribution, l'articulation entre prévention du suicide et AàM a été abordée sous l'angle de ce que produit l'accompagnement à l'AàM. Contre-intuitivement, ont été mis en lumière des effets de prévention pour le demandeur, dont le désir de mourir s'efface, au moins pour un temps. Ce phénomène semble provenir d'une meilleure prise en considération de l'individu et de sa souffrance : à travers la demande d'AàM, un choix et de nouvelles perspectives se font jour pour lui, revitalisant son existence. Cet effet interroge à la fois la constitution du processus de demande d'une AàM, et la relation de soins, structurante de l'échange. Or, on sait que le lien social est à la base des mécanismes de prévention primaire du suicide. De manière volontaire, ce document s'est donc questionné sur cet oxymore entre prévention du suicide et mort assistée, mais cette mise en perspective n'avait pour objectif que de créer un cadre pour penser des phénomènes

51. Prise de parole de Fabrice Jollant lors de la conférence *Éthique et fin de vie* du 25 avril 2023, avec Michel Debout, Nadia Geerts, Fabrice Jollant, Romano La Harpe, Marc-Olivier Strauss-Kahn et Anne-Juliette Tillay, sous l'égide de la Fondation Jean-Jaurès (à consulter sur [youtube.com](https://www.youtube.com)).

qui peuvent surgir de manière impromptue. Des travaux scientifiques, empiriquement fondés, restent absolument nécessaires pour approfondir ce qui peut apparaître comme une aporie, ainsi que les relations réelles entre les différents termes de l'équation.

Des études multidisciplinaires à mener sur le temps long

La recherche en santé mentale se trouve éclatée en plusieurs disciplines et communautés de savoirs expérientiels, cliniques et scientifiques, qui communiquent peu ou pas entre elles. Plusieurs grands pôles peuvent être identifiés (Demaillay, 2011) : la recherche dite fondamentale, se référant à l'*evidence-based medicine* et à la biomédecine ; la recherche épidémiologique et quantitative axée sur la prévalence des troubles ; les recherches qualitatives en sociologie et anthropologie ; la recherche réalisée par des psychologues et des psychiatres ; et enfin la recherche, parfois sous la forme de recherches-actions et orientée vers la pratique, d'associations d'usagers.

Ces champs de connaissances scientifiques, professionnelles et produites par des personnes concernées, restent encore aujourd'hui très souvent hermétiques les uns aux autres, ne bénéficient pas de la même légitimité ni des mêmes financements publics, et sont par conséquent insuffisamment capitalisés et mis en commun. Des recherches pluridisciplinaires qui ne se référeraient pas uniquement au paradigme des sciences de la nature (*evidence-based medicine*), mais davantage à celui des sciences sociales et privilégieraient l'observation⁵², s'avéreraient particulièrement utiles pour améliorer la compréhension des dispositifs d'AàM et de leurs recours, tout autant que de leurs liens avec le suicide et les politiques de prévention.

Cela contribuerait aussi à affiner les connaissances sur les profils psychologiques et socio-économiques des personnes recourant au suicide ou à l'AàM, ainsi que les trajectoires et les configurations sociales dans lesquelles elles se trouvent. Ces recherches pourraient également porter sur l'évolution des représentations des acteurs relativement à l'AàM, les pratiques professionnelles et profanes. Pour ce faire, il est essentiel de resituer l'AàM et la prévention du suicide dans un contexte plus global, à l'échelle de la société et de ses évolutions historiques (rapport au corps, à la mort, place de la médecine et des patients, valeurs sociales cardinales, etc.).

On l'a vu, à travers l'état des lieux des pays ayant légiféré pour rendre possibles des dispositifs d'AàM, les processus de mort assistée ont mis du temps à s'institutionnaliser et à se stabiliser. Certains dispositifs s'ouvrent, montent en charge progressivement, et les demandes se font alors de plus en plus importantes. D'une certaine manière, le temps contribue à une forme de normalisation des pratiques et des représentations. Une habitude se fait jour sans toutefois que les débats ou les controverses ne disparaissent, se voient réactualisés ou déplacés. Par ailleurs, les législations de l'aide à mourir évoluent, soit pour mieux encadrer les pratiques existantes, soit pour élargir le spectre initial des dispositifs. Ces transformations incitent donc à observer sur un temps long l'évolution des pratiques. À ce titre, la documentation par

52. Ethnographie de situations réelles, descriptions méthodiques des interactions et pratiques, prises en compte du point de vue subjectif des soignants et des usagers, etc. (Demaillay, 2011).

enquêtes statistiques permettrait de mesurer les tendances et les évolutions en complément des autres approches méthodologiques.

Après un refus d'assistance à mourir, de nouvelles problématiques de santé publique à investiguer

Par-delà les données cliniques et psychologiques qui informent sur le profil des personnes ayant demandé une AàM, la mise en œuvre de recherches plus étayées semble également très souhaitable. Il existe en effet peu de travaux, notamment en sciences humaines et sociales, sur les motifs et les facteurs de recours à l'AàM, sur les trajectoires des personnes et même sur les caractéristiques sociales et personnelles de ces patients qui, parfois même en soins palliatifs, persistent dans leur demande d'AàM⁵³.

Il faut également rappeler que dans les pays où elle est autorisée, seule une minorité des demandes d'AàM aboutissent (Roeline, *et al.*, 2013) :

- en 2010 aux Pays-Bas, sur 9 100 demandes explicites, 4 050 ont été acceptées (Onwuteaka-Philipsen, *et al.*, 2012), et près d'un tiers des demandes ont abouti à une AàM effective (Hagens, *et al.*, 2014) ;
- entre 1997 et 1999 dans l'Oregon, environ une demande sur six a été acceptée et, parmi elles, une sur dix a finalement abouti à un suicide assisté (Ganzini, *et al.*, 2000b) ;
- en Belgique, environ la moitié des demandes formulées entre 2002 et 2009 ont été acceptées et réalisées (Van Wesemael, *et al.*, 2011).

Les raisons pour lesquelles les demandes d'AàM n'aboutissent pas sont multiples. Une étude néerlandaise en souligne plusieurs : décès préalable à la réalisation de l'AàM (13 %) ou au traitement de la demande par le médecin (13 %), retrait de la demande par le demandeur (13 %), refus du médecin (12 %) [Jansen-van der Weide, *et al.*, 2005]. Toutefois, il y a actuellement trop peu de recherches sur les refus d'AàM et leurs suites (Levene, Parker, 2011). À qui refuse-t-on l'AàM et pour quelles raisons ? Comment les personnes poursuivent-elles leur vie ? Dans quelle mesure les demandes d'AàM inabouties sont-elles suivies de tentatives ou de décès par suicide ? Médecins et patients maintiennent-ils une relation thérapeutique après le refus ? Les questions portant sur l'après-AàM sont d'autant plus prégnantes qu'une étude montre que le désir de mourir persiste après un refus d'AàM, et que la plupart des médecins, bien qu'ils en soient conscients, n'évoquent pas l'avenir, ni n'évaluent la situation du patient⁵⁴ (Roeline, *et al.*, 2013).

53. Une étude portant sur l'association entre soins palliatifs et risque suicidaire (PARIS), menée par Catherine Quantin, Fabrice Jollant, Maylis Sposito-Tourier et Marie-Catherine Ehlinger à l'aide de méthodes quantitatives et qualitatives, est en cours.

54. Les travaux actuels de doctorat d'Alexandra Beaudin de l'université d'Ottawa, intitulés *Au-delà du refus d'AAM : perspectives, conséquences et solutions*, devraient également contribuer à combler certains manques sur la question des refus d'assistance à mourir.

Références bibliographiques

- **Agamben, G.** (1997). *Homo Sacer I. Le pouvoir souverain de la vie nue*. Paris, France : Le Seuil.
- **Amar, S.** (2014). *Le nouveau roman de la mort*. JALMALV, 116, p. 27-36.
- **Appelbaum, P.S.** (1995). The MacArthur treatment competence study. III: abilities of patients to consent to psychiatric and medical treatments. *Law and Human Behavior*, 19, p. 149-174.
- **Appelbaum, P.S.** (2016). Physician-assisted death for patients with mental disorders-reasons for concern. *JAMA psychiatry*, 73(4), p. 325-326.
- **AQPS, Association québécoise de prévention du suicide** (2021). *Aide médicale à mourir et prévention du suicide*. Mémoire présenté lors des travaux de la Commission spéciale sur l'évolution de la loi concernant les soins de fin de vie.
- **Arborio, A.-M.** (2001). *Un personnel invisible. Les aides-soignantes à l'hôpital*. Paris, France : Anthropos-Economica, coll. Sociologiques.
- **Aubry, R.** (2004). Quelles questions éthiques soulève l'assistance au suicide en fin de vie ? *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206, p. 637-642.
- **Aubry, R. (dir.), et al.** (2004). *L'euthanasie et la mort désirée : questions pour la société et la pratique des soins palliatifs*. Paris, France : Mutualité française/Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).
- **Aubry, R. (dir.), et al.** (2008). *Sédation pour détresse en phase terminale et dans des situations spécifiques et complexes : recommandations dans les situations spécifiques et complexes*. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).
- **Aubry, R., Maurel, O.** (2004). *Fin de vie, désir de mort et euthanasie : la société à l'épreuve*. Rapport. Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).
- **Bacqué, M.-F.** (2017). L'illusion d'une mort choisie. Quand l'aide au suicide vide la mort de ses représentations. *Études sur la mort*, 150, p. 9-13.
- **Baechler, J.** (1975). *Les suicides*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- **Balard, F.** (2008). La famille dans le grand âge. *Gérontologie et société*, 31(4), p. 85-101.
- **Balard, F.** (2021). Convoquer le traumatisme pour expliquer le suicide des personnes âgées. *Études sur la mort*, 155(1), p. 155-170.
- **Balard, F., Schrecker, C., Moulin, P.** (2021). Dé(s)mesure(s) de la fin de vie. *Gérontologie et société*, vol. 43, 164(1), p. 11-31.
- **Balard, F., Voléry, I., Fornezzo, É.** (2020). La construction du suicide des personnes âgées comme problème public. *Gérontologie et société*, vol. 42, 163(3), p. 187-204.
- **Baril, A.** (2023). *Undoing suicidism: a trans, queer, crip approach to rethinking (assisted) suicide*. Temple University Press.
- **Baudelot, C., Estabiet, R.** (1998). *Durkheim et le suicide*. Paris, France : PUF.
- **Baudelot, C., Estabiet, R.** (2016). *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris, France : Le Seuil.
- **Baudelot, C., Estabiet, R.** (2018). Le suicide, un fait social. Dans Coutant, I., Wang, S. (dir), *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*. Paris, France : CNRS Éditions.
- **Baudry, P.** (2004). La mort à l'heure de la singularité. Dans Aubry, R. (dir.), et al., *L'euthanasie et la mort désirée : question pour la société et la pratique des soins palliatifs* (p. 94-99). Paris, France : Mutualité française/Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).

- **Bergman, T.D., Pasman, H.R.W., Onwuteaka-Philipsen, B.D.** (2020). Complexities in consultations in case of euthanasia or physician-assisted suicide: a survey among SCEN physicians. *BMC Family Practice*, 21(6).
- **Blikshavn, T., Husum, T.L., Magelssen, M.** (2017). Four reasons why assisted dying should not be offered for depression. *Journal of Bioethical Inquiry*, 14(1), p. 151-157.
- **Block, S.D., Billings, J.A.** (1995). Patient requests for euthanasia and assisted suicide in terminal illness: the role of the psychiatrist. *Psychosomatics*, 36, p. 445-457.
- **Blouin, S.** (2018). La Suisse, plaque tournante de l'aide à mourir. *Revue Dire*, 27(3), p. 36-40.
- **Blouin, S., Gerson, S.M., Cavalli, S.** (2021). Assistance in dying across borders: how the transnational circulations of persons, terms and themes influence the construction of a public problem. *Death Studies*, 46(7).
- **Bolt, E.E., et al.** (2016). From advance euthanasia directive to euthanasia: stable preference in older people? *Journal of the American Geriatrics Society*, 64, p. 1628-1633.
- **Bolt, E.E., et al.** (2017). Physician-assisted dying for children is conceivable for most Dutch paediatricians, irrespective of the patient's age or competence to decide. *Acta Paediatrica*, 106(4), p. 668-675.
- **Borasio, G.D., Jox, R.J., Gamondi, C.** (2019). Regulation of assisted suicide limits the number of assisted deaths. *Lancet*, 393, p. 982-983.
- **Bosshard, G., et al.** (2016). Medical end-of-life practices in Switzerland, a comparison of 2001 et 2013. *JAMA Internal Medicine*, 176, p. 555-556.
- **Bourdieu, P., Passeron, J.-C.** (1970). *La Reproduction. Éléments d'une théorie du système d'enseignement*. Paris, France : Les Éditions de Minuit, coll. Le sens commun.
- **Bourget, F., Lapierre, S.** (2023). Partir ensemble : une analyse thématique des articles de journaux francophones rapportant des décès synchrones par aide médicale à mourir chez des couples d'aînés. *Enjeux et société*, 10(2), p. 111-138.
- **Brauer, S., Bolliger, C., Strub, J.-D.** (2015). Swiss physicians' attitudes to assisted suicide. A qualitative and quantitative empirical study. *Swiss Medical Weekly*, 145:w14142.
- **Breitbart, W., Rosenfeld, B.D., Passik, S.D.** (1996). Interest in physician-assisted suicide among ambulatory HIV-infected patients. *The American Journal of Psychiatry*, 153(2), p. 238-242.
- **Bretonniere, S., Fournier, V.** (2021). Continuous deep sedation until death: first national survey in France after the 2016 law promulgating it. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(4).
- **Brinkman-Stoppelenburg, et al.** (2020). Physicians' and public attitudes toward euthanasia in people with advanced dementia. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), p. 2319-2328.
- **Buiting, H.M., et al.** (2012). Older peoples' attitudes towards euthanasia and an end-of-life pill in The Netherlands: 2001-2009. *Journal of medical ethic*, 38(5), p. 267-273.
- **Calati, R., et al.** (2021). Euthanasia and assisted suicide in psychiatric patients: a systematic review of the literature. *Journal of Psychiatric Research*, 135, p. 153-173.
- **Cameron, J.I., et al.** (2002). Lifestyle interference and emotional distress in family caregivers of advanced cancer patients. *Cancer*, 94(2), p. 521-527.
- **Castra, M.** (2003). *Bien mourir. Sociologie des soins palliatifs*. Paris, France : PUF.
- **Castra, M.** (2004). Les soins palliatifs et l'euthanasie volontaire. Dans Pennec, S. (dir.), *Des vivants et des morts. Des constructions de « la bonne mort »* (p. 113-120). Brest, France : université de Bretagne occidentale.

- **CCNE, Comité consultatif national d'éthique** (2013). *Fin de vie, autonomie de la personne, volonté de mourir*. Avis n°121.
- **Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie** (2023). *Les décisions de justice sur l'aide active à mourir à l'étranger*.
- **CESE, Conseil économique, social et environnemental** (2023). *Rapport de la convention citoyenne sur la fin de vie*.
- **Chabot, B.E.** (1995). Auto-euthanasia. Hidden ways of dying in consultation with proxies. In *Auto-euthanasie. Verborgen stervenswegen in gesprek met naasten*. Amsterdam: Bert Bakker.
- **Chan, J.K., Kirkpatrick, H., Brasch, J.** (2017). The reasons to go on living project: stories of recovery after a suicide attempt. *Qualitative Research in Psychology*, 14(3), p. 350-373.
- **Charazac-Brunel, M.** (2014). *Le Suicide des personnes âgées*. Toulouse, France : Érès.
- **Chastang, F.** (2023). *La mort choisie pour raison psychique ou existentielle : de l'autodétermination à la rencontre éthique*. Thèse de doctorat de l'université Paris-Saclay.
- **Claeys, A., Leonetti, J.** (2014). *Rapport de présentation et texte de la proposition de loi de MM. Alain Claeys et Jean Leonetti créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie*.
- **Clavandier, G.** (2009). *Sociologie de la mort. Vivre et mourir dans la société contemporaine*. Paris, France : Armand Colin.
- **Cohen, L.M., Germain, M.J., Poppel, D.M.** (2003). Practical considerations in dialysis withdrawal: "to have that option is a blessing". *JAMA*, 289(16), p. 2113-2119.
- **Courtet, P., Olié, E.** (2022). Controverses au sujet du suicide assisté chez les personnes atteintes de troubles psychiatriques. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 206, p. 632-636.
- **Cousin, F., et al.** (2023). *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France - Troisième édition*. Paris, France : Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.
- **Coutant, I., Wang, S.** (dir) (2018). *Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales*. Paris, France : CNRS Éditions, 2018.
- **De Hennezel, M.** (2004). La fin de vie. Dans Aubry, R. (dir.) *L'euthanasie et la mort désirée : question pour la société et la pratique des soins palliatifs* (p. 81-93). Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP).
- **Déchaux, J.-H.** (2000). L'intimisation de la mort. *Ethnologie française*, 30(1), p. 153-162.
- **Dees, MK, et al.** (2011). Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Journal of Medical Ethics*, 37, p. 727-734.
- **Demailly, L.** (2011). *Sociologie des troubles mentaux*. Paris, France : La Découverte.
- **Dierickx, S., et al.** (2017). Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: ana-lysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry*, 17, p. 1-9.
- **Dierickx, S., et al.** (2020). Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. *International journal of public health*, 65(1), p. 65-73.
- **Dieudonné-Rahm, N., Burkhardt, S., Pautex, S.** (2019). In-hospital care prior to assisted and unassisted suicide in swiss older people: a state-level retrospective study. *BMC Geriatrics*, 19(300).
- **Dignitas** (2019). *Accompanied suicide of members of dignitas, by year and by country of residency 1998-2018*.
- **Downar, J., et al.** (2020). Early experience with medical assistance in dying in Ontario, Canada: a cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 192(8), E173-E181.

- **Drouillard, M.** (2023). La clause de conscience chez les professionnels de santé : quelle application pour la fin de vie ? *The conversation France*, 19 février 2023.
- **Durkheim** (1897). *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris, France : Payot & Rivages, coll. Petite Bibliothèque Payot, 2008.
- **Dworkin, R., Marin, I., Porée, J.** (1998). Choisir sa mort ? De la sollicitude médicale au droit individuel. Tests prédictifs, soins palliatifs, suicide assisté. *Esprit*, 243.
- **Ehrenberg, A.** (1991). *L'individu incertain. Le culte de la performance*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- **Elliott, M., Naphan, D.E., Kohlenberg, B.L.** (2014). Suicidal Behavior during Economic Hard Times. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(5), p. 492-497.
- **Ennuyer, B.** (2013). Une « fin de vie », ça commence quand ? Dans Pitaut, P. (éd.), *Vivre vieux, mourir vivant* (p. 103-111). Toulouse, France : Érès.
- **Evans, N., et al.** (2015). Older dutch people's self-reported advance euthanasia directive completion before and after the enactment of the euthanasia law: a time trend study (1998-2011). *Journal of the American Geriatrics Society*, 63(10), p. 2217-2219.
- **Evenblij, K., et al.** (2019a). Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. *BMC psychiatry*, 19(74).
- **Evenblij, K., et al.** (2019b). Factors associated with requesting and receiving euthanasia: a nationwide mortality follow-back study with a focus on patients with psychiatric disorders, dementia, or an accumulation of health problems related to old age. *BMC medicine*, 17(1), p. 39.
- **Evenblij, K., et al.** (2019c). Physicians' experiences with euthanasia: a cross-sectional survey amongst a random sample of Dutch physicians to explore their concerns, feelings and pressure. *BMC family practice*, 20(1), p. 177.
- **Evenblij, K., et al.** (2019d). Public and physicians' support for euthanasia in people suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional survey study. *BMC medical ethics*, 20(62).
- **Ezekiel, J., et al.** (2016). Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA*, 316(1), p. 79-90.
- **Fassin, D., Memmi, D.** (2004). *Le gouvernement des corps*. Paris, France : Éditions de l'EHESS.
- **Fischer, S., et al.** (2008). Suicide assisted by two swiss right-to-die organisations. *Journal of Medical Ethics*, 34, p. 810-814.
- **Foucault, M.** (1976). *Histoire de la sexualité - Tome 1 : La volonté de savoir*. Paris, France : Gallimard.
- **Friesen, P.** (2020). Medically assisted dying and suicide: how are they different, and how are they similar? *Hastings Center Report*, 50, p. 32-43.
- **Gaignard, M.E., Hurst, S.** (2019). A qualitative study on existential suffering and assisted suicide in Switzerland. *BMC Medical Ethics*, 20, p. 34.
- **Galmiche, P.** (2022). *Panorama des législations sur l'aide active à mourir dans le monde au 31 janvier 2022*. Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie.
- **Gamondi, C., Pott, M., Payne, S.** (2013). Families' experiences with patients who died after assisted suicide: a retrospective interview study in southern Switzerland. *Annals of Oncology*, 24, p. 1639-1644.
- **Gandsman, A.** (2018). « 99 % des suicides sont tragiques, nous nous battons pour le 1 % qui reste » : des esprits sains dans des corps malades et l'activisme du droit à la mort. *Criminologie*, 51(2), p. 167-188.
- **Ganzini, L.** (2014). Psychiatric evaluations for individuals requesting assisted death in Washington and Oregon should not be mandatory. *General Hospital Psychiatry*, 36, p. 10-2.

- **Ganzini, L., et al.** (2000a). Evaluation of competence to consent to assisted suicide: views of forensic psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 157, p. 595-600.
- **Ganzini, L., et al.** (2000b). Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *New England Journal of Medicine*, 342, p. 557-563.
- **Ganzini, L., Goy, E.R., Dobscha, S.K.** (2009). Oregonians' reasons for requesting physician aid in dying. *Archives of Internal Medicine*, 169(5), p. 489-492.
- **Gibson, S., et al.** (2014). The impact of participating in suicide research online. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), p. 372-383.
- **Glasecock, A.** (2009). Is killing necessarily murder? Moral questions surrounding assisted suicide and death. *The Cultural Context of Aging: Worldwide perspectives*, 3, p. 77-92.
- **Glaser, B.G., Strauss, A.L.** (1968). *Time for dying*. New York: Aldine Transaction (1974).
- **Grisso, T., Appelbaum, P.S.** (1998). Macarthur competence assessment tool for treatment (MacCAT-T). *Professional Resource Press/Professional Resource Exchange*.
- **Grouille, D.** (2019). Fin de vie : les options belge, suisse et orégonaise. *La revue du praticien*, 69(1).
- **Guérinet, L., Tournier, M.** (2021). La pratique de l'euthanasie et du suicide assisté pour motif psychiatrique. *L'Encéphale*, 47(3), p. 246-253.
- **Gupta, M., et al.** (2017). *Exploring the psychological suffering of a person requesting medical assistance in dying*. Department of Psychiatry, CHUM/CRCHUM.
- **Gusfield, J.R.** (1981). *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago: The University of Chicago Press.
- **Gusfield, J.R.** (1994). The reflexivity of social movements: collective behavior and mass society theory revisited. In Larana, E., Johnston, H., Gusfield, J.R. (dir.), *New Social Movements: from ideology to identity* (p. 58-78). Philadelphia: Temple University Press.
- **Hagens, M., et al.** (2014). Cross-sectional research into counselling for non-physician assisted suicide: who asks for it and what happens? *BMC Health Services Research*, 14, p. 455.
- **Hagens, M., et al.** (2021). Experiences with counselling to people who wish to be able to self-determine the timing and manner of one's own end of life: a qualitative in-depth interview study. *Journal of medical ethics*, 47(1), p. 39-46.
- **Hagens, M., Onwuteaka-Philipsen, B.D., Pasman, H.R.W.** (2017). Trajectories to seeking demedicalised assistance in suicide: a qualitative in-depth interview study. *Journal of Medical Ethics*, 43, p. 487-488.
- **Hamarat, N.** (2020). « Ce qu'on demande ici, on aurait voulu pouvoir le demander chez nous ». *Les trajectoires de fin de vie des personnes résidant à l'étranger demandant une aide à mourir en Belgique*. Bruxelles, Centre de droit public, université de Bruxelles.
- **Hamarat, N., et al.** (2021). Exploring contemporary forms of aid in dying: an ethnography of euthanasia in Belgium and assisted suicide in Switzerland. *Death Studies*, 46(7).
- **Hamarat, N., Lebeer, G.** (2019). Parler de l'euthanasie : controverses publiques et dissidences internes. Un regard sur les piliers. in Bruyère, L., et al., *Piliers, dépilarisation et clivage philosophique en Belgique*, Bruxelles, CRISP, p. 265-280.
- **HAS, Haute Autorité de santé** (2020). *Antalgie des douleurs rebelles et pratiques sédatives chez l'adulte : prise en charge médicamenteuse en situations palliatives jusqu'en fin de vie. Recommandations de bonne pratique*. Service communication et information.
- **HAS, Haute autorité de santé** (2018). *Comment mettre en œuvre une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès ? Guide du parcours de soins*. Service communication et information.

- **Heidegger, M.** (1927). *Être et temps*. Paris, France : Gallimard (1986).
- **Higgins, R.W.** (2003). L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée. *Esprit*, 291(1).
- **Higgins, R.W.** (2011). Le statut « psychologique » du mourant. *Le Carnet PSY*, 154(5), p. 37-42.
- **Hindmarch, T., Hotopf, M., Owen, G.S.** (2013). Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BMC Med Ethics*, 14, p. 1-10.
- **Hintermeyer, P.** (2003). *Euthanasie, la dignité en question*. Paris, France : Buchet-Chastel.
- **Hintermeyer, P.** (2016). Succès et limites de l'euthanasie. Le développement d'un militantisme de la mort. *Études sur la mort*, 2, p. 53-62.
- **Hoffman, S.** (2013). Euthanasia and physician-assisted suicide: a comparison of EU and US Law. *Syracuse Law Review*, 63(3), p. 383-397.
- **Holma, K.M., et al.** (2008). Long-term outcome of major depressive disorder in psychiatric patients is variable. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), p. 196-205.
- **Horn, R.** (2020). The right to a self-determined death as expression of the right to freedom of personal development: the German Constitutional Court takes a clear stand on assisted suicide. *Journal of Medical Ethics*, 46, p. 416-417.
- **Hughes, E.C.** (1996). Pour étudier le travail d'infirmière. Dans *Le regard sociologique*. Aubervilliers, France : Éditions EHESS, coll. Recherches d'histoire et de sciences sociales.
- **Hume, D.** (1784). Of suicide. In Singer, P. (ed.), *Applied ethics* (p. 19-27). Oxford: Oxford University Press (1986).
- **Hummel, C.** (2002). Les paradigmes de recherche aux prises de leurs effets secondaires. *Gérontologie et société*, 25(102), p. 41-52.
- **Isenberg-Grzeda, E, et al.** (2021). High rates of psychiatric comorbidity among requesters of medical assistance in dying: results of a Canadian prevalence study. *General Hospital Psychiatry*, 69, p. 7-11.
- **Jansen-van der Weide, M.C., Onwuteaka-Philipsen, B.D., van der Wal, G.** (2005). Granted undecided, withdrawn, and refused requests for euthanasia and physician assisted suicide. *Archives of Internal Medicine*, 165, p. 1698-1704.
- **Jones, D.A., Paton, D.** (2015). How does legalization of physician-assisted suicide affect rates of suicide? *Southern Medical Journal*, 108(10).
- **Judd, M., Seale, C.** (2011). Joining a right-to-die society: motivation, beliefs and experiences. *Mortality*, 16(3), p. 223-241.
- **Kant, E.** (1785). *Fondements de la métaphysique des mœurs*. Traduction Delbos, V., Paris, France : Delagrave, 1957.
- **Kaur, J., Marcoux, I.** (2018). Attitudes des intervenants en santé mentale envers l'euthanasie et le suicide assisté : une synthèse des connaissances scientifiques. *Criminologie*, 51(2), p. 213-243.
- **Kentish-Barnes, N.** (2007). Mourir à l'heure du médecin. Décisions de fin de vie en réanimation. *Revue française de sociologie*, 48(3), p. 449-475.
- **Kidd, S.A., Kral, M.J.** (2002). Suicide and prostitution among street youth: a qualitative analysis. *Adolescence*, 37(146), p. 411-430.
- **Kim, S.Y., De Vries, R.G., Peteet, J.R.** (2016). Euthanasia and assisted suicide of patients with psychiatric disorders in the Netherlands, 2011 to 2014. *JAMA Psychiatry*, 73, p. 362-368.
- **Kim, S.Y.H., Conwell, Y., Caine, E.D.** (2018). Suicide and physician-assisted death for persons with psychiatric disorders: how much overlap? *JAMA Psychiatry*, 75(11), p. 1099-1100.

- **Kious, B.M., Battin, M.** (2019). Physician aid-in-dying and suicide prevention in psychiatry: a moral crisis? *The American Journal of Bioethics*, 19(10), p. 29-39.
- **Lapierre, S., et al.** (2018). Religiosity and the wish of older adults for physician-assisted suicide. *Religions*, 9(3), p. 66.
- **Lavery, J.V., et al.** (2001). Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: a qualitative study. *Lancet*, 358, p. 362-367.
- **Le Coz P.** (2022). *De l'euthanasie au suicide assisté : aspects éthique*. Paris, France : Académie nationale de médecine, Elsevier Masson.
- **Le Coz, P.** (2019). Le soin à l'épreuve de l'individualisme contemporain. *Laennec*, 67(2), p. 6-19.
- **Leboul, D., et al.** (2022). Understanding why patients request euthanasia when it is illegal: a qualitative study in palliative care units on the personal and practical impact of euthanasia requests. *Palliative Care & Social Practice*, 16, p. 1-11.
- **Lefevre, K., Ollivier, R.** (avec la collaboration de Gross, O.) (2018). *La démocratie en santé en question(s)*. Rennes, France : Presses de l'EHESP.
- **Lengvenyte, A., et al.** (2020). Nothing hurts less than being dead. Psychological pain in case descriptions of psychiatric euthanasia and assisted suicide from the Netherlands. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(9), p. 612-620.
- **Lengvenyte, A., Olié, E., Courtet, P.** (2019). Suicide has many faces, so does ketamine: a narrative review on ketamine's antisuicidal actions. *Current Psychiatry Reports*, 21, p. 1-10.
- **Levene, I., Parker, M.** (2011). Prevalence of depression in granted and refused requests for euthanasia and assisted suicide: a systematic review. *Journal of Medical Ethics*, 37(4), p. 205-211.
- **Loggers, E.T., et al.** (2013). Implementing a death with dignity program at a comprehensive cancer center. *New England Journal of Medicine*, 368(15), p. 1417-1424.
- **Mak, Y.W., Elwyn, G., Finlay, I.** (2003). Patients' voices are needed in debates on euthanasia. *Thebmj*, 327, p. 213.
- **Malinowski, B.** (1926). *Crime and custom in savage society*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers, 1989.
- **Marin, I.**, (1991). La dignité humaine, un consensus ? *Esprit*, 169(2), p. 97-101.
- **Martin, J.** (2006). Légiférer en cas d'euthanasie active directe ? *Revue Médicale Suisse*, 2(60), p. 948-950.
- **Martins Pereira, S., et al.** (2015). Old age and forgoing treatment: a nationwide mortality follow-back study in the Netherlands. *Journal of Medical Ethics*, 41(9), p. 766-770.
- **McCormack, R., Price, A.** (2014). Psychiatric review should be mandatory for patients requesting assisted suicide. *General Hospital Psychiatry*, 36(1), p. 7-9.
- **McInerney, F.** (2000). "Requested death": a new social movement. *Social Science & Medicine*, 50(1), p. 137-154.
- **Memmi, D.** (2003). *Faire vivre et laisser mourir : le gouvernement contemporain de la naissance et de la mort*. Paris, France : La Découverte.
- **Mesnage, V., et al.** (2020). Enquête du Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie sur la sédation profonde et continue jusqu'au décès à trois ans de la loi Claeys-Leonetti. *Presse Médicale Formation*, 1(2), p. 134-140.
- **Minois, G.** (2014). *Histoire du suicide : la société occidentale face à la mort volontaire*. Paris, France : Fayard.
- **Mol, A.** (2002). *The Body multiple: ontology in medical practice*. Durham: Duke University Press.

- **Monnier, A., Pennec, S.** (2001). Le grand âge et le vécu de la mort. *Gérontologie et société*, 24(98), p. 129-139.
- **Montesquieu** (1721). Lettre n° 76 : Usbek à son ami Ibben. Dans *Lettres persanes*. Paris, France : Classiques Garnier, éd. 2013.
- **Morgny, C., et al.** (2022). *Derrière les masques, la souffrance mentale des jeunes*. Rennes, France : Presses de l'EHESP.
- **Moser, F.** (2010). Euthanasie assistée ou auto-délivrance. Un dialogue avec Pierre Paroz. *Études théologiques religieuses*, 85(4), p. 539-552.
- **Moulin, P.** (2016). Imaginaires thanatiques médicalisés de l'Occident contemporain. *Psycho-Oncologie*, 1, p. 11-16.
- **Moulin, P.** (2000). Les soins palliatifs en France : un mouvement paradoxal de médicalisation du mourir contemporain. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 120, p. 125-159.
- **Mpinga, E., Chastonay, P., Rapin, C.-H.** (2006). Conflits et fin de vie dans le contexte des soins palliatifs : une revue systématique de littérature. *Recherche en soins infirmiers*, 86(3), p. 68-95.
- **Mwaria, C.** (1996). Physician-assisted suicide: an anthropological perspective. *Fordham Urban Law Journal*, 24(4), p. 859-868.
- **Nicol, J.** (2015). Aide médicale à mourir : la législation dans certains états à l'extérieur du Canada (*Étude générale*). Division des affaires juridiques et sociales, Service d'information et de recherche parlementaires, 2015-116-F, p. 12.
- **Nicolet, M., Oris, M.** (2021). Annoncer la mort des aînés. Une analyse textuelle des avis de décès en Suisse. *Gérontologie et société*, vol. 43, 164(1), p. 35-52.
- **Nicolini, M.E., et al.** (2020). Should euthanasia and assisted suicide for psychiatric disorders be permitted? A systematic review of reasons. *Psychological Medicine*, 50, p. 1241-1256.
- **OFS, Office fédéral de la statistique** (2019). *Suicide assisté selon l'âge et le sexe*.
- **ONS, Observatoire national du suicide** (2018). *Suicide - Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence, 3^e rapport*. Paris, France : DREES.
- **Onwuteaka-Philipsen, B.D., et al.** (2010). The last phase of life who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? *Medical Care*, 48(7), p. 596-603.
- **Onwuteaka-Philipsen, B.D., et al.** (2012). Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. *Lancet*, 380, p. 908-915.
- **Oosterveld-Vlug, M.G., et al.** (2015). Can personal dignity be assessed by others? A survey study comparing nursing home residents' with family members', nurses' and physicians' answers on the MIDAM-LTC. *International Journal of Nursing Studies*, 52(2), p. 555-567.
- **Parker, M.** (2000). Medicine, psychiatry and euthanasia: an argument against mandatory psychiatric review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, p. 318-324.
- **Pasman, H.R.W., et al.** (2009). Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. *British medical journal*, 339(7732), b4362.
- **Pasman, H.R.W., Willems, D.L., Onwuteaka-Philipsen, B.D.** (2013). What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians. *Patient education and counselling*, 92(3), p. 313-318.
- **Pennec, S. (dir.), et al.** (2004). *Des Vivants et des Morts. Des constructions de la « bonne mort »*. Brest, France : université de Bretagne occidentale, Atelier de recherche sociologique, Centre de recherche bretonne et celtique.

- **Pennec, S., et al.** (2012). Les décisions médicales en fin de vie en France. *Population & Sociétés*, 494.
- **Petit, M., et al.** (2021). Les enjeux de l'anticipation de la fin de vie chez les personnes âgées. *Gérontologie et société*, 43(164), p. 107-115.
- **Pillonel, A., Berthod, M.-A., Castelli Dransart, D.A.** (2020). Assez vieux pour mourir. L'âge dans l'assistance au suicide en Suisse. *Gérontologie et société*, 42/163(3), p. 155-170.
- **Pinell, P.** (2008). Qu'en est-il de l'autonomie du champ médical ? *Savoir/Agir*, 5(3), p. 57-63.
- **Player, M.J., et al.** (2015). What interrupts suicide attempts in men: a qualitative study. *PloS One*, 10(6), e0128180.
- **Pool, R.** (2004). "You're not going to dehydrate mom, are you?": euthanasia, versterving, and good death in the Netherlands. *Social Science & medicine*, 58(5), p. 955-966.
- **Pronk, R., Willems, D.L., van de Vathorst, S.** (2021). Do doctors differentiate between suicide and physician-assisted death? A qualitative study into the views of psychiatrists and general practitioners. *Cult Med Psychiatry*, 45, p. 268-281.
- **Richard-Devantoy, S., Jollant, F.** (2012). Le suicide de la personne âgée : existe-t-il des spécificités liées à l'âge ? *Santé mentale au Québec*, 37(2), p. 151-173.
- **Richards, N.** (2016). Assisted suicide as a remedy for suffering? The end-of-life preferences of british "Suicide Tourists". *Medical Anthropology*, 36(4), p. 348-362.
- **Ricot, J.** (2018). Légaliser l'euthanasie ? *Études*, 4251, p. 31-42.
- **Roeline, H., et al.** (2013). What happens after a request for euthanasia is refused? Qualitative interviews with patients, relatives and physicians. *Patient Education and Counseling*, 92, p. 313-318.
- **Roudaut, K.** (2012). *Ceux qui restent, une sociologie du deuil*. Rennes, France : PUR.
- **Rurup, M.L., et al.** (2008). Euthanasia and physician-assisted suicide reporting rates. A study of trends. *Medical Care*, 46(12), p. 1198-1202.
- **Santé Canada** (2022). *Troisième rapport annuel sur l'aide médicale à mourir au Canada 2021*. Ottawa, Ontario : Santé Canada.
- **Schwartzberg, L., Viansson-Ponté, P.** (1977). *Changer la mort*. Paris, France : Albin Michel.
- **Serra, A.L., Stiefel, F., Bourquin, C.** (2022). Le psychiatre comme « gatekeeper » : une étude qualitative sur le rôle du psychiatre dans les demandes de suicide assisté. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 20(1), p. 111-120.
- **Sicard, D.** (2012). *Penser solidairement la fin de vie*. Rapport remis à François Hollande, président de la République française. Commission de réflexion sur la fin de vie en France, 18 décembre 2012.
- **Singer, P.** (2018). *L'altruisme efficace* (trad. L. Bury). Paris, France : Les Arènes.
- **Stavrianakis, A.** (2018). Le suicide assisté au tribunal. Le modèle suisse face à la demande des personnes atteintes de troubles psychiatriques. *Sciences sociales et santé*, 36(4), p. 93-117.
- **Steck, N., et al.** (2014). Suicide assisted by right-to-die associations: a population based cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), p. 614-622.
- **Steck, N., et al.** (2018). Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ Open*, 8(4):e020992.
- **Stewart, D.E., Rodin, G, Li, M.** (2018). Consultation-liaison psychiatry and physician-assisted death. *General Hospital Psychiatry*, 55, p. 15-19.
- **Strumila, R., et al.** (2021). Psilocybin, a naturally occurring indoleamine compound, could be useful to prevent suicidal behaviors. *Pharmaceuticals*, 14, p. 1213.

- **Sullivan, M.D., Youngner, S.J., Ganzini, L.** (1998). Should psychiatrists serve as gatekeepers for physician-assisted suicide? *Hastings Center Report*, 28, p. 24-31.
- **Thienpont, L., et al.** (2015). Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open*, 5:e007454.
- **Tucker, K.L., Steele, F.B.** (2007). Patient choice at the end of life: getting the language right. *The Journal of Legal Medicine*, 28(3), p. 305-325.
- **Vallée, C.** (2020). Le grand âge et la bonne mort. Ethnographie de la pratique de l'euthanasie en Belgique. *Gérontologie et société*, 42(163), p. 125-138.
- **Van Gennip, I.E., et al.** (2013). Death with dignity from the perspective of the surviving family: a survey study among family caregivers of deceased older adults. *Palliative Medicine*, 27(7), p. 616-624.
- **Van Wesemael, Y., et al.** (2011). Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42, p. 721-733.
- **Van Wijmen, M.P.S., et al.** (2015). Continuing or foregoing treatment at the end of life? Preferences of the general public and people with advance directives. *Journal of Medical Ethics*, 41(8), p. 599-606.
- **Van Wijmen, M.P.S., et al.** (2020). Preferences on forgoing end-of-life treatment are stable over time with people owning an advance directive: a cohort study. *Patient Education and Counseling*, 103(12), p. 2571-2577.
- **Verhofstadt, M., et al.** (2020). The engagement of psychiatrists in the assessment of euthanasia requests from psychiatric patients in Belgium: a survey study. *BMC Psychiatry*, 20, p. 400.
- **Verhofstadt, M., et al.** (2021). Euthanasia in adults with psychiatric conditions: a descriptive study of the experiences of Belgian psychiatrists. *Science Progress*, 104(3), p. 1-23.
- **Verhofstadt, M., Thienpont, L., Peters, G.Y.** (2017). When unbearable suffering incites psychiatric patients to request euthanasia: qualitative study. *British Journal of Psychiatry*, 211(4), p. 238-245.
- **Vink, T.** (2008). Self-determination at the end of life. A view at practical experiences. In *Zelf over het levenseinde beschikken – de praktijk bekeken*. Budel: Damon.
- **Vink, T.** (2013). Self-euthanasia. A self-delivered good death under own autonomy. In *Zelfeuthanasie, een zelfbezorgde goede dood onder eigen regie*. Budel: Damon.
- **Voléry, I., et al.** (2023). *Mal-être au grand-âge en contexte pandémique*. Rapport de recherche, université de Lorraine, 2L2S (Laboratoire lorrain de sciences sociales).
- **Voléry, I., Toupet, L.** (2023). Orchestrer la mort dans la France contemporaine. *SociologieS* [en ligne], Dossiers, mis en ligne le 1^{er} mai 2023.
- **Vovelle, M.** (1983). *La mort et l'Occident. De 1300 à nos jours*. Paris, France : Gallimard.
- **Wacker, J.** (2016). Assistance au suicide, euthanasies : situation suisse. *Études sur la mort*, 150(2), p. 79-92.
- **Wagner, B., Müller, J., Maercker, A.** (2012). Death by request in Switzerland: posttraumatic stress disorder and complicated grief after witnessing assisted suicide. *European Psychiatry*, 27(7), p. 542-546.
- **Walter, T.** (2017). *What death means now. Thinking critically about dying and grieving*. Bristol : Policy Press.
- **Wijngaarden, E.V., Alma, M., The, A.M.** (2019). "The eyes of others" are what really matter: the experience of living with dementia from an insider's perspective. *PLoS One*, 14(4).

- **Wijngaarden, E.V., Goossensen, A., Leget, C.** (2018). The social-political challenges behind the wish to die in older people who consider their lives to be completed and no longer worth living. *Journal of European Social Policy*, 28(4), p. 420-429.
- **Wijngaarden, E.V., Leget, C., Goossensen, A.** (2014). Experiences and motivations underlying wishes to die in older people who are tired of living. *Omega*, 69(2), p. 191-216.
- **Young, E.W., Corby, J.C., Johnson, R.** (1993). Does depression invalidate competence? Consultants' ethical, psychiatric, and legal considerations. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2, p. 505-515.
- **Zimmermann, C.** (2004). Denial of impending death: a discourse analysis of the palliative care literature. *Social Science & Medicine*, 59(8), p. 1769-1780

2. Le suicide à l'épreuve du grand âge : synthèse de l'enquête Mal-être au grand âge (Malâge)

Frédéric Balard et Ingrid Voléry (laboratoire de sociologie
des territoires, du travail, des âges et de la santé [Tetras])

Cet article est consacré aux résultats de l'enquête Mal-être au grand âge (Malâge) en contexte pandémique, financée par l'Observatoire national du suicide (ONS) et menée entre 2021 et 2023 par une équipe de chercheurs en sociologie du vieillissement sous la direction d'Ingrid Voléry. Décidée avant la pandémie de Covid-19 et le regain d'intérêt pour le mal-être des personnes âgées durant cette période¹, Malâge avait pour ambition d'approfondir les résultats de précédentes études sur le suicide des personnes âgées, un fait statistique ancien mais peu considéré, notamment ceux d'une première enquête menée de 2016 à 2020 par la même équipe et financée par la Fondation de France : Suicidâge. L'augmentation du taux de suicide avec l'âge, en particulier du côté des hommes, est en effet une constante. En 2022, alors que le taux de suicide moyen était en France de 13,4 pour 100 000 habitants, celui des hommes de 85 à 94 ans s'élevait à 85,9 pour 100 000 (fiche 3). Pour autant, ces suicides ont été invisibilisés sur le plan statistique, en raison d'analyses portant sur la répartition par âge des suicides pour 100 suicides. Ils ont également été peu problématisés du fait d'analyses centrées sur le suicide des jeunes (Balard, 2024). Pour en comprendre les ressorts, le projet Suicidâge s'est concentré sur les situations de personnes âgées décédées par suicide en s'attachant à recueillir les témoignages de « proches éloignés » (Deffontaines, 2019 [p. 96])². Dans son sillage, en croisant méthodologie quantitative et qualitative, l'enquête Malâge apporte un éclairage complémentaire.

Cet article compte trois parties. La première (section 2.1) décrit les enjeux accompagnant la construction comme la mise en place de grilles de lecture qualitatives du phénomène suicidaire et du mal-être des personnes âgées. En effet, le déploiement d'une méthodologie qualitative remet en jeu des questions fondamentales sur le suicide. Dans un deuxième temps (sections 2.2 à 2.4), l'article propose de considérer plusieurs résultats saillants de l'enquête. L'analyse vient en particulier souligner la manière dont les inscriptions de genre et de classe s'articulent, tout au long du parcours de vie, pour produire des expériences subjectives douloureuses et des ressources inégales pour y faire face. Elle met tout particulièrement l'accent sur le fait qu'un grand nombre de tentatives de suicide et d'expériences de mal-être, survenant aux âges avancés, découlent moins de situations d'isolement et de solitude que de relations de *care*, génératrices de pressions normatives et de tensions

1. Pour en savoir plus sur l'analyse sociologique du traitement institutionnel et médiatique du mal-être des personnes âgées durant la pandémie, se reporter au rapport Malâge.

2. Il s'agit de collègues, voisins, bénévoles auprès desquels recueillir des informations sur le type de vie de la personne suicidée là où les proches, sidérés par l'émotion ou la culpabilité, peuvent limiter leur récit aux modalités du passage à l'acte.

subjectives fortes. Enfin, la conclusion revient sur plusieurs éléments susceptibles de nourrir la réflexion et les dispositifs de prévention.

2.1. De Suicidâge à Malâge : démarche et méthodologie pour construire une nouvelle enquête

Les difficultés et les enjeux d'une enquête qualitative sur le suicide

Enquêter sur le suicide est un défi méthodologique face auquel deux stratégies sont envisageables : une première, dite démarche d'autopsie, consistant à enquêter auprès de l'entourage des personnes décédées par suicide³ ; une seconde auprès de personnes ayant des idées suicidaires ou ayant réalisé une tentative de suicide. Si chacune présente ses forces et ses limites, les deux démarches questionnent le choix du bon informateur et du type d'information que celui-ci peut fournir.

S'appuyant sur l'entourage, le projet Suicidâge (2016-2020) a, par exemple, montré combien les narrations collectées auprès des « proches éloignés » permettaient d'éclairer certains éléments de contexte entourant les suicides des personnes âgées – notamment les tensions intrafamiliales découlant des situations de *care* conjugal ou intergénérationnel (Balard, *et al.*, 2022). Cependant, ces situations étaient relatées par des parents (petits-enfants, plus rarement enfants) le plus souvent extérieurs à la relation de *care* et les places familiales occupées ne leur permettaient guère de disposer d'informations précises concernant les modes de vie quotidiens, les traitements et parcours de soins suivis, ou la façon dont les éventuelles tentatives de suicide antérieures – actes soumis à la réprobation sociale – avaient été intégrées dans leur biographie. En revanche, ces entretiens étaient des occasions, pour ces proches, de redéfinir le type de lien entretenu avec le parent âgé (revendiquer le fait d'avoir été son préféré, d'être le plus ressemblant, etc.) et de reconnaître que d'autres parents (frères ou sœurs du locuteur, conjoint du suicidé) pouvaient avoir une autre conception des raisons du suicide. De sorte que, si l'enquête a bien rendu compte des effets du suicide du parent âgé sur la parenté, elle n'a pas suffisamment éclairé les contextes conduisant à celui-ci. Les limites inhérentes à cette démarche d'autopsie nous ont donc encouragés à lancer une nouvelle enquête, cette fois-ci fondée sur des récits émanant des suicidants eux-mêmes, collectés auprès de personnes âgées ayant réalisé des tentatives de suicide, avec deux difficultés fréquemment rencontrées par les chercheurs réalisant des enquêtes qualitatives sur les expériences de suicide.

Comment définir le suicide chez les personnes âgées ?

La première difficulté concerne la définition même de la tentative de suicide s'agissant des personnes âgées, qui peut osciller entre deux conceptions : une première, minimaliste,

3. Jonathan Scourfield (Scourfield, *et al.*, 2012) a importé, dans le champ sociologique, une méthode expérimentée en psychologie et qui consiste en l'étude post-mortem de cas individuels dans le but de repérer des facteurs de risque sur la base d'un petit échantillon.

envisage la tentative de suicide comme un suicide n'ayant pu aboutir, tandis qu'une seconde, extensive, l'assimile à des comportements qualifiés d'autodestructeurs (refus de s'alimenter, d'échanger...), quand bien même ceux-ci ne sont pas à risque mortel immédiat. Ces différences s'expliquent tant par la place accordée à l'intentionnalité et à la détermination, que par la vision des mécanismes sous-tendant ces comportements. Comment mesurer, *a posteriori*, l'intentionnalité des suicidants âgés ? Cette dernière est-elle appréhendable indépendamment des contextes sociaux (de santé, économiques, familiaux) des individus ? Peut-on, par ailleurs, parler d'acte volontaire lorsque les expériences de souffrance sont telles qu'elles ne permettent plus aisément réflexions et projections ? Ou lorsque les individus concernés sont suspectés de souffrir de défaillances cognitives jetant le trouble sur l'interprétation de leurs motivations ? En effet, dans le cas des personnes âgées enquêtées, la définition et la mesure des tentatives de suicide se sont avérées particulièrement complexes en raison des représentations sociales associées à la grande vieillesse (Ngatcha-Ribert, 2012), mais aussi des débats politiques et publics entourant les institutions du champ gériatrique – au premier rang desquels les Ehpad, régulièrement pointés du doigt et particulièrement scrutés durant la pandémie. Non seulement ces institutions développent des pratiques de contention ou d'empêchement des tentatives de suicide et des suicides (surveillance et limitations des déplacements, fenêtres sécurisées par une clé ou des barreaux, couverts en plastique, contentions physiques ou médicamenteuses), mais elles ne consignent pas de façon systématique les faits constatés. Dans le cas des personnes âgées, plus encore qu'en population générale, l'inclusion de la population d'enquête dépend donc d'étiquetages sociaux et institutionnels complexes, obligeant l'enquêteur à accepter, au moins provisoirement, les classifications des professionnels rencontrés – quand bien même ces dernières sont parfois invalidées par les personnes âgées suicidantes enquêtées.

Du mal-être au suicide, un continuum du geste suicidaire ?

La deuxième difficulté concerne les frontières épistémiques et méthodologiques à tracer entre suicide, tentative de suicide, comportement suicidaire⁴ et mal-être. D'un côté, les différenciations opérées entre les populations suicidaires et les populations suicidantes sont problématiques. La détermination est le critère fréquemment utilisé pour soutenir l'hypothèse de l'existence de deux groupes sociaux distincts : les tentatives de suicide seraient le fait de populations moins déterminées, cherchant à appeler à l'aide ou à faire entendre une plainte (tendancielle des femmes, y compris aux âges avancés), tandis que les suicides létaux, eux, seraient le fait d'individus déterminés (des hommes, particulièrement chez les plus de 75 ans où le taux de suicide est cinq fois plus important que celui des femmes de même classe d'âge) qui constitueraient le cœur de cible des enquêtes conduites sur le suicide. D'autres travaux proposent, pourtant, une autre interprétation en considérant que les suicidaires et les suicidants ne constituent pas deux groupes sociaux incommensurables mais correspondent à deux moments sur un même continuum du geste suicidaire. Les

4. Dans le cas des personnes âgées, cette catégorie regroupe, en fonction des publications, un ensemble hétérogène d'actions ou d'absence d'actions : gloutonnerie, prise de risques pouvant entraîner une chute, refus de s'alimenter, de s'hydrater ou de prendre ses médicaments, syndrome de glissement, syndrome de Münchhausen, etc.

tentatives de suicide seraient alors des suicides rendus non létaux par les modes opératoires choisis, en raison de socialisations et de styles de vie marqués par les dynamiques de genre. Les armes à feu sont, par exemple, plus aisément disponibles pour des hommes, par ailleurs parfois initiés à leur manipulation. Et dès lors que les suicidants ne constituent pas un groupe social à part, impossible à comparer à celui des suicidaires, leurs expériences peuvent être étudiées pour produire de la connaissance sur le geste suicidaire en général.

De l'autre côté, les distinctions opérées entre les personnes exprimant un mal-être et les suicidants sont tout aussi délicates à opérer. Là encore, si la littérature dédiée à la prévention du suicide distingue les deux populations, cette démarcation se discute. Anne-Sophie Cousteaux et Jean-Louis Pan Ké Shon (2008, p. 58) considèrent, par exemple, que les tentatives de suicide et les suicides constituent des modes d'expression genrés d'un même mal-être résultant d'un décalage entre des situations difficiles et des ressources pour y faire face. Pour ces raisons, l'équipe a intégré dans le périmètre de l'enquête les personnes âgées étiquetées en situation de mal-être.

Inclure des personnes aux profils sociaux contrastés pour se saisir de la diversité des situations

La méthodologie a donc consisté à marier deux populations d'enquête : celle repérée par les professionnels de l'accompagnement gérontologique ou le voisinage comme ayant été ou étant en mal-être, et celle ayant réalisé des tentatives de suicide étiquetées comme telles. Pour parvenir à inclure un nombre suffisant de personnes aux profils sociaux contrastés (en matière de classe sociale, d'âge, de genre, de lieux de vie, d'états de santé, etc.), plusieurs circuits d'inclusion ont été mobilisés.

Ouvert dans le quartier d'une petite ville rurale, un premier terrain d'enquête a permis de recruter des femmes et hommes issus de milieux populaires ou de classes moyennes stabilisées, fortement ancrés dans le territoire et vieillissant souvent en couple, à leur domicile. Ce terrain a permis de saisir une fraction peu visible de la population âgée : les personnes en situation de mal-être vieillissant à leur domicile et non inscrites dans des parcours de suivi psychiatrique au long cours. L'enquête a ici mis en exergue des expériences subjectives qui peuvent être douloureuses, des plaintes socialement empêchées (« on n'a pas à se plaindre » nous diront des informateurs soucieux de se distinguer de personnes âgées vieillissant en Ehpad) et une tentative de suicide conjugalisée.

Un second terrain a été ouvert en résidence autonomie, habitat intermédiaire destiné à des personnes âgées non dépendantes, qui nous a permis de rencontrer des hommes d'âge avancé (moins nombreux en Ehpad en raison de leur moins grande espérance de vie) et disposant encore de maîtrise sur leur lieu et mode de vie (choix alimentaires, sociabilités, rythme de vie).

Un troisième terrain a été ouvert dans un Ehpad associatif, adossé à un hôpital. Avec l'aide de la gériatre et de la psychologue de l'établissement, nous avons pu rencontrer des personnes âgées étiquetées en situation de mal-être et plusieurs situations de tentative de suicide.

Enfin, un quatrième et dernier terrain s'est ouvert autour des dispositifs de prévention du suicide et de santé mentale (VigilanS, hôpital de jour, équipe de liaison gériatrie-santé mentale). Il a fait entrer, dans le panel de la recherche, une population différente ayant connu un parcours psychiatrique, souvent ponctué de récurrences suicidaires. Ces dernières sont pour la plupart intervenues au domicile, en écho aux statistiques disponibles selon lesquelles le décès par suicide survient majoritairement au domicile (dans 74 % des cas pour les hommes et 50 % pour les femmes de 75 ans à 84 ans [source Inserm-CépiDc 2020]), et dans une bien moindre proportion en Ehpad (dans 13,2 % des cas pour les hommes et 6,8 % pour les femmes après 85 ans).

La diversité de ces quatre terrains d'enquête a permis le recrutement de profils contrastés, tout en imposant en parallèle une réflexion sur la façon dont les professionnels, venant de champs si divers, identifiaient le mal-être. Elle a aussi montré combien les contextes organisationnels, les cultures professionnelles et disciplinaires pesaient sur la caractérisation des situations de mal-être et de tentatives de suicide, en même temps que sur leur interprétation et leur accompagnement. Finalement, 50 entretiens semi-directifs ont été réalisés dont 16 avec des personnes ayant réalisé des tentatives de suicide.

Quelles sont les caractéristiques du panel de la population suicidante ?

Les femmes sont surreprésentées dans le panel d'informateurs (onze femmes et cinq hommes) en raison de leur plus grande espérance de vie (à ces âges, elles sont de fait plus nombreuses), de la plus grande létalité des tentatives de suicide des hommes, et des dispositifs d'inclusion de l'enquête (les femmes sont plus nombreuses en Ehpad, les hommes vieillissant et décédant davantage en couple). Leur présence a permis de documenter des expériences subjectives douloureuses au long cours (sur les huit situations impliquant des tentatives de suicide réitérées, sept impliquent des femmes), médicalement accompagnées mais d'autant moins étudiées qu'elles ne donnent pas toujours lieu à des suicides létaux ou non létaux.

Parmi les hommes rencontrés, certains sont plus jeunes qu'escompté (65-75 ans) car ils ont souvent été rencontrés via des dispositifs de santé mentale (VigilanS, hôpital de jour), lesquels incluent peu de populations très âgées. Ces hommes ont connu un suivi psychiatrique précoce, avec des tentatives de suicide récurrentes ponctuant une trajectoire de vieillissement marquée par une maladie psychique (bipolarité par exemple)⁵. D'autres plus âgés, rencontrés en Ehpad, ont réalisé leur première tentative de suicide à un âge avancé, sans jamais avoir connu d'antécédents psychiatriques, ni avoir été socialisés à ce monde

5. Cet article ne traitera pas des tentatives de suicide de ces hommes ayant vieilli dans le trouble ou la maladie psychique car les ressorts mobilisés se distinguent de ceux repérés chez les hommes réalisant leur tentative de suicide à un âge avancé. L'analyse implique, en effet, de tenir compte des formes de dérégulation de la gestion de la maladie chronique advenant avec le vieillissement et l'apparition de comorbidités (voir le rapport Malâge).

professionnel. La population masculine rencontrée est donc duelle et cette spécificité découlant des modes d'inclusion a permis de mettre en exergue la pluralité des parcours et logiques suicidaires d'hommes d'âges proches ou équivalents, mais donnant à la tentative de suicide des significations très différentes.

Les profils sociaux sont enfin également contrastés du point de vue des milieux sociaux (sept sont issus de classe moyenne, neuf de milieu populaire) et des situations familiales (un homme veuf, un homme marié, un célibataire, un divorcé, trois femmes mariées ou en concubinage, huit femmes veuves ou divorcées).

Les entretiens approfondis réalisés par l'équipe de sociologues ont été analysés à l'aide d'une méthode d'analyse structurale. Cette méthode visait à mettre l'accent sur les relations d'interdépendance successives dans lesquelles les informateurs étaient engagés, les vécus de leurs expériences subjectives douloureuses, et la façon dont ces expériences pouvaient mettre en question l'image qu'ils pouvaient avoir d'eux-mêmes. Cette méthode a permis de comprendre comment des configurations suicidogènes – des systèmes de relations d'interdépendance cadrés par des normes sociales plus larges (de genre et d'âge notamment) – pouvaient être produites à l'échelle des parcours de vie. L'objectif était, en effet, de travailler sur le temps long et les accumulations/articulations complexes de rapports sociaux de classe, de genre et d'âge susceptibles, d'une part, d'exposer à des situations de tensions réitérées et, d'autre part, de moduler les ressources permettant d'y faire face. L'élargissement de la focale temporelle de l'épisode suicidaire au parcours de vie a, de ce point de vue, ouvert la voie à des perspectives explicatives différentes.

2.2. Principaux éléments d'analyse

Requestionner la valeur protectrice des relations familiales

Parmi les relations d'interdépendance investiguées, Malâge a mis l'accent sur les relations d'interdépendance familiale entourant les individus et la place que ces dernières occupaient dans la production sociale d'expérience douloureuse et de configuration suicidogène. Elle a de ce point de vue interrogé une vision « adultocentrée » de la valeur protectrice des relations familiales, tout particulièrement portée par les médias durant la période pandémique où les personnes âgées étaient présentées comme fragilisées par la distension de leurs relations familiales⁶, mais aussi, sous une autre forme, dans les travaux de sociologie du suicide.

La lecture expliquant la propension au suicide ou la mise à distance de l'acte par les formes d'intégration domestique et familiale est, en effet, ancienne et défend que les hommes sont protégés du suicide par leurs épouses, tandis que les femmes le sont par leurs enfants. Formalisée par Émile Durkheim (1897), cette idée a été reprise par Jean Baechler pour qui

6. Voir le rapport Malâge.

« les femmes supportent mieux le veuvage que les hommes car elles peuvent encore s'occuper des menues tâches du ménage, alors que le vieillard qui perd sa femme perd tout » (Baechler, 1975). On la retrouve également sous la plume de Claude Dubar faisant l'hypothèse que « l'essentiel de l'immunité féminine face au suicide doit être cherché dans la sphère des identités conjugales et familiales, aussi bien sur la dimension intégration domestique (définie en termes d'interactions quotidiennes avec les autres membres de la famille) que sur la dimension de régulation conjugale et familiale (définie en termes d'intériorisation des normes liées aux rôles de filles, épouses et mères pour les femmes, de fils, époux, pères pour les hommes) » [Dubar, 2004]. Jusqu'à de plus récents travaux considérant, à l'instar de Christian Baudelot et de Roger Establet, que « l'immunité suicidaire » des femmes s'explique par le fait qu'elles sont « statutairement plus engagées que l'homme dans les relations familiales [...] » (Baudelot, Establet, 1984), « tandis que l'autonomie masculine à cet égard comporte en contrepartie plus de risques de solitude » (*Ibid*). Quoique modulée, cette proposition est enfin également abondée par Anne Sophie Cousteaux et Jean-Louis Pan Ké Shon (2008) qui ne contestent pas l'effet protecteur de cette intégration sur les femmes, mais la signification qu'elle revêt : « En termes d'interprétation, les enfants constitueraient alors moins une protection du mal-être qu'une contrainte occultant la voie suicidaire » (Cousteaux et Pan Ké Shon, 2008, p. 84), les femmes recourant, par ailleurs, à d'autres formes de gestion de leur mal-être (consommation d'alcool et d'antidépresseurs).

Pourtant, les taux de suicide et les tentatives de suicide des personnes âgées conduisent à interroger cette vision. D'une part, les taux de suicide sont très forts chez des hommes âgés qui, bénéficiant d'une moindre espérance de vie et étant tendanciellement plus âgés que leur compagne, ont statistiquement plus de chances de vieillir en couple. D'autre part, les données issues du projet Suicidâge ont montré combien les hommes vivant en couple étaient aussi susceptibles de réaliser des tentatives de suicide et des suicides. Si ces données ne nous conduisent pas nécessairement à remettre totalement en question l'hypothèse de la protection apportée par les relations conjugales et parentales, elles nous invitent en revanche à envisager le fait que la signification des relations familiales – et donc leur force protectrice – puisse changer au fil du parcours de vie. La sociologie du vieillissement a, par exemple, montré combien les relations de *care*, déployées au sein du couple et de la famille, devenaient tout particulièrement centrales au grand âge – période au cours de laquelle le travail d'entretien domestique, de gestion de l'alimentation et de soin de soi est très observé par les professionnels et l'entourage puisque l'incapacité à le prendre en charge peut conduire au départ en Ehpad et à une perte de maîtrise décisionnelle ou logistique de son mode de vie. L'enquête a donc interrogé les relations de *care* conjugales et intrafamiliales en faisant l'hypothèse qu'elles ne doivent pas être simplement considérées comme des facteurs de protection ou de risque, mais aussi comme des éléments configurant les rôles, places et identifications de chacun. Pouvoir aider en étant reconnu comme aidant, décider des contours de l'aide et maintenir un pouvoir décisionnaire sur son mode de vie, ou au contraire, pouvoir se dépendre de l'aide sans être disqualifié, sont

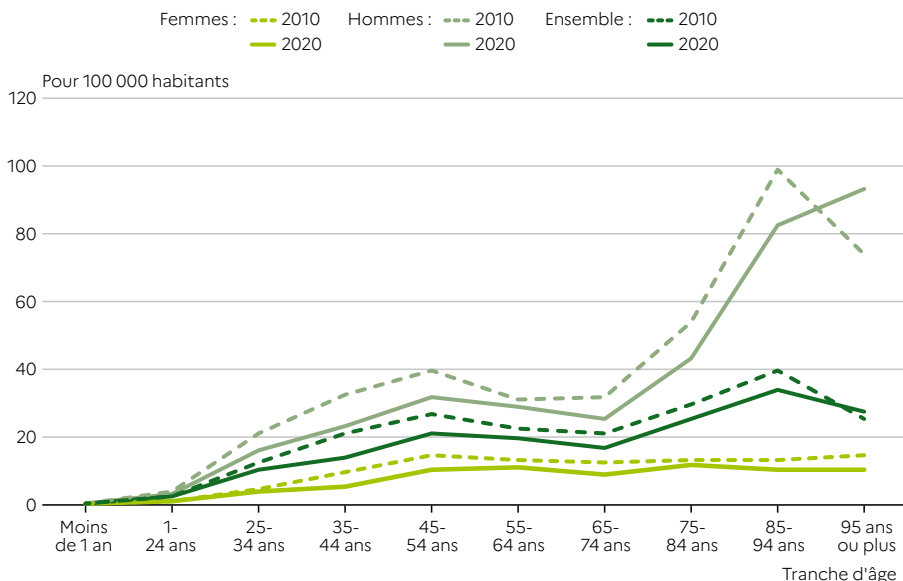
autant de questions centrales. Ces considérations invitent donc à interroger les effets des reconfigurations des relations de *care* et les recompositions statutaires qu'elles peuvent induire chez les personnes âgées, là où les travaux de sociologie du suicide conduits à d'autres âges sociaux ont plutôt invité à mettre l'accent sur d'autres aspects des relations familiales telles la qualité des relations interpersonnelles (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008) ou les tensions suscitées entre rôles familiaux et professionnels (Deffontaines, 2020).

Le genre de la suicidalité : spécificités des parcours et des seuils biographiques

La méthode d'analyse utilisée dans Malâge permet d'explorer les effets du genre de manière un peu différente. La suicidalité est un phénomène genré – par la distribution statistique des tentatives de suicide et des suicides en premier lieu. Les données de 2020 continuent ainsi à montrer une sursuicidalité des hommes âgés puisqu'à partir de 75 ans, les courbes s'envolent, passant de 40 à plus de 80 suicides pour 100 000 habitants âgés de 85 à 94 ans (**graphique**).

Pour expliquer ces différences, la sociologie du suicide a considéré les rôles sociaux de genre tenus dans le couple. Les femmes se suicideraient moins car seraient statutairement plus intégrées à la famille étant donné leur place dans la division du travail domestique pour

Graphique • Évolution du taux brut de mortalité par suicide ou lésion auto-infligée selon la classe d'âge, en 2010 et 2020



Lecture • En 2010, le taux brut de mortalité par suicide ou lésion auto-infligée était de 14,5 pour 100 000 habitants chez les femmes âgées de 45-54 ans.

Champ • Personnes décédées par suicide ou lésion auto-infligée en 2010 et 2020 en France métropolitaine.

Source • Inserm-CepiDc, 2020.

Christian Baudelot et Roger Establet (2016), tandis que Chris Girard soutient dès 1993 l'idée selon laquelle les femmes âgées seraient plus résilientes que les hommes du fait d'identités liées à des positions et rôles familiaux non fragilisés par le grand âge (Girard, 1993). Or, l'avantage de genre des femmes en matière de suicidalité est aujourd'hui fortement discuté. D'une part, les enquêtes qualitatives telles que Suicidâge mettent au jour des tentatives de suicide et des suicides de femmes âgées, prises dans des contextes de relations familiales très conflictuelles. D'autre part, les femmes sont aussi très nombreuses à réaliser des tentatives de suicide et à consommer des antidépresseurs ou de l'alcool, des pratiques pouvant être considérés comme des formes de régulation d'un mal-être (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008), voire des modes de management médical de souffrances découlant de l'hétéronormativité⁷ (Canetto *et al.*, 1992). Dans leur article de 2008, Anne-Sophie Cousteaux et Jean-Louis Pan Ké Shon montrent ainsi qu'à partir de 75 ans, la courbe des taux de dépression des femmes s'envole (de 15 % à 22 %), alors même qu'elle est déjà à un niveau bien plus élevé que celle des hommes. En revanche, cette dernière reste stable (oscillant entre 5 et 7 %) [Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008].

Enfin, cette lecture ne tient que très imparfaitement compte des effets au long cours et cumulés des dynamiques de genre façonnant l'ensemble des biographies. La recherche Malâge a donc cherché à les saisir dans une perspective diachronique et multiniveau. Le premier niveau concerne les asymétries de ressources économiques, relationnelles, mais aussi subjectives, découlant des positions de genre – pressions normatives différentes sur des hommes disqualifiés par le fait d'avoir « raté leur suicide » et insistant sur la détermination de leur geste, ou sur des femmes invitées à y voir une « bêtise », un trop-plein émotionnel (Jaworski, 2014). Le second niveau est celui des types de configurations douloureuses et suicidogènes auxquelles les hommes et femmes âgés sont différenciellement exposés. Claire Scodellaro (2022) a, par exemple, montré le lien existant entre des violences sexuelles survenant tôt dans l'enfance et des tentatives de suicide advenant au seuil de l'âge adulte chez les femmes. Le troisième niveau d'étude des dynamiques de genre concerne enfin les temporalités des parcours – au double sens des seuils biographiques différentiels auxquels les uns et les autres sont confrontés, mais aussi des tempos caractérisant ces passages. Nous nous sommes ici appuyés sur la sociologie des transitions biographiques (Bessin, *et al.*, 2010) qui montre les retentissements sociaux et subjectifs des transformations statutaires accompagnant l'avancée en âge (Glaser, Strauss, 1971), mais aussi leurs saillances différentes selon que les changements se présentent sous une forme bifurcative (des changements non anticipés, affectant plusieurs pans de l'existence, sans retour possible) ou au contraire par sédimentation (des changements à petits pas et souvent à bas bruit et à faible reconnaissance). Malâge a cherché à comprendre comment les parcours biographiques des hommes et des femmes pouvaient les conduire à affronter différemment des changements découlant de

7. L'hétéronormativité recouvre les institutions à travers lesquelles des représentations, normes et pratiques valorisant la masculinité hégémonique (naturalisation de l'hétérosexualité et de la complémentarité asymétrique des genres, valorisation de la force physique et morale des hommes, de leur capacité de maîtrise de leur vie et de celle de leurs proches) se diffusent et se maintiennent (Fidolini, 2019). Ici, le terme renvoie à des dispositifs visant à contenir les expériences subjectives douloureuses des femmes victimes de violences plutôt qu'à reconnaître et à transformer les rapports sociaux structurels rendant ces violences possibles.

l'avancée en âge : vivre l'entrée en Ehpad comme une bifurcation très éprouvante chez les hommes se projetant, du fait des inégales espérances de vie et des écarts d'âge au sein des couples, dans un vieillissement assisté par la compagnie au domicile, là où les femmes entrant en Ehpad après une période de vieillissement en solo, sont confrontées à d'autres changements. Cette perspective a permis de mettre en exergue deux résultats.

2.3. Suicide bifurcatif, perte de contrôle sur le care et difficile requalification statutaire chez les hommes âgés

En sociologie des parcours de vie, la bifurcation est une modification brutale et durable de l'articulation entre sphères biographiques. Elle est identifiée par les acteurs concernés comme un point de bascule donnant lieu à une distinction entre un « avant » et un « après ». Elle implique alors une redéfinition des orientations possibles à un moment donné du parcours (Hélandot, 2006). Pour autant, la bifurcation ne découle pas nécessairement d'un changement qui serait en soi inattendu (un accident, par exemple), mais tout aussi bien d'une transformation rendue imprévisible soit par les institutions, soit par le sujet qui n'a pas intégré ce possible dans sa biographie. À la différence du *raptus* avec lequel elle peut être confondue, la bifurcation ne découle donc pas seulement des mouvements de la vie psychique du sujet. Elle s'inscrit dans un contexte social modelant les passages et la façon dont ils sont susceptibles d'être perçus comme prévisibles ou imprévisibles par les individus. C'est tout particulièrement le cas de l'entrée en Ehpad, qui est régulièrement discutée dans les médias, expérimentée dans l'environnement social, mais qui n'est pas nécessairement intégrée par certains hommes vieillissant en couple comme un horizon possible de leur parcours (**encadré 1**). L'institutionnalisation peut alors susciter une grande détresse, non en raison d'un isolement ou d'une perte des liens, mais du fait de la rupture dans les configurations de *care* et de la perte d'un pouvoir domestique qu'elle induit.

Encadré 1 • L'entrée en Ehpad : l'autorité domestique en tension

M. Michel, 83 ans, a rencontré des problèmes de mobilité empêchant son maintien au domicile aux côtés de sa femme, aidante principale, dont la santé donne aussi des signes de fragilité. Il fait le récit des mauvaises conditions de vie à l'Ehpad – ce que les informations par ailleurs à disposition invitent à questionner puisqu'il est visité quotidiennement par sa femme qui gère son linge –, de la non-considération dont il est victime, mais surtout de sa perte totale d'autorité vis-à-vis de son épouse qui a choisi son établissement et qui ne l'écoute pas : « Elle ne m'écoute pas... Elle écoute les autres, mais pas moi ». Selon lui, il en est de même des autres professionnelles de son établissement, soignantes, maîtresses de son quotidien : « Le personnel n'écoute pas... C'est le problème... [L'Ehpad est un] lieu infâme, on ne peut pas imaginer ce qu'il s'y passe... Aujourd'hui, je suis venu pas lavé, pas habillé, pas nourri

[...]. Regardez, je suis habillé en pantalon... ». M. Michel est pourtant lavé, habillé et nourri, mais il affronte une perte du pouvoir décisionnel sur son mode de vie, d'autant plus douloureuse qu'elle questionne une identification masculine construite autour du contrôle, de la capacité à décider et de la force morale que cela signale pour lui. Il se décrit ainsi comme un « dur à cuire », qui a été « sous-lieutenant en Algérie » et « directeur des affaires sociales », aujourd'hui contraint de voisiner des « maboules ». L'autorité professionnelle, qu'il met en scène comme durement conquise, est par ailleurs associée à une autorité familiale qu'il semble fier d'avoir su construire en indiquant avoir réussi « à garder sa femme, le ménage, les enfants proches ». Cette position de chef de ménage constitue un étayage subjectif central mis à mal par l'entrée en Ehpad sur décision de son épouse, sans qu'il ne dispose de ressources ajustées à ce nouveau contexte ; en effet, M. Michel ne connaissait ni les professionnelles y exerçant, ni les autres résidents.

La situation est différente pour M. Thomas (militaire, puis employé en location de voiture), âgé de 89 ans lorsqu'il entre en Ehpad associatif six mois avant l'entretien, en tant qu'époux aidant de sa femme, hospitalisée dans le service gériatrique attendant du fait de ses troubles cognitifs depuis quatre ans. Il est donc déjà connu comme aidant par le personnel de l'établissement qui circule dans les services hospitaliers à l'Ehpad. Comme M. Michel, il fait le récit d'agacements liés au contrôle de son espace domestique et de son mode de vie : les soignantes qui allument la lumière en entrant sans l'éteindre en sortant, ou qui changent la télécommande de place lorsqu'elles font le ménage ; les repas dont il ne peut choisir le menu, pas toujours adapté à ses goûts ou à sa dentition ; les changements de médicaments qui ne lui sont pas signalés et expliqués ; le courrier à son nom qui arrive à l'accueil. Pour autant, son statut de résident accompagnant une épouse en perte d'autonomie cognitive lui permet de continuer à exercer une autorité conjugale s'agissant des soins de cette dernière. Si les professionnelles indiquent aux enquêteurs qu'il s'agit d'un résident « râleur », elles ne délégitiment pas la position d'autorité domestique – maître de son courrier, des frontières et usages de sa chambre, de son alimentation – qu'il revendique.

Cette première configuration construite autour de l'entrée en Ehpad invite à tenir compte des relations d'identification complexes que les hommes entretiennent avec l'espace domestique – la « maison » conjugale ou celle reconstituée en institution – dont plusieurs chercheurs ont montré combien elle était en partie liée avec l'autorité et le pouvoir masculin (Bourdieu, 1990). Jusqu'alors, les travaux conduits sur la division sexuée du travail domestique ont plutôt mis l'accent sur les stratégies développées par les hommes pour s'en tenir à distance ou aux marges, que ce soit par la résistance au partage des tâches ou via l'implication dans des activités extra-domestiques. Il apparaît ici que le sens de la relation entretenue avec ces espaces et le *care* qui s'y déploie se transforment au grand âge, à un moment où

le domicile et le *care* deviennent éminemment stratégiques et où les identifications et les formes de valorisation extra-domiciliaires se sont appauvries. Et de fait, le contrôle du groupe domestique n'occupe pas la même place dans les récits des femmes enquêtées. Si les recompositions des relations de *care* marquent les biographies et peuvent susciter de la suicidalité, c'est par des médiations tout à fait différentes.

2.4. Suicide de sédimentation et de pression de *care* chez les femmes âgées

Les situations des femmes enquêtées mettent, en effet, moins en scène des changements de nature bifurcative que des changements par sédimentation, découlant, non pas de la masse de la transformation à laquelle le sujet est confronté, mais de sa durée. Cette spécificité formelle a, qui plus est, des conséquences sur les formes de reconnaissance sociale de ce qu'il est en train d'advenir et sur les vécus subjectifs. Incrémentales, ces transformations sont effacées par les institutions et les individus eux-mêmes. En témoigne l'expression « ras-le-bol » utilisée par plusieurs femmes, à l'endroit de situations pourtant différentes, mais témoignant d'une causalité rendue diffuse et d'une incapacité à mettre en intelligence et en mots ce qui fait problème. Entre la bifurcation et la sédimentation, il n'y a donc pas une différence de degré mais de nature du changement. Les femmes enquêtées ont, en effet, été confrontées à des expériences au long cours d'accumulation de charges de *care*, articulées à une fragilisation parallèle des ressources matérielles, relationnelles et subjectives permettant d'y faire face, à un moment où leur propre avancée en âge peut aussi les confronter à des difficultés de santé. Deux attitudes par rapport à ces charges de *care*, conduisant à deux types de tentatives de suicide, ont par ailleurs été observées.

Se suicider pour se conformer aux modèles de genre

Dans une première configuration (**encadré 2**) impliquant des tentatives de suicide survenant à des âges avancés, la tentative de suicide permet, paradoxalement, de se conformer aux modèles de genre auxquels certaines femmes s'identifient et sont tenues par leur entourage et les professionnels soignants.

Le projet de suicide est donc ici inspiré par un conjoint malade qui traverse un cancer l'ayant cantonné dans une position d'objet d'un soin organisé par les médecins et mis en œuvre par son épouse. Il est par ailleurs inscrit, par le conjoint, dans un continuum de tâches découlant de la division sexuée du travail domestique du couple, et donc mis en œuvre par la compagne gestionnaire de l'espace domestique, maîtrisant les lieux de stockage de médicaments et les habitudes relationnelles des enfants. Il est même revendiqué par M^{me} Perrin qui met à distance toute suspicion de fragilité psychique pour valoriser la façon dont elle a tenu son travail de *care* conjugal, jusque dans l'organisation du suicide : « Ce n'est pas toujours de la dépression ! Non ! Et je vous le dis en connaissance de cause... Non, c'est de

la détermination, pour moi, c'était ça ! ». L'organisation du suicide conjugal est vécue tant en continuité d'un fort engagement subjectif dans le couple – « C'est moi qui ai voulu parce que je pensais que je ne pourrais pas vivre sans lui... » – que d'un engagement moral dans un rôle d'épouse, largement entretenu par les institutions de soins. Un engagement qui fait écho à ce que montre Beverley Skeggs (2015) quand elle souligne combien la prise en charge du *care* tout au long de leur vie construit chez les femmes, en particulier celles de milieux populaires, un fort sentiment de responsabilité morale et de respectabilité. M^{me} Perrin valorise d'ailleurs, tout au long de l'entretien, combien elle a assumé parfaitement son rôle de soignante, en dépit des problèmes de santé de son mari : les toilettes réalisées durant son opération des hanches alors même que les infirmières sous-estimaient sa capacité à le faire – « [j'ai toujours fait] ce qu'il fallait et puis voilà » – et le travail de surveillance, de préparation alimentaire visant à ce que son conjoint ne perde pas de poids pour maintenir l'efficacité d'un dispositif médical : « Il fallait que j'enrichisse tous ses repas [...] Les repas, c'était dur à vivre car j'avais peur qu'il maigrisse [la perte de poids aurait nécessité le changement de l'appareil ajusté porté lors des séances de radiothérapie]. [J'en avais] ras le bol, non car j'ai fait ce qu'il fallait, j'ai toujours été là pour lui, mais j'étais fatiguée... moralement surtout. »

Encadré 2 • Une mort d'accompagnement

M^{me} Perrin, ancienne aide-soignante dont le mari est mécanicien poids lourds, âgée de 72 ans, a réalisé une tentative de suicide à 67 ans, aux côtés de son conjoint. « Mon mari était malade d'un cancer et ne supportait pas son cancer. Un jour, il me dit : " Tu sais, je serais mieux six pieds sous terre "... Je lui ai dit que non, bien sûr que non, ça va aller, mais il recommence... Et là, je ne sais pas, ça m'a pris, je savais que j'avais des comprimés, pour son cancer, il avait eu des cachets de morphine. Je les avais mis de côté parce qu'il ne pouvait pas les prendre parce qu'il était constipé, affreux, pour les ramener à la pharmacie... Et puis on avait de l'alcool, et puis on avait le gaz, et puis voilà quoi. C'était un mercredi vers 17 h. Il me dit ça, à 7 h moins le quart, il me dit : " Et L., il ne va pas venir ? – Je n'en sais rien – Tu l'appelles ? ", comme je vous le parle là. [Elle appelle son fils qui lui indique qu'il ne passera pas]. Bon bé on a le champ libre qu'il me dit. Donc ma foi, j'ai préparé l'alcool, les cachets, j'ai partagé en deux car je lui ai dit : " Je pars avec toi, je ne reste pas toute seule ", mais vraiment comme je vous parle là, pas d'appréhension, rien. » [Le suicide sera finalement interrompu par l'appel inopiné de sa fille et la venue de son fils, mais son mari n'y survivra pas].

L'implication de M^{me} Perrin et son co-suicide découlent, sous cet angle, d'un enfermement domestique et conjugal intensifié par les médecins l'ayant assignée au rôle de *caregiver* en la rendant responsable des soins de son conjoint, mais aussi par son conjoint qui a acheté un camping-car en vue de voyages conjugaux dès son entrée en retraite, au détriment des

sociabilités locales dont son épouse bénéficiait. Après son décès, M^{me} Perrin renouera d'ailleurs avec ses réseaux en fréquentant les clubs de jeux de son ancien village et en nouant des amitiés fortes avec trois veuves, comme elle libérées des contraintes conjugales et redéployant des sociabilités propres (Caradec, 2001).

Dans la situation ici présentée, la tentative de suicide advient du fait d'une pression normative ayant assigné M^{me} Perrin à son rôle de *caregiver*, mais cette pression est aussi revendiquée car elle considère qu'une bonne épouse doit assumer le soin du conjoint, jusque dans l'organisation de sa mort. Cette pression s'est intensifiée à bas bruit tout au long du parcours conjugal de M^{me} Perrin, tout particulièrement à l'occasion de l'épisode de cancer de son conjoint. La situation met également en scène une fragilisation des ressources de M^{me} Perrin pour y faire face – qu'il s'agisse de l'épuisement dont elle fait état dans l'entretien, ou de façon plus large, de l'étiement des ressources de sociabilité depuis la retraite du conjoint. Pour autant, il semble difficile d'évoquer un suicide fataliste dans la mesure où l'informatrice ne fait pas réellement état d'une pression normative hétéronome – il n'y a ni devoir social de se tuer, ni réprobation en cas de dérobade comme dans le cas de la veuve hindoue (Durkheim, 1897)⁸ – ou d'un effacement de soi derrière un collectif conjugal. Elle cherche, au contraire, à tirer une valorisation individuelle de sa capacité à tenir un rôle social de dispensatrice de soins – y compris lorsqu'il s'agit du soin apporté à préparer la mort. La narration est alors plus proche des formes de mort d'accompagnement rapportées par Alain Testart (2004) : des morts advenant dans des situations de dépendance statutaire forte (que M^{me} Perrin fait découler de sa position d'épouse) et s'accompagnant de modes de subjectivation propres à ces dépendances (au nom de l'attention et du dévouement accordés au partenaire, en raison de la force des relations interpersonnelles). Ces situations ne constituent cependant pas la majeure partie des cas de tentative de suicide rencontrés chez les femmes enquêtées.

Se suicider pour échapper au devoir d'aider

Une deuxième configuration rassemble, en effet, des femmes qui, à la différence de M^{me} Perrin, ne font pas corps avec ce rôle d'aidantes, mais ne parviennent pas à s'en dépendre ni même à faire entendre leur plainte.

Des situations d'intensification des charges de care

Au contraire des hommes enquêtés, pour lesquels la position d'aidant peut permettre la reconquête d'une place et d'un statut en institution, tenir une position d'aidante implique surtout une charge, peu reconnue par l'entourage et de laquelle l'aidante ne tire pas d'étayages subjectifs particuliers ; aller mieux implique au contraire de s'en dépendre (**encadré 3**).

8. Cet exemple décrit par Durkheim illustre que le suicide des femmes hindoues à la mort de leur mari apparaît comme une obligation sociale, il le décrit comme suicide « altruiste ». Il est principalement répandu dans les sociétés dites primitives où le poids des normes est particulièrement fort.

Encadré 3 • Une situation d'intensification des charges de care

M^{me} Espérance (71 ans, auxiliaire de vie scolaire en retraite, rencontrée via le dispositif Vigilans) a tenté à ses jours moins d'un an avant l'entretien. Elle relate un « ras-le-bol » (reprenant les mots de son médecin généraliste) découlant de pressions de care importantes depuis sa retraite en 2017. À cette période, elle doit aider ses parents desquels elle s'est rapprochée à la suite de son divorce – événement biographique l'inscrivant avec plus de force dans sa charge d'aidante vis-à-vis de ses parents : « J'ai continué à m'occuper de ma famille, mon père malade, ma mère sous oxygène, mon petit frère chez mes parents. Je travaillais encore, ça fait cinq ans que je suis à la retraite ». Cette aide a empêché le tissage de nouvelles sociabilités et s'opère dans un contexte de difficultés financières importantes : le restaurant de son deuxième conjoint a été liquidé et elle paie encore les dettes et des conflits d'héritage à la suite de son décès en 2011. Elle doit subvenir aux besoins de son frère et aux frais d'Ehpad de sa mère. « J'ai un ami d'enfance qui me retéléphone à 71 ans, mais il a des problèmes de santé. C'était mon amour de jeunesse... Il veut se rapprocher... Je ne lui réponds plus... Je lui ai dit : " Tu n'as rien à attendre de moi ! " Il doit se faire opérer d'une cheville. Il me dit : " Est-ce que je peux compter sur toi ? – Non ! Je ne peux plus... Je ne suis pas son bâton de vieillesse... Tu as une fille, elle t'aidera ! ". Avant, je n'arrivais pas [à dire non] ... J'aidais. Maintenant, je n'ai plus personne, je m'occupe de moi. »

Un étiement progressif des ressources subjectives

Cette intensification des charges de care advient en parallèle d'un étiement progressif des ressources sociales et économiques mais aussi subjectives. Car à l'inverse de l'hypothèse d'une plus grande résilience des femmes du fait des supports familiaux conservés au grand âge, l'enquête met ici en exergue les faibles ressources subjectives de ces femmes. Comme Nicole-Claude Mathieu (1991) a pu le souligner, les femmes sont tendanciellement plus exposées à des situations de pression matérielle et relationnelle (violences, expériences de dénigrement) qui pèsent sur leurs ressources subjectives (visions d'elles-mêmes, de leurs qualités, des difficultés rencontrées) et construisent des consciences marquées par la culpabilisation et les injonctions contradictoires. Agressions sexuelles, violences conjugales, disqualifications récurrentes dans la relation aux parents, aux beaux-parents ou aux conjoints, ont en effet souvent été expérimentées par les femmes de notre panel (encadrés 4 et 5).

Encadré 4 • Du sentiment de disqualification à l'étiollement progressif des ressources subjectives

M^{me} Hollner, ancienne professeure d'anglais, fait état d'un parcours biographique marqué par un sentiment de disqualification, dès l'enfance, du fait de son statut de genre et de sa position de benjamine dans la fratrie. Elle rapporte de manière récurrente le sentiment d'être « un peu le dernier de la hiérarchie », « il faut prendre sur soi, j'ai horreur de cette expression ! On a l'impression qu'il faut se manger soi-même pour ne pas déranger les autres ».

« Ma santé psychique, c'est très irrégulier... parce que quand ça m'arrive des choses... ça, bon je prends des cachets, ce n'est pas pour mourir, c'est parce que je ne veux plus rien voir [...]. Ça m'est arrivé en 2011... Il y avait deux personnes... Je m'occupais d'un malade plutôt mental avec qui j'avais une relation amoureuse, alors il en profitait un peu... une personne très difficile. Et un jeune homme recueilli chez moi que je connaissais depuis l'enfance parce que c'était un peu devenu mon fils. C'est venu de suite [...]. Je me suis réveillée un matin effondrée... Je n'en peux plus, je n'en peux plus, je veux dormir 2/3 jours [...] Je ne comprends pas moi-même ce geste [...]. Chez moi, ce n'est pas prémédité, c'est comme un pneu qui éclate. »

Encadré 5 • Une tentative de suicide vue comme la conséquence d'une « nature dépressive »

Âgée de 74 ans au moment de l'enquête, M^{me} Belle a engagé des études commerciales dans sa jeunesse puis exercé un travail de secrétariat de direction. Peu avant l'entretien, il lui est diagnostiquée une maladie de Parkinson l'ayant obligée à quitter son domicile pour un lieu de vie adapté, mais elle explique son mal-être par son incapacité à surmonter une dépression qu'elle ancre dans un premier épisode survenu vers l'âge de 38 ans, conséquence de violences sexuelles commises par son beau-père lorsqu'elle était adolescente et qu'elle n'aurait « jamais dû cacher » : « J'ai fait ma première dépression à 38 ans. – Vous étiez mariée ? – Oui. – Que s'est-il passé ? – Je suis revenue sur le passé, j'ai été traumatisée à l'âge de 13/14 ans... Ma mère s'est remariée avec un homme qui s'est mal conduit avec moi... Je n'ai rien dit pendant des années... Et puis un jour, peut-être un moment de fatigue, je me suis remémorée tout ça [...]. C'est pour ça que je suis là. Parce que j'ai fait une dépression [et non en raison d'idées suicidaires découlant du traumatisme lié aux violences]. Mais... [silence]...

En second lieu, toutes les femmes suicidaires récidivantes enquêtées font état d'une médicalisation au long cours de leurs souffrances : elles sont toutes étiquetées comme dépressives et sous antidépresseurs, sans pour autant disposer d'un suivi psychiatrique qui s'est relâché au profit de leur médecin généraliste, sollicité pour le renouvellement d'ordonnances s'alourdissant à mesure de l'avancée en âge. Si cette médicalisation constitue à certains égards un étayage pouvant mettre à distance les idées suicidaires (Canetto, Sakinofsky, 1998), elle les conduit également à reformuler la nature de leurs problèmes qui deviennent les conséquences de leur faille intérieure, d'une dépression de laquelle elles culpabilisent de « ne pas [s'en] sortir » alors même qu'elles sont entourées. Et ce, y compris lorsque l'entretien met par ailleurs en valeur l'intensité des charges de *care* qu'elles doivent assumer et l'ampleur des violences de genre subies⁹. C'est aussi ce dont fait état M^{me} Belle (**encadré 5**), agressée sexuellement par son beau-père durant sa jeunesse.

Comme M^{me} Hollner, M^{me} Belle évoque, ainsi, des « rechutes » dépressives perpétuelles qu'elle ne relie pas aux configurations sociales (surexposition des femmes aux violences sexuelles, difficultés à les évoquer et à les faire reconnaître) ou, pour la dernière dépression, au déclenchement d'une maladie de Parkinson, mais à sa faiblesse de caractère, à son incapacité à « se sortir de la dépression » : « À quoi vous pensez, qu'est-ce qui vous rend triste ? – À ma dépression... Ah ça me... C'est-à-dire le fait de... de ne pas m'en sortir. C'est surtout ça qui me, qui m'attriste. » Et ce d'autant qu'elle indique, en écho aux représentations sociales faisant de la famille et des enfants un filet de protection, avoir les supports familiaux qui devraient lui suffire : « [À propos de sa première dépression] Et j'avais plus, j'avais... J'avais tout... Tout allait. Et j'adorais mes petits-enfants. »

Au contraire du cas de M^{me} Perrin prise dans la forte identification à son rôle de *caregiver* conjugal, cette seconde configuration met en scène des vécus très différents des relations de *care*, porteuses de pressions normatives fortes, de faibles potentiels de reconnaissance, en même temps qu'une impossibilité de s'en déprendre et de bénéficier d'une coulisse, à l'instar des formes de suicide fataliste repérées par Nicolas Deffontaines (2020) s'agissant des agriculteurs. Dans les situations étudiées, les tensions normatives ne proviennent cependant pas de conflits de rôle impliquant des sphères biographiques distinctes (famille/emploi), mais de l'intensification d'un rôle – et des charges attenantes – à un moment de fragilisation sociale, économique et physique (rester aidante malgré l'absence de ressources). Ces situations se caractérisent également par la faiblesse des ressources à disposition : ressources économiques, sociales, mais aussi (plus fondamentalement) subjectives, doublement étiolées par les expériences de disqualification de leur parole rencontrées dans leur parcours biographique et par la médicalisation de souffrances découlant des positions de genre occupées.

9. Les femmes consomment davantage de psychotropes (42,4 % au cours de la vie et 22,1 % au cours de l'année) que les hommes (respectivement 27,1 % et 13,1 %) [Beck, et al. 2014].

Conclusion

Pour conclure, la recherche Malâge apporte un certain nombre de résultats conduisant à reconsidérer la vision de la suicidalité au grand âge. Elle montre, premièrement, que les tentatives de suicide survenant aux âges avancés impliquent souvent des changements de position dans les relations d'aide qui induisent ensuite des tensions subjectives différentes chez les hommes et les femmes enquêtés. Chez les femmes enquêtées, c'est en effet l'assignation au *care* familial ou conjugal qui structure les récits – qu'elle soit revendiquée (« mourir en aidante ») ou au contraire imposée (impossibilité de s'en déprendre légitimement). Tandis que chez les hommes enquêtés, c'est plutôt la perte d'autorité sur le *care* qui produit des expériences subjectives douloureuses et des tentatives de suicide – à l'occasion du passage d'un *care* conjugal ou familial exercé au domicile à un *care* professionnel en Ehpad, par exemple. Ceci invite à intégrer, dans les dispositifs de prévention du suicide, la prise en compte des relations d'interdépendance familiale structurées autour du *care* et, dans le cas des hommes, d'un espace domestique peu considéré. Manifestement, le sens de la relation que les hommes entretiennent avec ces espaces et le *care* qui s'y déploie se transforment, à un moment du parcours de vie où le domicile et le *care* deviennent éminemment stratégiques et où les identifications et les formes de valorisation extra-domiciliaires des hommes se sont appauvries. Plus largement ici, l'enquête sociologique invite à ne pas considérer le genre comme un facteur de risque essentialisé, mais à saisir la façon dont les représentations sociales liées au genre vont placer les hommes et les femmes dans des situations différenciellement suicidogènes.

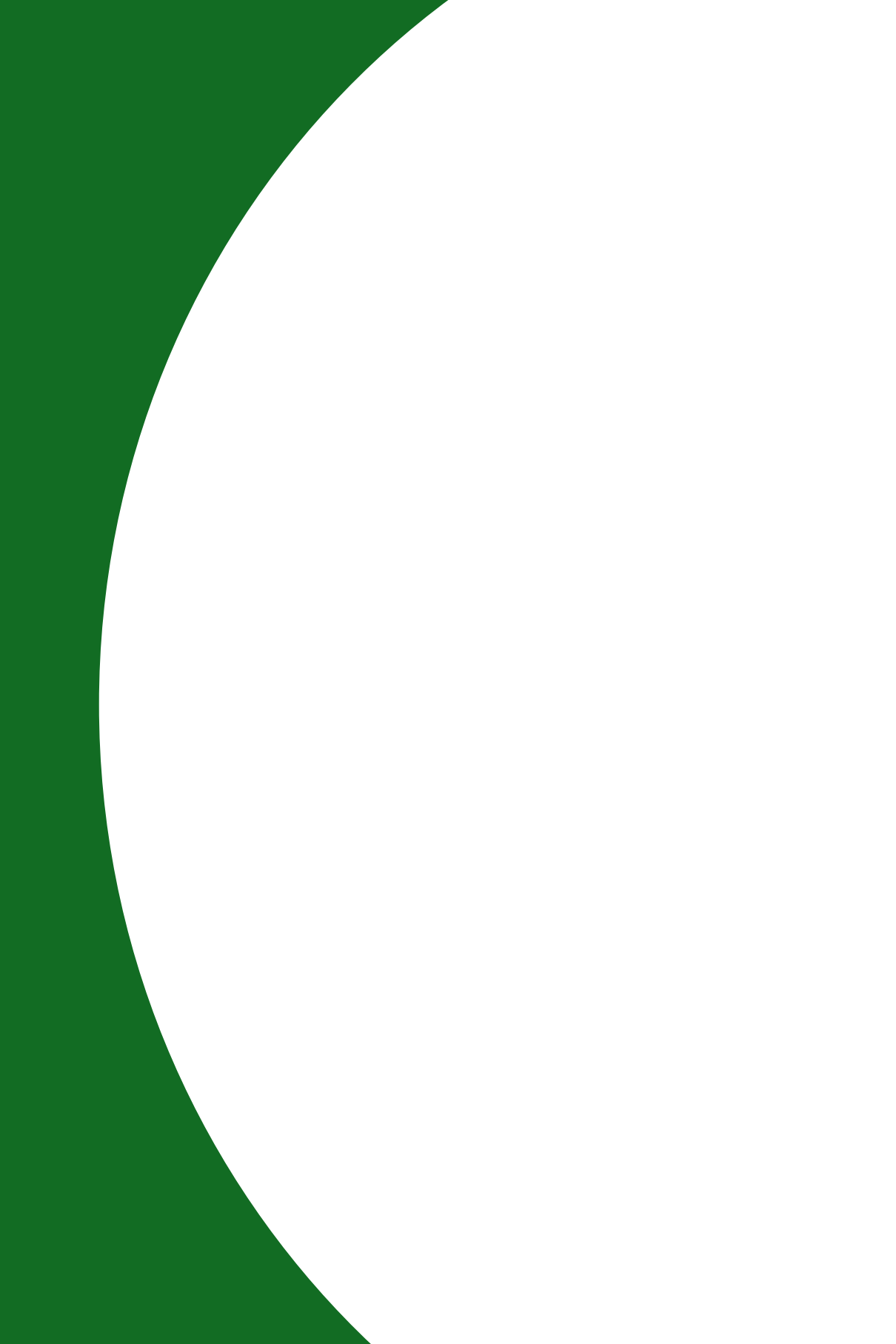
Deuxièmement, la recherche souligne aussi à quel point les dynamiques de genre façonnent les parcours et temporalités dans lesquelles s'opèrent et se racontent les tentatives de suicide des hommes et des femmes. Les hommes âgés enquêtés relatent un suicide « de vieillesse » : une tentative de suicide accompagnant un passage d'âge (l'entrée en Ehpad, par exemple) qui se vit tendanciellement davantage de manière bifurcative. Horizon prévisible, l'entrée en institution gériatrique se fait alors cassure affectant plusieurs pans de la vie et des identifications de genre substantielles, à un moment où les hommes n'ont pas de ressources pertinentes à disposition pour reconstruire une position d'autorité dans des relations de *care* qui déterminent leurs modes et rythmes de vie. À l'inverse, les tentatives de suicide des femmes enquêtées surviennent à l'occasion de changements par sédimentation, et d'une certaine manière, à bas bruit. Ces changements sont plus propices à l'ajustement des ressources à disposition, mais ils sont également sous-estimés par l'entourage – surtout quand ils concernent un *care* naturalisé dont le coût subjectif est peu reconnu. Invisibilisés, ces changements sont donc d'autant plus difficiles à mettre en mots – « Je ne sais pas pourquoi, j'ai eu un ras-le-bol... » – et à transformer en plainte légitime. Ces résultats contribuent à questionner les perspectives habituellement rencontrées dans la sociologie du suicide puisqu'ils invitent à articuler les sociologies du *care*, du genre et du vieillissement avec une sociologie du suicide, s'appuyant sur une lecture des relations familiales et de leur valeur protectrice très adultocentrée. Ils peuvent également nourrir les dispositifs de prévention du suicide.

L'abord sociologique et la mobilisation croisée des sociologies du genre, des âges et du suicide permet, en effet, de se distancier des lectures déficitaires de la vieillesse – plutôt vue comme un temps de perte des capacités d'adaptation, de stigmatisation sociale conduisant à l'isolement et aux tentatives de suicide, de normalisation du désir de mort propre aux très âgés. La recherche Malâge invite, au contraire, à envisager le vieillissement comme un cheminement dans un parcours de vie, marqué par des dynamiques de genre fabriquant des seuils, des passages et des ressources différentielles pour les franchir. L'enquête qualitative incite également à reconsidérer le statut des récits collectés quand on enquête sur le suicide. Informatifs, ces récits sont aussi indirectement des indicateurs des ressources subjectives à disposition pour intégrer la tentative de suicide dans sa biographie : dépasser le stigmate de la tentative du suicide – du suicide raté pour les hommes, du suicide dérobade au collectif pour les femmes. Enfin, elle permet de pluraliser la lecture des suicides et des tentatives de suicide des personnes âgées puisque plusieurs formes de suicide, de constances sociales très différentes, peuvent advenir à des âges chronologiques équivalents (selon les dynamiques de genre ayant affecté les parcours des hommes et des femmes notamment).

Références bibliographiques

- **Baechler, J.** (1975). *Les Suicides*. Paris, France : Hermann, p. 393.
- **Balard, F.** (2024). Ignoré, invisibilisé, minoré ? L'interprétation du suicide des personnes âgées en France. *Déviance et Société*, 48(1).
- **Balard, F., Pott, M., Yampolsky E.** (2022). Suicide among the elderly in France and Switzerland: what does the societal context tell us about the place of relatives? *Death studies*, 46(7), p. 1583-1592.
- **Baudelot, C., Establet, R.** (1984), Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. *Économie et statistique*, 168, p. 66.
- **Baudelot, C., Establet, R.** (2006). *Suicide : l'envers de notre monde*. Paris, France : Seuil (Points seuil, 2018).
- **Beck, F., et al.** (2014). Les consommations de médicaments psychotropes en France. *La Santé en action*, 427, p. 47.
- **Bessin, M., Bidart, C., Grossetti M.** (2010). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. Paris, France : La Découverte.
- **Bourdieu, P.** (1990). La domination masculine. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 84(1), p. 2-31.
- **Campéon, A.** (2012). Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchuée ? *Interrogations ? Revue pluridisciplinaire de sciences humaines et sociales*, 14, p. 25-41.
- **Canetto, S.S.** (1992). Gender and suicide in the elderly. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22(1), p. 80-97.
- **Canetto, S.S., Sakinofsky, I.** (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), p. 8.
- **Caradec, V.** (2001). Le veuvage, une séparation inachevée. *Terrain*, 36, p. 69-84.

- **Cousteaux, A.S., Pan Ké Shon, J.L.** (2008). Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 49(1), p. 53-92.
- **Deffontaines, N.** (2019). Comment enquêter qualitativement sur le suicide ? *Genèses. Sciences sociales et histoire*, 117(4), p. 94-108.
- **Deffontaines, N.** (2020). Le suicide fataliste revisité. Les agriculteurs : une loupe sociale pour l'étude de ce type oublié. *Sociologie*, 11, p. 113-129.
- **Dubar, C.** (2004). À propos de l'interprétation du Suicide de Durkheim par Philippe Besnard. *Revue européenne des sciences sociales*, XLII(129), p. 369.
- **Durkheim, E.** (1897). *Le suicide : étude de sociologie*. Paris, France : Alcan, p. 235.
- **Fidolini, V.** (2019). L'hétéronormativité. Dans le *Manuel indocile de sciences sociales : pour des savoirs résistants*. Paris, France : La Découverte, p. 798-804.
- **Girard, C.** (1993). Age, gender, and suicide: a cross-national analysis. *American Sociological Review*, 58(4), p. 553-574.
- **Glaser, B.G., Strauss, A.L.** (1971). *Status passage*. Transaction Publishers, 2011.
- **Halbwachs, M.** (1930). *Les causes du suicide*. Paris, France : PUF, 2014.
- **Hélaridot, V.** (2006). Parcours professionnels et histoires de santé : une analyse sous l'angle des bifurcations. *Cahiers internationaux de sociologie*, 120(1), p. 59-83.
- **Jaworski, K.** (2014). *The gender of suicide: knowledge production, theory and suicidology*. Routledge.
- **Mathieu, N.C.** (1991). *L'anatomie politique. Catégorisations et idéologies du sexe*. Paris, France : Côté-femmes.
- **Ngatcha-Ribert, L.** (2012). *Alzheimer : la construction sociale d'une maladie*. Paris, France : Dunod.
- **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.
- **Scourfield, J., et al.** (2012). Sociological autopsy: an integrated approach to the study of suicide in men. *Social Science & Medicine*, 74(4), p. 466-473.
- **Skeggs, B.** (2015). Introduction: stratification or exploitation, domination, dispossession and devaluation? *The Sociological Review*, 63(2), p. 205-222.
- **Testart, A.** (2004). *La Servitude volontaire. 1 : Les morts d'accompagnement*. Paris, France : Errance.



MORTALITÉ PAR SUICIDE : FIN DE LA BAISSÉ HISTORIQUE ?

Jean-Baptiste Hazo (DREES) avec la contribution d'Hadrien Guichard (Cridup)
Remerciements : Manon Cadillac (DREES), Élise Coudin (Inserm-CépiDc)
et Fanny Gaudet (Inserm-CépiDc)

Du milieu des années 1980 jusqu'en 2017, le nombre de personnes mortes par suicide en France baissait de manière tendancielle. Ce mouvement prend fin en 2018 lorsque le nombre et le taux brut de suicide rebondissent, se stabilisent, puis réaugmentent entre 2020 et 2022 (**graphique 1** et **graphique complémentaire A¹**). Certaines de ces évolutions sont dues à une rupture de série statistique liée à l'amélioration de la collecte des données (**encadré 1**). En 2022 (dernière année où des données sont disponibles), 9 200 personnes se sont suicidées en France, soit 13,4 suicides pour 100 000 habitants (Cadillac, *et al.* 2024).

Ces chiffres doivent être replacés dans leurs contextes temporel et géographique, et être examinés selon l'âge et le sexe. Parce qu'il n'est pas possible d'expliquer de manière univoque l'évolution des suicides au cours des décennies, une grille de lecture peut aider. Elle repose sur la distinction d'effets dits de périodes et de ceux dits de générations (Chauvel, 1997 ; Anguis, *et al.*, 2002). Les premiers renvoient aux évolutions des circonstances socio-économiques affectant les comportements suicidaires de toute une population ; la crise sanitaire liée au Covid-19 et l'effet protecteur à court terme des confinements sur le suicide en sont un bon exemple (ONS, 2022). Les effets générationnels, liés au système de valeurs morales d'une génération, sont pour leur part plus délicats à identifier, car hétérogènes voire contradictoires : une même génération peut s'engager dans des comportements ou des représentations divergents dans leur lien avec le suicide. Par exemple, la génération née dans les années 2000 se distingue des précédentes par une moindre consommation d'alcool et de toxiques en général, mais dans le même temps elle est affectée par de plus forts taux de troubles anxio-dépressifs et de gestes auto-infligés (dossier 3).

1. En 2022, le taux de suicide chez les jeunes femmes augmente, mais celui des hommes reste trois fois supérieur

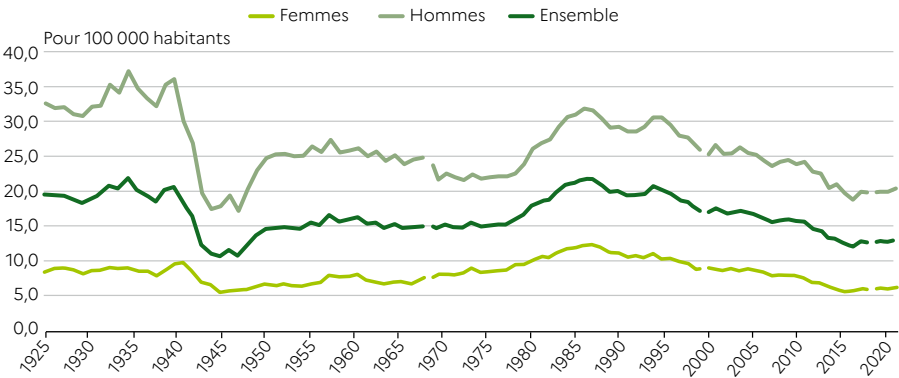
En 2022, 2 275 femmes et 6 925 hommes se sont suicidés en France ; il y a donc trois fois plus de suicides masculins que féminins. Les taux de mortalité bruts ou standardisés² augmentent légèrement par rapport à 2021, pour les hommes comme pour les femmes (**tableau 1**).

1. Le graphique complémentaire est disponible avec les données associées à ce dossier sur le site internet de la DREES.

2. Les taux standardisés sont obtenus en rapportant les taux de suicide bruts à une population qui aurait la même structure d'âge qu'une population européenne de référence (Eurostat EU-EFTA).

Largement commenté par la littérature sociologique (**encadré 2**), cet écart s'accroît du fait de la baisse plus prononcée du taux de suicide parmi les femmes entre 1979 et 2022 : -38 % contre -22 % chez les hommes. Malgré cette divergence, les taux de suicide des deux sexes évoluent de façon relativement parallèle (**graphique complémentaire B**)³.

Graphique 1 • Taux bruts de suicide par sexe, entre 1925 et 2022



Note • Il y a trois ruptures de série : en 1968 en raison d'un changement de source, en 2000 du fait d'une modification du champ, et en 2018 à la suite de la réforme des certificats de décès (encadré 1).
Lecture • En 2022, 13,4 suicides pour 100 000 habitants ont été comptabilisés.
Champ • France métropolitaine jusqu'en 1999 ; avec La Réunion, la Martinique et la Guadeloupe à partir de 2000 ; avec la Guyane à partir de 2001 ; avec Mayotte à partir de 2014. Décès de personnes dont la cause principale est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).
Sources • 1925-1967 : Ined, séries reconstruites de décès par cause ; 1968-2022 : Inserm-CépiDc ; Insee, Estimations de population.

Tableau 1 • Mortalité par suicide en France, de 2020 à 2022

		2020	2021	2022
Nombre de suicides	Femmes	2 198	2 154	2 275
	Hommes	6 734	6 748	6 925
	Ensemble	8 932	8 902	9 200
Taux brut (pour 100 000 habitants)	Femmes	6,2	6,1	6,4
	Hommes	20,4	20,3	20,8
	Ensemble	13,1	13,0	13,4
Taux standardisé (pour 100 000 habitants)	Femmes	6,4	6,2	6,4
	Hommes	21,8	21,7	22,1
	Ensemble	14,1	13,9	14,2

Lecture • En 2022, le taux brut de suicide est de 13,4 pour 100 000 habitants.
Champ • France. Décès de personnes dont la cause initiale est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).
Source • Inserm-CépiDc.

3. Le graphique complémentaire est disponible avec les données associées à ce dossier sur le site internet de la DREES.

Encadré 1 • Mécanismes de la rupture statistique des décès en 2018 à la suite de la réforme des certificats de décès

L'augmentation apparente des effectifs et du taux de suicide en 2018-2019 par rapport à 2017 correspond à une rupture de série puisque 2018 et, dans une moindre mesure, 2019, sont des années marquées par une amélioration de la remontée statistique, due à deux mécanismes concomitants.

D'une part, l'arrêté du 17 juillet 2017¹, entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018, introduit un nouveau modèle de certificat de décès. Dans le cas des certifications électroniques, la réforme a été immédiate. Pour les certificats remplis sur papier, qui sont encore majoritaires, la diffusion du nouveau modèle de certificat a été plus progressive (**tableau 2**). Le nouveau certificat a pour objectif de mieux caractériser les morts violentes grâce à l'introduction d'un cartouche comportant des cases à cocher sur les circonstances apparentes de décès. Le médecin certifiant le décès est ainsi invité à préciser s'il s'agit apparemment d'une mort naturelle, d'un suicide, d'un accident, etc. ou si une investigation est en cours.

En outre, le nouveau certificat est désormais pourvu d'un volet médical complémentaire destiné aux médecins légistes opérant dans le cas d'une recherche scientifique ou médicale de la cause de décès (autopsie). Le cas échéant, ce volet est censé venir remplacer le certificat établi par le premier médecin certificateur. En pratique, il est très peu utilisé (Hebbache, *et al.*, 2023).

D'autre part, l'institut médico-légal (IML) de Paris a commencé à remonter ses données de décès à partir de 2018, ce qu'il ne faisait pas auparavant, entraînant mécaniquement une apparente hausse significative des décès par suicide au niveau national (**tableau 3**). On note d'ailleurs que la progression du nombre de suicides en 2018 est plus marquée chez les hommes, ce qui peut probablement s'expliquer par la tendance de ces derniers à user de modes opératoires suicidaires plus violents que les femmes et donnant donc plus souvent lieu à une autopsie (Rey, 2022).

Les nouvelles données issues de l'IML de Paris sont faciles à identifier, tandis que l'effet de l'ajout d'une case suicide dans le certificat est plus difficile à mesurer. Auparavant, la cause suicidaire n'était établie qu'à partir du texte rempli par le médecin certificateur, à l'instar de toutes les autres causes médicales de décès. Or, une étude portant sur un échantillon aléatoire de certificats de décès pour l'année 2006 estimait que la mortalité par suicide était sous-estimée de 9,4 % (Aouba, *et al.*, 2011). Pour obtenir ce résultat, les auteurs avaient réinterrogé les médecins ayant émis des certificats de décès dont la cause pouvait masquer un suicide (cause inconnue, certificat vierge, investigation judiciaire, morts violentes sans

détermination de l'intention). Les médecins certificateurs se voyaient demander si les décès catégorisés dans ces causes s'avéraient être en fait des suicides. Malgré un taux de réponse assez faible dans certaines catégories de décès – et sans pouvoir savoir si cette non-réponse entraînait un biais – ce travail a permis d'estimer, par classe d'âge, la sous-évaluation de la mortalité par suicide en France. Cette sous-estimation, souvent arrondie à 10 % quand elle était mentionnée, n'a jamais été réévaluée depuis 2006. Un travail similaire de validation du certificat de décès à partir d'entretiens avec des médecins certificateurs mériterait d'être conduit prochainement, idéalement à épuisement des dernières souches de certificats pré-2017. En effet, dans divers établissements sanitaires et médico-sociaux, les anciens certificats papiers étaient encore en usage en 2022 : 7,2 % des décès émanaient d'un ancien modèle de certificat cette année-là, contre 10,4 % en 2021 (**tableau 2**).

L'évaluation de l'effet de l'introduction d'une case « suicide » dans les nouveaux certificats a fait l'objet d'une thèse de médecine (Pierre, 2023) réalisée au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). En mobilisant deux méthodes différentes, à savoir le suivi des suicides détectés par le texte des médecins certificateurs (donc hors case « suicide ») entre 2017 et 2020, et une estimation causale s'appuyant sur un appariement sur score de propension, l'auteur a estimé à hauteur de +9 à +12 % l'effet de l'introduction de la case « suicide » sur le taux standardisé de suicide. En d'autres termes, l'augmentation apparente des taux de suicide entre 2017 et 2020 est très vraisemblablement le fait d'une diminution de la sous-estimation de la mortalité par suicide, et non pas le reflet d'une réelle augmentation de cette mortalité.

1. Paru au *Journal officiel* du 9 août 2017.

Tableau 2 • Proportion de chaque type de certificats de décès établis entre 2016 et 2022

Année de décès	En %	
	Proportion des certificats version 1997	Proportion des certificats version 2017
2016	100,0	0,0
2017	99,5	0,0
2018	47,4	50,1
2019	24,3	73,2
2020	16,0	81,8
2021	10,4	87,6
2022	7,8	90,1

Note • Les totaux sur une même année ne sont pas égaux à 100 % car un petit nombre de certificats de décès sont remontés sans le volet des causes médicales.

Lecture • En 2022, 90,1 % des certificats de décès comptabilisés correspondaient à la nouvelle version des certificats établie par décret en 2017.

Champ • Décès en France de personnes résidant en France.

Source • Inserm-CépiDc.

Tableau 3 • Nombre de certificats de décès remontés par l'institut médico-légal de Paris et effet sur les effectifs nationaux de suicides

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Nombre de certificats de décès par suicide provenant de l'IML de Paris	0	321	426	395	385	367
Nombre de certificats de décès toutes causes confondues provenant de l'IML de Paris	0	1 766	2 426	2 270	2 346	2 532
Nombre de suicides en Île-de-France	715	981	1 010	1 028	954	931
Nombre de suicides hors Île-de-France	7 618	7 842	7 765	7 904	7 948	8 269

Lecture • En 2022, les certificats de décès de 367 des 931 suicides recensés en Île-de-France provenaient de l'institut médico-légal de Paris.

Champ • Décès en France de personnes résidant en France.

Source • Inserm-CépiDc.

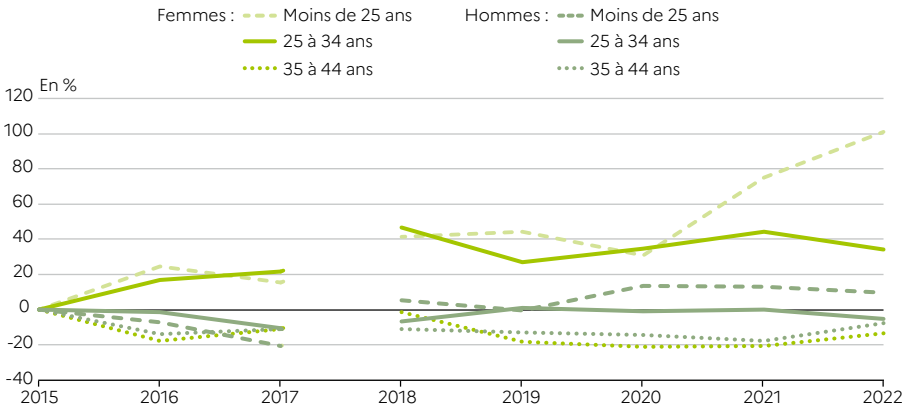
Cependant, ces dernières années, des évolutions différentes chez les hommes et les femmes de moins de 45 ans se font jour : le taux de suicide des femmes de moins de 25 ans a doublé entre 2015 et 2022, avec une progression particulièrement forte entre 2020 et 2022⁴. En contraste, chez les hommes, les taux restent globalement stables dans les tranches d'âge inférieures à 45 ans (**graphique 2**). Cette augmentation récente fait écho aux autres sources épidémiologiques à disposition, indiquant une hausse des pensées suicidaires et des syndromes dépressifs chez une minorité importante d'adolescentes et de jeunes femmes depuis 2014 (Hazo, *et al.*, 2024 ; Léon, *et al.*, 2024 ; dossier 3).

Si ces évolutions chez les jeunes femmes paraissent spectaculaires, il faut tenir compte dans leur interprétation des effectifs qu'ils recouvrent : 183 adolescentes et jeunes femmes se sont suicidées en 2022, contre 160 en 2021, 120 en 2020 et 132 en 2019. Dans cette population, le nombre de suicides atteint en 2022 ne l'avait pas été depuis 1997 ; au cours des années 1980-1990, environ 200 jeunes femmes se suicidaient chaque année en France. Les femmes de moins de 25 ans demeurent la population chez qui le taux de suicide pour 100 000 habitants est le plus faible. Avec 338 suicides en 2022, les adolescents et jeunes hommes de moins de 25 ans ont un taux de décès par suicide 1,5 fois plus élevé que celui des femmes et filles des mêmes âges.

4. Même en contrôlant l'évolution de la structure par âge des plus jeunes, Cadillac *et al.* (2024) constatent une forte progression du taux standardisé de suicide des jeunes filles de 10 à 19 ans ou moins, entre 2020 et 2022 : de 1,3 à 2,2 pour 100 000 habitants.



Graphique 2 • Évolution des taux de suicide chez les moins de 45 ans, par tranche d'âge, depuis 2015



Note • Il y a une rupture de série statistique en 2018 à la suite de la réforme des certificats de décès (encadré 1).

Lecture • Le taux de suicide chez les femmes de moins de 25 ans a augmenté de 101 % entre 2015 et 2022.

Champ • France. Décès de personnes d'au moins un an, dont la cause initiale est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).

Sources • Inserm-CépiDc ; Insee, Estimations de population.

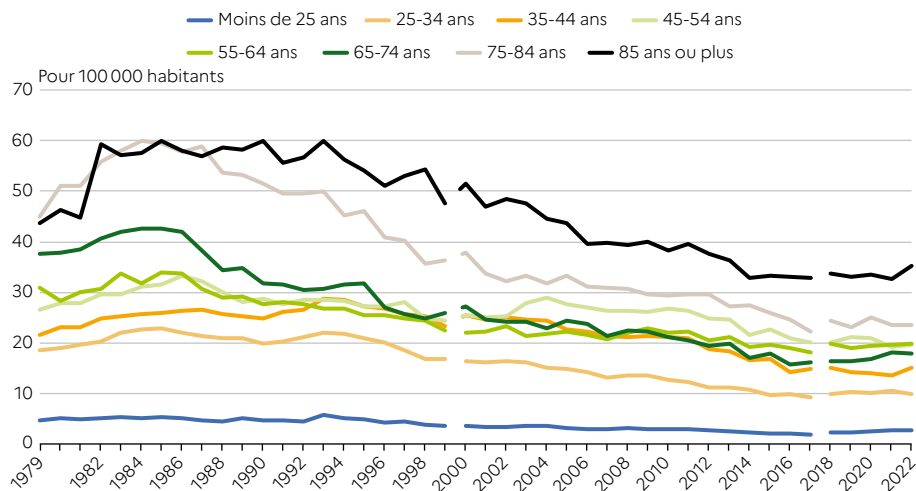
2. Les hommes âgés, une population à fort risque de suicide chez qui les taux augmentent

Les taux de suicide augmentent régulièrement avec l'âge, allant de 2,7 pour 100 000 chez les moins de 25 ans à plus de 35 pour 100 000 parmi les 85 ans ou plus (**graphique 3**). Le taux de suicide élevé des personnes de 85 ans ou plus est largement attribuable aux hommes (**graphique 4**), chez qui il progresse d'ailleurs fortement entre 2021 et 2022, de 77 à 86 suicides pour 100 000 habitants, contre une évolution de 12 à 11 suicides pour 100 000 habitants chez les femmes. Les effets de l'âge et du sexe sont donc massifs sur le taux de mortalité par suicide, et bien plus importants que ceux de périodes ou de générations (Anguis, *et al.*, 2002).

Les travaux sociologiques proposent certains éléments d'explication de cette évolution des âges du suicide qui incluent notamment les souffrances psychiques et physiques subies aux âges avancés, la perte d'autonomie, les maladies invalidantes, les deuils, ainsi que la perte de revenu liée au décès du conjoint ou de la conjointe. Certains auteurs se sont également intéressés aux modifications profondes des conditions de vie en institutions, à la violence subie en établissement et à l'isolement social des personnes âgées (Campéon, 2013 ; Casadebaig, *et al.*, 2003 ; section 2 du dossier 1).

Le suicide des personnes âgées est une thématique assez peu couverte médiatiquement, voire « invisibilisée », bien que la problématique soit quantitativement très importante quand elle est rapportée à la taille de la population concernée. En revanche, le suicide des jeunes frappe davantage l'opinion publique (Balard, 2024).

Graphique 3 • Taux bruts de suicide, par tranche d'âge, entre 1979 et 2022



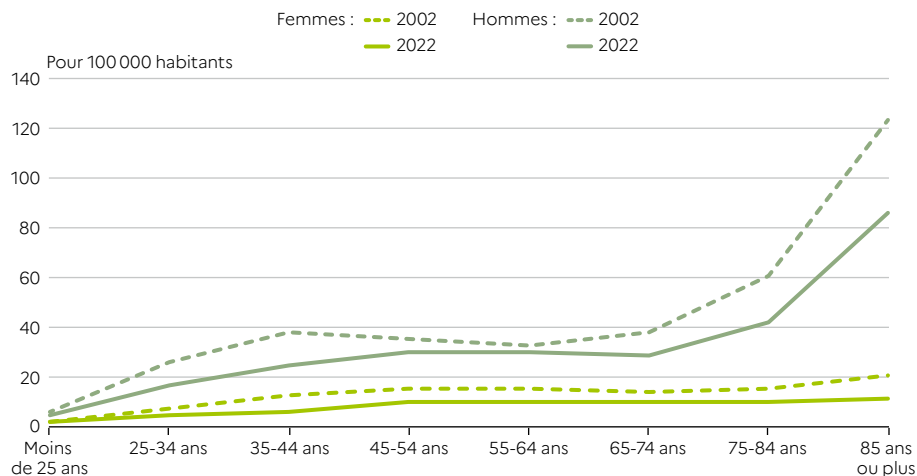
Note • Il y a deux ruptures de série : en 2000, en raison d'une modification du champ, et en 2018, à la suite de la réforme des certificats de décès (encadré 1).

Lecture • En 2022, le taux brut de mortalité par suicide des personnes âgées de 85 ans ou plus est de 35,2 pour 100 000 habitants, contre 2,8 chez les moins de 25 ans.

Champ • France. Décès de personnes d'au moins un an, dont la cause est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).

Sources • Inserm-CépiDc ; Insee, recensement de la population.

Graphique 4 • Taux bruts de suicide, par tranche d'âge et sexe, en 2002 et 2022



Lecture • En 2022, le taux brut de mortalité par suicide des hommes de 25 à 34 ans est de 15,6 pour 100 000 habitants et de 4,3 chez les femmes de la même tranche d'âge.

Champ • France sauf Mayotte en 2002, France en 2022. Décès de personnes d'au moins un an, dont la cause initiale est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).

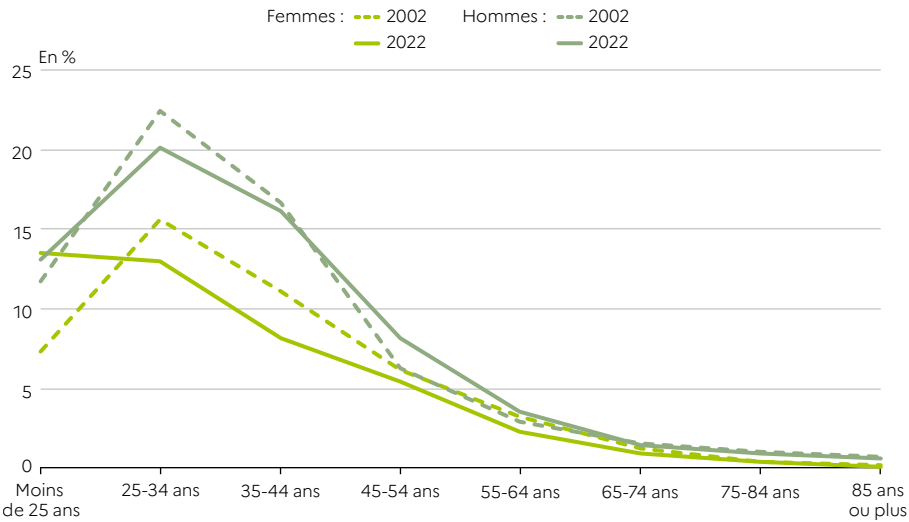
Sources • Inserm-CépiDc ; Insee, Estimations de population.

Cette différence de traitement émotionnel du phénomène suicidaire peut s'expliquer par les évolutions inverses au fil des âges de deux approches statistiques du suicide : la part des suicides dans la mortalité rapporte le nombre de suicides au nombre de décès ; le taux de suicide rapporte le nombre de suicides aux vivants. Le premier indicateur décroît avec l'âge, tandis que le second croît.

Ainsi, en 2022, la part des suicides dans la mortalité est de 13 % chez les hommes de moins de 25 ans (atteignant 20 % chez les hommes âgés de 25 à 34 ans), contre 1,4 % pour l'ensemble de la population (0,7 % chez les femmes et 2,1 % chez les hommes) et moins de 5 % chez les hommes de plus de 55 ans (**graphique 5**). Au contraire, le taux de suicide par habitant est au plus haut s'agissant des âges les plus avancés (35,2 pour 100 000 chez les 85 ans ou plus en 2022, contre 2,7 chez les moins de 25 ans).

En prenant les précautions liées à la rupture de série de 2018 (**encadré 1**), il est notable que la part de la mortalité attribuable au suicide a augmenté chez les moins de 25 ans entre 2015 et 2022. Cela s'explique par une stabilisation, voire une diminution, des décès totaux dans ces classes d'âge, accompagnée d'une progression des décès par suicide, surtout après 2020. Chez les femmes de moins de 25 ans, la part de la mortalité attribuable au suicide a doublé, passant de 7 % en 2015 à 14 % en 2022, année où pour la première fois dans les données disponibles, elle excède celle des hommes des mêmes âges.

Graphique 5 • Part de la mortalité par suicide, par tranche d'âge et sexe, en 2002 et 2022



Lecture • En 2022, chez les 25 à 34 ans, 20 % des décès d'hommes sont des suicides, contre 13 % des décès de femmes.
Champ • France. Décès de personnes d'au moins un an dont la cause est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).
Source • Inserm-CépiDc.

Encadré 2 • L'écart de mortalité entre hommes et femmes, sujet d'étude sociologique

Au début du XX^e siècle, notamment à la suite des analyses d'Émile Durkheim, l'écart de genre dans la mortalité par suicide était expliqué par la moindre implication des femmes dans les activités sociales et professionnelles. Les transformations profondes de la structure du lien social à la suite de l'industrialisation et de l'urbanisation du XIX^e siècle auraient ainsi conduit les hommes, plus engagés dans la vie professionnelle et publique, à davantage se suicider. À l'inverse, le surinvestissement des femmes dans la sphère familiale les aurait protégées d'un tel passage à l'acte. Or ces explications ne sont plus tout à fait satisfaisantes dans une société où le taux d'emploi des hommes est quasiment équivalent à celui des femmes (Martin, 2022). Les travaux sociologiques plus récents tendent à montrer que les conduites suicidaires sont avant tout inscrites dans des socialisations de genre (Canetto, Sakinofsky, 1998). D'une part, le suicide et les tentatives de suicide s'inscrivent dans un répertoire plus large d'expressions du mal-être, que les individus extériorisent selon des normes de genre : les femmes sont socialisées à l'expression des émotions, à l'importance accordée à l'image et à la réalisation de soi par le couple, tandis que les hommes le sont à l'extériorisation de comportements virils et au camouflage des émotions (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008). Ces normes de genre fonctionnent comme des « scripts culturels » qui guident la conduite des individus : les femmes vont ainsi plus déclarer leur mal-être au travers de dépressions ou de comportements suicidaires non mortels, et les hommes au travers du suicide (Canetto, Sakinofsky, 1998). D'autre part, malgré les évolutions culturelles et l'entrée massive des femmes dans le monde professionnel salarié, le travail domestique et le soin vis-à-vis des enfants et des aînés restent encore aujourd'hui majoritairement réalisés par les femmes. Les liens interpersonnels tissés hors travail rémunéré et l'importance sociale de leur rôle agissent ainsi comme des facteurs protecteurs vis-à-vis du risque suicidaire chez les femmes aux âges concernés. En revanche, pour les hommes, le passage à la retraite peut impliquer la perte d'un rôle social et de liens, qui les expose de manière beaucoup plus importante que les femmes au risque suicidaire (Chen, *et al.*, 2021).

3. Vers la fin d'une baisse tendancielle ?

Entre 1906 et 1913, le taux brut de mortalité par suicide était de 22 pour 100 000 habitants en France (Daric, 1956). Depuis, son évolution a connu différentes phases. Après avoir d'abord fortement baissé lors de la Première et de la Seconde Guerres mondiales, il s'est maintenu à un plateau autour de 15 pour 100 000 durant les Trente Glorieuses, un niveau sensiblement plus bas qu'entre les deux guerres (Baudelot, Estabiet, 1984) [graphique 1]. À la fin des années 1970, il est reparti à la hausse pour atteindre à nouveau 22 décès pour 100 000 habitants au milieu des années 1980 (Baudelot, Estabiet, 2006 ; données Inserm-CépiDc, 2024). Le taux de décès par suicide a ensuite lentement régressé, cette tendance

connaissant une première inflexion plus marquée entre 1992 et les années 2000⁵, puis une seconde entre 2011 et 2017. À partir de 2012, il passe sous la barre de 15 pour 100 000 et reste relativement stable jusqu'en 2022, quoique les améliorations de la collecte rendent les évolutions difficilement interprétables entre 2017 et 2019 (**encadré 1**).

Les comparaisons internationales sont délicates du fait de la sensibilité de ce type de données aux infrastructures statistiques et aux cultures nationales (Värnik, *et al.*, 2010 ; Millares Martin, 2020 ; fiche 3). Cependant, la baisse paraît quasi-généralisée au sein des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), parmi lesquels s'observe également une convergence des taux de suicide : entre 5 et 15 pour 100 000 habitants⁶ (**graphique 6**).

Néanmoins, pour les pays voisins de la France, les données les plus récentes semblent indiquer une tendance à la remontée des décès par suicide au cours des toutes dernières années (**graphique 7**). En Allemagne, en Italie et aux Pays-Bas, une évolution en « U » apparaît au cours des cinq à dix dernières années : la baisse tendancielle fait l'objet d'un léger rebond après 2020, mais n'excédant pas ou à peine les chiffres de 2015. En France, mis à part la remontée entre 2017 et 2019 qui n'est pas véritablement interprétable (**encadré 1**), un phénomène comparable se dessine avec l'évolution des taux entre 2020 et 2022. *A contrario*, la tendance espagnole est résolument à la hausse depuis 2018, bien qu'il s'agisse, avec l'Italie, de l'un des pays d'Europe avec le plus faible taux de suicide. Cette tendance émergente fait écho à la hausse de la mortalité par suicide observée aux États-Unis depuis les années 2000, qui détonnait singulièrement par rapport aux tendances stables ou baissières des pays d'Europe entre 2000 et la fin des années 2010. Une légère reprise à la hausse est également observée au Royaume-Uni et en Australie depuis le milieu des années 2010.

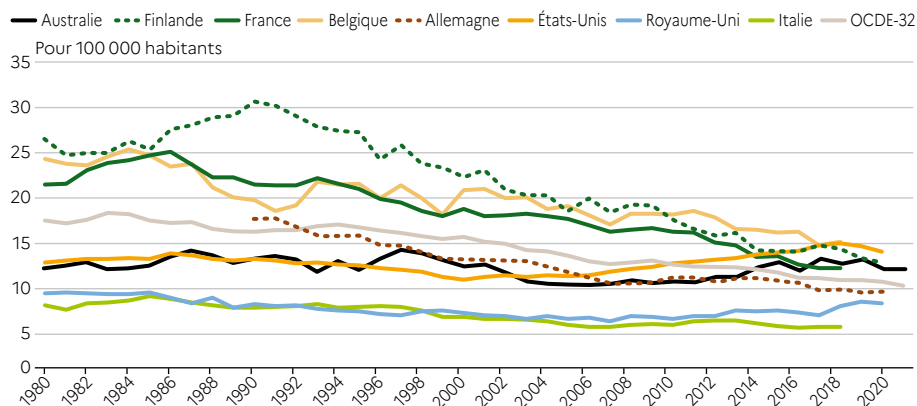
La recherche scientifique offre plusieurs hypothèses pour expliquer la baisse du taux de décès par suicide au cours des dernières décennies : la limitation progressive de l'accès aux moyens létaux, tout particulièrement les armes à feu et les pesticides, l'amélioration de l'accessibilité aux traitements des troubles mentaux, ainsi que l'instauration de programmes nationaux de prévention, intégrant des lignes d'assistance en cas de crise et des dispositifs de suivi pour les personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours (Matsubayashi, Ueda, 2011 ; While, *et al.*, 2012 ; Stack, 2021 ; Hawton, *et al.*, 2024). L'évolution de pratiques considérées comme des facteurs de risque ou de protection vis-à-vis du suicide, notamment la consommation d'alcool (Roche, *et al.*, 2018), les jeux d'argent (Andreeva, *et al.*, 2022) ou encore la pratique religieuse (Giles, *et al.*, 2023), mériterait également d'être analysée pays par pays pour appréhender plus finement les mécanismes à l'œuvre.

5. Entre 1999 et 2000, les données du CépiDc ont été enrichies de celles des décès survenus dans les DOM, non remontées auparavant, ce qui est constitutif d'une rupture de série.

6. À l'exception notable des taux lituanien et coréen qui se maintiennent au-delà de 20 pour 100 000 habitants.

7. À la capacité variable des appareils statistiques nationaux à publier rapidement les données médicales de décès, s'ajoutent les difficultés connues par les institutions internationales pour collecter et mettre à disposition les taux standardisés de suicide les plus récents. Il est cependant possible de contourner en partie ce problème en s'appuyant sur les effectifs de suicides publiés par les organismes statistiques nationaux (Allemagne, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suisse).

Graphique 6 • Évolution des taux standardisés de suicide d'une sélection de pays de l'OCDE

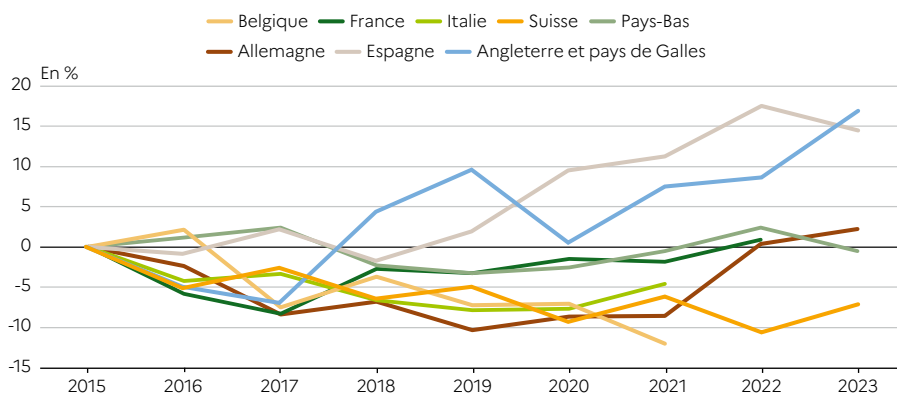


Lecture • Après standardisation (prise en compte des structures d'âge différentes selon les pays), les taux de suicide de différents pays de l'OCDE ont eu une tendance moyenne à la baisse depuis 1980.

Champ • Décès par suicide standardisé sur une population OCDE de référence de 2010.

Source • OCDE, 2024.

Graphique 7 • Évolution des nombres de décès par suicide en Europe de l'Ouest, depuis 2015



Note • Hors suicides assistés en Suisse et aux Pays-Bas.

Lecture • Entre 2015 et 2022, le nombre des décès par suicide en Espagne a progressé de +17 %.

Champ • Décès de personnes de tous âges, dont la cause est un suicide ou une lésion auto-infligée (codes CIM-10 de X60 à X84).

Source • Statistiques nationales de causes de décès.

D'un point de vue sociologique, ces tendances longues trouveraient leur source dans des effets de périodes liés aux modifications profondes « de l'organisation sociale et économique » depuis le début du XX^e siècle (Pisu, 2023, p. 49). La période des Trente Glorieuses est aussi l'avènement de « la réalisation personnelle dans le travail », au sein d'un climat économique favorable (plein emploi, croissance économique, hausse du pouvoir d'achat, etc.)

et de conquêtes sociales réduisant les incertitudes face à l'avenir et aux risques sociaux (Baudelot, Estabiet, 2006).

À partir des années 1980, l'individualisation du travail, la « promotion de l'autonomie, de la performance et de la responsabilité pourrait bien constituer, ici, un facteur culturel de changement » (Pisu, 2023), conjointement à la hausse des séparations conjugales, à la désstabilisation des parcours et à l'augmentation des difficultés économiques qui affectent particulièrement les hommes issus des milieux populaires (Chauvel, 2011 ; Boiron, 2016). Les plus vulnérables face aux ruptures des liens sociaux tant professionnels que relationnels sont les plus exposés au risque suicidaire (chômeurs, inactifs, emplois précaires [Paugam, 2009])⁸.

Aux États-Unis, les facteurs explicatifs de la tendance à la remontée des taux de suicide sont encore en discussion dans la littérature scientifique. Ils incluent notamment la hausse des troubles dépressifs chez les jeunes depuis 2010, les conséquences de la récession de 2008, la baisse de la pratique religieuse (Giles, *et al.*, 2023) et la crise des opioïdes entamée à la fin des années 1990 (Simon, Master, 2024 ; Marcotte, Hansen, 2023).

Conclusion

L'ensemble de ces éléments statistiques viennent rappeler, s'il en était besoin, que le suicide, loin d'être un fait isolé et personnel, est un « fait social », c'est-à-dire une « manière de faire [...] qui est générale dans l'étendue d'une société donnée, tout en ayant une existence propre, indépendante de ses diverses manifestations au niveau individuel » (Durkheim, 1895, p. 14). Sans négliger la problématique suicidaire chez les personnes âgées, il est nécessaire de se pencher sur les évolutions observées chez les jeunes depuis 2020. Les données étrangères montrent aussi chez les jeunes femmes des élévations similaires des taux de suicide, et les données françaises sont claires concernant les hausses du nombre d'hospitalisations pour geste auto-infligé, mais aussi des prévalences de syndromes anxio-dépressifs et des pensées suicidaires dans cette catégorie de la population (dossier 3). De plus, dans la mesure où rien n'indique que l'amélioration statistique de 2018 ait plutôt concerné les jeunes femmes que les jeunes hommes en considération des fortes progressions survenues entre 2020 et 2022 chez les jeunes filles, il nous faut conclure à une probable dégradation de la mortalité par suicide dans cette catégorie de la population, qui demeure, rappelons-le, la plus protégée vis-à-vis de ce risque. À l'autre bout du spectre générationnel, la forte progression entre 2021 et 2022 des décès par suicide chez la population la plus à risque, les hommes de 85 ans ou plus, mériterait une attention accrue, s'il devait se confirmer dans les années à venir.

Le *Lancet Public Health* a publié en septembre 2024 un numéro consacré à une approche de santé publique dans la prise en charge des comportements suicidaires. Reposant sur

8. À ce sujet, on pourra lire la revue de littérature internationale de Kennelly Brendan et Connelly Sheelah (2012, p. 73 à 90) et Pisu (2023, p. 65 et suivantes).

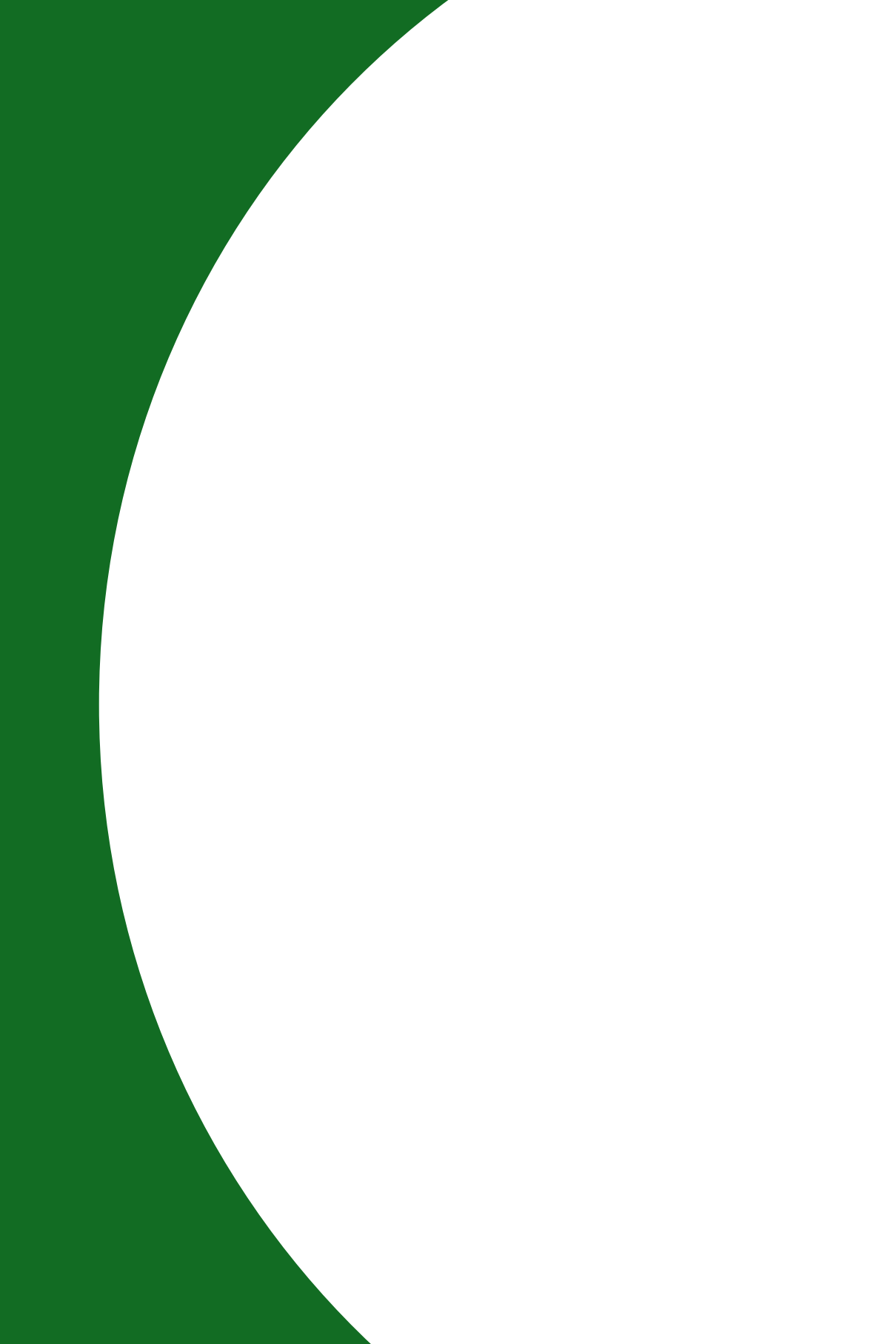
une approche populationnelle inspirée des travaux de Geoffrey Rose, la série d'articles insiste sur la prise en charge des déterminants sociaux du suicide hors du seul champ sanitaire. Certains éléments de cet argumentaire, comme les stratégies de communication médiatique autour du suicide, font déjà l'objet de dispositifs dédiés en France. D'autres, en revanche, mériteraient d'inspirer certaines politiques de santé publique dans les années à venir ; c'est notamment le cas de l'encadrement de certains pans du commerce alcoolier (*The Lancet Public Health*, 2024).

Références bibliographiques

- **Andreeva, M., et al.** (2022). Gambling-related completed suicides: a scoping review. *Addiction Research & Theory*, 30(6), p. 391-402.
- **Anguis, M., Cases, C., Surault, P.** (2002). L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. DREES, *Études et Résultats*, 185.
- **Aouba, A., et al.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 497-500.
- **Balard, F., Voléry, I., Fornezzo, E.** (2020). La construction du suicide des personnes âgées comme problème public. *Gérontologie et société*, 42/163(3), p. 187-204.
- **Baudelot, C., Establet, R.** (1984). Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. *Économie et statistique*, 168, p. 59-70.
- **Baudelot, C., Establet, R.** (2006). *Suicide. L'envers de notre monde*. Paris, France : Le Seuil.
- **Boiron, A.** (2016). *Évolution des inégalités de niveau de vie entre 1970 et 2013*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références, p. 53-70.
- **Cadillac, M., et al.** (2024). Les causes de décès en France en 2022 : recul du Covid-19 et hausse des maladies respiratoires. DREES, *Études et Résultats*, 1312.
- **Campéon, A.** (2013). Se suicider au grand âge : l'ultime recours à une vieillesse déchuée ? *Interrogations*, 14.
- **Canetto, S., Sakinofsky, I.** (1998). *The gender paradox in suicide. Suicide and life-time threatening behavior*, 1, p. 1-23.
- **Casadebaig, F., et al.** (2003). Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 51(1), p. 55-64.
- **Chauvel, L.** (1997). L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? *Revue française de sociologie*, 38(4), p. 681-784.
- **Chauvel, L.** (2011). Le retour des classes sociales. *Revue de l'OFCE*, 4(79), p. 315-359.
- **Chen, Y.-Y., et al.** (2021). Caregiving as suicide prevention: an ecological 20-country study of men's family carework, unemployment, and suicide. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 56, p. 2185-2198.
- **Cousteaux, A.-S., Pan Ké Shon, J.-L.** (2008). Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 1, p. 53-92.

- **Daric, J.** (1956). L'évolution de la mortalité par suicide en France et à l'étranger. *Population*, 4, p. 673-700.
- **Durkheim, E.** (1895). *Les Règles de la méthode sociologique*. Paris, France : Presses universitaires de France, coll. Quadrige (éd. 1993).
- **Durkheim, E.** (1897). *Le suicide*. Paris, France : Payot (éd. 2009).
- **Giles, T., Hungerman, D.M., Oostrom, T.** (2023). Opiates of the masses? Deaths of despair and the decline of american religion. *NBER Working Paper Series*, 30840.
- **Hawton, K., Knipe, D., Pirkis, J.** (2024). Restriction of access to means used for suicide. *The Lancet Public Health*, 9(10), e796-e801.
- **Hazo, J.-B., Vuagnat, A., Pirard, P.** (2024). Hospitalisations pour lésion auto-infligée dans les bases PMSI et RPU nationales : de fortes hausses en 2021-2022 chez les jeunes femmes âgées de 10 à 24 ans. *Journal of epidemiology and population health*, 72, n°S1.
- **Hebbache Z., et al.** (2023). *Rapport de production. Années de décès : 2018-2019*. Données définitives. Document de travail du CépiDc n° 3.
- **Kennelly, B., Connelly, S.** (2012). *Men, suicide and society: an economic perspective*. Surrey, Samaritans, p. 73-90.
- **Léon, C., du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Marcotte, D. E., Hansen, B.** (2023). The re-emerging suicide crisis in the US: patterns, causes and solutions. *Journal of Policy Analysis and Management*, 43(2), p. 582-612.
- **Martin, H.** (2022). Après plusieurs décennies de forte progression, le taux d'emploi des femmes commence à stagner en France. *Population et Sociétés*, 606.
- **Matsubayashi, T, Ueda, M.** (2011). The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Soc Sci Med*, 73(9), p. 1395-1400.
- **ONS, Observatoire national du suicide** (2020). *Suicide - Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, 4^e rapport. Paris, France : DREES.
- **ONS, Observatoire national du suicide** (2022). *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport. Paris, France : DREES.
- **Paugam, S.** (2009). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Paris, France : PUF.
- **Pierre, O.** (2023). *Évaluation de l'effet du nouveau modèle de certificat de décès sur la statistique nationale des décès par suicide*. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine, université Paris-Cité.
- **Pisu, F.** (2023). *Sociologie des conduites suicidaires. Perspectives contemporaines*. Rennes, France : PUR.
- **Rey, G.** (2022). Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes*, 5^e rapport de l'ONS, p. 253-259. Paris, France : DREES.
- **Roche, S., et al.** (2018). A cross-national study of the population-level association between alcohol consumption and suicide rates. *Drug and alcohol dependence*, 188, p. 16-23.

- **Simon, D.H., Masters, R.K.** (2024). Institutional failures as structural determinants of suicide: the opioid epidemic and the great recession in the United States. *Journal of Health and Social Behavior*, 65(3), p. 415-431.
- **Stack, S.** (2021). Contributing factors to suicide: political, social, cultural and economic. *Preventive medicine*, 152, 106498.
- **Värnik P., et al.** (2010). Suicide registration in eight european countries: a qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*, 202 (1-3).
- **While, D., et al.** (2012). Implementation of mental health service recommendations in England and Wales and suicide rates, 1997-2006: a cross-sectional and before-and-after observational study. *The Lancet*, 379(9820), p. 1005-1012.



TENTATIVES DE SUICIDE : ENJEUX MÉTHODOLOGIQUES ET ÉTAT DES LIEUX

1. Gestes suicidaires non létaux et gestes auto-infligés : comment identifier et mesurer les passages à l'acte suicidaires ?

Adrien Papuchon (DREES)

Pour comprendre le phénomène suicidaire et son évolution, on distingue usuellement les pensées (ou idées) suicidaires, les gestes suicidaires non létaux dits tentatives de suicide et les décès par suicide. La connaissance sur les gestes suicidaires non létaux, nettement plus nombreux que les décès par suicide, constitue un enjeu majeur dans la construction d'une politique de santé publique et des dispositifs visant à lutter contre le mal-être et contre les gestes suicidaires et leurs conséquences durables et profondes sur l'entourage¹.

Mesurer les suicides soulève des enjeux méthodologiques complexes (dossier 2). En France, la source de données mobilisée provient du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, qui produit les statistiques des causes de décès à partir des certificats de décès. L'étude de la prévalence des pensées suicidaires dans la population repose quant à elle essentiellement sur des enquêtes par questionnaires telles que le Baromètre santé de Santé publique France (fiche 1)². Réalisées à partir d'échantillons de la population, elles ne peuvent toutefois conduire qu'à des estimations de la fréquence des idées suicidaires.

Le repérage des gestes suicidaires n'ayant pas conduit à la mort peut s'effectuer en prenant appui sur des données administratives (via les prises en charge par le système de soins à la suite d'une tentative de suicide) ou sur des enquêtes déclaratives (questionnaires). Chacune de ces sources comporte ses propres limites dont ce dossier rend compte, que ce soit du point de vue de la fiabilité des chiffres collectés ou de celui de l'étendue du phénomène suicidaire qu'ils permettent d'éclairer.

Aujourd'hui, l'indicateur de référence du suivi des tentatives de suicide en France repose sur le dénombrement des hospitalisations dans les services de médecine, chirurgie,

1. À propos de postvention, voir les fiches 4, 9, 10 et 11.

2. Des dispositifs dits réactifs mis en place sous l'égide de Santé publique France permettent de suivre à plus court terme l'évolution de la fréquence des pensées suicidaires, via les appels à SOS Médecins ou les passages aux urgences (Forgeot, Caserio-Schönemann, 2022). L'activité des services d'écoute (3114, etc.) ouvre aussi cette possibilité.

obstétrique et odontologie (MCO)³ pour geste auto-infligé (GAI)⁴, un nombre important de gestes suicidaires conduisant à un passage à l'hôpital sans que les bases de données hospitalières ne permettent de faire la distinction entre les patients ayant souhaité mettre fin à leurs jours et les personnes ayant réalisé d'autres types de gestes volontairement dirigés contre elles-mêmes, comme les scarifications⁵.

Nous verrons en outre, dans la section qui suit, que le dénombrement de ces hospitalisations pour GAI ne rend compte que partiellement de l'importance du phénomène suicidaire : tandis que 76 075 personnes ont été hospitalisées en MCO en 2023 pour GAI, on estimait en 2021 que le nombre de celles s'étant rendues à l'hôpital après un geste suicidaire au cours des douze derniers mois s'établissait entre 110 000 et 170 000⁶, et celui des tentatives de suicide entre 190 000 et 280 000 (le nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide au moins une fois au cours de la vie s'établissant quant à lui entre 3 100 000 et 3 400 000)⁷.

11. Des enquêtes en population générale pour estimer le nombre de passages à l'acte

Des enquêtes déclaratives en population générale comme le Baromètre santé (fiche 1) ou l'enquête EpiCov (Rouquette, *et al.*, 2022). permettent d'évaluer le nombre de tentatives de suicide en France et leur évolution. Réalisées de manière auto-administrée (sans présence d'un enquêteur), ces enquêtes restent cependant susceptibles d'être affectées par des biais de déclaration dans la mesure où les questions portent sur des sujets potentiellement très sensibles. Par exemple, l'enquêté peut minimiser ou ne pas mentionner une ou des tentatives de suicide, par sentiment de dévalorisation ou de honte, à cause de souvenirs douloureux, etc. Par ailleurs, dans la mesure où ces enquêtes reposent sur un échantillon de la population, elles ne peuvent aboutir qu'à des estimations, d'autant moins précises qu'elles portent sur des actes qui restent heureusement relativement rares, et par nature difficiles à comparer aux données issues de sources administratives. En revanche, ces enquêtes présentent l'avantage de parvenir à couvrir *a priori* l'ensemble des gestes suicidaires non létaux, qu'ils aient ou non conduit à une prise en charge médicale.

Ainsi, en rapportant la prévalence des tentatives de suicide observées dans le Baromètre santé à la population française pour 2021, on parvient à une estimation d'environ 190 000 à

3. Au sein des établissements de santé, services assurant des activités aiguës et de courte durée, en hospitalisation avec ou sans hébergement, ou en consultations externes.

4. Ceux-ci incluent toutes les formes d'auto-agression volontaire, y compris des lésions réalisées sans intention suicidaire (ecchymoses, scarifications, brûlures, abrasions, etc.).

5. Des codes diagnostics recensés dans les bases de données administratives sont utilisés pour déterminer des « groupes homogènes de séjours », dont dépend le financement de l'établissement hospitalier par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Ceux-ci sont donc généralement bien codés et transmis. D'autres codes diagnostics ont une valeur plus documentaire, comme ceux correspondants aux gestes auto-infligés.

6. Estimation à partir du Baromètre santé 2021.

7. Estimation à partir du Baromètre santé 2021. 32 % des personnes interrogées ont déclaré qu'elles étaient décidées à mourir mais ont survécu par chance, 15 % qu'elles souhaitaient vraiment mourir mais savaient que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace, et 53 % qu'elles n'avaient pas vraiment l'intention de mourir (ces chiffres varient selon l'âge).

280 000 tentatives de suicide par an, et de 3 100 000 à 3 400 000 personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie. D'après cette même enquête, environ 58 % des personnes ayant tenté à leurs jours se seraient ensuite rendues à l'hôpital (soit entre 110 000 et 170 000 au cours des douze mois précédents).

Les données dites administratives proviennent, quant à elles, de recueils d'informations destinés initialement à rendre compte de l'activité du système de soins. Ces registres ne portent donc pas sur des échantillons, mais bien sur l'ensemble des actes codés par les professionnels de santé. Ainsi, ils ne permettent pas de comptabiliser les personnes n'ayant pas été prises en charge par le système de soins après leur tentative de suicide. De plus, la qualité des informations contenues dans ces registres est à prendre en considération pour juger de la pertinence du recours à ces sources. Ainsi, si lors d'une hospitalisation, le codage ne fait pas mention d'un GAI, l'acte demeurera invisible dans les statistiques.

1.2. Mesurer les gestes suicidaires à partir de leur prise en charge médicale

L'estimation du nombre de prises en charge liées à des GAI repose sur la comptabilisation du nombre d'hospitalisations en MCO, avec 75 000 à 80 000 patients concernés chaque année. Ces chiffres ne comptabilisent pas l'ensemble des personnes s'étant présentées ou ayant été amenées par les services de secours à l'hôpital après avoir porté atteinte à leur vie, car le passage aux urgences n'engendre pas obligatoirement une hospitalisation (qui peut avoir lieu en MCO ou en psychiatrie). D'autres patients peuvent être admis directement en service de psychiatrie à la suite d'un GAI sans être passés par les urgences ni en MCO : ceux-ci ne seront pas non plus décomptés parmi les 75 000 à 80 000 patients évoqués ci-dessus.

Sans évoquer les questions liées à la qualité du codage, le nombre d'hospitalisations en MCO pour GAI constitue donc un indicateur partiel. D'une part, il ne permet de rendre compte que d'une partie des tentatives de suicide (y compris de celles ayant conduit à une prise en charge médicale), ce qui le rend difficilement comparable aux estimations issues d'enquêtes en population générale comme le Baromètre santé. D'autre part, il ne permet pas de distinguer les personnes ayant eu l'intention de se donner la mort de celles ayant porté atteinte à leur intégrité sans volonté de mettre fin à leurs jours.

Les tentatives de suicide qui se sont soldées par un recours aux urgences pourraient être mesurées à l'aide des résumés de passage aux urgences (RPU). Toutefois, un cinquième des passages aux urgences ne se traduisent pas par un codage diagnostic⁸. Par ailleurs, à l'exception des intoxications volontaires, les codes correspondants aux GAI ne figurent pas dans le « thésaurus des motifs de recours en structure d'urgence » établi par la Société française de médecine d'urgence (SFMU) pour décrire les pathologies prises en charge par les services

8. Calculs DREES.

d'urgence, ce qui rend relativement fragiles les résultats issus de cette source de données⁹. Santé publique France met toutefois à disposition, dans certains de ses bulletins de veille, le nombre de passages aux urgences pour geste suicidaire, basé sur les remontées d'information des services d'urgence (réseau Oscour¹⁰). Les situations ainsi comptabilisées incluent les GAI « certains » (auto-intoxications et lésions auto-infligées), mais aussi des GAI jugés « probables » (intoxications médicamenteuses, effets toxiques de pesticides et asphyxies d'intention non déterminée) non comptabilisés dans les chiffres d'hospitalisation en MCO pour GAI¹¹.

En excluant les passages aux urgences, un indicateur représentant l'ensemble des hospitalisations pour GAI pourrait être construit en rassemblant les informations issues des recueils des services de MCO et de psychiatrie. Néanmoins, cet indicateur présenterait, lui aussi, des limites importantes, la culture du codage statistique des circonstances liées à l'hospitalisation (par exemple la réalisation d'un GAI) étant beaucoup moins développée en psychiatrie qu'en MCO (**encadré**).

Encadré • Comment expliquer le moindre codage des gestes auto-infligés en psychiatrie ?

Paradis Philippe, Vincent Camille, Brenek Sixtine (Département d'information et de recherche médicale du Groupement hospitalier de territoire de psychiatrie du Nord-Pas-de-Calais, Établissement public de santé mental de Lille Métropole, Armentières).

Comme le suggère l'analyse comparée des données issues des hospitalisations pour GAI en MCO et en psychiatrie pour la période 2010-2023, la fiabilité de la description des GAI dans le recueil d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) reste perfectible. Différents freins au codage des activités en psychiatrie, ainsi que des difficultés propres au codage des gestes auto-infligés, ont été identifiés.

Les freins au codage des activités en psychiatrie

Le refus de rendre compte de l'activité

Le refus de rendre compte de l'activité peut avoir plusieurs explications :

- peur de l'évaluation ;
- désaccord avec une utilisation des données à des fins économiques et de planification de l'activité et crainte d'influencer la pratique soignante dans une visée de rentabilité ;

9. Un code F32.9 figure dans ce thésaurus, indiquant indistinctement un épisode dépressif ou une crise suicidaire. Davantage d'analyse est encore nécessaire à ce stade pour comprendre le recours à ce code.

10. Organisation de la surveillance coordonnée des urgences.

11. Ils incluent aussi les séquelles d'une lésion auto-infligée. Par contraste, l'indicateur standard d'hospitalisation en MCO pour GAI ne comptabilise que les GAI considérés ici comme « certains », mais exclut les séquelles d'une lésion auto-infligée.

- manque de temps et de ressources humaines ;
- mission administrative, considérée non prioritaire au regard de l'activité clinique ;
- absence de bénéfice et peu d'intérêt épidémiologique pour une forte contrainte d'élaboration et de recueil.

Le refus de partager l'information de morbidité

Le personnel peut être réticent à partager l'information de morbidité du patient par crainte de non-confidentialité des données et de stigmatisation de celui-ci.

Les spécificités de l'établissement du diagnostic en psychiatrie

L'établissement du diagnostic en psychiatrie peut requérir une longue période d'observation et comporte une dimension évolutive dont ne rend pas compte le codage diagnostic, avec un risque d'altération de la prise en charge, voire des pertes de chances pour les patients. Les soignants peuvent également se trouver en désaccord avec les libellés des codes CIM-10, qu'ils considèrent parfois comme violents et stigmatisants vis-à-vis des patients.

Le sentiment d'illégitimité des professionnels non médicaux pour établir un diagnostic

En psychiatrie publique ambulatoire, les professionnels paramédicaux qui prennent en charge des patients sans psychiatre peuvent ne pas se sentir légitimes pour poser un diagnostic. La consigne d'utiliser préférentiellement les codes F, R et Z de la CIM-10 – dans cet ordre de priorisation – renforce cette difficulté¹.

La faiblesse des moyens humains et matériels consacrés au codage

La partie relative à la psychiatrie dans le dossier patient informatisé (DPI) est encore souvent peu développée. La formation au codage doit cibler tous les professionnels soignants dont les rôles respectifs doivent être précisés. La multiplicité des lieux de soins et la mobilité des équipes nécessitent une accessibilité matérielle importante, et certains établissements n'ont pas priorisé l'investissement en matériel informatique pour la psychiatrie.

L'absence de lien entre pathologie et coût de la prise en charge

Contrairement à la situation connue en MCO, la finalité d'un bon codage en psychiatrie reste purement descriptive, dans la mesure où il est désormais bien établi que la pathologie ne permet pas de déterminer le coût de la prise en charge.

La qualité du RIM-P, dont la tenue est complexe et chronophage, n'est donc pas la priorité des départements d'information médicale des établissements multi-activités, axés sur la qualité du codage MCO et des soins de suite ou de réadaptation à des fins d'optimisation financière.

Des difficultés propres au codage des gestes auto-infligés

La CIM-10 permet de décrire différents éléments :

- des idées ou tendances suicidaires ;
- l'intoxication ou la lésion, et la nature auto-infligée de celle-ci, par l'association de plusieurs codes ;
- la notion d'antécédent *récent* (intervenant au cours des trente derniers jours) ou *ancien* de lésion auto-infligée.

S'agissant de la même classification que celle mobilisée en MCO, elle ne permet pas de distinguer les lésions auto-infligées avec ou sans intention de mettre fin à ses jours. Par ailleurs, la distinction entre GAI récents (codes X60 à 84) et plus anciens (appelés « antécédents », code Z915) peut être comprise de manière différente par les soignants, dans les cas d'hospitalisation en psychiatrie à la suite d'un passage à l'hôpital en MCO pour GAI.

Enfin, certains psychiatres peuvent considérer les automutilations sans intention de mourir comme des tentatives de suicide, tandis que d'autres psychiatres non, conduisant à des pratiques de codage différentes pour des situations concrètes similaires. De plus, l'intentionnalité suicidaire est parfois difficile à évaluer – qu'elle soit dissimulée ou incertaine pour le patient lui-même *a posteriori* – ce qui induit une réticence chez certains professionnels à coder les GAI.

La tentative de suicide peut aussi être vue par les psychiatres comme l'un des symptômes d'un trouble mental, seul ce dernier étant alors renseigné dans le RIM-P.

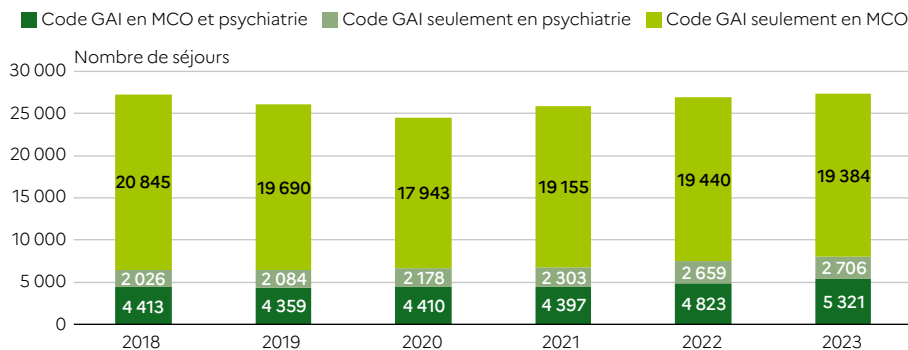
1. Les codes F, R et Z sont respectivement ceux des chapitres V « Troubles mentaux », XVIII « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » et XXI « Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé » de la classification CIM-10.

1.3. Une qualité de codage en hausse en psychiatrie, mais toujours moindre qu'en MCO

Évaluant la fiabilité des pratiques de codage, une étude de cas récente financée par l'ONS (section 4 de ce dossier) souligne à la fois la robustesse des données issues de MCO et le déficit de codage des GAI en psychiatrie. Ces résultats sont cohérents avec l'analyse des bases de données nationales : non seulement le nombre de personnes hospitalisées en psychiatrie à la suite d'un GAI reste très limité en 2023 (17 282 contre 76 906 en MCO), mais parmi les personnes repérées comme hospitalisées en MCO pour GAI ayant été admises immédiatement ensuite en psychiatrie, seules 21,5 % sont identifiées en 2023 dans les bases issues des services de psychiatrie comme ayant réalisé une GAI¹² (graphique).

12. Environ la moitié des personnes hospitalisées en psychiatrie avec un code GAI viennent directement d'un service MCO.

Graphique • Codage des séjours consécutifs en MCO puis en psychiatrie avec au moins un code GAI, par année, entre 2018 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; GAI : geste auto-infligé.

Lecture • En 2023, sur l'ensemble des séjours en MCO suivis d'un séjour en psychiatrie, seuls 5 321 d'entre eux ont fait l'objet d'un code GAI à la fois en MCO et en psychiatrie.

Champ • Patients hospitalisés en psychiatrie de 2018 à 2023 dont la date d'entrée correspond à la date de sortie d'une hospitalisation en secteur MCO.

Source • PMSI-MCO et RIM-P 2018 à 2023, traitement DREES.

Des évolutions positives des pratiques de codage sont toutefois à souligner. Après une première amélioration en 2007-2008, le recensement des séjours liés à un GAI en psychiatrie semble s'être amélioré de façon significative entre 2021 et 2023 : parmi les séjours consécutifs en MCO puis en psychiatrie, le nombre de situations où le GAI a été codé dans les deux services a augmenté de 21 % (+924), tandis que celui où le GAI n'est signalé que dans les recueils de MCO n'augmente que de 1 % (+229)¹³.

Une part de ces deux phases de hausse du nombre d'hospitalisations observées en psychiatrie à la suite d'un GAI est à mettre sur le compte des changements de pratiques de codage. En 2007-2008, il s'agit de la montée en charge du codage statistique dans le RIM-P, créé en 2006. Entre 2021 et 2023, l'amélioration du codage serait, quant à elle, plutôt liée à l'incitation financière introduite par la réforme du financement de l'hospitalisation en psychiatrie¹⁴. Cette amélioration statistique va certainement perdurer et être partiellement responsable d'une augmentation des hospitalisations codées avec un GAI. La publication d'une recommandation de bonnes pratiques sur les idées et conduites suicidaires chez les enfants et adolescents par la Haute Autorité de santé en 2021 a également pu se traduire par une amélioration du codage de ces situations.

13. Par ailleurs, le nombre de séjours codés GAI uniquement en psychiatrie a augmenté de 17 % depuis 2021 (+403).

14. Le nouveau système de financement décidé dans le cadre de la campagne budgétaire 2022 vise à modifier les modalités de financement des établissements du champ psychiatrique en incitant, entre autres, à améliorer leurs pratiques de codage des actes. Le système d'évaluation prévoit la comparaison du codage avec des indicateurs de qualité de référence : le taux de chaînage, la présence d'un diagnostic principal, la présence d'un code postal valide et la cohérence du nombre de venues entre différentes bases de données (« Résumés par séquence », « Fichiers complémentaires »).

Conclusion

Afin d'évaluer l'ampleur du phénomène suicidaire dans la population, ainsi que les idées suicidaires et les gestes suicidaires n'ayant pas entraîné la mort, il est donc possible de se baser à la fois sur des enquêtes (dont les estimations, nécessairement imprécises en raison de la faible fréquence des passages à l'acte une année donnée, rendent compte néanmoins du nombre de personnes concernées) et sur les données administratives.

Le nombre de personnes hospitalisées pour GAI en MCO reste l'indicateur le plus fiable à partir des données administratives, mais ces hospitalisations ne couvrent qu'une partie du champ d'intérêt. Les résumés de passage aux urgences couvrent en théorie un champ plus vaste, mais délivrent une information partielle. Pour leur part, les données issues des services de psychiatrie s'améliorent, mais ne fournissent pas encore un matériau adéquat pour aboutir à une mesure satisfaisante.

Référence bibliographique

Forgeot, C., Caserio-Schönemann, C. (2022). Recours aux soins d'urgence pour trouble de la santé mentale au cours de la crise liée au Covid-19 (2020-2021) en France. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 153-163. Paris, France : DREES.

2. Patients hospitalisés pour geste auto-infligé depuis 2010 : une nette baisse chez les 30-60 ans, une hausse brutale chez les adolescentes et les jeunes femmes

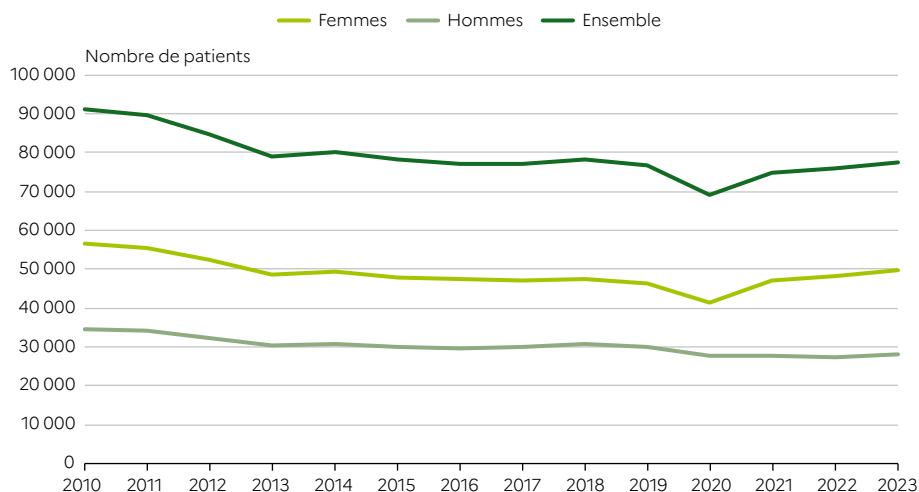
Clémentine de Champs (DREES), Hadrien Guichard (Cridup)
et Jean-Baptiste Hazo (DREES)

2.1. Les femmes, plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées pour geste auto-infligé

En 2023, 77 601 personnes de plus de 10 ans, dont 64 % de femmes, ont été hospitalisées au moins une fois pour un geste auto-infligé (GAI) dans les établissements de soins somatiques (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO])¹⁵ [graphique 1]. Rapporté à la population française, cela correspond à un taux de 128 patients pour 100 000 habitants, en augmentation par rapport à 2022 (+1,9 %).

15. Dans les services de psychiatrie, 17 278 personnes, dont 67 % de femmes, ont été hospitalisées en 2023 pour geste auto-infligé. Cet indicateur est néanmoins à prendre avec précaution (voir section précédente de ce dossier).

Graphique 1 • Nombre de patients hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé, par genre, entre 2010 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture • 77 601 personnes de plus de 10 ans ont été hospitalisées au moins une fois en MCO à la suite d'un geste auto-infligé au cours de l'année 2023.

Champ • France, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

Source • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2023, traitement DREES.

Les taux annuels de patients hospitalisés en MCO à la suite d'un GAI varient selon le genre (157 patients pour 100 000 habitants chez les femmes, 96 chez les hommes), l'âge, mais aussi la région de résidence¹⁶. Ils vont de 35 patients pour 100 000 habitants chez les garçons de 10 à 14 ans, à 516 chez les femmes de 15 à 19 ans, avec un pic à 680 chez les filles de 15 ans (le quintuple du taux observé pour l'ensemble de la population). En 2023, les filles de 10 à 14 ans ont été hospitalisées huit fois plus que les garçons de la même tranche d'âge. Les écarts sont aussi très importants entre les jeunes femmes et les jeunes hommes : quatre fois plus de jeunes femmes parmi les 15 à 19 ans et deux fois plus chez les 20 à 24 ans. Le phénomène ne s'inverse vraiment qu'après 80 ans, où le taux d'hospitalisation des hommes devient un peu plus important que celui des femmes (respectivement 72 et 68 pour 100 000 habitants)¹⁷, leur taux de décès par suicide augmentant, quant à lui, très fortement avec l'âge (de trois à huit fois supérieur à la moyenne à partir de 65 ans, voir dossier 2).

16. Le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire. Les taux élevés en Bretagne, sur le littoral ouest et dans les Hauts-de-France contrastent avec les taux plus faibles du sud de la Garonne, du littoral méditerranéen, du Bassin parisien, des départements d'outre-mer et de la Corse (Hazo, *et al.*, 2023). Ces variations soulignent la diversité des rapports au geste suicidaire – fortement influencés notamment par la religiosité, les structures familiales, l'emploi ou encore l'accès aux soins psychologiques (Hansen, Pritchard, 2008 ; Inder, *et al.*, 2014 ; Pavicic, *et al.*, 2023 ; Sterchele, 2022) – tant du point de vue de la propension au passage à l'acte que de l'enregistrement de ces actes (à ce sujet, voir par exemple la fiche 3).

17. Comme les suicides chez les personnes âgées, il est possible que les GAI soient moins détectées – ou déclarées – par les équipes soignantes et les familles (Aouba, *et al.*, 2011 ; Hazo, *et al.*, 2024).

2.2. Des taux d'hospitalisation pour geste auto-infligé par âge et genre en forte évolution pour les moins de 60 ans

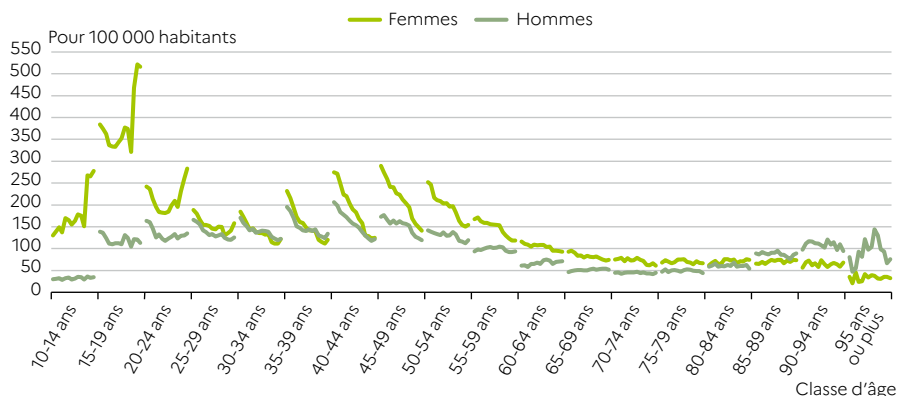
Entre 2010 et 2023, le taux d'hospitalisation pour GAI des hommes recule progressivement (–25 %), une tendance observée également chez les femmes au cours de la décennie 2010 (–22 % entre 2010 et 2019). Cette baisse s'est toutefois interrompue pour les femmes à partir de 2021, avec une hausse de 4 % entre 2021 et 2023¹⁸. Cette rupture repose intégralement sur la dégradation de la situation des adolescentes et des jeunes femmes : depuis 2017 – à l'exception de l'année 2020, marquée par la pandémie du Covid-19 – les taux annuels d'hospitalisations à la suite d'un GAI sont en constante augmentation chez les filles et les jeunes femmes de 10 à 29 ans, avec une très nette accélération à partir de 2021 (**graphique 2**). Ainsi, entre 2017 et 2023, la progression est importante chez les femmes et filles de 10 à 14 ans (+70 %), de 15 à 19 ans (+46 %) et de 20 à 24 ans (+54 %), les femmes de 25 à 29 ans étant concernées également, quoique dans une moindre mesure (+9 %). À l'inverse, le taux d'hospitalisation des femmes de 30 à 54 ans diminue d'environ 35 à 55 % depuis 2010, tandis que celui des femmes âgées de 55 à 74 ans recule de 20 à 30 %.

Chez les hommes, on retrouve les mêmes tendances que celles observées chez les femmes depuis 2010 pour les plus de 70 ans (quasi-stabilité) et chez les 30-54 ans (baisse, quoi que de moindre ampleur que chez les femmes). En revanche, on ne constate pas de hausse des taux d'hospitalisation pour GAI chez les jeunes hommes, y compris après la pandémie de Covid-19, alors qu'ils s'envolent chez les jeunes femmes. Enfin, le taux d'hospitalisation pour GAI des hommes de 60 à 64 ans et de 65 à 69 ans augmente progressivement entre 2010 et 2023 (+17 % et +11 %).

Entre 2010 et 2023, les taux d'hospitalisation pour GAI des femmes et des hommes ont progressivement convergé chez les plus de 30 ans, et fortement divergé chez les moins de 30 ans. Chez les femmes, le risque d'hospitalisation pour GAI en fonction de l'âge s'est profondément modifié (**graphique 3**). Au début des années 2010, on constatait deux pics d'hospitalisation pour GAI : l'un de 15 à 19 ans (environ 370 pour 100 000) et l'autre de 40 à 49 ans (près de 270 pour 100 000). Au début des années 2020, on n'observe plus qu'un seul pic, concentré sur les 10-24 ans. Ce pic unique est beaucoup plus aigu que les deux pics constatés en début de période et culmine à 502 pour 100 000 chez les 15 à 19 ans. Chez les hommes, le profil par âge se modifie également, mais de façon moins notable : la hausse du risque autour de la quarantaine, auparavant marquée par un taux d'hospitalisation de près de 200 pour 100 000, s'atténue pour conduire à un risque stable entre 15 et 54 ans (aux alentours de 125 pour 100 000).

18. Le nombre d'hospitalisations pour GAI a fortement décliné en 2020, à l'instar de celui des hospitalisations pour d'autres motifs hors Covid-19 : –8 % pour les hommes et –10 % pour les femmes (Naouri, 2021). Entre 2020 et 2021, le nombre d'hospitalisations concernant des femmes a rebondi de 15 %, mais est resté stable pour les hommes.

Graphique 2 • Taux d'hospitalisation unique en MCO pour geste auto-infligé, par genre et classe d'âge, entre 2010 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

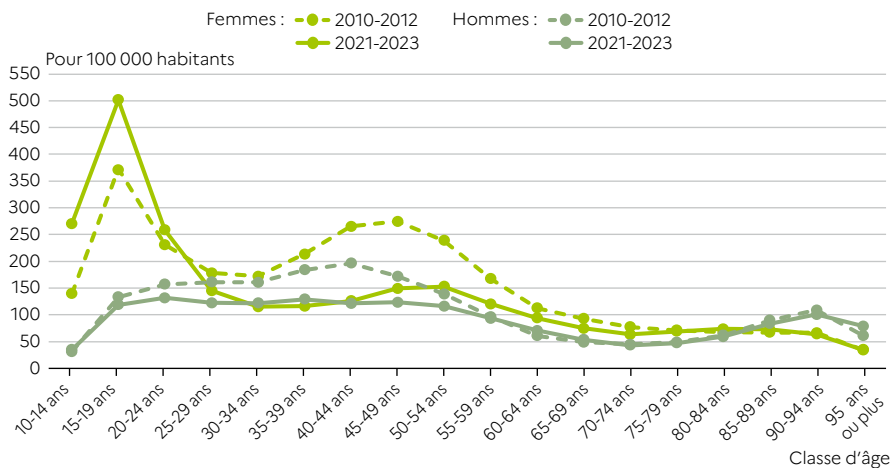
Note • Au vu de la faiblesse des effectifs concernés (31 hommes hospitalisés en MCO pour GAI en 2010 et 46 en 2023), les résultats annuels pour les personnes âgées de 95 ans ou plus doivent être considérés avec précaution.

Lecture • Entre 2010 et 2023, le taux d'hospitalisation unique en MCO pour geste auto-infligé des filles de 10 à 14 ans est passé de 130 à 278 pour 100 000 habitants. Chez les garçons de la même tranche d'âge, il est passé de 30 à 35.

Champ • France, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

Source • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2023, traitement DREES.

Graphique 3 • Comparaison du taux d'hospitalisation unique moyen en MCO pour geste auto-infligé, par genre et classe d'âge, entre 2010 et 2012 et entre 2021 et 2023



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture • Entre 2021 et 2023, le taux moyen d'hospitalisation unique en MCO liée à un geste auto-infligé des filles de 10 à 14 ans était de 270 pour 100 000 habitants. Cela signifie qu'en moyenne, une fille sur 370 (100 000/270) de cette classe d'âge a été hospitalisée au moins une fois dans l'année pour ce motif entre 2021 et 2023.

Champ • France, patients âgés de 10 ans ou plus hospitalisés au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

Source • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2023, traitement DREES.

2.3. La hausse des GAI en tant que manifestation de la dégradation de la santé mentale chez les jeunes : un phénomène touchant spécifiquement les femmes et commun à plusieurs pays ?

Une rupture de tendance aussi brutale que celle observée à propos du taux d'hospitalisation pour GAI chez les jeunes femmes suscite des interrogations de plusieurs ordres : s'agit-il d'une hausse globale, ou celle-ci porte-t-elle sur certaines modalités de passage à l'acte, voire sur les GAI les plus graves ? Cette hausse traduit-elle une augmentation du mal-être réellement spécifique aux jeunes femmes et aux adolescentes ? Enfin, comment expliquer une telle situation et de quelles pistes de recherche disposons-nous ?

Cette différence genrée est d'autant plus frappante qu'elle ne semble pas contrebalancée chez les garçons et jeunes hommes par d'autres motifs de recours aux soins liés à une situation de mal-être¹⁹. Le nombre d'hospitalisations liées à l'utilisation de substances psychoactives ou à l'accidentologie est stable, voire en recul dans le cas des hospitalisations pour intoxications alcooliques, tout particulièrement chez les moins de 30 ans (Hazo, *et al.*, 2024)²⁰. En revanche, les données d'enquête montrent une progression des syndromes dépressifs et des pensées suicidaires chez les hommes âgés de 15 à 24 ans depuis 2010, bien que ces augmentations soient moins marquées que celles observées chez les femmes des mêmes âges (Léon, *et al.*, 2024 ; Hazo, *et al.*, 2022).

La hausse des hospitalisations pour GAI chez les jeunes femmes ne paraît pas liée à une évolution de la gravité moyenne de ces gestes. D'une part, la fréquence des tentatives de suicide déclarées – suivies ou non d'une hospitalisation – tend elle aussi à augmenter dans les enquêtes (fiche 1), ce qui exclut la possibilité d'une augmentation des seules automutilations non-suicidaires ; d'autre part, les données des services d'urgence²¹ indiquent que la part des jeunes femmes prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée au sein des services d'urgence reste stable (autour de 47 %), de même que la part de celles ayant nécessité une prise en charge en réanimation ou en soins intensifs (autour de 10 %) [Hazo, *et al.*, 2024]. Les principaux modes opératoires sont aussi ceux qui ont eu tendance à augmenter entre 2019 et 2022 : les intoxications médicamenteuses volontaires (+43 %), les lésions avec un objet tranchant (+ 35 %) et les lésions auto-infligées dites violentes²² (graphique 4). La part d'hospitalisations pour GAI liées à une lésion avec un objet tranchant a doublé entre 2010 et 2019, passant de 8 % à 18 %, puis est restée stable au cours de la période de forte hausse des hospitalisations pour GAI chez les jeunes femmes.

19. Les différences d'expression du mal-être psychique selon le genre sont solidement établies sur le plan clinique : chez les hommes, il tend à se manifester davantage par des addictions et des comportements à risque, tandis que les dépressions et les troubles anxieux sont plus répandus chez les femmes.

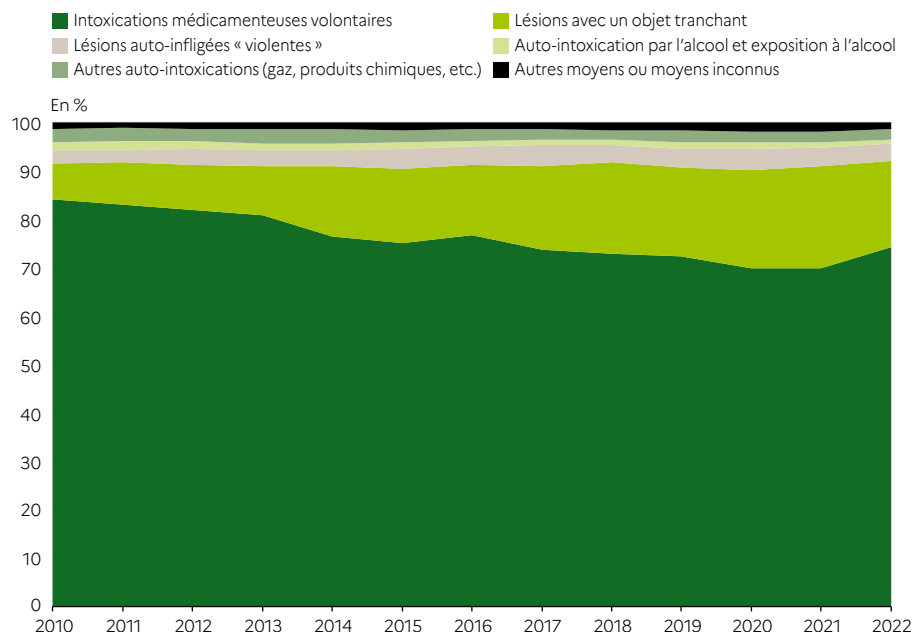
20. Les patients hospitalisés avec un code renseigné d'accident de transport ou d'agression sont rares, ces motifs étant probablement très peu codés et les hospitalisations ne surviennent qu'à la suite des agressions les plus graves. Les jeunes hommes sont les plus concernés et leur nombre augmente continuellement depuis 2012. Cependant, cette hausse touche toutes les classes d'âge de chaque sexe de façon relativement homogène et s'explique vraisemblablement par une augmentation progressive du codage plutôt que par une hausse effective des accidents (Hazo, *et al.*, 2024).

21. Voir à ce sujet Hazo, *et al.*, 2024 (tableau complémentaire E), ainsi que les sections 1 et 4 de ce dossier pour une réflexion sur la qualité des différentes sources pour la mesure du phénomène suicidaire.

22. Saut d'une hauteur, pendaison, collision volontaire avec un véhicule, armes à feu, explosifs, noyade.

Du point de vue territorial, toutes les régions et tous les types d'agglomérations (commune rurale, banlieue, ville-centre ou ville isolée) sont aussi affectés par cette hausse des hospitalisations pour GAI des jeunes femmes, mais de façon plus importante dans les communes les plus favorisées : +63 % entre 2019 et 2022 dans les communes comptant 20 % de la population la plus aisée, contre +28 % dans les communes les plus défavorisées, même si ces dernières restent les plus concernées (Hazo, *et al.*, 2024).

Graphique 4 • Proportion des différents modes opératoires parmi les femmes de 10 à 24 ans hospitalisées en MCO pour geste auto-infligé, entre 2010 et 2022



MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Lecture • Chez les femmes de 10 à 24 ans, la part des hospitalisations en MCO pour geste auto-infligé dues à une intoxication médicamenteuse volontaire est passée de 84 % à 70 % entre 2010 et 2020, avant de remonter à 74 % en 2022.

Champ • France, patientes âgées de 10 à 24 ans hospitalisées au moins une fois en MCO avec un code CIM-10 de geste auto-infligé (X60 à X84).

Source • ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2022, traitement DREES.

Enfin, les données et travaux internationaux montrent que dans de nombreux pays occidentaux et asiatiques, le jeune âge devient facteur de risque d'une santé mentale dégradée, avec une progression importante des GAI et des troubles mentaux particulièrement marquée chez les jeunes femmes (García-Fernández, *et al.*, 2023 ; Jung, *et al.*, 2023 ; Roumeliotis, *et al.*, 2023 ; Trafford, *et al.*, 2023). Le caractère mondial d'un phénomène qui paraît antérieur à la pandémie de Covid-19 – celle-ci l'ayant accéléré plus que déclenché – pose question et invite nombre de scientifiques à faire l'hypothèse que le rôle croissant des réseaux sociaux numériques, couplé à la généralisation des smartphones, constituerait un facteur déterminant de cette dégradation.

2.4. Des perspectives de recherche urgentes et variées

La hausse des hospitalisations pour geste auto-infligé chez les adolescentes et jeunes femmes reflète une augmentation du risque suicidaire qui leur est spécifique et qui est cohérente avec d'autres indicateurs de la dégradation de la santé mentale de cette tranche d'âge de la population depuis le début des années 2010. Le phénomène n'est pas propre à la France, diverses instances sanitaires et académiques en prennent progressivement la mesure, avancent des pistes d'explication, et des réformes de santé publique, voire des refontes des modèles de soins pédopsychiatriques, sont proposées (McGorry, *et al.*, 2024).

Sans prétendre couvrir l'ensemble des différents facteurs qui peuvent expliquer ce bouleversement genré de la santé mentale des moins de 25 ans, il convient de pointer les orientations de recherche qui paraissent les plus urgentes dans le contexte français. Un récent travail épidémiologique est venu tester systématiquement les pistes d'explication de la dégradation de la santé mentale chez les jeunes femmes au cours des dix dernières années en appliquant à une série de facteurs de risque potentiel²³ une grille de critères simples basée sur trois questions successives (Keyes, Platt, 2023) :

1. le facteur de risque est-il associé aux troubles mentaux intériorisés ou aux comportements suicidaires chez l'adolescent ?
2. la prévalence ou la force de l'association du facteur de risque et les comportements suicidaires ont-elles augmenté ces dernières années ?
3. la prévalence ou la force du facteur de risque ont-elles davantage augmenté chez les filles que chez les garçons ?

Après avoir passé au crible de ces trois questions la littérature et les données disponibles – en reconnaissant les limites des éléments à leur disposition – les auteurs pointent ainsi la plausibilité de deux facteurs de risque :

- certains aspects de l'usage des réseaux sociaux, plus fréquemment consultés par les filles que les garçons, ainsi que le harcèlement et le cyberharcèlement (en plus forte progression chez les filles aux États-Unis) ;
- l'augmentation des pubertés précoces chez les jeunes filles, bien que cela mérite de plus amples recherches, car le phénomène est beaucoup mieux documenté chez les filles que chez les garçons.

L'attention portée au développement des réseaux sociaux ne doit cependant pas occulter la question des injonctions de genre en général, notamment celles portant sur la sexualité, dont le poids est particulièrement marqué à l'adolescence (Clair, 2023). Elles affectent profondément les parcours des jeunes femmes, qui sont plus souvent confrontées à des violences sexistes et sexuelles que les hommes.

23. Événements de vie traumatiques, inégalités genrées d'éducation, changements hormonaux liés à la puberté, facteurs génétiques, comorbidités psychiatriques, usage de drogues, contexte macroéconomique, temps d'exposition aux écrans, réseaux sociaux.

Les mécanismes de sociabilité ou de construction des identités et les technologies mobilisées par les jeunes ont évolué rapidement ces dernières années. Aujourd'hui, le numérique fait partie intégrante d'un espace d'expression, de socialisation, d'échanges, de confrontation, de construction du soi, central dans la vie sociale des jeunes et dont on peine encore à bien mesurer et comprendre l'ensemble des effets sur les comportements, en particulier les conduites suicidaires. Les réseaux sociaux sont ambivalents, permettant tout à la fois l'identification positive à autrui, la prévention ciblée et la protection par l'entraide des pairs et des membres d'une communauté, mais aussi la diffusion de messages dangereux : incitation au suicide, vidéos ou contenu psychologiquement affectant, cyberharcèlement, etc. Autant d'éléments qui peuvent aboutir à la constitution de « suicidosmes », c'est-à-dire d'espaces d'échange facilitant la contagion suicidaire (Notredame, *et al.*, 2020 ; Twenge, 2020).

Plus généralement, les nouvelles modalités d'interaction et l'exposition à des contenus ciblés, illimités et soumis à des algorithmes, modifient profondément la vie des adolescents et leur construction. Des liens sont par exemple établis entre usages massifs des réseaux sociaux et représentations négatives du corps (Revranché, *et al.*, 2022). Par ailleurs, de plus en plus d'études montrent que l'usage de certaines plateformes a un impact négatif sur la santé mentale de ses utilisateurs (Keles, *et al.*, 2020). Parmi les travaux institutionnels, un rapport d'avril 2024 commandé par l'Élysée s'alarme des effets délétères des écrans sur le développement des enfants, mais aussi sur la santé physique et mentale des adolescentes, et en fait un problème majeur pour la société (Bousquet-Bérard, Pascal, 2024). L'ensemble de ces éléments incitent fortement à investiguer et documenter les espaces numériques, voire à déployer de manière urgente de nouvelles enquêtes pour se saisir des corrélations entre les expositions aux médias de communication et d'information et les dynamiques suicidaires (Rezende Ribeiro, 2022, p. 149).

Au-delà des espaces numériques de socialisation, étudier les expressions genrées du mal-être est aussi nécessaire afin de mieux en comprendre les mécanismes, les facteurs de protection et de risque. Des études qualitatives auprès des jeunes et des professionnels permettraient de dépasser les codes diagnostics d'hospitalisation et d'ouvrir de nouvelles pistes d'analyse. De même, il serait intéressant d'examiner les parcours de soins à l'aune des trajectoires de vie, afin de produire des données de santé longitudinales, situées et à même de renseigner sur les configurations sociales suicidogènes. Les outils quantitatifs pourraient aussi être mobilisés à ces fins, une étude par algorithme des dossiers médicaux lorsqu'ils sont numérisés et exploitables (dans l'esprit de Bey, *et al.*, 2024) est une piste à envisager. L'étude fine des parcours de soins pourrait aussi apporter des indications sur la gravité des passages à l'acte (durée du séjour hospitaliser, passages en soins intensifs et réanimation...).

Si un grand chantier de questionnement s'ouvre concernant les jeunes, il faudrait aussi s'attacher à comprendre l'ensemble de la bascule, y compris le ressort de la baisse des hospitalisations pour GAI chez les femmes de 30 à 70 ans et, dans une moindre mesure, chez les hommes de 30 à 50 ans. De ce point de vue, tout est à faire, tant du point de vue quantitatif que qualitatif. S'il s'agit d'une nouvelle plutôt rassurante – d'autant qu'elle ne semble

pas s'accompagner d'une hausse des décès par suicide – elle apparaît tout de même imprévue et inexpliquée. Dans quelle mesure peut-on y voir un effet des plans de prévention ou des progrès dans la prise en charge médicale des troubles associés à de forts risques de suicide ? Cette tendance se retrouve-t-elle dans d'autres pays ou est-elle spécifique à la France ? Pourquoi affecte-t-elle plus nettement les femmes que les hommes ? Repose-t-elle sur certaines catégories de femmes plutôt que d'autres ? Le plus grand nombre d'informations potentiellement disponibles sur ces femmes par rapport à leurs cadettes (parcours de soins passé, revenus, statut d'activité) ouvre des possibilités d'études plus immédiates, mais qui restent à mettre en œuvre.

Enfin, si le dossier a peu insisté sur l'après crise sanitaire due au Covid-19 et ses conséquences, notamment sur le long terme, ces dernières restent encore à étudier pour démêler finement les effets de cette crise sur la santé mentale des individus. En effet, la tendance alarmante de l'augmentation des hospitalisations des adolescentes pour GAI a bel et bien commencé avant le déclenchement de la pandémie, témoignant donc d'une tendance qui n'est pas que contextuelle. L'accentuation de la tendance doit nous inciter à accroître l'étude des populations les plus vulnérables, les personnes de milieu ou d'origine défavorisée du point de vue socio-économique étant nettement plus susceptibles que les autres d'être hospitalisées pour GAI²⁴. Les données épidémiologiques issues d'enquêtes portant sur des indicateurs de santé mentale, dont les pensées suicidaires et les tentatives déclarées, montrent en effet les profonds écarts existants entre la santé mentale plutôt préservée des classes aisées par rapport à celle des plus modestes (Hazo, Boulch, 2022 ; Léon, *et al.*, 2024). Cet effort de recherche ne devra cependant pas écarter l'analyse des effets de génération, ni la prise en compte de la démographie médicale en psychiatrie et de l'offre de soins en général.

24. Voir Sterchele (2022), ainsi que la section suivante du présent dossier pour un focus sur les jeunes. Les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (C2S) – dont le niveau de vie est inférieur ou très proche du seuil de pauvreté monétaire relative à 60 % – représentent 24 % des patients hospitalisés pour geste auto-infligé, alors qu'ils ne représentent que 11 % de la population totale. Quelle que soit la classe d'âge considérée, les 20 % d'habitants des communes à plus bas revenus, sont systématiquement plus nombreux à être hospitalisés pour GAI que les 20 % habitant les communes les plus riches (Hazo, *et al.*, 2024). En revanche, les bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) ne représentent que 0,3 % des patients hospitalisés pour ce motif, alors qu'ils représentaient 0,7 % de la population résidant en France fin 2023 (466 000 bénéficiaires [Évin, Stefanini, 2023]).

Références bibliographiques

- **Aouba, A., et al.** (2011). Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 497-500.
- **Bey, R., et al.** (2024). Natural language processing of multi-hospital electronic health records for public health surveillance of suicidality. *npj mental health research*, 3(6).
- **Bousquet-Bérard, C., Pascal, A.** (2024). *Enfants et écrans. À la recherche du temps perdu*. Rapport officiel, Présidence de la République, remis le 30 avril 2024.
- **Clair, I.** (2023). *Les choses sérieuses. Enquête sur les amours adolescentes*. Paris, France : Le Seuil.
- **Évin, C., Stefanini, P.** (2023). *Rapport sur l'aide médicale de l'État*. Mission sur l'aide médicale de l'État.
- **García-Fernández, L., et al.** (2023). Dramatic increase of suicidality in children and adolescents after COVID-19 pandemic start: a two-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 163, p. 63-67.
- **Hansen, L., Pritchard, C.** (2008). Consistency in suicide rates in twenty-two developed countries by gender over time 1874-78, 1974-76, and 1998-2000. *Archives of Suicide Research*, 12(3), p. 251-262.
- **Hazo, J.-B., Boulch, A.** (2022). Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes. DREES, *Études et Résultats*, 1233.
- **Hazo J.-B., Rouquette, A.** (2023). Près d'un enfant sur six a eu besoin de soins de santé mentale entre mars 2020 et juillet 2021. DREES, *Études et Résultats*, 1271.
- **Hazo, J.-B., et al.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. *Études et Résultats*, 1300.
- **Inder, K.J., et al.** (2014). Determinants of suicidal ideation and suicide attempts: parallel cross-sectional analyses examining geographical location. *BMC Psychiatry*, 14, p. 208.
- **Jung, K.Y., Kim, T., Cha, W.C.** (2023). Self-harm characteristics of younger-old and older-old adults admitted to emergency departments: a nationwide study. *Signa Vitae*, 19(4).
- **Keles, B., McCrae, N., Grealish, A.** (2020). A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *International journal of adolescence and youth*, 25(1), p. 79-93.
- **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.
- **Léon, C., du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Naouri, D.** (2021). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
- **Notredame, C., et al.** (2020). Prendre soin des jeunes suicidaires jusque sur les réseaux sociaux : le projet Elios. *L'information psychiatrique*, 96, p. 340-347.

- **Pavicic, M., et al.** (2023). Using iterative random forest to find geospatial environmental and sociodemographic predictors of suicide attempts. *Frontiers in Psychiatry*, 14(1178633).
- **Revranché, M., Biscond, M., Husky, M.M.** (2022). Lien entre usage des réseaux sociaux et image corporelle chez les adolescents : une revue systématique de la littérature. *L'Encéphale*, 48(2), p. 206-218.
- **Rezende Ribeiro, R.** (2022). L'imaginaire de la mort et le quotidien de la jeunesse : altérité, émotions et enracinement dans les réseaux sociaux numériques. *Sociétés*, 158, p. 147-156.
- **Roumeliotis, N., et al.** (2024). Mental health hospitalizations in canadian children, adolescents, and young adults over the Covid-19 pandemic. *JAMA Network Open*, 7(7).
- **Sterchele, C.** (2022). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé). Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 273-284. Paris, France : DREES.
- **McGorry, Patrick D, et al.** (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), p. 731-774.
- **Trafford, A.M., et al.** (2023). Temporal trends in eating disorder and self-harm incidence rates among adolescents and young adults in the UK in the 2 years since onset of the Covid-19 pandemic: a population-based study. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 7(8), p. 544-554.
- **Twenge, J.M.** (2020). Increases in depression, self-harm, and suicide among U.S. adolescents after 2012 and links to technology use: possible mechanisms. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 2(1), p. 19-25.

3. Inégalités sociales face aux hospitalisations pour geste auto-infligé chez les jeunes

Clémentine de Champs (DREES) et Hadrien Guichard (Cridup)

La catégorie des jeunes de 10 à 25 ans présente le taux de décès par suicide le plus faible, mais le taux d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour geste auto-infligé (GAI) le plus élevé. En outre, c'est également chez les moins de 25 ans que ce taux connaît l'écart le plus marqué entre les femmes et les hommes (Hazo, et al., 2024). Par ailleurs, des travaux récents mettent en évidence de fortes inégalités sociales face aux hospitalisations pour geste auto-infligé (Sterchele, 2022 ; Hazo, et al., 2024), quelle que soit la classe d'âge : les personnes issues des ménages les plus pauvres sont les plus hospitalisées, comme les personnes inactives ou au chômage.

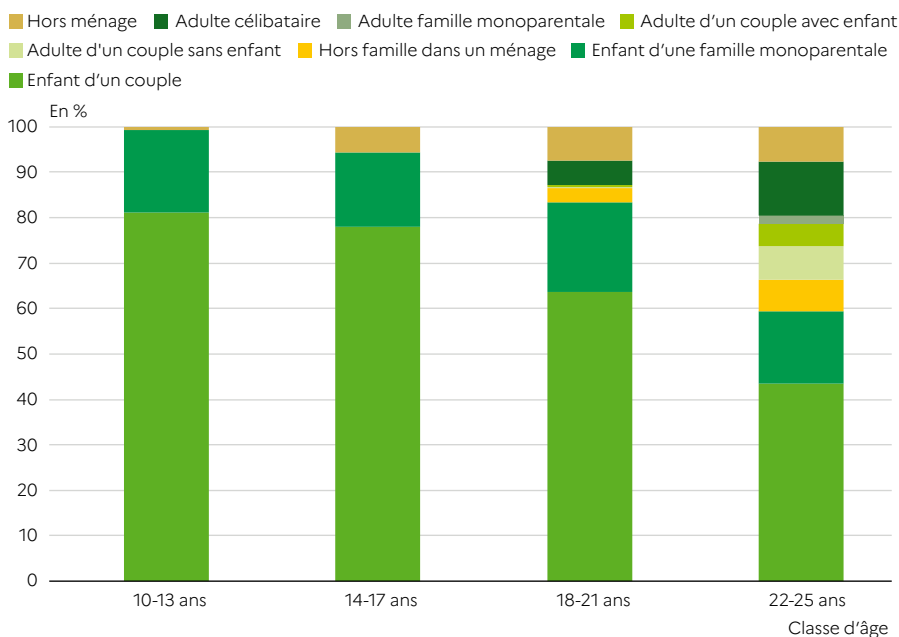
Dans quelle mesure le risque de conduite suicidaire identifié par les hospitalisations en MCO pour GAI varie-t-il en fonction de l'âge, du genre, de la composition du ménage et du niveau de vie entre 10 et 25 ans, phase du cycle de vie où les pics d'hospitalisation sont observés chez les femmes ?

3.1. Niveau de vie et composition des ménages (2014-2016)

Les jeunes de 10 à 25 ans (hospitalisés en MCO pour GAI ou non) disposent d'un niveau de vie relativement plus faible que l'ensemble de la population : 28 % font partie du cinquième le plus modeste, 22 % du 2^e cinquième, 19 % du 3^e cinquième, 16 % du 4^e cinquième et 15 % du cinquième le plus aisé.

La composition du ménage dont font partie ces jeunes de 10 à 25 ans varie avec l'avancée en âge des individus, même si les données permettent de souligner que ces jeunes ne suivent pas des trajectoires identiques. Il peut, d'ailleurs, se révéler particulièrement important de se pencher sur des configurations peu fréquentes dans la population mais associées à des risques très élevés de conduite suicidaire. Si la majorité des jeunes (hospitalisés en MCO pour GAI ou non) vivent dans un ménage en tant qu'enfant d'un couple jusqu'à la classe d'âge de 22-25 ans, 5 % des 14-17 ans vivent hors ménage (**encadré** page 148 et **graphique 1**).

Graphique 1 • Configuration familiale de l'ensemble des jeunes, par classe d'âge



Lecture • Près de 80 % des 10-13 ans (hospitalisés en MCO pour GAI ou non) vivent dans un ménage dans lequel ils sont l'enfant d'un couple.

Champ • Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

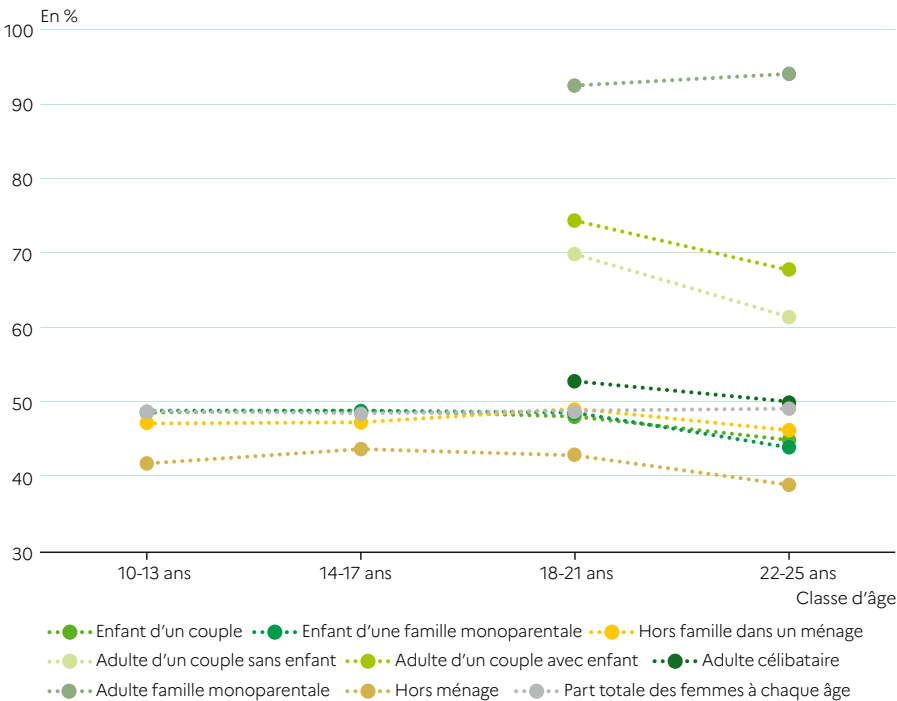
Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

Les hospitalisations en MCO pour GAI sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes (voir section précédente de ce dossier). La répartition des femmes et des hommes dans les différentes

catégories d'analyse est donc déterminante pour interpréter les résultats. Si chaque classe d'âge de l'échantillon compte globalement à peu près autant de femmes que d'hommes, de nettes différences apparaissent lorsque l'on considère la configuration familiale :

- entre 18 et 25 ans, les femmes sont nettement plus nombreuses que les hommes parmi les personnes de l'échantillon qui résident avec leur conjoint (avec ou sans enfant), et elles représentent plus de 90 % des parents d'une famille monoparentale (**graphique 2**) ;
- au contraire, quelle que soit la classe d'âge considérée, les hommes sont plus nombreux que les femmes parmi les jeunes vivant hors ménage.

Graphique 2 • Part des femmes dans chaque classe d'âge et par configuration familiale



Lecture • Parmi les jeunes de 18 à 21 ans vivant seuls en tant qu'adultes d'une famille monoparentale, 92 % sont des femmes.

Champ • Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

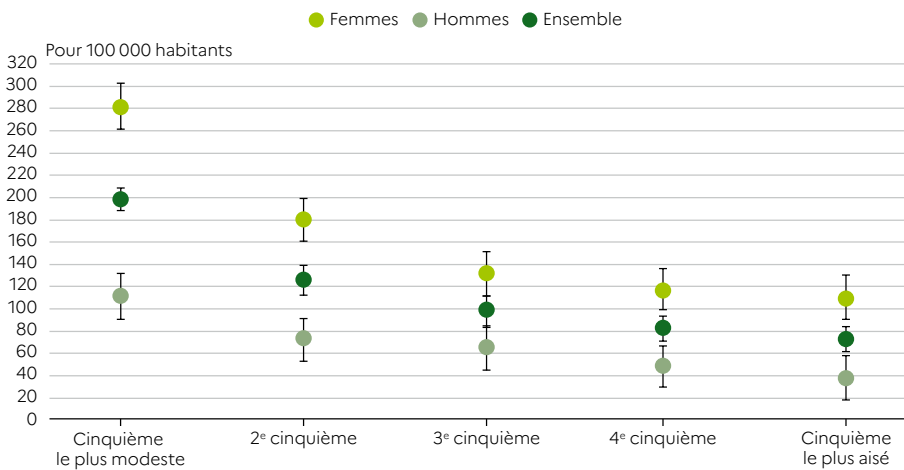
Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

3.2. Un risque d'hospitalisation pour geste auto-infligé fortement décroissant avec le niveau de vie

Chez les jeunes de 10 à 25 ans – comme dans l'ensemble de la population – le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI est fortement lié au niveau de vie (Sterchele, 2022). Chez les plus modestes, ce taux s'établit à 199 pour 100 000 (282 pour les femmes et 112 pour les hommes), soit 2,7 fois plus que parmi les jeunes les plus aisés (110 pour les femmes et 38 pour les hommes). Selon le niveau de vie considéré, le taux d'hospitalisation des

jeunes femmes est 2 à 3 fois supérieur à celui des jeunes hommes et, d'une façon générale, les inégalités de risque d'hospitalisation liées à l'âge, au genre et au niveau de vie se conjuguent (**graphique 3**) : le taux d'hospitalisation pour GAI des jeunes femmes les plus modestes est 1,7 fois plus important que le taux moyen des jeunes femmes, et 2 fois plus important que le taux moyen de l'ensemble des femmes (tous âges confondus). Elles sont aussi hospitalisées pour GAI 2,5 fois plus souvent que les jeunes femmes les plus aisées et que les jeunes hommes les plus modestes, ainsi que 7,5 fois plus souvent que les jeunes hommes les plus aisés.

Graphique 3 • Taux de patients hospitalisés pour geste auto-infligé parmi les 10-25 ans, selon le genre et le revenu du ménage, entre 2014 et 2016



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. Le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI des femmes âgées de 10 à 25 ans qui font partie des 20 % des ménages les plus modestes a 95 % de probabilité de se situer entre 262 et 303 pour 100 000.

Lecture • Parmi les jeunes filles de 10 à 25 ans qui font partie des 20 % des ménages les plus modestes, 282 sur 100 000 ont été hospitalisées au moins une fois pour GAI entre 2014 et 2016.

Champ • Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

3.3. Un risque accru de GAI pour les jeunes de familles monoparentales et pour ceux qui ne cohabitent pas avec leurs parents

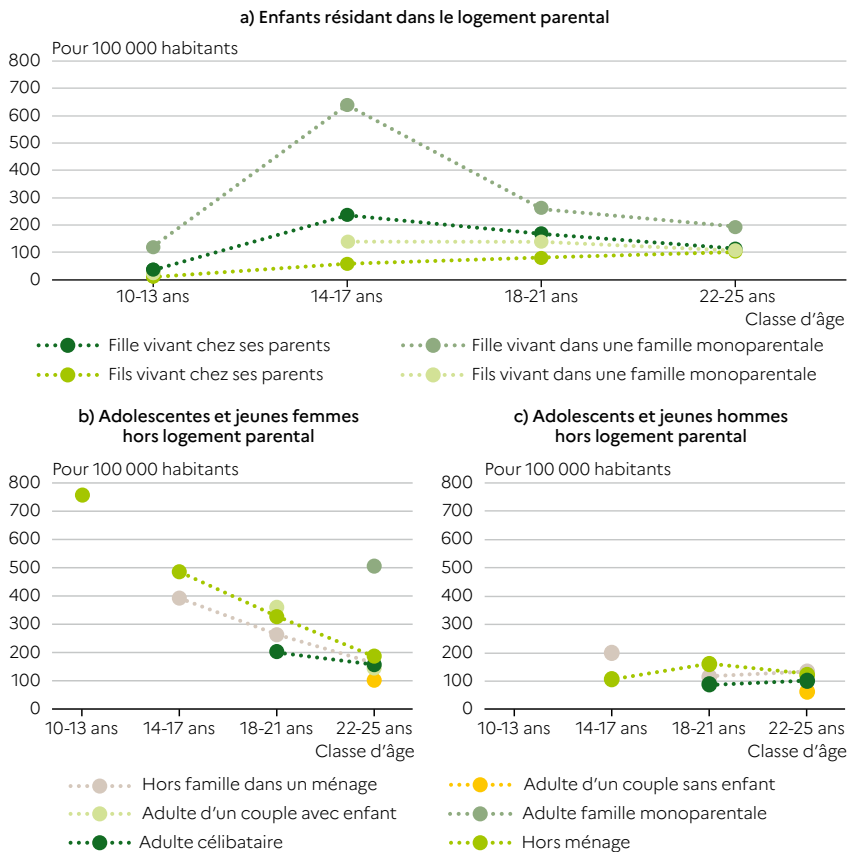
Chez les adultes de 25 ans ou plus, certaines configurations familiales constituent un facteur de risque face aux gestes auto-infligés²⁵. Ainsi les personnes divorcées, veuves et célibataires sont plus souvent hospitalisées que celles mariées ou pacsées (Sterchele, 2022). Les femmes seules et les mères de famille monoparentale le sont deux fois plus souvent que les femmes vivant en couple avec enfant(s), et les hommes vivant seuls sont aussi bien

25. Ces résultats sont présentés sans contrôler les différences de niveau de vie existant entre ces différentes configurations familiales. Des analyses complémentaires indiquent cependant que ces écarts de niveau de vie n'expliquent qu'une partie limitée des différences observées entre configurations familiales.

plus concernés que ceux vivant en couple, avec ou sans enfant(s). Pour ce qui concerne les jeunes de 10 à 25 ans, la composition du ménage joue un rôle particulièrement important (graphique 4).

Entre 10 et 25 ans, les jeunes qui résident chez leurs parents sont les moins susceptibles d’être hospitalisés pour GAI (graphique 4). Ceux qui vivent avec un seul de leurs parents sont plus exposés au risque suicidaire, particulièrement avant leurs 18 ans : leur taux d’hospitalisation pour GAI est de 383 pour 100 000 entre 14 et 17 ans, plus de deux fois le taux

Graphique 4 • Taux d’hospitalisation pour geste auto-infligé, selon la composition du ménage et la classe d’âge



Note • Les points correspondants à des effectifs inférieurs à cinq personnes hospitalisées en MCO pour GAI ne sont pas représentés. Les points correspondants à des effectifs inférieurs à dix personnes hospitalisées en MCO pour GAI figurent sur les graphiques, mais sans être reliés par des pointillés. L'ensemble des points représentés renvoie à des situations pour lesquelles l'effectif total (personnes hospitalisées en MCO pour GAI ou non) est supérieur à 1 000 individus.

Lecture • Parmi les jeunes filles de 10 à 13 ans vivant « hors ménage », 757 sur 100 000 ont été hospitalisées au moins une fois pour tentative de suicide entre 2014 et 2016.

Champ • Individus âgés de 10 à 25 ans résidant en France (hors Mayotte) entre 2014 et 2016.

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

moyen de cette classe d'âge. L'écart entre ces deux types de familles est particulièrement marqué chez les adolescentes de 14 à 17 ans (638 contre 235 pour 100 000), quoiqu'il soit aussi non négligeable chez les adolescents (140 contre 55 pour 100 000).

Le risque est encore accentué pour ceux qui ne cohabitent pas ou plus avec leurs parents. Ces jeunes peuvent avoir fui des situations de maltraitance dans leur famille, dont on sait qu'elles augmentent le risque de passage à l'acte (Scodellaro, 2020). Ceux qui vivent « hors ménage » sont exposés à un risque bien plus important que les autres, particulièrement entre 10 et 13 ans : leur taux d'hospitalisation pour GAI atteint 455 pour 100 000 (757 chez les filles), contre 27 pour l'ensemble des enfants de cette classe d'âge.

Le taux d'hospitalisation des jeunes mères seules de 22 à 25 ans est également très élevé : près de 505 pour 100 000, contre 138 parmi l'ensemble des jeunes femmes du même âge. Ces résultats font écho à d'autres recherches rapportées dans le 5^e rapport de l'ONS qui associaient la période de grossesse à des risques accrus de gestes auto-infligés chez les adolescentes (Jollant, *et al.*, 2022). D'éventuelles trajectoires de violences, un isolement social, une forte précarité²⁶ ainsi qu'un plus faible niveau de diplôme peuvent expliquer un moindre recours aux soins, et des parcours marqués par un mal-être profond²⁷.

3.4. Les hospitalisations multiples pour GAI concernent davantage les filles les plus jeunes

Presque un quart des femmes et 16 % des hommes de moins de 25 ans hospitalisés pour GAI ont été réhospitalisés dans les 24 mois pour le même motif (**graphique 5**). Parmi les jeunes de 14 à 17 ans, surexposés au risque d'hospitalisation pour GAI, 24 % ont été réhospitalisés pour le même motif après 24 mois. Les jeunes de 10 à 13 ans sont, quant à eux, peu nombreux à avoir été hospitalisés pour GAI entre 2014 et 2016, mais un tiers des filles de cet âge ont été hospitalisées de nouveau dans les 24 mois qui ont suivi.

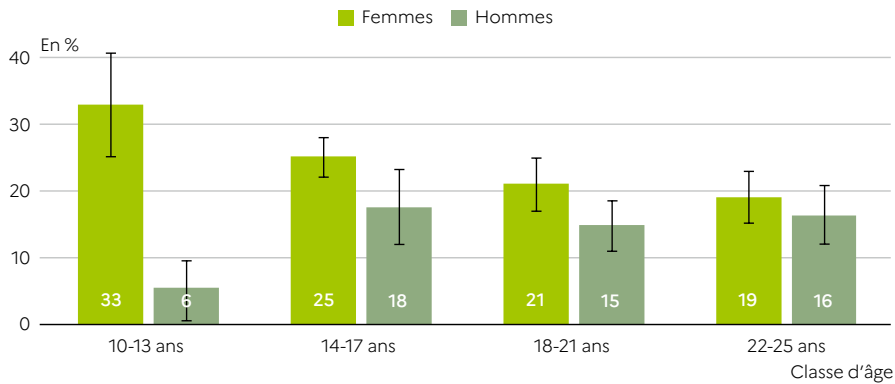
Ces résultats interpellent et conduisent à formuler certaines hypothèses susceptibles de les expliquer. Il est tout d'abord possible que la santé mentale des jeunes filles soit plus dégradée que celle des garçons du fait de leur surexposition aux violences, notamment sexuelles : « Si les personnes ayant rapporté une violence sexuelle ont un risque 7,5 fois plus élevé de rapporter une tentative de suicide que les autres, c'est en partie parce que certaines d'entre elles ont également été exposées à d'autres situations de violence, ou que leurs caractéristiques sociodémographiques les exposent à la fois aux violences et aux problèmes de santé mentale. [...] Le cumul de situations de violence joue donc un rôle non

26. 88 % des jeunes mères hospitalisées pour GAI font partie des ménages les 25 % les plus pauvres.

27. À l'exception de celles touchant les jeunes vivant hors ménage – pour qui on ne dispose pas d'information permettant de connaître leur niveau de vie –, les inégalités observées liées à la composition du ménage restent valables lorsqu'on tient compte des écarts de niveau de vie des jeunes. Réciproquement, les inégalités décrites liées à la position dans l'échelle des niveaux de vie restent aussi profondes qu'évoquées dans cette étude lorsque les analyses sont réalisées en contrôlant la composition du ménage.

négligeable dans l'exposition des victimes de violence sexuelle au risque de tentative de suicide. Les femmes sont doublement désavantagées, car à la fois davantage victimes de violence sexuelle et d'autres situations de violence. » (Scodellaro, 2022).

Graphique 5 • Part des jeunes de 10 à 25 ans réhospitalisés dans les 24 mois suivant une première hospitalisation pour geste auto-infligé



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. Le taux de réhospitalisation en MCO pour GAI des jeunes filles âgées de 10 à 13 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 25 % et 41 %.

Lecture • Parmi les jeunes filles âgées de 10 à 13 ans hospitalisées pour GAI entre 2014 et 2016, 33 % ont été réhospitalisées pour GAI dans les 24 mois suivant leur première hospitalisation.

Champ • Individus âgés de 10 à 25 ans hospitalisés pour geste auto-infligé entre 2014 et 2016 en France (hors Mayotte).

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

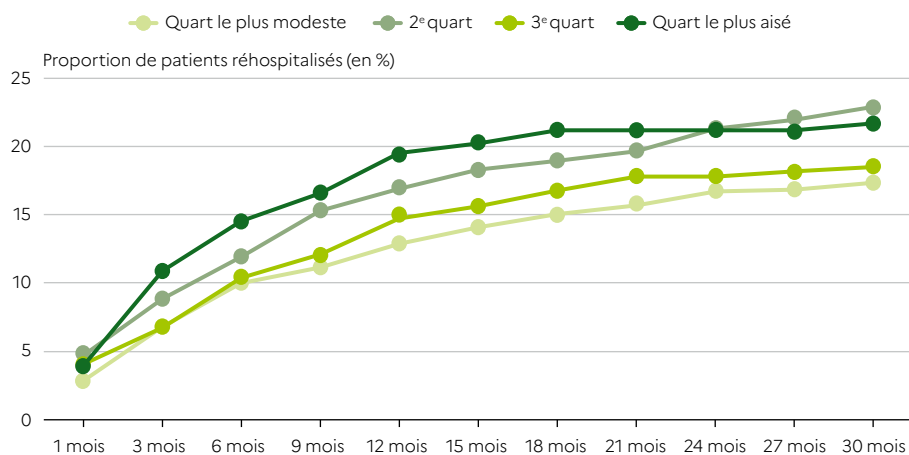
Les écarts d'hospitalisation pour GAI entre les jeunes femmes et les jeunes hommes pourraient en outre avoir pour origine les comportements genrés par rapport à l'expression du mal-être, qui influent ensuite sur les indicateurs classiques de suivi des tentatives de suicide. En analysant les comportements suicidaires des femmes et des hommes, Silvia Canetto (1997) montre à quel point les « scripts culturels²⁸ » affectent leurs modalités de passage à l'acte. En population adulte, les femmes déclarent plus souvent que les hommes s'être rendues à l'hôpital à la suite de leur tentative de suicide (Léon, et al., 2024). Néanmoins, une hospitalisation pour comportement suicidaire n'est pas le seul indicateur de la dégradation de la santé mentale d'un individu, et les GAI ne sont qu'une des modalités de son expression parmi d'autres, « le mal-être des individus [s'exprimant] au travers de comportements socialement conformes au genre auquel ils appartiennent » (Cousteaux, Pan Ke Shon, 2008). Dans un cas comme dans l'autre, les données à disposition n'ont pour l'instant pas permis de mettre en avant une dégradation similaire de la santé mentale chez les jeunes hommes (Hazo, et al., 2024).

28. La notion de script culturel englobe les normes, les pratiques et les valeurs culturelles qui conditionnent en partie le comportement d'un individu.

3.5. Les jeunes les plus aisés moins sujets au risque d'une hospitalisation pour GAI, mais plus à celui d'une réhospitalisation

Alors qu'ils sont, d'un point de vue général, moins à risque d'une hospitalisation pour GAI (**graphique 3**), les jeunes issus des ménages les plus aisés sont plus concernés par les hospitalisations multiples que les jeunes de milieu modeste (**graphique 6**). Un an après leur première hospitalisation pour GAI, un jeune sur cinq appartenant aux 25 % les plus aisés de la population a été réhospitalisé, contre un jeune sur huit parmi les 25 % les plus modestes. Il semble que l'écart se creuse dans les six premiers mois suivant l'hospitalisation pour GAI.

Graphique 6 • Probabilité cumulée de réhospitalisation pour GAI dans les 30 mois suivant la première hospitalisation, selon le revenu du ménage



GAI : geste auto-infligé.

Lecture • Parmi les jeunes ayant été hospitalisés pour GAI et faisant partie d'un ménage parmi les 25 % les plus aisés, 14 % ont été hospitalisés à nouveau pour le même motif dans les six mois qui ont suivi.

Champ • Individus âgés de 10 à 24 ans hospitalisés pour geste auto-infligé entre 2014 et 2016 en France (hors Mayotte).

Source • Insee-DREES, EDP-Santé 2014-2016.

Pour éclairer ce phénomène, des recherches doivent être menées en élargissant la focale aux parcours de soins, notamment concernant les consultations auprès de psychiatres et la consommation de certains médicaments²⁹. Des protocoles de recherche au plus près du terrain seraient aussi riches d'enseignements, dans la veine de Ligier, Vidailhet et Kabuth (2009) qui notaient à propos des jeunes perdus de vue parmi la cohorte de jeunes suicidants qu'ils ont suivis entre 1996 et 2006 qu'ils « étaient majoritairement issus de milieux défavorisés ou très défavorisés ». Cela permettrait de comprendre les spécificités, en fonction du milieu d'origine, de la prise en charge des jeunes après une hospitalisation pour GAI, puisqu'un écart de réhospitalisation semble se creuser entre le deuxième et le quatrième mois après la première hospitalisation.

29. Par construction, les données issues du SNDS concernent uniquement les soins remboursés par l'Assurance maladie, et non d'autres types de prise en charge (notamment les suivis psychologiques).

Encadré • Sources et méthodes

Sources des données

L'EDP-Santé est une base de données issues de l'appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee aux données de consommation de soins et d'hospitalisation du système national des données de santé (SNDS), qui permet d'apporter un éclairage sur les inégalités sociales en matière de santé (Dubost, *et al.*, 2020). L'EDP couvre 4,4 % de la population, dont il constitue un échantillon représentatif.

Les deux sources de l'EDP utilisées dans cette étude sont les données fiscales du fichier démographique des logements et des individus (Fidéli) et celles des enquêtes annuelles de recensement (EAR). Ces deux sources ne couvrent pas le même champ et s'étudient de manière indépendante. Les données de chacune d'entre elles sont pondérées afin de rendre leurs échantillons respectifs représentatifs de la population exhaustive (calage sur marge), sans possibilité de corriger les écarts entre les sources : les personnes figurant dans Fidéli étant les personnes rattachées à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation, et celles figurant dans les EAR étant les personnes résidant en France (hors Mayotte), le décompte des tentatives de suicide n'est pas strictement identique entre les deux sources.

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), disponibles sur le portail de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), ont également été mobilisées pour fournir des données exhaustives sur les hospitalisations en MCO après geste auto-infligé.

Champ de l'étude

Cette étude porte sur les 2 434 individus de 10 à 25 ans présents dans l'EDP-Santé et hospitalisés en MCO pour geste auto-infligé (codes X60 à X84 de la CIM-10) en France (hors Mayotte), entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2016¹. La composition du ménage est connue pour 1 934 d'entre eux. Les patients uniquement pris en charge aux urgences sans séjour hospitalier ultérieur, ou pris en charge directement en psychiatrie, ne sont pas pris en compte ici.

Catégories d'analyse : niveau de vie et composition du ménage

Dans cette étude, les inégalités face au risque de geste auto-infligé sont évaluées du point de vue du niveau de vie et de la composition du ménage, le niveau de diplôme étant très dépendant de l'âge et parfois manquant dans les données mobilisées :

- les quantiles de niveau de vie des ménages des jeunes étudiés sont déterminés selon la répartition du niveau de vie de l'ensemble des ménages². Le revenu affecté au jeune peut correspondre à celui de ses parents ou à celui du jeune lui-même, s'il habite seul ;
- dans le cadre de son recensement, l'Insee définit la composition du ménage³ par le mode de cohabitation, déterminé par le rôle familial de chaque individu en son sein. Les enfants mineurs logés ailleurs pour leurs études sont intégrés au ménage. Les jeunes étudiés ici incluent des jeunes vivant avec au moins un de leurs parents (enfant d'un couple⁴, enfant d'une famille monoparentale) et d'autres qui n'habitent avec aucun de leurs parents (personne vivant seule, adulte d'un couple sans enfant, adulte d'un couple avec enfant(s)⁵, adulte d'une famille monoparentale, personne vivant hors famille dans un ménage de plusieurs personnes⁶, personne vivant hors ménage⁷).

1. Les données disponibles ne nous permettent pas d'étudier une période plus récente.

2. Le niveau de vie est calculé à partir du revenu disponible du ménage de l'année précédente divisé par le nombre d'unités de consommation, renseignés dans les données fiscales appariées au SNDS.

3. Au sens du recensement, un ménage désigne « l'ensemble des personnes qui partagent la même résidence principale, sans que ces personnes soient nécessairement unies par des liens de parenté ».

4. L'enfant d'un couple peut être l'enfant des deux parents, de l'un ou de l'autre, un enfant adopté ou un enfant sous tutelle de l'un ou l'autre parent. Pour qu'une personne soit considérée comme un enfant, elle doit aussi être célibataire et ne pas avoir de conjoint ou d'enfant faisant partie du même ménage.

5. Les individus vivant avec leurs enfants et leurs parents sont catégorisés comme « adulte d'un couple/d'une famille monoparentale avec enfant ».

6. Cela comprend les jeunes qui habitent avec des membres de leur famille (grands-parents, frères et sœurs, cousins, etc.), ou avec des colocataires sans lien de parenté.

7. Ce sont des jeunes qui vivent dans une habitation mobile (notamment un bateau ou une caravane), une communauté (en foyers et résidences sociales, foyers de travailleurs, internats, casernes, résidences universitaires, établissement pénitentiaire, etc.) ou sans-abri.

Références bibliographiques

- **Canetto, S.S.** (1997). Gender and suicidal behavior: theories and evidence. In Maris, R.W., Silverman, M.M., Canetto, S.S. (Eds.), *Review of suicidology*, p. 138-167, New York : Guilford.
- **Cousteaux, A., Pan Ké Shon, J.** (2008). Le mal-être a-t-il un genre : suicide, risque suicidaire, dépression et dépendance alcoolique. *Revue française de sociologie*, 49, p. 53-92.
- **Dubost, C.-L., Leduc, C.** (2020). L'EDP-Santé : un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au Système national des données de santé. *Dossiers de la DRESS*, 66.
- **Hazo, J.-B., Vuagnat, A., Pirard, P.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1300.
- **Jollant, F., Goueslard, K., Quantin, C.** (2022). Hospitalisation pour geste auto-infligé et mortalité durant les trois ans de suivi de six cohortes d'adolescents et de jeunes adultes. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 114-122. Paris, France : DREES.

- **Léon, C., du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Ligier, F., Vidailhet, C., Kabuth, B.**, (2009). Devenir psychosocial, dix ans après, de 29 adolescents suicidants. *L'Encéphale*, 35(5), p. 474-475.
- **Rey, G.** (2022). Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France en 2017. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 253-259. Paris, France : DREES.
- **Scodellaro, C.** (2020). Violences et santé : le poids du genre ? Dans Brown, E., et al. (dir.), *Violence et rapports de genre*, Paris, France : Éditions de l'Ined.
- **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.
- **Sterchele, C.** (2022). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 273-284. Paris, France : DREES.

4. Évaluation de la fiabilité du codage médico-administratif des gestes auto-infligés : synthèse de l'étude Quantin-Jollant au CHU et à l'EPSM de Dijon

Albert Vuagnat (DREES)

4.1. Les bases de données hospitalières : une ressource centrale dans le suivi des gestes auto-infligés

Depuis la recommandation en janvier 2001, par la mission du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, de coder les gestes auto-infligés (GAI) dans les bases de données hospitalières³⁰, le volet médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) du PMSI est devenu la principale source d'information sur les hospitalisations pour tentative de suicide³¹. La base de données PMSI-MCO permet d'analyser les profils et les parcours de soins des personnes hospitalisées à la suite d'un GAI³² et constitue la principale source mobilisée pour suivre l'évolution du nombre de tentatives de suicide en France, le taux d'hospitalisation pour GAI pour 100 000 habitants constituant l'indicateur de référence.

30. Voir à ce sujet les *Consignes de codage relatives à des priorités nationales de santé publique* applicables notamment aux gestes auto-infligés (codes CIM-10 X60 à X84).

31. Les GAI désignent les tentatives de suicide, mais aussi les auto-agressions sans intention suicidaire.

32. Les données du PMSI sont en effet intégrées au système national des données de santé (SNDS) qui permet d'obtenir des informations sur le recours aux soins avant et après l'hospitalisation (médicaments remboursés, médecine de ville...).

En dépit des limites de ces données – elles incluent les auto-agressions sans intention suicidaire et excluent les tentatives de suicide n’ayant pas donné lieu à une hospitalisation³³ – le suivi des hospitalisations pour GAI a mis en évidence une dégradation brutale de la santé mentale des jeunes femmes et des adolescentes au cours des dernières années (section 2 de ce dossier). La fiabilité de l’information du PMSI-MCO constitue donc un enjeu majeur de connaissance et de santé publique. Cependant, cette information reste collectée à titre documentaire, même si la recommandation à l’origine du codage des GAI, reprise depuis dans toutes les rééditions du guide méthodologique de production du PMSI-MCO, en mentionne l’importance en termes de surveillance épidémiologique. Contrairement à d’autres informations recueillies dans le PMSI, les personnels soignants n’ont pas d’incitation à déclarer les GAI, ces derniers n’intervenant pas dans la tarification des actes (par conséquent, ces déclarations ne sont pas contrôlées par les services de l’Assurance maladie)³⁴.

De plus, il s’agit d’un codage des « circonstances » de l’hospitalisation, voué à compléter le motif de venue à l’hôpital qui, lui, est obligatoire³⁵ et pris en compte dans l’algorithme de classification sur lequel repose la valorisation de l’activité des établissements de santé. L’information sur l’existence d’un GAI figure-t-elle donc systématiquement dans le PMSI-MCO ? Lorsqu’elle est présente, cette information est-elle fiable ?

Le recueil PMSI a progressivement été étendu, au-delà du secteur MCO, à l’ensemble de l’activité d’hospitalisation, la psychiatrie ayant été intégrée en 2007 via le recueil d’informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P). Le PMSI permet ainsi une description complète du parcours hospitalier, à ceci près que seul le guide méthodologique du PMSI-MCO comporte la recommandation de codage des GAI, celle-ci n’ayant été intégrée au guide destiné à la psychiatrie qu’à partir de la version 2016.

L’activité des urgences peut, quant à elle, être décrite par le recueil des résumés de passage aux urgences (RPU, en principe obligatoire depuis 2014). Néanmoins, les codes CIM-10 nécessaires ne figurent pas non plus dans le thésaurus établi par la Société française de médecine d’urgence (SFMU) utilisé pour décrire la pathologie prise en charge par les services d’urgence. Le repérage des GAI ayant conduit à une prise en charge aux urgences sans donner lieu ensuite à une hospitalisation – ou ayant débouché sur une hospitalisation en psychiatrie sans passage par un service MCO – est donc rendu en théorie possible par l’existence des RPU et du RIM-P... Mais que dire de la fiabilité des résultats obtenus ?

Dans ce contexte, et en raison de la rareté des travaux sur le sujet, l’Observatoire national du suicide (ONS) a souhaité engager une évaluation rétrospective de la qualité de l’identification des GAI dans le PMSI, du point de vue de l’exhaustivité comme de l’exactitude des

33. En particulier, les GAI ayant donné lieu à une prise en charge aux urgences sans hospitalisation ultérieure ne sont pas comptabilisés par cet indicateur (section 1 de ce dossier).

34. Un système de classification médico-économique affecte chaque séjour dans l’un des 1 500 groupes homogènes de malades (chaque groupe étant assorti d’un tarif, cela permet le financement à l’activité des établissements de santé, tarification à l’activité).

35. Pour les GAI, ce motif correspond à la lésion auto-infligée proprement dite ou à ses conséquences somatiques immédiates.

informations collectées. Ce projet, élaboré et mené par les professeurs Fabrice Jollant et Catherine Quantin et l'équipe du CHU de Dijon-Bourgogne, a été financé par l'ONS grâce aux fonds mis à sa disposition chaque année par la DREES en vue de soutenir des projets de recherche³⁶.

4.2. Une recherche basée sur l'analyse des dossiers médicaux et leur comparaison avec le PMSI

La démarche suivie par l'équipe de recherche a consisté à relire le contenu d'une série de dossiers médicaux du CHU et de l'Établissement public de santé mentale (EPSM) de Dijon, à identifier les cas de GAI, puis à comparer le résultat de cette analyse à l'information correspondante codée dans le PMSI. L'analyse a porté sur l'ensemble des patients de 10 ans ou plus admis au cours d'une période donnée³⁷ au sein de :

- trois services du CHU : la réanimation et la psychiatrie pour les patients (du 1^{er} au 31 mai 2019), ainsi que les urgences (du 13 au 19 mai 2019)³⁸ ;
- deux services de l'EPSM : une unité de psychiatrie générale et une unité spécialisée dans la dépression (du 1^{er} au 31 mai 2019).

Ce périmètre, du point de vue des services hospitaliers comme de la période de l'année retenus, est susceptible de rassembler la plus grande part des prises en charges des GAI au CHU et à l'EPSM de Dijon³⁹. Il permet de mobiliser de la façon la plus efficace possible les forces de recherche à disposition – les GAI ne représentant qu'une petite part de l'activité – et évite la période de la pandémie de Covid-19 et les modifications qu'elle a induites.

Les documents médicaux ont été relus *via* le système d'information du CHU et sous forme papier à l'EPSM⁴⁰, à la recherche d'une liste de termes susceptibles d'indiquer des GAI, les résultats de cette analyse étant ensuite retranscrits dans un formulaire de recueil préétabli (**encadré**). La revue des dossiers, réalisée par une secrétaire médicale dédiée à la recherche, a eu lieu sans avoir connaissance du codage PMSI. Dans l'éventualité où ce qui était mentionné dans le dossier ne permettait pas de déterminer avec certitude l'existence du GAI,

36. Cette étude a fait l'objet d'une publication dans une revue à comité de lecture (Quantin, *et al.*, 2024). Nous remercions pour leurs travaux dans le cadre de ce projet : le P^r Catherine Quantin (professeur des universités - praticien hospitalier, université de Bourgogne-Franche-Comté et CHU de Dijon-Bourgogne), le P^r Fabrice Jollant (professeur des universités - praticien hospitalier, université Paris-Saclay et hôpital Bicêtre, AP-HP), Jonathan Cottenet (ingénieur hospitalier), Adrien Roussot (ingénieur hospitalier), le D^r Georges Moreira (médecin DIM), le D^r Mickael Piccard (médecin DIM), Karine Couderc (technicienne d'études cliniques) et Johan Besson (technicien en administration). Nous remercions également pour leur collaboration : le P^r Jean-Christophe Chauvet-Gelinier (service de psychiatrie adulte du CHU de Dijon), le D^r Maud Benetti (service de psychiatrie adulte du CHU de Dijon), Laurent Plancke (F2RSM Hauts-de-France) et le D^r Christine Chan-Chee (Santé publique France).

37. La durée de cette période a été déterminée en fonction du nombre de patients pris en charge et de la fréquence estimée des cas de gestes auto-infligés au sein de chacun de ces services.

38. Les cas correspondants à des passages aux urgences pédiatriques sans hospitalisation, en l'absence de collecte correspondante dans les RPU, n'ont pas été retenus.

39. Dans la base de données PMSI-MCO nationale, 87 hospitalisations avec code de GAI ont eu lieu au CHU de Dijon en mai 2019, parmi lesquelles 82 (94,3 %) correspondent aux critères de sélection de l'étude (passage par les urgences ou admission en réanimation ou encore en soins continus).

40. Tous les documents utiles des dossiers sélectionnés ont pu être retrouvés.

des réunions avec les coordonnateurs médicaux de la recherche étaient prévues afin de finaliser la caractérisation des dossiers.

Encadré • L'analyse des dossiers médicaux

Les termes recherchés lors de la lecture des dossiers, qui devaient correspondre au motif de l'admission ou du passage aux urgences, étaient les suivants :

- geste auto-infligé, suicide, volontaire ;
- ingestion, intoxication, alcool, toxiques, drogues ;
- feu, eau bouillante, liquide brûlant, produit caustique, produit corrosif, produit d'entretien (en général associé à « ingestion ») ;
- phlébotomie/plaie/suture/coupure, défenestration, saut (dans le vide), pendaison, étranglement, étouffement, noyade/submersion, arme à feu/arme à poing/objet tranchant, accident (voiture ou autre)/collision avec un véhicule (voiture, train).

La grille de recueil utilisée pour l'analyse des dossiers ne recensait ni le nom, ni le prénom, ni la date de naissance des patients. En revanche, elle incluait le numéro d'hospitalisation ou de passage, informations requises pour retrouver les données correspondantes dans le PMSI.

Cette grille prévoyait aussi le recueil d'informations complémentaires (délai de prise en charge, présence d'une pathologie mentale, soins sans consentement, antécédents de GAI, transfert depuis des urgences d'un autre établissement) en vue d'études complémentaires¹.

Les deux principaux critères mobilisés pour évaluer la fiabilité du codage ont été les suivants :

- l'exactitude des codages de GAI (valeur prédictive positive) : un codage de GAI dans une base de données est-il identifié comme un GAI dans le dossier médical du patient ?
- l'exhaustivité des codages de GAI (sensibilité) : tous les GAI identifiés dans les dossiers médicaux sont-ils codés dans les bases de données, et en cas de codage de GAI manquant, quels ont été les codages utilisés ?

Accès aux données

Cette étude a été approuvée par le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES, autorisation obtenue le 13 janvier 2022) et la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL, numéro d'enregistrement DR-2022-064, 2 mars 2022). L'accord des responsables médicaux des différents services avait été obtenu au préalable.

1. La catégorie de personnel médical ayant fourni le codage PMSI initial n'a *in fine* pas pu être recueillie.

4.3. Des données fiables en MCO, mais inexploitable pour le secteur psychiatrique et les urgences

Au total, 1 398 dossiers médicaux du CHU et 109 dossiers de l'EPSM ont été analysés. Les dossiers du CHU correspondent à 132 hospitalisations en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), 272 hospitalisations après passage aux urgences (adulte, pédiatrie, maternité), 229 admissions en réanimation et 39 en soins continus (dont 6 dossiers comprenant le passage des patients en réanimation et en soins continus), 59 admissions en psychiatrie et 673 passages aux urgences non suivis d'hospitalisation. Les dossiers de l'EPSM comptent 67 hospitalisations dans l'unité dépression et 42 en psychiatrie générale. À l'issue de l'analyse, 27 de ces dossiers d'hospitalisation en MCO ont été considérés comme correspondant à des GAI, 25 en psychiatrie et 2 aux urgences adultes sans hospitalisation.

Un séjour hospitalier peut se traduire par le passage d'un même patient dans plusieurs services : d'abord aux urgences puis en UHCD, par exemple. Dans ce cas, si l'existence d'un geste auto-infligé ayant déclenché la prise en charge médicale n'est pas recueillie dans les informations collectées à l'occasion du passage aux urgences, elle peut l'avoir été ultérieurement, lors de l'admission en UHCD. La qualité des données peut donc se mesurer à l'échelle de chaque service, ou à l'échelle de l'ensemble du séjour. Dans ce dernier cas – qui représente la méthode utilisée pour calculer l'indicateur standard des taux d'hospitalisation pour GAI –, la présence d'un code indiquant un geste auto-infligé à une étape du parcours est jugée comme suffisante pour considérer que l'ensemble du séjour a été déclenché par un GAI.

Du point de vue de l'ensemble du séjour, la fiabilité observée du PMSI-MCO apparaît très élevée, tant en termes d'exactitude qu'en termes d'exhaustivité⁴¹ (tableau). Sur le plan de l'exactitude, neuf séjours sur dix signalés comme liés à un GAI dans la base PMSI-MCO correspondent bien à un séjour identifié comme tel lors de la relecture des dossiers médicaux par l'équipe de recherche. Sur le plan de l'exhaustivité, une proportion comparable des séjours jugés liés à un GAI lors de l'analyse des dossiers médicaux par l'équipe de recherche sont bien repérés dans le PMSI-MCO.

Un codage de GAI incorrect sur dix relevés dans la base PMSI-MCO renvoie à la mauvaise classification de deux patients hospitalisés en UHCD adulte. Un premier pris en charge à la suite d'un surdosage volontaire en paracétamol provoqué par l'inefficacité de l'effet analgésique dans une situation de douleur squelettique aiguë ; un cas qui aurait dû se traduire par le codage d'un simple surdosage (T39.1). Un second patient qui exprimait bien des idées suicidaires, mais non accompagnées d'un geste auto-infligé ; une situation qui, en l'absence de trouble mental identifiable, aurait dû conduire à un codage d'idéation suicidaire (R45.8).

41. Pour faciliter la lecture, ce texte fait appel aux notions « d'exhaustivité » et « d'exactitude » pour rendre compte, respectivement, des indicateurs de « sensibilité » (Se) et de « valeur prédictive positive » (VPP) mobilisés par les chercheurs dans leurs travaux.

Tableau • Bilan de l'analyse comparée des dossiers médicaux et des bases de données PMSI, RIM-P et RPU

	Nombre de dossiers médicaux revus	Nombre de GAI identifiés dans le dossier médical	Nombre de GAI codés dans les bases	Nombre de GAI codés en excès dans les bases	Nombre de GAI en défaut dans les bases	Taux de classement GAI correct (exactitude des bases, en %)	Taux de GAI codés (exhaustivité des bases, en %)	Parmi GAI dossier médical : admission directe	Codes diagnostic utilisés pour GAI en défaut
PMSI-MCO (mai 2019)									
UHCD adultes	132	12	14	2	0	86	100	s.o.	s.o.
Admission via les urgences adultes	170	2	2	0	0	100	100	s.o.	s.o.
UHCD pédiatrique	18	3	2	0	1	100	67	s.o.	Rxx
Admission via les urgences maternité	84	0	0	0	0	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Réanimation	229	9	6	0	3	100	67	9	Fxx, Jxx, Rxx, Txx
Soins continus	39	1	1	0	0	100	100	0	s.o.
Ensemble	672	27	25	2	4	92	85	9	s.o.
RIM-P (mai 2019)									
Service de psychiatrie CHU	59	5	1	0	4	100	20	3	Fxx
Unité dépression EPSM	67	12	0	0	12	-	-	1	Fxx
Psychiatrie générale EPSM	42	8	0	0	8	-	-	1	Fxx
Ensemble	168	25	1	0	24	100	4	5	s.o.
RPU (urgences adultes, 3^e semaine de mai 2019)									
Sans hospitalisation (après calage sur PMSI)	670	2	1	0	1	100	50	s.o.	Fxx, Txx
Avec hospitalisation (après calage sur PMSI)	305	15	6	1	9	83	33	s.o.	s.o.
Ensemble	975	17	7	1	11	86	35	s.o.	s.o.

GAI : geste auto-infligé ; PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée ; RIM-P : recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie ; EPSM : Établissement public de santé mentale ; RPU : résumé de passage aux urgences ; Fxx : codes CIM-10 du chapitre « Troubles mentaux et du comportement » ; Jxx : codes du chapitre « Maladies de l'appareil respiratoire » ; Rxx : codes du chapitre « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » ; Txx : codes du chapitre « Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes » ; s.o. : sans objet.

Lecture • 132 dossiers médicaux de patients admis en UHCD adulte ont été revus par l'équipe de recherche, conduisant à l'identification de 12 cas d'hospitalisation à la suite d'un GAI. Parmi ces 132 dossiers médicaux, 14 étaient catégorisés comme impliquant un GAI dans la base de données PMSI-MCO. 2 dossiers médicaux, parmi les 14 codés dans le PMSI comme GAI ne comportaient pas de mention de GAI (taux d'exactitude de 86 %) et tous les dossiers médicaux identifiés comme GAI étaient bien codés comme tels dans le PMSI (taux d'exhaustivité de 100 %).

Champ • Patients de 10 ans ou plus hospitalisés au CHU de Dijon en réanimation et en psychiatrie ainsi qu'à l'EPSM de Dijon du 1^{er} au 31 mai 2019 ou admis aux urgences adultes du CHU de Dijon du 13 au 19 mai 2019.

Sources • PMSI-MCO, PMSI-PSY, RPU, Dossiers médicaux.

La situation est bien différente concernant le secteur psychiatrique : le seul cas signalé comme lié à un GAI dans le RIM-P est bien cohérent avec l'analyse du dossier médical correspondant, mais c'est le seul qui figure dans la base de données, alors que les dossiers médicaux conduisent à estimer que 25 patients ayant réalisé un GAI ont été admis en psychiatrie sur la période (d'où un taux d'exhaustivité très faible de 4 %). Ce résultat confirme l'hypothèse selon laquelle les codes diagnostiques enregistrés dans les bases de données issues du secteur psychiatrique, centrés sur les pathologies sous-jacentes des patients, ne délivrent qu'une information très lacunaire sur les hospitalisations pour GAI⁴².

Les fichiers issus de l'activité des urgences (RPU) se situent, de ce point de vue, dans une situation intermédiaire entre celles des services de MCO et de psychiatrie : 86 % des séjours liés à un GAI dans les RPU correspondent à des dossiers médicaux classés de cette manière lors de leur relecture par l'équipe de recherche (exactitude élevée), mais seuls 35 % des dossiers médicaux indiquant un GAI sont codés comme tels dans la base de données RPU (exhaustivité faible). Ce dernier résultat souligne néanmoins que seule une minorité des GAI sont repérables par les données issues des urgences, et que celles-ci ne constituent donc pas, aujourd'hui, un instrument fiable, même pour estimer le nombre de personnes ayant réalisé un GAI et s'étant présentées aux urgences sans être hospitalisées par la suite.

4.4. Discussion

Les résultats indiquent donc une forte fiabilité du PMSI-MCO pour le suivi et l'étude des gestes auto-infligés : d'une part, le taux de codage en excès apparaît peu fréquent (un sur dix), ce qui rejoint le constat réalisé il y a plusieurs années en région Centre (Haguenoer, 2008) et dans des évaluations du PMSI codant d'autres segments d'activité (Bernier, *et al.*, 2012 ; Grammatico-Guillon, *et al.*, 2012 ; Pierron, *et al.*, 2015 ; Giroud, *et al.*, 2016) ; d'autre part, la proportion de GAI non documentés dans le PMSI-MCO se révèle, elle aussi, assez faible (environ un sur dix). Ces résultats, certes issus d'un centre hospitalier unique et pour une période relativement courte et donc portant sur un nombre restreint de patients⁴³, suggère donc une qualité significative du PMSI pour étudier les GAI ayant entraîné une hospitalisation dans le secteur de MCO⁴⁴.

En revanche, les GAI ne sont quasiment jamais codés dans le RIM-P, ni dans les RPU. Lorsque le GAI y apparaît dans ces bases de données, le codage a généralement été effectué à bon escient : le défaut de fiabilité repose plutôt sur l'impossibilité de repérer la plupart des cas de GAI à partir des bases de données. Le caractère lacunaire du codage des GAI en

42. Les sections 1 et 2 de ce dossier fournissent des éclairages complémentaires et convergents sur ce point à l'aide de l'exploitation des données PMSI-MCO et RIM-P à l'échelle nationale.

43. Les résultats de cette étude pilote appellent donc à la réalisation d'enquêtes comparables dans d'autres établissements ou à répliquer celle-ci au CHU Dijon afin de diversifier les contextes de codage pris en compte, d'autant que celui-ci repose sur un nombre restreint de professionnels dans chaque service.

44. Par ailleurs, les nombres de faux-positifs et de faux-négatifs étant comparables, cette étude de cas indique que le taux d'hospitalisation en MCO pour GAI mesuré est très proche du taux « réel ».

psychiatrie pourrait être en partie compensé en s'appuyant sur la qualité du codage réalisé dans les autres secteurs hospitaliers au cours du séjour du patient, une minorité d'admissions en psychiatrie pour GAI se faisant directement (un patient admis à la suite d'une GAI sur cinq [tableau]), quoique cette solution risque de ne présenter qu'une efficacité très limitée quand le patient est admis directement depuis les urgences où le codage reste mauvais.

Le défaut de documentation des GAI dans le PMSI de psychiatrie pourrait être diminué par l'effet du programme Vigilans qui pourrait constituer une incitation au codage. Sa mise en place à Dijon est postérieure à la période analysée dans la présente recherche, mais il est monté en charge progressivement à l'échelle du pays entre 2016 et 2022. Des travaux non publiés indiquent une absence d'effet de la mise en place de Vigilans sur le PMSI en MCO, ce qui tend à confirmer le caractère exhaustif de celui-ci. Cette évaluation reste à faire pour le RIM-P : au vu de la rareté du codage des GAI en psychiatrie, la mise en place de Vigilans pourrait améliorer notablement les pratiques de codage, ce dont il faudrait tenir compte pour l'interprétation des indicateurs, une augmentation du nombre de GAI recensés pouvant alors indiquer une progression de la qualité du codage et non une hausse du nombre de GAI pris en charge.

Le défaut de complétude de codage des GAI observé pour les fichiers issus de l'activité des urgences (RPU) est en partie attendu, du fait de l'absence des codes CIM-10 de GAI dans le thésaurus proposé par la Société française de médecine d'urgence (SFMU). Les discussions en cours concernant les modifications à apporter au recueil des RPU pourraient conduire à une amélioration de la situation, via l'adjonction d'un champ « circonstance » comportant une modalité « tentative de suicide ». Le défaut observé pour les RPU apparaît aussi être la conséquence de la fragilité observée de ce recueil de routine : au niveau national, le codage de tout diagnostic est absent dans un quart des résumés, et la connexion de ces résumés à chaque système d'information hospitalier (SIH) est problématique, comme le montrent les discordances entre les RPU et le PMSI⁴⁵ sur le devenir des patients au sortir des urgences, ou encore l'absence de RPU pour l'accueil pédiatrique des urgences constatée dans cette investigation.

Une façon indirecte d'estimer voire corriger le défaut de complétude du codage des GAI, au fil des années dans les établissements ayant une activité autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences, pourrait être de prendre appui sur les codes d'intoxication (codes Txx de la CIM-10), comme le montre la liste des codes figurant dans les résumés d'admission avec GAI mais non documentés (tableau).

Enfin, le développement, tout juste commencé, des entrepôts de données de santé rassemblant les textes médicaux enregistrés informatiquement et en continu (données disponibles dans les 24 heures), permet d'envisager la réalisation de recherches automatiques directement dans les textes des dossiers médicaux. Ce type d'approche nouvelle (Bey, *et al.*, 2024) pourrait permettre d'étendre les investigations présentées ici à un plus grand nombre

45. Le PMSI est, par construction, connecté au SIH.

de services hospitaliers⁴⁶, mais aussi de préciser les informations contenues dans les données PMSI et permettre de nouvelles recherches scientifiques. Ce type d'approche pourrait aussi fournir des alertes pour les équipes réalisant le codage PMSI, ou conduire à une automatisation du codage, la fiabilité des algorithmes dans le cas des GAI, voire plus spécifiquement des tentatives de suicide, restant encore à évaluer. Un dernier point pouvant être investigué à l'avenir consisterait à évaluer la possibilité d'approcher le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adultes à partir du nombre d'hospitalisations à la suite d'un GAI, les résultats de la recherche dont il est ici question suggérant que, chez les adultes, très peu de GAI codés dans le PMSI-MCO correspondent à des gestes réalisés sans intention suicidaire, contrairement à ce qui peut être observé chez les enfants et les adolescents.

Références bibliographiques

- **Bernier, M.O., et al.** (2012). Utilisation des données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans les études épidémiologiques : application à la Cohorte Enfant Scanner. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 60(5), p. 363-70.
- **Bey, R., et al.** (2024). Natural language processing of multi-hospital electronic health records for public health surveillance of suicidality. *npj Mental Health Research*, 3(6).
- **Giroud, M., et al.** (2016). Évaluation de la qualité métrologique des données du PMSI concernant l'accident vasculaire cérébral en France. Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 1, p. 8-15.
- **Goueslard, K., et al.** (2020). Validation study: evaluation of the metrological quality of french hospital data for perinatal algorithms. *BMJ Open*, 10(5):e035218.
- **Grammatico-Guillon, L., et al.** (2012). *Épidémiologie et impact économique des infections ostéo-articulaires chez les patients hospitalisés, France, 2018*. CHRU de Tours, service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé.
- **Haguenoer, K., et al.** (2008). *Épidémiologie des tentatives de suicide en région Centre - Données PMSI 2004 à 2006*. CHRU de Tours, service d'information médicale, épidémiologie et économie de la santé.
- **Quantin, C., et al.** (2024). Reliability of a french hospital administrative database to measure self-harm in epidemiology studies. *General Hospital Psychiatry*.
- **Rouquette, A., Davisse-Paturet, C., Hazot, J.-B.** (2022). Prévalence des pensées suicidaires et facteurs associés en France au cours de la pandémie de Covid-19 – Résultats de l'enquête en population générale EpiCov. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 268-270. Paris, France : DREES.

46. Chaque établissement de santé dispose en effet d'une organisation propre pour la collecte de l'information médicale.

SYNTHÈSE P. 11

DOSSIERS P. 27

FICHES

ANNEXES P. 267

SOMMAIRE

Fiches 1 à 3 • État des lieux du phénomène suicidaire en France et en Europe	161
Fiches 4 à 8 • Plans de prévention	197
Fiches 9 à 11 • Postvention	239

**État des lieux
du phénomène suicidaire
en France et en Europe**

ÉTAT DES LIEUX DU PHÉNOMÈNE SUICIDAIRE EN FRANCE ET EN EUROPE

Fiche 1 • Prévalence et évolution des conduites suicidaires en France métropolitaine en 2021 – Résultats du Baromètre santé	163
Fiche 2 • Pensées suicidaires et tentatives de suicide parmi les adolescents français de 17 ans	172
Fiche 3 • Cartographie des taux de suicide standardisés : la France dans la moyenne supérieure des pays de l'UE-27	183

Prévalence et évolution des conduites suicidaires en France métropolitaine en 2021 – Résultats du Baromètre santé

Christophe Léon (*Santé publique France*)

Contexte

Le Baromètre santé de Santé publique France est la seule enquête en population générale adulte permettant de suivre l'évolution des conduites suicidaires déclarées : tentatives de suicide depuis le début des années 2000, et pensées suicidaires depuis 2010. Il s'appuie sur des échantillons aléatoires sélectionnés à partir d'une méthodologie comparable d'une vague d'enquête à l'autre¹. Les données de l'édition 2021 ont été recueillies par téléphone auprès d'un échantillon représentatif de 24 514 personnes âgées de 18 à 85 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français (Soullier, *et al.*, 2022).

Les données du Baromètre santé permettent d'estimer la prévalence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide, à partir de trois questions : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ? », « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ? » et « Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des douze derniers mois ? »².

Cette fiche retrace les évolutions des conduites suicidaires depuis 2010 et les principaux facteurs sociodémographiques associés³. Une analyse descriptive des motifs déclarés à l'origine des conduites suicidaires, ainsi que de la prise en charge et de l'intentionnalité suicidaire, complètent ces premiers résultats.

1. Données disponibles concernant les conduites suicidaires pour les années 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, 2020 et 2021, mais changement de formulation en 2010 de la question portant sur les pensées suicidaires.

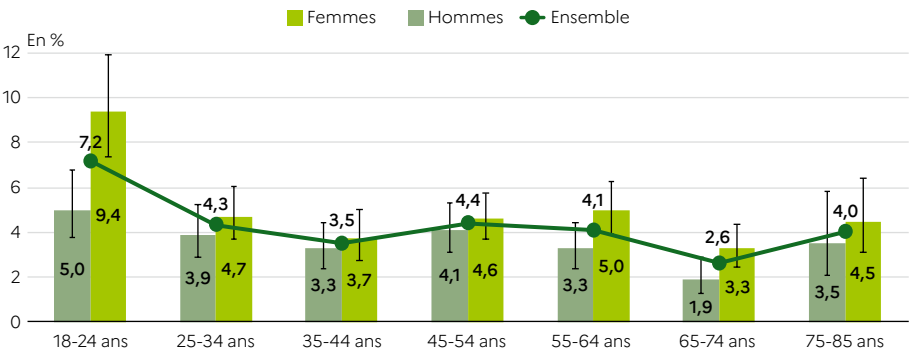
2. Les personnes qui répondent positivement sont interrogées sur les motifs (« Était-ce plutôt en rapport avec : des raisons professionnelles ; des raisons liées à la scolarité ; des raisons sentimentales ; des raisons familiales ; des raisons de santé ; des raisons financières ; d'autres raisons ? [Plusieurs réponses possibles] »), le recours à un tiers auprès de qui évoquer des pensées suicidaires (« En avez-vous parlé à quelqu'un ? » ; « À qui en avez-vous parlé ? »), ainsi que le soutien de l'entourage et le recours aux soins lors de la dernière tentative (« Estimez-vous avoir reçu le soutien nécessaire pour vous en sortir ? » ; « Êtes-vous allé(e) à l'hôpital ? » ; « Avez-vous été hospitalisé(e) pendant au moins une nuit ? » ; « Après votre sortie de l'hôpital, avez-vous bénéficié d'un suivi ? » ; « Par qui avez-vous été suivi(e) ? »).

3. Des résultats supplémentaires sont présentés dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de Santé publique France (Léon, *et al.*, 2024).

Prévalence et évolution des pensées suicidaires

En 2021, 4,2 % des personnes âgées de 18 à 85 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, un taux nettement plus élevé chez les 18-24 ans que chez leurs aînés (7,2 % contre 2,6 % à 4,4 %) [graphique 1]. Les femmes sont aussi plus susceptibles de déclarer des idées suicidaires que les hommes (4,8 % contre 3,5 %). Toutefois, cet écart est principalement porté par les plus jeunes, seule classe d'âge pour laquelle la différence entre les femmes et les hommes est statistiquement significative (9,4 % contre 5,0 %).

Graphique 1 • Prévalence des pensées suicidaires déclarées par les personnes âgées de 18 à 85 ans au cours des douze derniers mois, selon le genre et la classe d'âge, en 2021



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 3,7 % et 6,8 %.

Lecture • 7,2 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois (5,0 % des hommes et 9,4 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 85 ans.

Source • Baromètre santé 2021 (Santé publique France).

La prévalence des pensées suicidaires déclarées au cours des douze derniers mois chez les personnes âgées de 18 à 74 ans⁴ a augmenté sur la période 2010-2014 (de 4,0 % à 5,0 %), puis a diminué entre 2014 et 2021 (de 5,0 % à 4,2 %) pour retrouver un niveau comparable à celui de 2010. On constate les mêmes évolutions parmi les hommes et les femmes.

La déclaration de pensées suicidaires a cependant évolué de façon spécifique chez les plus jeunes : stable entre 2010 et 2014, elle a plus que doublé entre 2014 et 2021 (de 3,3 % à 7,2 %). Cette augmentation est principalement portée par les femmes de 18 à 24 ans avec une prévalence multipliée par près de trois entre 2014 et 2021 (de 3,3 % à 9,4 %).

4. Le champ du Baromètre santé a porté sur les 18-75 ans jusqu'à la vague d'enquête 2019. Depuis, il inclut les personnes jusqu'à l'âge de 85 ans.

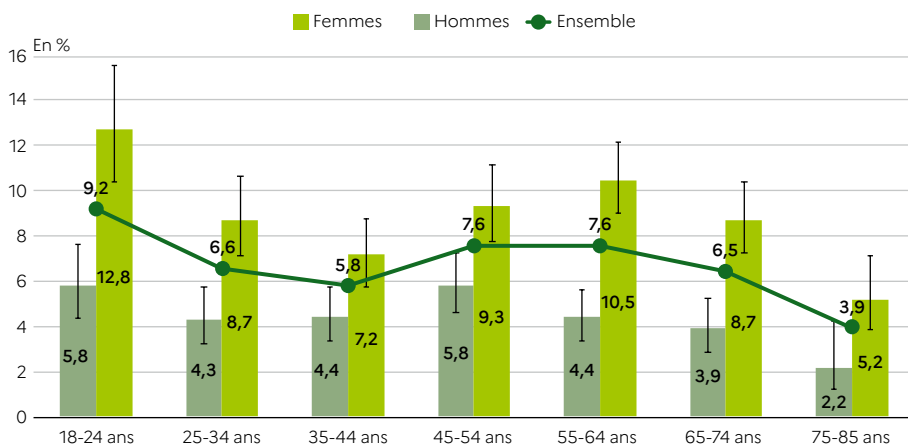
Prévalence et évolution des tentatives de suicide

Au cours de la vie

En 2021, 6,8 % des personnes de 18 à 85 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Quelle que soit la tranche d'âge, la prévalence est plus élevée chez les femmes (8,9 %) que chez les hommes (4,5 %). C'est parmi les personnes âgées de 18 à 24 ans qu'elle est la plus importante (9,2 %), surtout chez les femmes (12,8 %) [graphique 2].

Parmi celles et ceux ayant déjà tenté de se suicider, 39 % déclarent avoir fait plus d'une tentative au cours de leur vie.

Graphique 2 • Prévalence des tentatives de suicide déclarées par les personnes âgées de 18 à 85 ans au cours de la vie, selon le genre et la classe d'âge, en 2021



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie chez les hommes de 18 à 24 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 4,4 % et 7,6 %.

Lecture • 9,2 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (5,8 % des hommes et 12,8 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 85 ans.

Source • Baromètre santé 2021 (Santé publique France).

La proportion de personnes âgées de 18 à 74 ans qui déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie a augmenté sur la période 2010-2014, passant de 5,9 % à 7,3 %, puis s'est stabilisée aux alentours de 7,0 % entre 2017 et 2021.

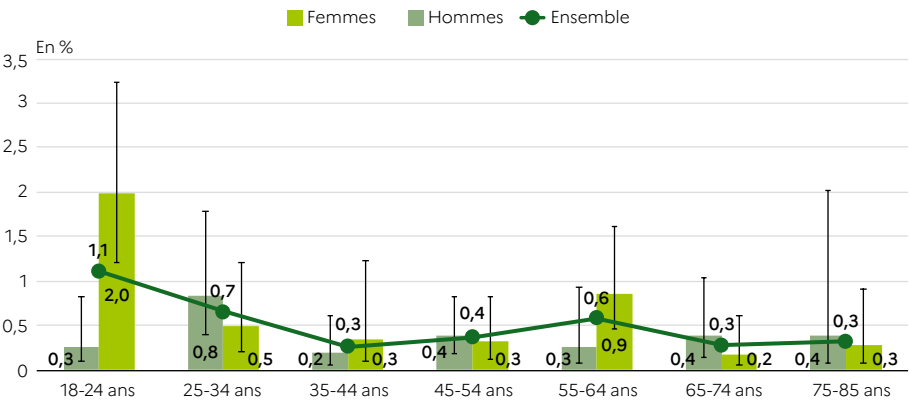
Chez les hommes, la prévalence des tentatives de suicide au cours de la vie a augmenté entre 2010 et 2014 (de 3,5 % à 5,1 %), puis s'est stabilisée en 2017 (4,4 %) et 2021 (4,7 %). Chez les femmes, la fréquence des tentatives de suicide reste à un niveau élevé : après avoir connu un maximum en 2017 (9,9 %), elle présente un niveau comparable en 2021 (9,3 %).

La part des jeunes de 18 à 24 ans qui ont tenté à leurs jours au cours de la vie a presque doublé entre 2010 et 2021 (de 4,9 % à 9,2 %) ; une tendance identique chez les hommes (de 2,8 % à 5,8 %) et chez les femmes (pour lesquelles la prévalence était et reste à un niveau bien supérieur, passant de 7,1 % à 12,8 %). Pour les autres tranches d'âge, seule la proportion de tentatives de suicide au cours de la vie chez les hommes âgés de 65 à 74 ans a augmenté entre 2010 et 2021 (de 1,1 % à 3,9 %).

Au cours des douze derniers mois

En 2021, 0,5 % des individus déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête. Aucune différence statistiquement significative n'est relevée selon le genre (0,4 % des hommes et 0,6 % des femmes), sauf pour les personnes âgées de 18 à 24 ans où la prévalence observée chez les femmes est nettement supérieure à celle observée chez les hommes (2,0 % contre 0,3 %). Ainsi, si le taux des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois est élevé chez les personnes âgées de 18 à 24 ans (1,1 %) par rapport aux autres classes d'âge, il est surtout porté par la prévalence observée chez les femmes de cette tranche d'âge (graphique 3).

Graphique 3 • Prévalence des tentatives de suicide déclarées par les personnes âgées de 18 à 85 ans au cours des douze derniers mois, selon le genre et la classe d'âge, en 2021



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois chez les hommes de 18 à 24 ans a 95 % de probabilité de se situer entre 0,1 % et 0,8 %.

Lecture • 1,1 % des personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent avoir tenté de se suicider au cours des douze derniers mois (0,3 % des hommes et 2,0 % des femmes).

Champ • France métropolitaine, personnes âgées de 18 à 85 ans.

Source • Baromètre santé 2021 (Santé publique France).

Le niveau des tentatives de suicide survenues au cours des douze derniers mois reste stable en 2021 (0,5 %) par rapport à celui observé en 2017 (0,4 %) et après avoir connu un pic en 2014 (0,8 % contre 0,5 % en 2010)⁵. Chez les hommes, le taux de tentatives est relativement stable malgré un pic observé en 2014 (0,7 % contre 0,3 % en 2010). Chez les femmes, une baisse significative est observée entre 2014 (0,8 %) et 2017 (0,5 %) pour retrouver en 2021 un niveau semblable à celui observé en 2010 (0,6 %).

Les personnes ayant eu des conduites suicidaires évoquent le plus souvent des raisons familiales

À l'origine des pensées suicidaires

En 2021, les personnes qui déclarent avoir pensé à se suicider citent le plus souvent les raisons « familiales » (44 %). Viennent ensuite les raisons « sentimentales » (30 %), de « santé » (28 %), « professionnelles » (26 %) et « financières » (21 %).

Les femmes associent davantage que les hommes leurs pensées suicidaires à des raisons « familiales » (50 % contre 35 %) ou de « santé » (31 % contre 24 %). En revanche, les hommes les associent plus souvent que les femmes à des raisons « professionnelles » (32 % contre 22 %).

Par rapport aux autres tranches d'âge, les personnes de 18 à 24 ans citent davantage des raisons « familiales » (55 %) et des raisons « sentimentales » (51 %), et celles de 25 à 34 ans citent plus souvent des raisons « professionnelles » (35 %). 38 % des étudiants entre 18 et 34 ans évoquent « la scolarité ».

À l'origine des tentatives de suicide

Les personnes ayant fait une tentative de suicide⁶ citent également majoritairement les raisons « familiales » (53 %). Viennent ensuite les raisons « sentimentales » pour plus d'un tiers des personnes concernées (39 %) et, dans des proportions moindres, des raisons « professionnelles » (12 %), « liées à la scolarité » (12 % des étudiants), de « santé » (11 %) et « financières » (10 %).

Les femmes associent plus souvent que les hommes leur tentative de suicide à des raisons « familiales » (59 % contre 38 %). De leur côté, les hommes expriment plus fréquemment que les femmes des raisons « sentimentales » (49 % contre 35 %) ou « professionnelles » (16 % contre 10 %).

Les personnes âgées de 18 à 24 ans et de 25 à 34 ans citent davantage que les autres tranches d'âge des raisons « liées à la scolarité » (respectivement 40 % et 22 % des étudiants de ces tranches d'âge). Celles de 45 à 54 ans citent davantage des raisons « sentimentales » (47 %), tandis que celles de 55 à 64 ans évoquent des raisons « professionnelles » (17 %).

5. Les faibles prévalences observées ne permettent pas d'avoir des effectifs suffisants pour mesurer les évolutions selon la tranche d'âge des personnes interrogées.

6. Les personnes ayant fait plusieurs tentatives de suicide sont interrogées au sujet de leur dernière tentative.

Les personnes qui déclarent avoir des pensées suicidaires en parlent plus qu'avant

En 2021, 64 % des personnes ayant eu des pensées suicidaires dans l'année déclarent en avoir parlé à quelqu'un⁷. Les femmes parlent davantage de leurs pensées suicidaires que les hommes (71 % contre 55 %), tout comme les personnes âgées de 35 à 44 ans (74 %). Dans la majorité des cas, l'interlocuteur de la personne ayant eu des pensées suicidaires était un professionnel de santé (69 %) ou un membre de la famille (52 %). Les femmes déclarent plus souvent que les hommes avoir parlé à un professionnel de santé (72 % contre 63 %), tandis que les personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent davantage avoir parlé à un ami (70 %), celles de 55 à 64 ans à un professionnel de santé (84 %) et celles de 25 à 34 ans à un membre de leur famille (64 %).

La proportion de personnes qui déclarent avoir parlé de leurs pensées suicidaires a nettement augmenté entre 2017 et 2021 chez les personnes âgées de 18 à 74 ans (de 47 % à 65 %). Cette hausse concerne principalement le fait d'en avoir parlé à un professionnel de santé (de 54 % à 70 %), et s'observe aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Chez les jeunes de 18 à 24 ans, le fait de parler de ses pensées suicidaires a augmenté entre 2010 et 2014 (de 53 % à 76 %) et se maintient à un niveau élevé en 2021 (67 %).

Par ailleurs, un peu plus de la moitié des personnes ayant tenté de se suicider (57 %) estiment avoir reçu le soutien nécessaire pour s'en sortir lors de leur dernière tentative. C'est le cas pour 63 % des hommes et 55 % des femmes. Ces chiffres sont comparables à ceux observés en 2017 chez les personnes âgées de 18 à 75 ans.

Un quart des tentatives de suicide n'ont pas donné lieu à une prise en charge ou à un suivi

Plus de la moitié des individus qui déclarent avoir fait une tentative de suicide (58 %) disent s'être rendus à l'hôpital. Parmi ceux-ci, 89 % ont été hospitalisés au moins une nuit et 57 % ont bénéficié d'un suivi après leur sortie de l'hôpital⁸ : 70 % par un psychiatre, 41 % par un psychologue, 32 % par un médecin traitant et 14 % par un infirmier. Une proportion plus importante de femmes que d'hommes se sont rendues à l'hôpital à la suite de leur dernière tentative de suicide (60 % contre 53 %), tout comme les personnes âgées de 45 à 54 ans (67 %) par rapport à celles de 18 à 24 ans (33 %). Les personnes âgées de 18 à 24 ans et de 25 à 34 ans déclarent plus souvent avoir été suivies par un psychologue après leur sortie de l'hôpital (respectivement 69 % et 60 %).

7. Si la personne dit en avoir parlé à quelqu'un, alors il lui est demandé si elle en a parlé à « un professionnel de santé ; une personne faisant partie d'un groupe d'aide ou d'une association ; un membre de votre famille ; un ou une ami(e) ; un ou une collègue de travail ; une assistante sociale ; un homme de foi ; autre », avec plusieurs réponses possibles.

8. Si la personne dit avoir bénéficié d'un suivi à la sortie de l'hôpital, il lui est alors demandé si elle a été suivie par « un médecin traitant ; un psychiatre ; un psychologue ; un psychothérapeute (psychanalyste...) ; un infirmier ; une association ; une cellule de recontact ; un groupe d'aide ; autre », avec plusieurs réponses possibles.

Parmi les personnes qui ne se sont pas rendues à l'hôpital à la suite de leur tentative de suicide, 45 % déclarent avoir été suivies par un médecin ou un « psy »⁹, sans différence selon le genre ou l'âge. Au total, parmi les personnes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, 24 % déclarent ne pas être allées à l'hôpital et ne pas avoir été suivies. Ce chiffre atteint 41 % chez les personnes âgées de 18 à 24 ans.

Plus d'une personne sur deux ayant fait une tentative de suicide la désigne comme un appel à l'aide

En 2021, parmi les personnes ayant tenté de se suicider, 32 % déclarent qu'elles étaient décidées à mourir mais ont survécu « par chance », 15 % qu'elles souhaitaient vraiment mourir tout en sachant que le moyen utilisé n'était pas le plus efficace et 53 % désignent leur tentative de suicide comme un appel à l'aide sans véritable intention de mourir. Si aucune différence significative selon le genre n'est observée, l'intentionnalité de mourir est en revanche plus marquée chez les personnes âgées de 75 à 85 ans : la moitié déclare avoir survécu par chance. Celles âgées de moins de 45 ans désignent plus souvent la tentative de suicide comme un appel à l'aide sans avoir vraiment l'intention de mourir (de 54 % chez les 18-24 ans à 58 % chez les 35-44 ans). Les personnes âgées de 18 à 24 ans déclarent plus souvent que les autres tranches d'âge avoir eu l'intention de mourir sans avoir recours au moyen le plus efficace (26 %).

Facteurs sociodémographiques associés aux conduites suicidaires

Dans les pensées suicidaires

En 2021 et à caractéristiques sociodémographiques comparables, les femmes sont significativement plus à risque que les hommes d'avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, tout comme les personnes vivant seules par rapport à celles vivant en couple avec enfant(s)¹⁰. C'est également le cas des personnes au chômage ou inactives (dont les retraités et les étudiants), par rapport à celles en emploi. Dans le même ordre d'idées, plus les personnes perçoivent leur situation financière comme difficile, plus le risque de pensées suicidaires augmente.

Toujours à caractéristiques comparables, chez les femmes, le fait d'être âgée de moins de 55 ans est davantage associé aux pensées suicidaires dans l'année.

9. Psychiatre, psychologue ou psychothérapeute.

10. Deux régressions logistiques séparées ont été conduites pour les femmes et pour les hommes, avec les variables explicatives suivantes : la tranche d'âge au moment de l'enquête, le niveau de diplôme, la structure du ménage, la situation financière perçue et la situation professionnelle. Les *odds ratio* sont calculés à partir des estimations du modèle et sont donc ajustés sur l'ensemble des autres variables du modèle (Léon, *et al.*, 2024).

Parmi les hommes uniquement, les pères de famille monoparentale sont plus à risque d'avoir eu des pensées suicidaires dans l'année par rapport aux hommes vivant en couple avec enfant(s).

Dans les tentatives de suicide

Les facteurs de risque associés aux tentatives de suicide au cours de la vie sont similaires à ceux concernant les pensées suicidaires : le fait d'être une femme, de vivre seul plutôt qu'en couple avec enfant(s), de percevoir sa situation financière comme difficile. De plus, les personnes ayant un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat sont, toutes choses égales par ailleurs, plus à risque de déclarer une tentative de suicide que celles diplômées du supérieur¹¹.

Si les femmes en inactivité professionnelle (y compris étudiantes, retraitées, au foyer) sont plus à risque de déclarer une tentative de suicide que celles qui ont un emploi, les femmes âgées de 75 à 85 ans déclarent, quant à elles, un taux de tentatives de suicide plus limité que les autres.

Ce risque est relativement plus élevé chez les hommes au chômage que chez ceux qui occupent un emploi. C'est également le cas pour les hommes vivant au sein d'une famille monoparentale par rapport à ceux qui sont en couple avec enfant(s), et pour les hommes de 18 à 24 ans et de 35 à 54 ans comparativement à ceux de 75 à 85 ans.

Synthèse et limites

Selon le Baromètre santé 2021, 4,2 % des personnes âgées de 18 à 85 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, 6,8 % ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie, et 0,5 % au cours des douze derniers mois. Proportionnellement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à déclarer des conduites suicidaires. Le suivi des indicateurs sur la période 2017-2021 indique une augmentation importante de la prévalence des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois et des tentatives de suicide au cours de la vie chez les personnes âgées de 18 à 24 ans. Les prévalences élevées chez les jeunes adultes constituent un changement important puisqu'elles étaient inférieures ou comparables à celles des autres tranches d'âge de la population dans les Baromètres santé qui ont précédé la pandémie de Covid-19 (Beck, *et al.* 2011 ; Léon, *et al.* 2019).

Selon les données du Baromètre santé – disponibles uniquement pour les 18-75 ans jusqu'en 2019 –, la part des personnes ayant eu des pensées suicidaires et qui déclarent en avoir parlé à quelqu'un a nettement augmenté depuis 2017. En revanche, près d'une personne sur quatre n'a pas été prise en charge à l'hôpital et n'a pas été suivie à la suite de sa dernière tentative de suicide, cette proportion atteignant 41 % chez les personnes âgées de 18 à 24 ans.

11. C'est aussi le cas, uniquement chez les femmes, de celles qui ont un niveau de diplôme équivalent au baccalauréat.

Le fait d'être une femme, d'être au chômage ou inactif, d'avoir un niveau de diplôme inférieur au baccalauréat, de vivre seul ou d'élever seul un enfant, de percevoir sa situation financière comme difficile sont des facteurs de risque associés aux conduites suicidaires.

Les données du Baromètre santé sont issues d'un échantillon de taille importante, constitué de manière aléatoire, en suivant un protocole d'appels destiné à maximiser les chances de chaque individu d'être joint au téléphone et interrogé (utilisation du téléphone portable, insistance des appels, argumentation des enquêteurs). Ce protocole permet d'assurer une bonne représentativité des comportements les plus à risque, et notamment des conduites suicidaires.

Certaines limites de l'enquête doivent néanmoins être considérées. Tout d'abord, l'enquête n'interroge pas les moins de 18 ans¹², très concernés par les tentatives de suicide, notamment les jeunes filles (Hazo, et al. 2024). Ensuite, les questions abordant la thématique du suicide demandent aux personnes enquêtées un effort de remémoration d'événements potentiellement anciens, douloureux ou embarrassants. Cela peut générer des biais de mémorisation (nécessité de repenser à des souvenirs occultés) ou de désirabilité sociale (se présenter sous un jour plus favorable à l'enquêteur), dont l'intensité peut varier en fonction des caractéristiques sociales ou psychologiques des enquêtés. Cependant, ils sont constants d'une vague d'enquête à l'autre, ce qui permet d'effectuer des comparaisons temporelles. Enfin, il n'a pas été possible d'analyser les facteurs explicatifs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois dans la mesure où l'effectif de personnes concernées n'était pas suffisant en 2021.

Références bibliographiques

- **Beck, F., et al.** (2011). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48, p. 488-492.
- **Hazo, J.-B., et al.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1300.
- **Léon, C., Chan-Chee, C., du Roscoät, E.** (2019). Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18-75 ans en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, p. 38-47.
- **Léon, C., du Roscoät, E., Beck, F.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Soullier, N., Richard, J.-B., Gautier, A.** (2022). Baromètre de Santé publique France 2021. Méthode. Santé publique France, *Études et enquêtes*.

12. Pour les moins de 18 ans, voir la fiche 2 et la section 3 du dossier 3.

FICHE 2

Pensées suicidaires et tentatives de suicide parmi les adolescents français de 17 ans

Éric Janssen, Stanislas Spilka, Antoine Philippon, Olivier Le Nézet
(Office français des drogues et des tendances addictives [OFDT]).

Contexte

En France comme à l'international, le suicide demeure la deuxième cause de décès parmi les jeunes de 15 à 24 ans¹ (données Inserm-CépiDc), constituant de fait un problème de santé publique qui ne s'est pas démenti au cours des dernières décennies (Unicef, 2021). Le taux annuel d'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)² relatives à des gestes auto-infligés³ est particulièrement élevé chez les filles âgées de 15 à 19 ans : 53 pour 10 000 contre moins de 26 pour 10 000 dans le reste de la population en 2022. Alors que dans l'ensemble de la population, ce taux d'hospitalisation est stable, voire en baisse, il est en forte hausse chez les jeunes, particulièrement chez les filles et les jeunes femmes en 2021 et 2022 (Hazo, et al., 2024). Les antécédents de tentatives de suicide constituent d'ailleurs, chez les adolescents et les jeunes adultes, l'un des principaux facteurs de risque de décès par suicide (Castellvi, et al., 2017).

Afin d'identifier les facteurs de risque et ainsi mieux orienter les programmes de prévention, il est essentiel d'avoir accès à des données épidémiologiques récentes couvrant l'ensemble de la population. Au-delà de la dépression, qui demeure le principal facteur associé au risque suicidaire chez les adolescents, de nombreux facteurs sociodémographiques ont été identifiés dans la littérature, notamment le genre (Miranda-Mendizabal, et al., 2019), la situation scolaire (Daniel, et al., 2006) et la structure familiale (Yang, et al., 2022 ; Zaborskis, et al., 2016). De la même manière, de nombreuses études ont mis en évidence le lien entre risque suicidaire et usage de substances psychoactives (Janssen, et al., 2019), et plus particulièrement du tabac (Echeverria, et al., 2021 ; Underner, et al., 2023).

1. La première cause de décès parmi cette tranche d'âge étant les accidents de la route.

2. Ces données concernent les séjours hospitaliers du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, odontologie et obstétrique (PMSI-MCO), et ne prennent pas en compte les séjours effectués dans les services de psychiatrie.

3. Les gestes auto-infligés incluent toutes les formes d'auto-agressions volontaires, y compris les lésions volontairement infligées sans intention suicidaire (Hazo, et al., 2024).

L'étude des comportements suicidaires dans les enquêtes déclaratives s'appuie essentiellement sur deux indicateurs : les tentatives de suicide et les pensées suicidaires, les passages à l'acte se révélant plus fréquents parmi les personnes ayant déclaré des pensées suicidaires au préalable (Arria, et al., 2009 ; Zhang, Wu, 2014).

L'enquête Escapad 2022

Avec le soutien de la Direction du service national et de la jeunesse (DSNJ) rattachée au ministère des Armées, l'Office français des drogues et des tendances addictives (OFDT) dirige depuis 2000 l'Enquête sur la santé et les consommations lors de la journée d'appel et de préparation à la défense (Escapad). Réalisée auprès d'un échantillon aléatoire de jeunes Français, cette enquête s'est déroulée en neuf vagues de 2000 à 2022, dans tous les centres français de la Journée défense et citoyenneté (JDC)⁴, y compris ceux des DROM certaines années⁵. Les jeunes sont invités à répondre à un questionnaire papier auto-administré anonyme durant une vingtaine de minutes dans un cadre standardisé. L'enquête permet en premier lieu de renseigner sur la consommation de substances psychoactives (dont le tabac, l'alcool et le cannabis) à 17 ans. Depuis 2011, de nouvelles thématiques ont été progressivement introduites, dans le but d'étudier certaines caractéristiques individuelles souvent associées à la consommation de produits psychoactifs, comme la situation scolaire (y compris le redoublement), la situation familiale ou encore la profession et la catégorie socioprofessionnelle des parents, ainsi que les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

Les questions de l'enquête

Escapad comprend deux questions abordant le thème du suicide. La première, sur les pensées suicidaires (PS), est formulée comme suit : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé à vous suicider ? ». La seconde, sur les tentatives de suicide (TS), aborde une autre temporalité : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide qui vous a amené(e) à l'hôpital ? ». Pour ces deux questions, les réponses possibles étaient initialement « non ; oui, une fois ; oui, plusieurs fois », avant que les réponses « oui, une fois » et « oui, plusieurs fois » ne soient finalement regroupées, de sorte que les réponses analysées sont à présent binaires (« oui » ou « non »).

La recherche reconnaît l'importance de prendre en compte la dépression comme facteur associé aux conduites suicidaires. Dans l'enquête, le syndrome dépressif est évalué par l'*Adolescent Depression Rating Scale* (ADRS), une échelle conçue pour permettre la détection d'un syndrome dépressif chez l'adolescent (Revah-Lévy, et al., 2007). Elle se base sur un ensemble de dix questions dichotomiques, c'est-à-dire offrant seulement deux réponses

4. La JDC était appelée Journée d'appel et de préparation à la défense (JADP) jusqu'en 2011.

5. Les adolescents des DROM sont interrogés depuis l'édition 2003 de l'enquête. Pour des raisons logistiques, l'enquête 2022 a été restreinte à la France métropolitaine, les DROM ayant été interrogés en 2023 ; ils ne sont donc pas inclus dans cette fiche.

possibles : « vrai » ou « faux »⁶. Il ne s'agit nullement d'établir ici un diagnostic clinique, mais de repérer et d'estimer la part des adolescents potentiellement dépressifs, en les classant dans trois catégories : risque absent, modéré ou élevé de dépression.

La catégorie socioprofessionnelle des parents est approchée à partir de la combinaison des emplois de chacun des parents déclarés par les répondants⁷. Trois catégories synthétiques sont distinguées : les familles défavorisées (binômes parentaux monoactifs d'employés ou d'ouvriers [14 %], inactifs [4 %] ou à dominante ouvrière [15 %]), les familles de niveau intermédiaire (binômes parentaux à dominante employée [21 %] ou à dominante « petit indépendant » [8 %]), et les familles favorisées (binômes parentaux à dominante cadre [17 %] ou intermédiaire [21 %]).

Enfin, le questionnaire demande aux répondants d'indiquer le nom et le code postal de leur commune de résidence, ce qui permet de prendre en considération la taille de l'agglomération en la classant selon quatre catégories : moins de 2 000 habitants ; de 2 000 à 19 999 habitants ; de 20 000 à 199 999 habitants ; 200 000 habitants ou plus.

Résultats

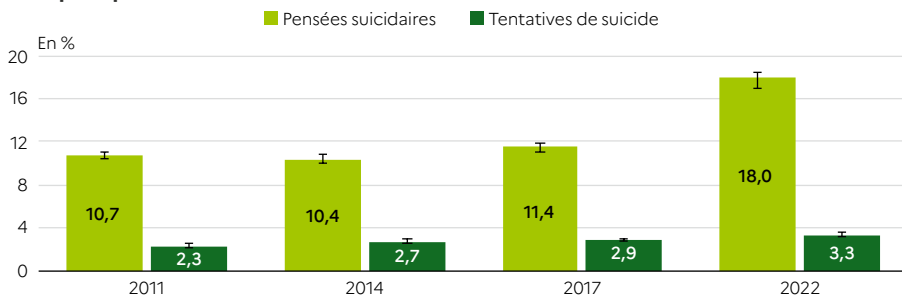
Une hausse générale des pensées suicidaires et des tentatives de suicide chez les jeunes

En 2022, près d'un adolescent de 17 ans sur cinq (18,0 %) déclare avoir eu des PS au cours des douze mois précédant l'enquête, contre près d'un sur dix (10,7 %) en 2011 (**graphique 1**). L'augmentation des PS s'est surtout opérée depuis 2017 (+58 % sur la période 2017-2022, contre +68 % sur la période 2011-2022), écho probable des effets de la pandémie de Covid-19 et des conséquences psychiatriques et psychologiques des épisodes de confinement de 2020 (García-Fernández, *et al.*, 2023). Sur la même période, la part d'adolescents qui déclaraient avoir fait au moins une TS ayant entraîné un passage à l'hôpital au cours de leur vie est passée de 2,3 % en 2011 à 3,3 % en 2022.

6. Les réponses sont cotées 0 pour une réponse négative, 1 pour une réponse affirmative, le score s'obtenant ensuite par addition de chacune des réponses. Un score de 4, 5 ou 6 est associé à un risque modéré de dépression, et un score supérieur ou égal à 7 équivaut à un risque élevé.

7. La catégorisation socioprofessionnelle des parents s'appuie sur la typologie des professions et catégories socioprofessionnelles en huit catégories de l'Insee (1. Cadres, professions libérales et supérieures ; 2. Chefs d'entreprise de dix salariés ou plus ; 3. Artisans, chefs d'entreprise de moins de dix salariés ; 4. Agriculteurs ; 5. Professions intermédiaires ; 6. Employés ; 7. Ouvriers ; 8. Sans profession), auxquelles est ajoutée une catégorie « Non concerné ». Contrairement à la PCS Ménage (Amossé, Cayouette-Remblière, 2022) qui considère comme unité statistique un groupe de personnes vivant dans le même logement, la PCS du binôme parental est construite systématiquement à partir des caractéristiques des deux parents, y compris dans les cas où les parents ne cohabitent pas et où le jeune ne vit qu'avec un seul de ses parents (Janssen, *et al.*, 2023).

Graphique 1 • Pensées suicidaires et tentatives de suicide ayant entraîné un passage à l'hôpital parmi les adolescents de 17 ans, entre 2011 et 2022



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires chez les adolescents de 17 ans en 2022 a une probabilité de 95 % de se situer entre 17,4 % et 18,6 %.

Lecture • En 2022, 18,0 % des adolescents de 17 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

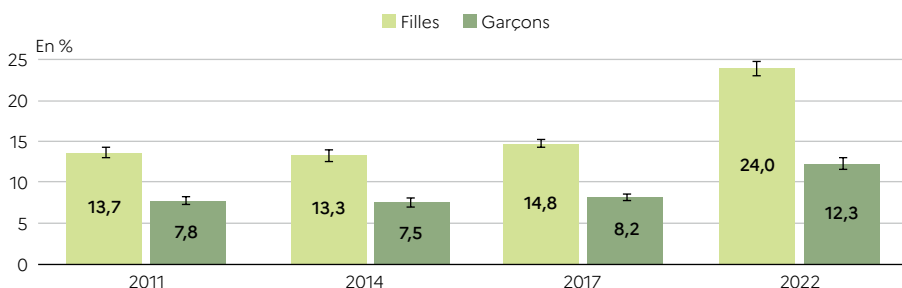
Champ • France métropolitaine, adolescents de 17 ans.

Source • Escapad 2011, 2014, 2017, 2022 (OFDT).

Une hausse générale principalement portée par les jeunes filles

De manière systématique, les filles rapportent un nombre plus élevé de pensées et conduites suicidaires que les garçons. En 2022, la prévalence des PS est ainsi près de deux fois plus élevée chez les filles que chez les garçons (24 % contre 12,3 %), et le nombre de celles qui déclarent au moins une TS dans leur vie est plus de deux fois supérieur (4,8 % contre 2,0 %) [graphiques 2 et 3]. Sur la période 2011-2022, les prévalences de PS et de TS ont respectivement augmenté de 10,3 et 1,5 points chez les filles, de 4,5 et 0,7 points chez les garçons. Entre 2017 et 2022, ces augmentations ont été particulièrement importantes quel que soit le genre, surtout chez les filles s'agissant des PS (+62 % contre +50 % pour les garçons), et chez les garçons concernant les TS (+33 % contre +12 % pour les filles).

Graphique 2 • Pensées suicidaires au cours des douze derniers mois parmi les adolescents de 17 ans, selon le genre, entre 2011 et 2022



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des pensées suicidaires chez les garçons de 17 ans en 2011 a une probabilité de 95 % de se situer entre 7,4 % et 8,3 %.

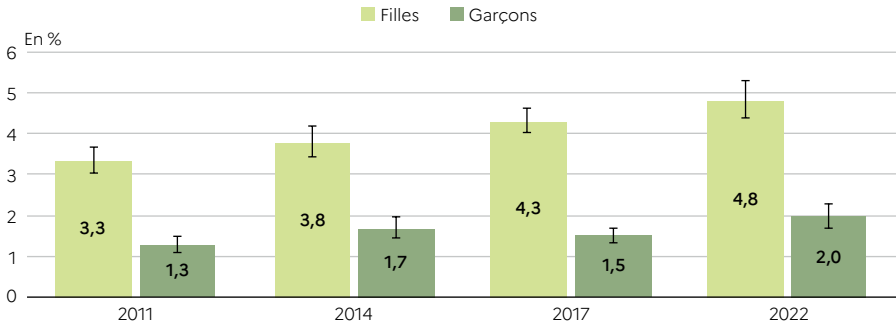
Lecture • En 2022, 24,0 % des filles et 12,3 % des garçons de 17 ans déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois précédant l'enquête.

Champ • France métropolitaine, adolescents de 17 ans.

Source • Escapad 2011, 2014, 2017, 2022 (OFDT).



Graphique 3 • Tentatives de suicide ayant entraîné un passage à l'hôpital au cours de la vie parmi les adolescents de 17 ans, selon le genre, entre 2011 et 2022



Note • Les bornes de l'intervalle de confiance à 95 % sont représentées par les barres verticales. La prévalence des tentatives de suicide chez les garçons de 17 ans en 2011 a une probabilité de 95 % de se situer entre 1,1 % et 1,5 %.

Lecture • En 2022, 4,8 % des filles et 2,0 % des garçons de 17 ans déclarent avoir fait au cours de leur vie au moins une tentative de suicide les ayant menés à l'hôpital.

Champ • France métropolitaine, adolescents de 17 ans.

Source • Escapad 2011, 2014, 2017, 2022 (OFDT).

Les facteurs de risque associés aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide

Les **graphiques 4 et 5** présentent les principaux facteurs reconnus comme associés aux PS et aux TS, parmi ceux qui sont observables dans l'enquête Escapad. Les *odds ratio* (OR) associés à ces facteurs sont calculés à caractéristiques comparables (genre, état dépressif, situation scolaire, catégorie socioprofessionnelle des parents, composition de la famille, taille d'agglomération du lieu de résidence, usage de tabac, de cannabis et d'autres substances illicites), au moyen d'une régression logistique (**encadré**). Cette méthode présente l'intérêt de pouvoir étudier de manière isolée plusieurs facteurs, et de prendre notamment en compte le lien fort entre risque élevé de dépression et risque suicidaire. Les adolescents qui présentent un risque élevé d'état dépressif sont en effet particulièrement concernés par les PS (61,3 % contre 13,1 % chez les autres) et les TS au cours de la vie (12,5 % contre 2,3 % chez les autres).

Une fois tenu compte de l'état dépressif, certaines variables sociodémographiques demeurent significatives. Ainsi, à caractéristiques observées comparables :

- les filles demeurent plus exposées au risque de pensées suicidaires et de passage à l'acte que les garçons, un résultat également observé, quoique dans une moindre mesure, parmi la population adulte (Léon, *et al.*, 2024) ;
- le risque suicidaire apparaît fortement lié au statut scolaire, les apprentis et les jeunes non scolarisés (actifs ou non) présentant un risque significativement plus élevé de TS que les élèves (lycéens et étudiants) ;
- contrairement au capital socio-économique (mesuré par la situation professionnelle des parents) qui n'apparaît pas ici associé, la structure familiale joue un rôle significatif, les jeunes

qui font partie d'une famille recomposée, monoparentale ou complexe – généralement plus exposés à des situations de vulnérabilités psychosociales et économiques – étant plus soumis au risque suicidaire ;

- les PS et TS concernent plus les jeunes habitant en zone rurale (moins de 2 000 habitants) ou dans des agglomérations de petite taille (de 2 000 à 19 999 habitants) où l'offre de soins est souvent plus réduite que dans les grandes agglomérations.

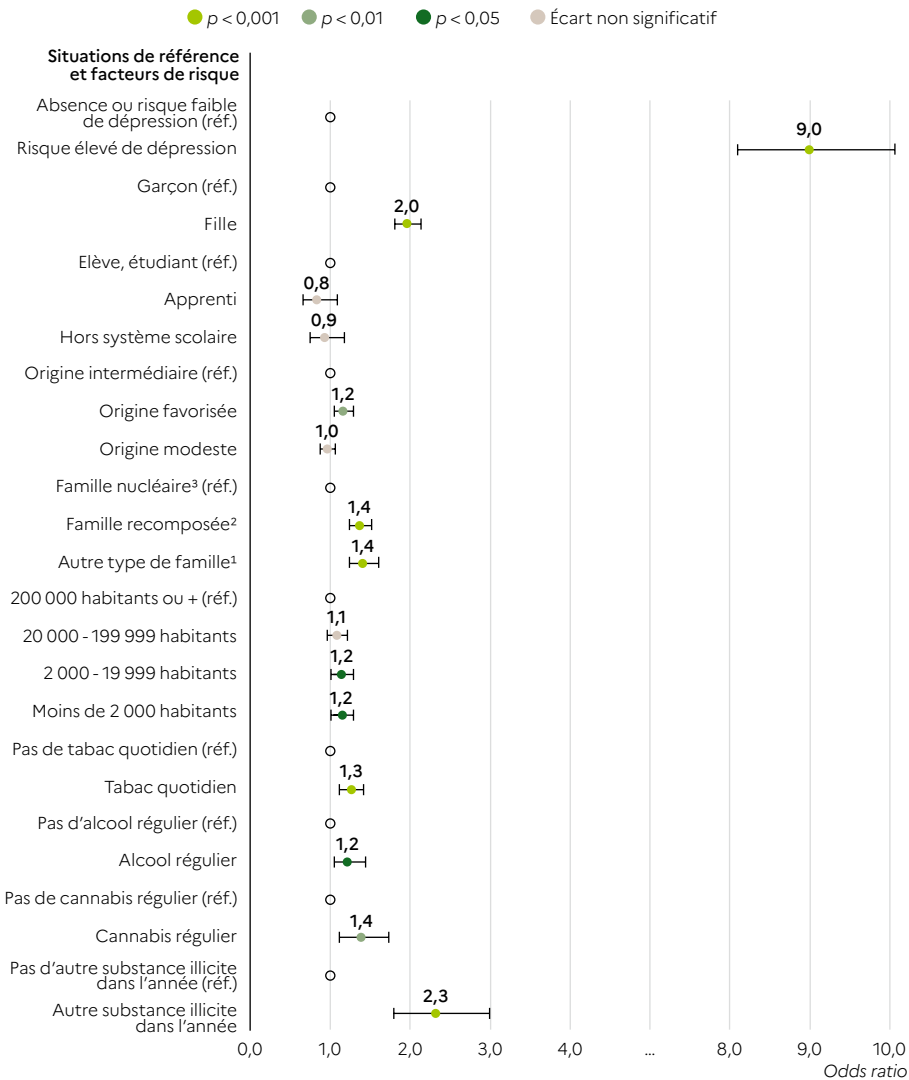
Encadré • La régression logistique

La régression logistique permet de mesurer simultanément les relations entre plusieurs variables « explicatives » (ici le genre, le type de scolarité, etc.) et une variable « expliquée » (pensées suicidaires ou tentative de suicide ayant entraîné un passage à l'hôpital). L'effet estimé pour une variable explicative est valable « toutes choses égales par ailleurs », c'est-à-dire une fois contrôlée l'influence des autres variables présentes dans le modèle. Cet effet est représenté par un *odds ratio* (OR), qui s'interprète comme un risque relatif ou un rapport des chances lorsque la prévalence de la variable expliquée est faible (< 10 %). Pour une variable qualitative (qui se décline en plusieurs modalités), l'OR d'une modalité compare celle-ci à la modalité prise en référence prenant la valeur 1. Un OR supérieur à 1 signale l'accroissement du risque d'observer, dans notre cas, un risque suicidaire ; inversement, un OR inférieur à 1 correspond à une diminution de ce risque. La significativité statistique de cette association est illustrée par la valeur *p* : par convention, celle-ci doit être inférieure à 0,05. Chaque OR est présenté avec un intervalle de confiance, qui indique le degré d'incertitude de la mesure.

Risque suicidaire et usage de substances

Les PS et surtout les TS sont fortement associées à l'usage quotidien de tabac, l'usage régulier d'alcool et de cannabis, ainsi qu'à l'expérimentation de substances illicites autres que le cannabis (champignons hallucinogènes, cocaïne, crack, ecstasy/MDMA, kétamine, héroïne ou LSD). Si l'association entre risque suicidaire et tabac est depuis longtemps établie, la nature de ce lien fait encore aujourd'hui débat. Les pistes physiologiques sont les plus explorées (Le Clainche, Courtet, 2016) : influence du neurotransmetteur MAO sur l'impulsivité et la perte de contrôle de soi, plus fréquentes chez les fumeurs ; diminution des niveaux de sérotonine dans l'hippocampe et risques d'hypoxie ; action de la nicotine comme une neurotoxine pouvant augmenter le risque de dépression et de troubles anxieux (Echeverria, *et al.*, 2021). Les associations détectées entre risque suicidaire et usage régulier d'alcool s'inscrivent dans la même lignée sans qu'émerge une causalité claire : les adolescents recherchent les effets anxiolytiques supposés de l'alcool, dont l'usage augmente paradoxalement l'anxiété (Schilling, *et al.*, 2009). Là encore, des hypothèses physiologiques sont avancées : influence de la sérotonine sur l'agressivité, la colère et l'anxiété, qui constituent

Graphique 4 • Facteurs associés aux pensées suicidaires chez les adolescents de 17 ans, en 2022



p : significativité statistique de l'odds ratio ; réf. : situation de référence.

1. Familles monoparentales et ménages complexes.

2. Présence d'un parent biologique et d'un parent non biologique.

3. Familles avec deux parents biologiques.

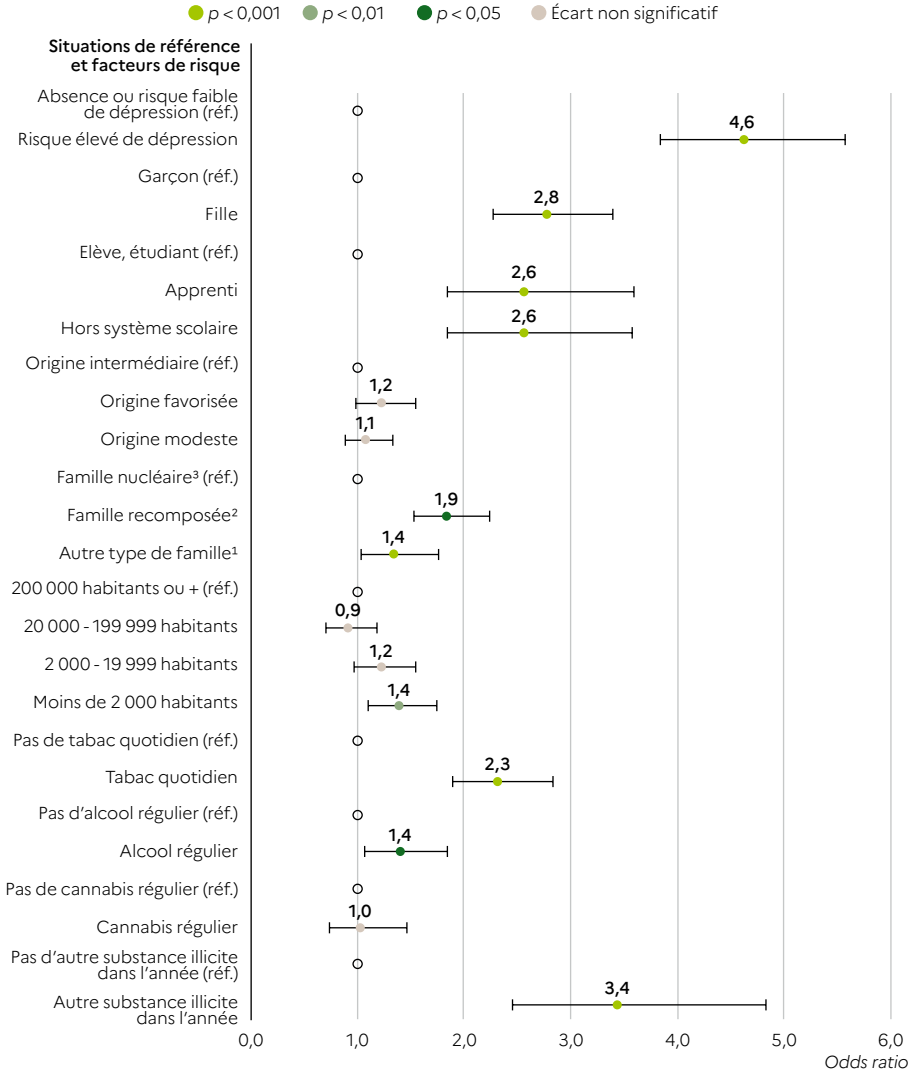
Note • Estimations réalisées à partir d'un modèle de régression logistique (encadré). Les points indiquent l'effet estimé de la caractéristique considérée par rapport à la situation de référence (indiquée à l'aide d'un cercle [OR = 1]). Les barres horizontales indiquent le degré de précision de l'estimation. La couleur de chaque point est fonction de la significativité statistique p de l'OR. L'écart par rapport à la situation de référence est jugé significatif pour $p < 0,001$, $p < 0,01$ et $p < 0,05$. Lorsque $p > 0,05$, il n'est pas possible de trancher sur l'existence d'un effet statistiquement significatif de la modalité considérée.

Lecture • Concernant les pensées suicidaires, l'odds ratio des filles est deux fois plus élevé que celui des garçons, une fois contrôlé l'effet des autres variables du modèle.

Champ • France métropolitaine, adolescents de 17 ans.

Source • Escapad 2022 (OFDT).

Graphique 5 • Facteurs associés aux tentatives de suicide ayant entraîné un passage à l'hôpital chez les adolescents de 17 ans, en 2022



p : significativité statistique de l'odds ratio ; réf. : situation de référence.

1. Familles monoparentales et ménages complexes.

2. Présence d'un parent biologique et d'un parent non biologique.

3. Familles avec deux parents biologiques.

Note • Estimations réalisées à partir d'un modèle de régression logistique (encadré). Les points indiquent l'effet estimé de la caractéristique considérée par rapport à la situation de référence (indiquée à l'aide d'un cercle [OR = 1]). Les barres horizontales indiquent le degré de précision de l'estimation. La couleur de chaque point est fonction de la significativité statistique p de l'OR. L'écart par rapport à la situation de référence est jugé significatif pour $p < 0,001$, $p < 0,01$ et $p < 0,05$. Lorsque $p > 0,05$, il n'est pas possible de trancher sur l'existence d'un effet statistiquement significatif de la modalité considérée.

Lecture • Concernant les tentatives de suicide ayant entraîné un passage à l'hôpital, l'odds ratio des filles est 2,8 fois plus élevé que les garçons, une fois contrôlé l'effet des autres variables du modèle.

Champ • France métropolitaine, adolescents de 17 ans.

Source • Escapad 2022 (OFDT).

des comportements liés au suicide ; dysfonctionnement des circuits dopaminergiques et hypothalamo-hypophyso-surréaliens, ce dernier interagissant avec le stress (Sher, Zalsman, 2005). Les liens entre cannabis et risque suicidaire sont tout aussi complexes. Un mécanisme direct agit sur la voie sérotoninergique et induit des troubles dépressifs (via le tétrahydrocannabinol). L'intoxication aiguë au cannabis induit quant à elle des troubles cognitifs similaires à une psychose. Un mécanisme indirect associe consommation de cannabis et troubles du comportement, dont l'échec scolaire est un indicateur clef (Shamabadi, et al., 2023).

Conclusion

Les données de l'enquête Escapad indiquent que 4,8 % des filles et 2,0 % des garçons de 17 ans ont déclaré en 2022 une tentative de suicide (TS) suivie d'un passage à l'hôpital au cours de leur vie, et que près d'un jeune sur cinq (deux fois plus souvent les filles) a déclaré des pensées suicidaires (PS) au cours de l'année. Au regard de nos analyses, la dépression se présente comme le principal facteur associé à la déclaration de PS et de TS. Les résultats obtenus confirment en outre l'influence de facteurs socio-environnementaux déjà bien connus dans les conduites suicidaires à l'adolescence, en particulier ceux liés au genre, à la famille et à la scolarité. Ils soulignent aussi la forte association entre risque suicidaire et usage régulier de substances.

Un autre résultat important est l'augmentation significative des PS et des TS entre 2011 et 2022, surtout due à la hausse des TS et des PS chez les jeunes filles. Cette hausse parmi les jeunes de 17 ans s'inscrit dans une tendance plus large observée parmi les filles et les femmes de 10 à 24 ans (Hazo, et al., 2024). Néanmoins, si la hausse constatée jusqu'en 2017 était graduelle et ne concernait que les filles, celle relevée entre 2017 et 2022 est plus marquée et touche l'ensemble des adolescents. Cette généralisation illustre les effets de la pandémie de Covid-19 et les conséquences psychiatriques et psychologiques des épisodes de confinement de 2020 (García-Fernández, et al., 2023). La détérioration de certains indicateurs de santé mentale et de bien-être social perdure encore aujourd'hui (Bell, et al., 2023).

L'une des limites de cette étude est de restreindre l'analyse aux seules TS ayant entraîné un passage à l'hôpital. Or, d'après les données du Baromètre santé de Santé publique France, en 2021, deux TS sur cinq ne sont pas suivies d'un passage à l'hôpital⁸ (Léon, et al., 2024). Cela laisse entendre que les prévalences présentées ici sont des estimations basses, d'autant qu'un passage aux urgences n'est pas nécessairement suivi d'une hospitalisation. Cette sous-estimation concerne particulièrement les personnes modestes éloignées des professionnels et établissements de santé. Particulièrement concernées par le risque suicidaire, les femmes résidant dans « (...) des communes défavorisées et bénéficiaires de la

8. « Plus de la moitié des [adultes de 18 à 75 ans] déclarant avoir fait une tentative de suicide (58 %) ont affirmé s'être rendus à l'hôpital » (Léon, et al., 2024, p. 52). Ce taux était de 22 % parmi les lycéens d'après les données 2022 de l'enquête *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD) dont le volet français est l'enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS).

complémentaire santé solidaire sont surreprésentées parmi les patients hospitalisés pour geste auto-infligé et la hausse récente a renforcé l'intensité de ce gradient social » (Hazo, et al., 2024). Or, les personnes en situation de précarité sont parmi celles qui ont moins accès aux soins (Lapinte, Legendre, 2021), situation à laquelle s'ajoute une offre moindre de prise en charge dans ces zones, alimentant un processus de reproduction des inégalités de santé.

Références bibliographiques

- **Amossé, T., Cayouette-Remblière, J.** (2022). Une nouvelle nomenclature, la PCS Ménage. *Économie et statistique*, p. 135-153.
- **Arria, A.M., et al.** (2009). Suicide ideation among college students: a multivariate analysis. *Archives of Suicide Research*, 13(3), p. 230-246.
- **Bell, I.H., et al.** (2023). The impact of Covid-19 on youth mental health: a mixed methods survey. *Psychiatric Research*, 321, 115082.
- **Castellvi, P., et al.** (2017). Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 215, p. 37-48.
- **Daniel, S.S., et al.** (2006). Suicidality, school dropout, and reading problems among adolescents. *Journal of Learning Disabilities*, 39(6), p. 507-514.
- **Echeverria, I., et al.** (2021). Proposal for the inclusion of tobacco use in suicide risk scales: results of a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11).
- **García-Fernández, L., et al.** (2023). Dramatic increase of suicidality in children and adolescents after Covid-19 pandemic start: a two-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 163, p. 63-67.
- **Hazo, J.-B., et al.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1300.
- **Insee** (2022). *Emploi, chômage, revenus du travail*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- **Janssen, E., et al.** (2019). Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3-4, p. 74-82.
- **Janssen, E., et al.** (2023). À la fin de l'adolescence, des inégalités sociales de santé et de consommation de substances psychoactives marquées. Dans *France, Portrait social – édition 2023*. Paris, France : Insee, coll. Insee Références.
- **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- **Le Clainche, C., Courtet, P.** (2016). Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. Partie II. Les mécanismes neurobiologiques des conduites suicidaires. Dans *Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives*, 2^e rapport de l'ONS, p. 127-135. Paris, France : DREES.

- **Léon, C., et al.** (2024). Prévalence des pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les 18-85 ans en France : résultats du Baromètre santé 2021. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 3, p. 42-56.
- **Miranda-Mendizabal, A., et al.** (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), p. 265-283.
- **Revah-Lévy, A., et al.** (2007). The Adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*, 7(2).
- **Schilling, E.A., et al.** (2009). Adolescent alcohol use, suicidal Ideation, and suicide attempts. *Journal of Adolescent Health*, 44(4), p. 335-341.
- **Shamabadi, A., et al.** (2023). Suicidality risk after using cannabis and cannabinoids: an umbrella review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 25(1), p. 50-63.
- **Sher, L., Zalsman, G.** (2005). Alcohol and adolescent suicide. *International journal of adolescent medicine and health*, 17(3), p. 197-203.
- **Underner, M., et al.** (2023). Quelle est la part du tabagisme dans l'augmentation du risque suicidaire chez les jeunes fumeurs ? Revue systématique. *L'Encéphale*, 49(1), p. 72-86.
- **Unicef** (2021). *The state of the world's children 2021. On my mind: promoting, protecting and caring for children's mental health.*
- **Yang, Q., et al.** (2022). The relationship of family functioning and suicidal ideation among adolescents: the mediating role of defeat and the moderating role of meaning in life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23).
- **Zaborskis, A., et al.** (2016). Prevalence and familial predictors of suicidal behaviour among adolescents in Lithuania: a cross-sectional survey 2014. *BMC Public Health*, 16(1), 554.
- **Zhang, X., Wu, L.T.** (2014). Suicidal ideation and substance use among adolescents and young adults: a bidirectional relation? *Drug and Alcohol Dependence*, 142, p. 63-73.

FICHE 3

Cartographie des taux de suicide standardisés : la France dans la moyenne supérieure des pays de l'UE-27

Lisa Troy (DREES)

Contexte

À l'échelle mondiale, les données recensant les suicides sont de qualité très hétérogène¹. Le problème de la qualité des données de mortalité n'est pas spécifique au suicide mais, compte tenu de la sensibilité de cette question, une mauvaise classification – conduisant à une sous-évaluation des suicides – est probablement plus fréquente que pour d'autres causes de décès.

En Europe, cependant, les pays ont mis en place un cadre commun pour l'enregistrement des causes de décès, avec une définition standardisée du suicide ; ils appliquent ainsi des règles strictes qui limitent les risques de sous-estimation. La production statistique européenne dans ce domaine est régie par le règlement (UE) n° 328/2011, et les causes de décès (CDD) sont codées conformément aux normes établies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) selon la classification internationale des maladies dans sa dernière révision (CIM-10). Au sein de cette classification, les suicides sont recensés dans les catégories qui incluent respectivement les lésions « auto-infligées »², autrement dit les empoisonnements ou blessures infligés de manière volontaire, ainsi que les décès résultants des séquelles ou des effets « tardifs » de ces lésions (c'est-à-dire survenant un an ou plus après les lésions) [encadré 1]³.

Nous présentons ici une analyse de la qualité des données européennes, ainsi que les principaux résultats de la comparaison des taux de suicide standardisés, entre la France et les autres pays européens⁴.

1. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie des taux de suicide pour la quasi-totalité des pays du monde, tout en reconnaissant la faible qualité de ces données compte tenu de l'absence de référentiel commun et du nombre limité de pays disposant d'un véritable état civil. Voir <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.

2. Codes CIM-10 X60-X84 et X870.

3. Pour le décompte des euthanasies légales, voir dossier 1.

4. Les données utilisées se limitent au niveau national. Des données régionales sont toutefois disponibles sur le site d'Eurostat au niveau NUTS 2 (nomenclature des unités territoriales statistiques 2).

Malgré des biais de sous-estimation, les taux de suicide au sens d'Eurostat peuvent être comparés entre pays européens

Le cadre réglementaire européen ne garantit pas *a priori* une comparabilité parfaite des données, les différences culturelles entre pays d'Europe pouvant influencer le décompte des décès répertoriés comme suicides. Des facteurs tels que la religion ou les normes sociales peuvent jouer un rôle dans la manière dont les décès sont rapportés. Dans certains pays, la stigmatisation liée au suicide peut en effet inciter les autorités administratives et médicales, à la demande ou non des familles, à ne pas déclarer un décès comme étant un suicide en l'absence de preuves explicites d'intention suicidaire. Cette réticence, souvent motivée par le désir d'éviter la honte sociale ou les sanctions religieuses, rend plus difficile la collecte de données précises sur le suicide (Björkenstam, *et al.*, 2014 ; OCDE, 2016).

La variabilité des méthodes d'enregistrement des suicides (Värnik, *et al.*, 2010) et du contenu des certificats de décès (Millares Martin, 2020) peut également affecter ce décompte. Ces divergences sont en partie attribuables à la complexité de la procédure d'enregistrement des suicides qui implique des considérations médicales et juridiques. Elles sont également dues aux différences dans la formation, l'expérience et l'interprétation des règles par les professionnels responsables de la rédaction des certificats de décès. Ainsi, pour les méthodes de suicide où l'intention est ambiguë (noyades, overdoses, accidents de la route), certains pays (l'Irlande et les Pays-Bas par exemple) exigent que les décès ne soient classés comme suicide qu'en l'absence de tout doute raisonnable, ce qui peut affecter à la baisse le nombre de décès répertoriés comme tel ; tandis que d'autres (l'Allemagne, l'Estonie, le Portugal, la Belgique et l'Autriche par exemple) adoptent une approche médicale basée sur une évaluation des probabilités (Värnik, *et al.*, 2010). L'exemple de la France montre par ailleurs que la méthodologie d'enregistrement des suicides peut évoluer au fil du temps et affecter le nombre de suicides recensés (voir dossier 2) ; ainsi, en 2018, l'ajout de la catégorie Suicide aux certificats de décès et la remontée systématique (jusque-là partielle) des certificats de décès des instituts médico-légaux au niveau national ont entraîné une augmentation significative du nombre de suicides rapportés, après une longue période de baisse.

Au-delà des considérations sociales et administratives, des raisons financières peuvent également inciter à sous-déclarer les suicides. En France, par exemple, le bénéficiaire désigné d'un contrat d'assurance-vie ne recevra pas l'argent de l'assurance si l'assuré se suicide au cours de la première année du contrat.

L'ampleur de la sous-déclaration découlant de ces biais n'est pas mesurable pour chaque pays. Une manière indirecte, pour l'approximer, consiste à s'intéresser à la prévalence de certaines causes de décès, et notamment des décès dont l'intention n'est pas déterminée,

des empoisonnements et des noyades accidentelles⁵ (Värnik, *et al.*, 2012⁶). En examinant ces causes de décès (**encadré 1**), il apparaît que si sous-déclaration il y a, elle est d'ampleur limitée (excepté en Slovaquie), et qu'elle joue plutôt comme un facteur mino- rant les écarts de taux de suicide entre pays. Nous considérons donc (une fois exclue la Slovaquie) que les données sont suffisamment robustes pour permettre des analyses pays par pays, par genre et par âge.

Encadré 1 • Définition du suicide et incertitudes quant à la qualification des décès

Pour l'analyse présentée ici, la définition du suicide retenue est stricte : les suicides s'apparentent aux décès résultant de lésions auto-infligées¹. Cependant, plusieurs études proposent d'étendre le cadre de la définition à l'ensemble des décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée² ; une catégorie dans laquelle une analyse approfondie des circonstances de décès (Swain, *et al.*, 2019) révèle que se trouvent souvent un nombre important de suicides. L'ampleur de cette sous-estimation varie fortement selon les études, généralement de 10 % à 30 % en fonction des pays étudiés (Allemagne, Taïwan, Finlande, France et Suède) [Winkler, *et al.*, 2010 ; Wang, Chou, 1997 ; Ohberg, Lonnqvist, 1998 ; Chappert, *et al.*, 2003 ; Björkenstam, *et al.*, 2014]. Or, en élargissant la définition du suicide à cette catégorie, ce sont globalement les mêmes pays que ceux identifiés avec la définition stricte du suicide qui continuent d'afficher les taux de suicide les plus élevés (**graphique encadré**). En particulier, la division géographique entre le sud et l'est de l'Europe demeure : les taux de suicide sont nettement plus bas dans les pays d'Europe du Sud que dans ceux de l'Est³. La Slovaquie se distingue toutefois par un taux de décès dus à des événements d'intention indéterminée bien plus élevé que les autres pays européens (19,9 décès pour 100 000 personnes), dépassant de près de 2,5 fois son taux de suicide, alors qu'aucun autre pays européen n'affiche un taux supérieur à 1 pour cet indicateur. Par ailleurs, bien que peu d'études aient été menées sur ce sujet, une analyse suggère que le nombre de décès d'origine indéterminée aurait augmenté dans le temps en Slovaquie, conjointement à une baisse du nombre de suicides, et que cette augmentation toucherait principalement

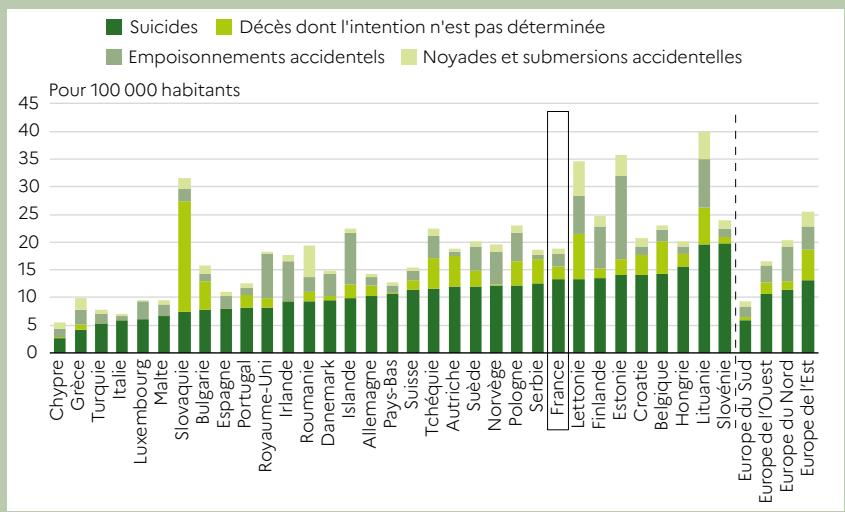
5. Les causes « mal définies et inconnues » (CIM-10 R95-R99) ont été exclues de l'analyse car Eurostat ne fournit pas de classification détaillée de leurs sous-catégories (morts subites, décès sans témoin et autres causes) et la littérature scientifique n'utilise pas cette catégorie. Des travaux complémentaires portant sur celle-ci pourraient être envisagés dans les années à venir.

6. Par exemple, l'étude de Värnik considère que la fiabilité des données sur le suicide peut être estimée en fonction de deux critères. D'une part, le taux de décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée ne doit pas être supérieur à 2 pour 100 000 personnes. D'autre part, la proportion de ces décès par rapport au nombre total de suicides ne doit pas excéder 20 %. Ces deux critères ont été établis à partir du taux moyen de décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée dans les pays de l'UE-14 (1,97 pour 100 000) et du ratio moyen entre ces décès et le nombre de suicides dans ces pays (0,194 soit 19,4 %). En 2021, ces critères étaient respectivement de 1,76 pour 100 000 et de 0,180 soit 18,0 %. Leur application remet en question la fiabilité des données de plusieurs pays, principalement situés en Europe de l'Est (voir encadré 1 pour la définition des régions), et notamment la Slovaquie, la Bulgarie, la Tchéquie, l'Estonie, la Pologne, la Suède, l'Islande ou la Belgique.

des hommes âgés de 70 ans ou plus, la tranche d'âge déjà identifiée comme étant la plus à risque de suicide (Sivcova, *et al.*, 2023). Au vu de ces informations – et des taux particulièrement élevés de décès dus à des événements d'intention indéterminée – il ne paraît pas possible de classer avec certitude la Slovaquie parmi les pays à faible ou à fort taux de suicide. C'est pourquoi ce pays a été exclu de l'analyse.

Enfin, certains suicides peuvent être retrouvés dans les catégories noyades⁴ et empoisonnements (supposés) accidentels⁵, bien que cela soit moins fréquent que pour les décès provenant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée (Chang, *et al.*, 2010 ; Snowdon, Choi, 2020). Cependant, même en incluant ces catégories dans la définition du suicide, l'ordre des pays reste généralement inchangé et l'écart entre Europe du Sud et Europe de l'Est persiste à quelques exceptions près. Certains pays (pays baltes et Islande notamment) affichent des taux particulièrement élevés d'empoisonnements accidentels, représentant jusqu'à 42 % des décès étudiés ici (ensemble des décès par suicide, par noyade ou empoisonnement accidentel ou dont l'intention est indéterminée ; graphique).

Graphique • Taux de mortalité selon une définition extensive du suicide, par catégorie, standardisé par l'âge, en 2021



Note • On appelle ici « définition extensive du suicide » la prise en compte des décès résultant de lésions auto-infligées (codes X60-X84 et X870), mais également d'événements dont l'intention est indéterminée (codes Y10-Y34 et Y872), d'empoisonnements (codes X40-X49) et de noyades ou submersions accidentelles (codes W65-W74). Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE.

Lecture • En France, en 2021, pour 100 000 habitants, il y a eu 13,3 décès par suicide, 2,3 décès dont l'intention n'est pas déterminée, 2,2 décès accidentels par empoisonnement et 0,9 décès accidentels par noyade.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

Ces chiffres pourraient être expliqués par des cas d'intoxication au monoxyde de carbone, liés à des équipements de chauffage vétustes et à des espaces peu ou mal ventilés, plus fréquents dans ces pays où les hivers sont froids et longs (GBD, 2023). Les noyades accidentelles sont quant à elles principalement observées dans les pays de l'Europe de l'Est, représentant jusqu'à 29 % de l'ensemble constitué par les décès par suicide, par noyade ou empoisonnement accidentel ou dont l'intention est indéterminée (Roumanie).

1. Codes CIM-10 X60-X84 et X870.

2. Codes CIM-10 Y10-Y34 et Y872.

3. L'Europe du Sud inclut Chypre, la Grèce, l'Italie, Malte, l'Espagne et le Portugal ; l'Europe du Nord inclut le Danemark, la Suède, la Finlande, la Norvège et l'Islande ; l'Europe de l'Ouest inclut le Luxembourg, l'Irlande, les Pays-Bas, l'Allemagne, la France, l'Autriche, la Suisse, le Royaume-Uni et la Belgique ; enfin, l'Europe de l'Est inclut la Roumanie, la Bulgarie, la Pologne, l'Estonie, la Serbie, la Tchéquie, la Croatie, la Hongrie, la Slovaquie, la Lituanie, la Lettonie et la Slovaquie (dans l'encadré 1 uniquement). Eurostat met également à disposition des données pour la Turquie.

4. Codes CIM-10 W65-W74.

5. Codes CIM-10 X40-X49, correspond aux intoxications accidentelles par des médicaments, d'autres substances pharmacologiques, de l'alcool, des solvants, des gaz, des pesticides ou des produits chimiques.

Une prévalence du suicide plus élevée en Europe de l'Est, plus faible en Europe du Sud

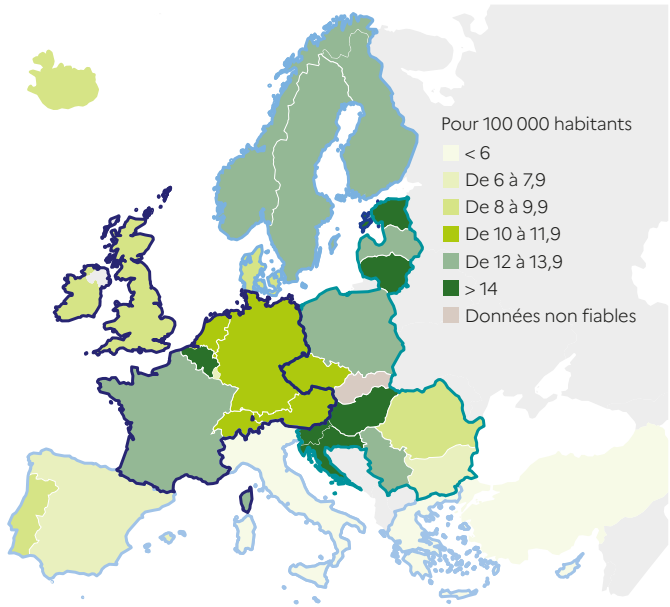
En 2021, la mortalité par suicide standardisée par l'âge (**encadré 2**) s'établit en moyenne à 10,2 décès pour 100 000 habitants dans les pays de l'UE-27, contre 12,4 en 2011. Les taux de mortalité par suicide les plus bas sont enregistrés dans les pays d'Europe du Sud (respectivement 2,7, 4,2 et 5,9 décès pour 100 000 habitants à Chypre, en Grèce et en Italie, pour une moyenne de 5,9 décès par suicide pour 100 000 habitants). Des taux relativement faibles, inférieurs à 8 décès pour 100 000 habitants, sont également observés en Turquie ou au Luxembourg (**carte 1**). De l'autre côté du spectre, le taux de mortalité par suicide est près de deux fois supérieur à la moyenne des pays de l'UE-27 en Slovaquie (19,8 décès pour 100 000 habitants) et en Lituanie (19,5 décès pour 100 000 habitants). La moyenne dans les pays d'Europe de l'Est se révèle généralement plus élevée que pour le reste du continent avec un taux de 13,6 décès pour 100 000 habitants. En France, ce taux s'établit à 13,3 en 2021, en dessous de ceux de la Finlande (13,5) et de la Belgique (14,3), mais au-dessus de la moyenne des pays d'Europe de l'Ouest (10,6) et du Nord (11,4).

Encadré 2 • Méthodologie et définitions

Selon la méthodologie utilisée par Eurostat, le taux de mortalité standardisé par l'âge est obtenu en calculant une moyenne pondérée des taux de mortalité spécifiques à chaque tranche d'âge. Le facteur de pondération est la répartition par âge de la population européenne standard (*European Standard Population, ESP*), par tranche d'âge de 5 ans, des moins de 5 ans aux 95 ans ou plus. L'ESP mobilisée

dans ce cas correspond à la répartition moyenne sur la période 2011-2030, calculée sur la base des projections démographiques de 2010. La standardisation par l'âge permet de rendre plus comparable des pays ayant des structures démographiques différentes, le suicide variant fortement en fonction de l'âge. Elle permet également de neutraliser l'effet du vieillissement dans le temps, en ajustant les données pour éliminer l'influence des changements dans la structure démographique entre différentes périodes. Enfin, la standardisation par âge d'Eurostat permet de comparer les taux de suicide des hommes et des femmes en neutralisant l'écart de structure démographiques entre genres.

Carte 1 • Répartition géographique des taux de mortalité par suicide, standardisés par l'âge, en 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, en 2021, le taux de mortalité standardisé par suicide (c'est-à-dire le taux qu'on observerait si la France avait la structure par âge de la population européenne [encadré 2]) est compris entre 12 et 13,9 décès pour 100 000 habitants.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

La littérature scientifique suggère que la part élevée de personnes s'identifiant comme croyantes (toutes religions confondues) dans les pays d'Europe du Sud et en Turquie⁷ joue un rôle protecteur, le suicide étant condamné par les doctrines religieuses (Van Praag, 2009 ; Norko, *et al.*, 2017 ; Lawrence, *et al.*, 2016). Cet effet protecteur trouve son explication dans des mécanismes impliquant le réseau social des individus et leur intégration à celui-ci. Son intensité varie selon le degré de désapprobation du suicide par une religion particulière (Norko, *et al.*, 2017). Des différences existent ainsi selon les religions, les personnes se définissant comme catholiques (principalement dans l'Europe du Sud) étant moins susceptibles de commettre ou de tolérer un suicide que celles se définissant comme protestantes (principalement dans l'Europe du Nord) [Torgler, Schaltegger, 2014 ; Halbwachs, 2002]. Les pratiques religieuses en elles-mêmes sont par ailleurs associées à des niveaux plus bas de divorces et de consommation d'alcool, deux facteurs aggravant du risque suicidaire (Berggren, 1997). Il y a cependant quelques exceptions, comme la Pologne, où une part importante de la population s'identifie comme catholique (76 % de la population [Ipsos, 2023]) malgré un taux de suicide relativement élevé (12,2 suicides pour 100 000 habitants), bien qu'inférieur à la moyenne des pays d'Europe de l'Est (13,6 suicides pour 100 000 habitants).

Les comportements suicidaires sont également influencés par la structure familiale : les pays de l'Europe du Sud comptent une proportion moins élevée de personnes vivant seules, une situation qui augmente le risque de suicide (O'Connor, *et al.*, 2022 ; Shaw, *et al.*, 2021). En 2022, selon les données d'Eurostat⁸, cette proportion est de 8,0 % à Chypre, 9,9 % au Portugal, 10,9 % en Espagne et 11,5 % à Malte, comparé à une moyenne de 15,8 % dans l'ensemble des pays de l'UE-27. Enfin, le climat plus chaud dans les pays de l'Europe du Sud peut notamment rendre la dépression saisonnière moins probable que dans d'autres régions d'Europe, notamment celles du Nord et de l'Est (Fountoulakis, *et al.*, 2016).

Une réduction significative des taux de mortalité par suicide ces dix dernières années

En 2011, dans les pays de l'UE-27, le nombre moyen de décès par suicide s'élevait à 12,4 pour 100 000 habitants, contre seulement 10,2 décès pour 100 000 habitants en 2021, soit une baisse moyenne de 1,9 % par an. On constate une baisse similaire dans la quasi-totalité des pays étudiés sur cette même période. La baisse la plus importante est observée au Luxembourg avec une réduction de 6,1 % par an en moyenne, faisant passer le taux de 11,5 à 6,1 décès pour 100 000 habitants. Viennent ensuite la Lituanie, pays qui affichait

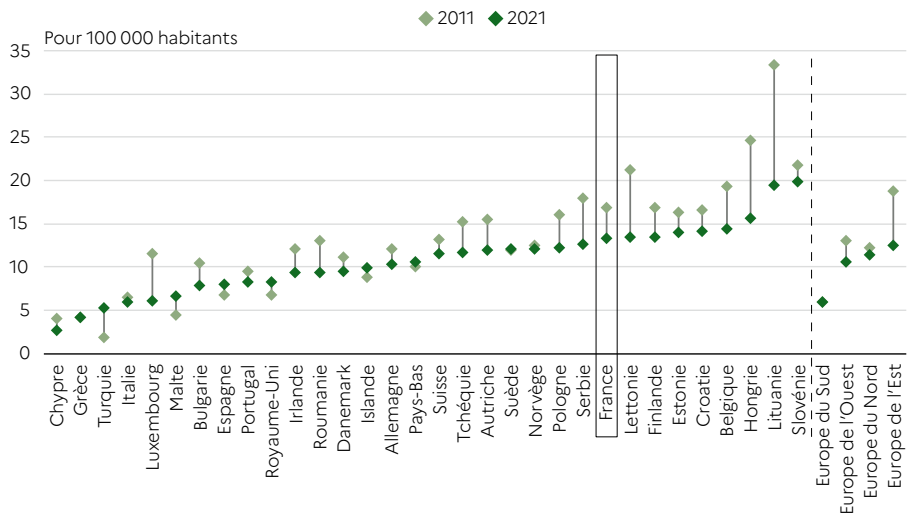
7. Selon une enquête menée en 2023 par Ipsos auprès de 20 000 répondants âgés de moins de 75 ans dans 26 pays, la proportion de personnes interrogées qui déclarent avoir une religion varie de près de 86 % en Turquie, à moins de 50 % en Suède (46 %), aux Pays-Bas (46 %) et au Royaume-Uni (48 %). En France, ce taux s'établit à 57 %. De manière générale, une scission géographique s'opère, opposant une Europe du Sud plus religieuse (70 % en Italie, par exemple) à une Europe du Nord majoritairement laïque (Ipsos, 2023). Cette enquête est d'ailleurs confirmée par d'autres (Jenik, 2022).

8. Enquête européenne annuelle EU-SILC (European Statistics on Income and Living Conditions) qui documente les questions de revenus, de conditions de vie, de pauvreté et d'exclusion sociale ; variable utilisée : « distribution de la population par type de ménage ».

initialement le taux de mortalité par suicide le plus élevé (-5,2 % par an, passant de 33,4 à 19,5 décès pour 100 000) et la Lettonie (-4,5 % par an, soit une réduction de 21,2 à 13,4 pour 100 000)⁹.

En France, la baisse s'établit en moyenne à 2,3 % par an entre 2011 et 2021 (passant de 16,8 à 13,3 décès pour 100 000 habitants) (**graphique 1**). Ces résultats pourraient être mis en relation avec le fait que la plupart des pays étudiés se sont engagés à suivre le plan d'action 2013-2030 de l'OMS¹⁰ pour la santé mentale et à œuvrer en faveur de l'objectif mondial consistant à réduire d'un tiers le taux de suicide dans les pays d'ici 2030 (OMS, 2022).

Graphique 1 • Évolution des taux de mortalité par suicide, standardisés par l'âge, entre 2011 et 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni s'arrêtent en 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, le taux de décès standardisé par suicide est passé de 16,8 à 13,3 décès pour 100 000 habitants entre 2011 et 2021.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

9. Parallèlement, le nombre de décès résultant d'événements dont l'intention n'est pas déterminée a considérablement fluctué, même si aucune tendance claire ne se dégage. Par exemple, bien que ce taux ait augmenté en Roumanie, Belgique et Autriche, il a diminué en Pologne, Irlande et Allemagne, simultanément à une baisse des suicides. De manière similaire, il a augmenté en Islande et diminué aux Pays-Bas et en Espagne conjointement à une hausse des suicides dans ces pays. Il est ainsi difficile de tirer des conclusions définitives pour cette catégorie qui regroupe plusieurs causes de décès ; les variations observées peuvent notamment être dues à des changements méthodologiques au sein des pays ou à l'introduction de nouvelles catégories dans les certificats de décès.

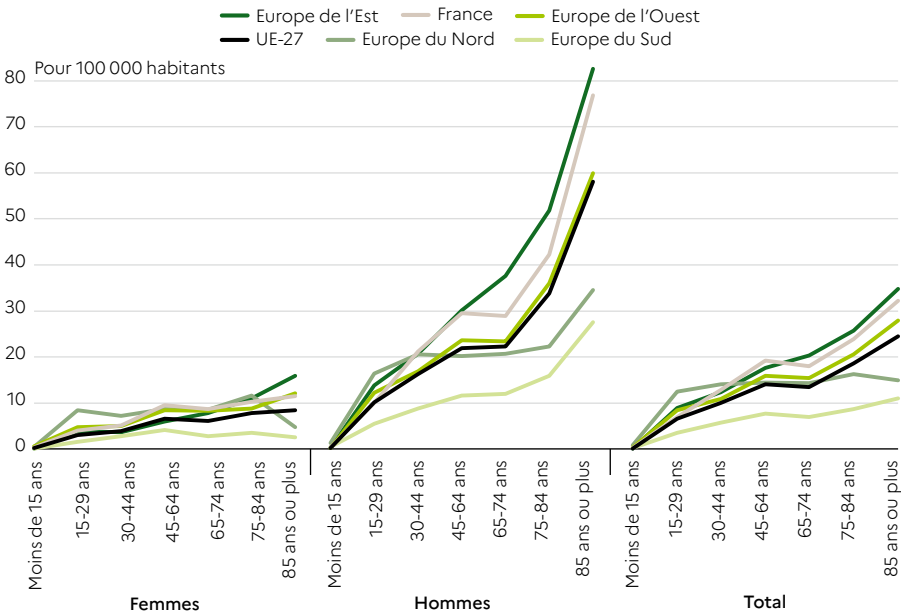
10. Le plan d'action de l'OMS pour la santé mentale est structuré autour de plusieurs objectifs stratégiques visant à améliorer la santé mentale à l'échelle mondiale. Parmi les objectifs du plan d'action, on peut mentionner : le renforcement des systèmes de santé dans l'objectif de fournir des services de santé mentale intégrés et accessibles ; la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux ; l'amélioration de l'accès aux soins et aux traitements pour les personnes atteintes de troubles mentaux ; l'amélioration de la collecte de données sur la santé mentale.

En revanche, les taux de suicide ont augmenté de manière significative en Turquie (11,4 % par an, passant de 1,8 à 5,3 décès pour 100 000 habitants) et à Malte (3,9 % par an, soit une augmentation de 4,5 à 6,6 décès pour 100 000), même si ces deux pays présentaient initialement des taux de suicide très bas comparativement aux autres pays européens. Si ces données indiquent une réduction notable des écarts entre les pays européens en matière de taux de suicide, des disparités importantes persistent néanmoins.

Dans toute l'Europe, les hommes âgés sont plus susceptibles de mettre fin à leurs jours

Le suicide est étroitement lié à l'âge. Il est ainsi quasi inexistant chez les moins de 15 ans. À l'inverse, dans la grande majorité des pays européens, les personnes âgées sont particulièrement vulnérables. En moyenne, dans les pays de l'UE-27, on dénombre 19,1 suicides de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 000 habitants, contre seulement 5,7 pour les 15-44 ans et 0,2 pour les moins de 15 ans (respectivement 24,9, 6,8 et 0,3 en France) [graphique 2].

Graphique 2 • Taux de suicide selon le genre et l'âge, en 2021



Note • Les données mobilisées pour le Royaume-Uni correspondent à l'année 2018, le pays ne fournissant plus ces renseignements depuis sa sortie de l'UE. La Slovaquie a été retirée de l'analyse en raison de son nombre trop élevé de décès pour 100 000 habitants dus à des événements d'intention indéterminée.

Lecture • En France, en 2021, le taux de suicide des personnes âgées de 65 à 74 ans s'établit à 18,2 suicides pour 100 000 habitants, contre 7,1 pour les personnes âgées de 15 à 29 ans.

Champ • Population des pays membres de l'UE-27, de l'Islande, de la Norvège, de la Suisse, du Royaume-Uni, de la Serbie et de la Turquie.

Source • Eurostat, base de données européenne sur les causes de décès.

L'écart le plus élevé est observé en Serbie, où les personnes âgées de 65 ans ou plus se suicident près de 8 fois plus que les 15-44 ans (33,9 contre 4,2 décès pour 100 000 habitants). En moyenne, les écarts les plus importants sont observés dans les pays d'Europe de l'Est (3,7 fois plus, soit 27,1 contre 7,3 décès pour 100 000 habitants) et de l'Ouest (3,2 fois plus, soit 21,5 contre 6,7 décès pour 100 000 habitants). De l'autre côté du spectre, c'est en Islande (12,9 décès pour 100 000 habitants), en Estonie (11,5), en Lituanie (10,3) et en Finlande (10,3) que les taux de suicide des 15-44 ans sont les plus élevés. En Islande et en Irlande, les plus jeunes sont même davantage susceptibles de mettre fin à leurs jours que les personnes âgées (respectivement 12,9 et 7,4 décès pour 100 000 habitants parmi les 15-29 ans et les 30-44 ans, contre 10,9 et 6,0 décès pour 100 000 habitants parmi les 75-84 ans et les 85 ans ou plus). De manière générale, les pays d'Europe du Nord se distinguent des autres pays européens par le fait que le taux de suicide des jeunes y est relativement proche de celui des personnes âgées (respectivement 12,6 et 14,3 suicides pour 100 000 habitants parmi les 15-29 ans et les 30-44 ans, contre respectivement 16,4 et 15,1 suicides pour 100 000 habitants parmi les 75-84 ans et les 85 ans ou plus).

De plus, les différences de taux de suicide entre hommes et femmes – bien que présentes à tous les âges – deviennent particulièrement marquées à partir de 75 ans. À cet âge, les taux de suicide sont près de 6 fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes dans les pays de l'UE-27 (5,5 fois plus en France). Ce ratio grimpe ensuite jusqu'à 7 pour les 85 ans ou plus (6,7 en France). Les hommes de 85 ans ou plus se suicident même jusqu'à 20,2 fois plus que les femmes du même âge en Grèce et jusqu'à plus de 14 fois plus au Portugal (14,4) et en Finlande (14,3).

Les facteurs de risque de suicide chez les personnes âgées incluent le handicap physique, les déficiences fonctionnelles et les douleurs chroniques, qui augmentent significativement avec l'âge (Tang, Crane, 2006). De plus, plusieurs études suggèrent que, lorsqu'elles envisagent le suicide, les personnes âgées planifient davantage leur geste que les plus jeunes et utilisent des méthodes plus létales, telles que la pendaison ou le saut d'une hauteur suffisante (Conwell, *et al.*, 2011 ; Crestani, *et al.*, 2019). Enfin, la perte d'un être cher, en particulier du conjoint, peut également contribuer au risque suicidaire. Cela se remarque particulièrement chez les hommes qui connaissent une augmentation plus marquée du risque suicidaire immédiatement après la perte d'un être proche (Erlangsen, *et al.*, 2004 ; De Leo, 2022).

En Europe, à âge comparable, les hommes se suicident de deux à huit fois plus que les femmes

Dans l'ensemble des pays européens, en 2021, les taux de décès par suicide, standardisés par l'âge, sont deux à huit fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (**carte 2**). Les écarts sont particulièrement prononcés en Lettonie (8,0 fois plus : 3,3 contre 26,5 décès pour 100 000 habitants), en Pologne (6,6 fois plus : 3,3 contre 22,1 décès pour 100 000 habitants),

mettre fin à leurs jours (Payne, *et al.*, 2008 ; Möller-Leimkühler, 2003). Cela a notamment été observé à la chute du bloc soviétique, face aux bouleversements sociaux (notamment l'autonomisation et l'émancipation des femmes) et économiques rapides qui en ont résulté (Bluhm, *et al.*, 2021).

D'autres facteurs contribuent également aux taux élevés de suicide chez les hommes, comme la consommation excessive d'alcool. La littérature scientifique indique à ce sujet que les hommes ont tendance à boire davantage que les femmes. En moyenne, dans les pays de l'UE-27, 13 % des hommes consomment quotidiennement de l'alcool contre 4,1 % des femmes (EHIS, 2019). Or, cette consommation excessive est associée à un risque accru de suicide, en particulier lorsqu'il s'agit d'alcools forts, une pratique plus fréquente dans les pays d'Europe de l'Est que dans le reste de l'Europe (Landberg, 2008). Il demeure toutefois complexe d'établir une relation causale entre suicide et consommation d'alcool, ces deux paramètres étant également liés à d'autres facteurs significatifs tels que la dépression ou la détresse psychologique. On notera néanmoins qu'en 2021, les quatre pays qui présentent les taux de décès des hommes pour troubles mentaux liés à l'alcool les plus élevés d'Europe sont aussi les pays dans lesquels les hommes se suicident le plus (respectivement 27,2 ; 21,9 ; 15,4 et 15,3 décès pour consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants en Slovaquie, Lettonie, Croatie ou Pologne, contre 6,1 décès pour 100 000 habitants en moyenne dans les pays de l'UE-27) [Eurostat, 2021].

Enfin, les méthodes de suicide elles-mêmes reflètent des différences de genre. Les hommes ont tendance à choisir des moyens plus directs et plus létaux (tels que les armes à feu), tandis que les femmes meurent davantage d'overdoses, ce qui peut conduire à une sous-estimation relative des suicides féminins (**encadré 1**).

Une étude a ainsi montré que sur plus de 500 décès initialement jugés de nature suicidaire mais non encore classifiés, seuls 40 % des intoxications et 24 % des noyades ont finalement été classées comme « suicide », contre 60 % en moyenne pour les décès résultant d'autres moyens létaux (Cooper, Milroy, 1995). Or, l'auto-empoisonnement et la noyade sont davantage le fait des femmes que des hommes, ce qui peut engendrer une sous-déclaration relative du suicide des femmes et augmenter artificiellement les écarts observés.

Références bibliographiques

- **Berggren, N.** (1997). Rhetoric or reality? An economic analysis of the effects of religion in Sweden. *The Journal of Socio-Economics*, 26(6).
- **Björkenstam, et al.** (2014). Suicide or undetermined intent? A register-based study of signs of misclassification. *Population Health Metrics*.
- **Bluhm, K., et al.** (2021). Gender and power in Eastern Europe. Changing concepts of femininity and masculinity in power relations. *Societies and Political Orders in Transition*.

- **Chang, S.S., et al.** (2010). Hidden' suicides amongst deaths certified as undetermined intent, accident by pesticide poisoning and accident by suffocation in Taiwan. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- **Chappert, J.L., et al.** (2003). *Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide : biais et impact sur les données nationales en France à partir des causes indéterminées quant à l'intention*. DREES, Document de travail, 23.
- **Conwell, Y., Van Orden, K., Caine, E.D.** (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*.
- **Cooper, P.N., Milroy, C.M.** (1995). The coroner's system and under-reporting of suicide. *Medicine, Science and the Law*.
- **Crestani, C., et al.** (2019). Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomedica*.
- **De Leo, D.** (2022). Late-life suicide in an aging world. *Nature Aging*.
- **EHIS** (2019). *European Health Interview Survey*. Commission européenne, Eurostat.
- **Erlangsen, A., et al.** (2014). Loss of partner and suicide risks among oldest old: a population-based register study. *Age Ageing*.
- **Eurostat** (2021). « Décès dus à l'utilisation abusive d'alcool, par sexe ». Base de données sur les causes de décès.
- **Fountoulakis, K.N., et al.** (2016). Relationship of suicide rates with climate and economic variables in Europe during 2000–2012. *Annals of General Psychiatry*.
- **GBD** (Carbon Monoxide Poisoning Collaborators, 2023). Global, regional, and national mortality due to unintentional carbon monoxide poisoning, 2000–2021: results from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Public Health*.
- **Halbwachs, M.** (2002). *Les causes du suicide*. Presses Universitaires de France, coll. Le lien social.
- **Houle, J., Mishara, B.L., Chagnon, F.** (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*.
- **Ipsos** (2023). *Global Religion 2023. Religious Beliefs Across the World. A 26-country Global Advisor survey*.
- **Jenik, C.** (2022). *Les pays les plus (et les moins) religieux au monde*. Statista (Religion).
- **Landberg, J.** (2008). Alcohol and suicide in eastern Europe. *Drug and Alcohol Review*.
- **Lawrence, R.E., Oquendo, M.A., Stanley, B.** (2016). Religion and suicide risk: a Systematic review. *Archives of Suicide Research*.
- **Millares Martin, P.** (2020). Medical certificate of cause of death: looking for an European single standard. *Journal of Forensic and Legal Medicine*.
- **Möller-Leimkühler, A.M.** (2003). The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*.
- **Norko, M.A., et al.** (2017). Can religion protect against suicide? *Journal of Nervous and Mental Disease*.
- **O'Connor, R.C., Evans, J.J., McClelland, H.** (2022). A qualitative exploration of the experiences and perceptions of interpersonal relationships prior to attempting suicide in young adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
- **OCDE, Organisation de coopération et de développement économiques** (2016). *Society at a Glance 2016: OECD Social Indicators*. Éditions OCDE, Paris.

- **Ohberg, A., Lonnqvist, J.** (1998). Suicides hidden among undetermined deaths. *Acta Psychiatrica Scandinavica*.
- **OMS, Organisation mondiale de la santé** (2022). *Comprehensive mental health - Action plan 2013-2030*.
- **Payne, S., Swami, V., Stanistreet, D.** (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: a review of the literature. *Journal of Men's Health*.
- **Shaw, R.J., et al.** (2021). Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: a nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *Journal of Affective Disorders*.
- **Sivcova, V., et al.** (2023). Suicide rates in the Slovak Republic in 2011-2020. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- **Snowdon, J., Choi, N.G.** (2020). Undercounting of suicides: where suicide data lie hidden. *Global Public Health*.
- **Swain, R.S., et al.** (2019). A systematic review of validated suicide outcome classification in observational studies. *International Journal of Epidemiology*.
- **Tang, N.K., Crane, C.** (2006). Suicidality in chronic pain: a review of the prevalence, risk factors and psychological links. *Psychological Medicine*.
- **Torgler, B., Schaltegger, C.** (2014). Suicide and religion: new evidence on the differences between protestantism and catholicism. *Journal for the Scientific Study of Religion*.
- **Van Praag, H.M.** (2009). The role of religion in suicide prevention. *Oxford Textbooks of Suicidologie and Suicide Prevention*.
- **Värnik, P., et al.** (2010). Suicide registration in eight european countries: a qualitative analysis of procedures and practices. *Forensic Science International*, 202 (1-3).
- **Värnik, P., et al.** (2012). Validity of suicide statistics in Europe in relation to undetermined deaths: developing the 2-20 benchmark. *Injury Prevention*.
- **Wang, C.S., Chou, P.** (1997). An analysis of unnatural deaths between 1990 and 1994 in A-Lein, Taiwan. *Injury* 28(3).
- **Winkler, V., Ott, J.J., Becher, H.** (2010). Reliability of coding causes of death with ICD-10 in Germany. *International Journal of Public Health*.

Plans de prévention

PLANS DE PRÉVENTION

Fiche 4 • Bilan de la stratégie nationale de prévention du suicide	199
Fiche 5 • Le déploiement du secourisme en santé mentale en France.....	205
Fiche 6 • La prévention du suicide au sein de l'Éducation nationale.....	213
Fiche 7 • Plan de prévention du mal-être et du risque suicidaire en agriculture	218
Fiche 8 • Chez les détenus, un taux de suicide en hausse mais de nouveaux dispositifs de prévention	229

FICHE 4

Bilan de la stratégie nationale de prévention du suicide

*Pauline Mercier (Direction générale de la santé)
et Nathalie Pauwels (programme Papageno)*

Contexte

La prévention du suicide est une priorité de la politique de santé publique du ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités. Bien que le taux de suicide soit en baisse tendancielle depuis 2000¹, la France présente toujours un des taux standardisé de décès par suicide les plus élevés en Europe, avec 13,3 suicides pour 100 000 habitants en 2021, alors que la moyenne européenne est de 10,2 (fiche 3). Chaque année, de 190 000 à 280 000 personnes réaliseraient une tentative de suicide (dossier 3).

La stratégie nationale de prévention du suicide, portée par la feuille de route santé mentale et psychiatrie du 28 juin 2018 (action n° 6), comprend un ensemble d'actions fonctionnant en synergie, mises en œuvre dans les territoires sous le pilotage des agences régionales de santé (ARS)².

Maintenir le contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide (dispositif Vigilans)

Le dispositif Vigilans consiste à recontacter des personnes ayant fait une tentative de suicide, à la suite de leur sortie des urgences ou d'une hospitalisation, afin de prévenir le risque de récurrence. Depuis la création du dispositif en 2015, les centres Vigilans ont réalisé plus de 140 000 entrées (dont plus de 32 000 en 2023). En mai 2024, le dispositif était opérationnel partout en France à l'exception des Landes et de Mayotte.

En 2020, la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – en lien avec la Délégation du numérique en santé (DNS) – ont décidé la mise en place d'un système d'information national basé sur les outils de coordination régionaux

1. Entre 2000 et 2016, le taux de décès par suicide en France a diminué de près de 33,5 % (4^e rapport de l'Observatoire national du suicide, juin 2020). En 2021, 8 902 décès par suicide ont été enregistrés en France (source : Inserm-CépiDc).

2. Instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide.

e-parcours³ afin d'accompagner la généralisation du dispositif. Le travail est en cours afin que l'ensemble des centres Vigilans en bénéficient à terme. Il reviendra à Santé publique France de centraliser les données anonymisées issues de l'ensemble des bases régionales e-parcours Vigilans à des fins de monitoring et d'évaluation. La base nationale ainsi consolidée devrait être effective courant 2025.

En 2016, la DGS a chargé Santé publique France de réaliser une évaluation du dispositif. Celle-ci a permis de confirmer l'efficacité et l'efficience de Vigilans⁴ :

- le risque de réitération suicidaire est réduit de près de 40 % pour les patients inclus dans Vigilans, comparativement à un groupe de patients non inclus dans ce dispositif ;
- un euro investi dans Vigilans permet d'économiser deux euros pour le système de santé (soins liés à la récurrence). En moyenne, 248 euros sont économisés lorsqu'un patient est accompagné par Vigilans.

Une expérimentation est en cours dans les Hauts-de-France dans plusieurs établissements pénitentiaires pour proposer aux personnes détenues ayant fait une tentative de suicide d'être accompagnées par Vigilans. Son extension à d'autres territoires sera discutée sur la base d'une évaluation de cette initiative.

Mieux former au repérage, à l'évaluation et à l'intervention auprès des personnes à risque suicidaire

Le dispositif Vigilans contient un volet formation à destination, d'une part des personnes concernées par le mal-être des autres et à même d'entrer en relation avec eux, et d'autre part des professionnels prenant en charge les personnes en souffrance. Ces formations déployées par la société savante Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) ont été actualisées en 2019 à la lumière de l'avancée des connaissances sur la prévention du suicide. Ainsi, un contenu plus adapté aux rôles et compétences de chacun (sentinelles, évaluateurs, intervenants de crise suicidaire) a été mis en place.

Aujourd'hui, 46 formateurs nationaux sont actifs sur le territoire. Afin de répondre aux demandes croissantes de formation, un marché a été lancé en 2023 par la DGS pour en former 15 autres. Les formateurs nationaux sont chargés de former des formateurs régionaux qui forment à leur tour les sentinelles, les évaluateurs et les intervenants de crise, selon une stratégie définie par chaque ARS en fonction de ses priorités. La quasi-totalité des régions disposent aujourd'hui de formateurs régionaux actifs formés aux trois modules et la moitié des ARS ont commencé à former des sentinelles.

3. Dans le cadre de la stratégie de transformation du système de santé Ma santé 2022 et de son volet numérique, la DGOS déploie le programme e-parcours pour accompagner la transformation numérique du parcours de santé dans les territoires en appui des professionnels exerçant dans les secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux : <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/e-sante/sih/article/le-programme-e-parcours>.

4. Rapport d'évaluation 2023 du dispositif Vigilans par Santé publique France.

En 2022, les modules Évaluation/orientation et Intervention de crise ont été retenus par les instances de l'Agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) dans le cadre d'une action de formation nationale : « Former ou renforcer des compétences professionnelles à l'évaluation et l'orientation de personnes repérées comme étant à risque suicidaire ». Ces modules sont inscrits depuis novembre 2023 au catalogue de l'ANFH.

Enfin, la formation des médecins généralistes au repérage et à la prise en charge de la dépression est proposée depuis 2020 au titre du développement professionnel continu dans le cadre d'un partenariat entre le GEPS et MG Form, l'association de formation médicale continue au service des médecins généralistes.

Développer des actions ciblées pour prévenir les phénomènes de contagion suicidaire

Un suicide peut constituer un facteur de décompensation pour d'autres personnes en état de vulnérabilité et provoquer la survenue de nouveaux suicides, de manière directe et localisée (école, milieu de travail, milieu de vie, communauté, etc.) ou indirecte (par l'intermédiaire des médias et des réseaux sociaux). Ainsi, des travaux nord-américains ont récemment montré qu'un suicide affecte entre 6 et 14 personnes dans l'entourage, et que 135 y sont exposées⁵ (Cérel, et al., 2018). Pour être efficaces, les actions de prévention de la contagion suicidaire doivent être combinées. C'est pourquoi le plan d'action 2024 de la DGS⁶, élaboré dans le cadre d'un groupe de travail avec, notamment, le concours du programme Papageno (**encadré**) et à destination des acteurs territoriaux – en particulier des ARS –, préconise de mettre en œuvre un ensemble de mesures visant à :

- prévenir les phénomènes de contagion suicidaire sur les espaces numériques. Il s'agit pour ce faire :
 - de renforcer la veille préventive sur la contagion suicidaire sur les espaces numériques ;
 - d'encourager des prises de parole numériques responsables relatives à la prévention du risque suicidaire ;
 - de sensibiliser les journalistes, les contributeurs du web et les auteurs de fiction à la prévention du phénomène de contagion suicidaire ;
 - d'accroître la mise à disposition et la visibilité des ressources concernant la prévention du suicide sur les espaces numériques. Le plan vise ainsi, par exemple, à améliorer le référencement de ces ressources sur les moteurs de recherche, à mieux identifier et signaler les contenus de nature suicidaire et à déployer le tchat du numéro national de prévention du suicide (3114) ;

5. Au sens où elles connaissent personnellement une personne décédée par suicide.

6. Stratégie nationale de prévention du suicide, Direction générale de la santé, février 2024.

- mettre en place des plans de postvention collective⁷ dans les structures et institutions les plus touchées par le suicide. Ainsi, le plan d'action de la DGS met à disposition des acteurs territoriaux des lignes directrices présentant les éléments essentiels que doit contenir un plan de postvention, et fournit une liste d'acteurs proposant des plans et des outils de postvention collective ;
- identifier les personnes directement touchées par le suicide (endeuillées et témoins) et effectuer des démarches proactives auprès d'elles, en postvention individuelle. À cette fin, un recensement des ressources existantes sur cette thématique est actuellement réalisé via l'annuaire en cours de constitution sur la santé mentale et la prévention du suicide porté par sante.fr⁸. Une réflexion sera par ailleurs ouverte au niveau national pour élaborer un module spécifique de formation sur la thématique de la postvention individuelle (durée, cible, périmètre, etc.) ;
- repérer et agir en prévention sur les lieux à risque suicidaire, ou *hot spots*⁹. Pour ce faire, la démarche nécessite de mettre à disposition des acteurs territoriaux une définition de la notion de « lieu à risque suicidaire » accompagnée d'éléments de description pour les aider à identifier un *hot spot*, ainsi que des éléments de méthodologie pour le sécuriser (acteurs à impliquer, précautions à prendre en termes de communication, etc.). La sensibilisation des collectivités territoriales aux enjeux d'intervention, via l'Association des maires de France, l'Association des départements de France et le Réseau français Villes-Santé, doit également permettre la mise en place d'actions en amont (par exemple, le développement d'un aménagement urbain favorable à la santé) et en aval (par exemple, des mesures de sécurisation des lieux à risque suicidaire).

Consolider le numéro national de prévention du suicide

Le numéro national de prévention du suicide, le 3114, accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 depuis 2021 sur l'ensemble du territoire national, permet une prise en charge immédiate des personnes suicidaires par des professionnels du soin. En 2024, 18 centres répondants sont ouverts sur 19 prévus au total, l'ouverture du dernier (Guyane) devant intervenir début 2025. Depuis son lancement, le 3114 a reçu plus de 600 000 appels.

Le 8 septembre 2023, une charte des valeurs communes a été signée entre les lignes d'écoute associatives du champ de la prévention du suicide et le 3114, permettant de concrétiser la complémentarité entre ces différents dispositifs d'aide à distance dans le respect de leurs modalités d'intervention respectives et de la culture de chacun.

7. Ces plans décrivent l'ensemble des interventions à déployer après un suicide dans le « milieu » où le suicide a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée (école, travail, communauté, etc.). Ces actions ont pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer le risque de contagion suicidaire, d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour du milieu touché à un fonctionnement habituel.

8. Cet annuaire est piloté conjointement par la Délégation ministérielle en santé mentale et en psychiatrie (DMSMP), la DGS et la DGOS.

9. Un lieu à risque suicidaire (*hot spot* ou encore « site emblématique »), est un site spécifique, généralement public, fréquemment utilisé comme lieu de suicide compte tenu de sa facilité d'accès, de sa symbolique ou de sa létalité perçue.

Encadré • Le programme Papageno

Les actions menées se fondent sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'International Association for Suicide Prevention (IASP), desquelles l'équipe tire son expertise, notamment en matière de :

- prévention de l'effet Werther qui caractérise l'ensemble des phénomènes de contagion de masse (*mass-clusters*) liés aux médias traditionnels, à la diffusion des fictions et aux réseaux sociaux ;
- prévention des suicides parmi les *point-clusters* (*hot spots*, suicides dans les communautés, suicides dans les institutions) ;
- promotion de l'effet du programme Papageno en ayant recours à la communication comme à un authentique outil de prévention, notamment en substituant aux identifications à risque (identifications aux figures suicidaires) des identifications protectrices (identifications à des personnes qui ont traversé ou aidé à traverser une crise suicidaire). Grâce à des programmes phares tels que les interventions dans les écoles de journalisme et les rédactions de presse, ainsi que l'accompagnement des professionnels lors de leurs prises de parole publiques, Papageno vise à sensibiliser au suicide en tant que problématique de santé publique, à modifier les représentations erronées, à informer sur le risque d'effet de contagion suicidaire et à promouvoir des discussions ouvertes sur le suicide et sa prévention.

Pour en savoir plus :
<https://papageno-suicide.com>
papageno@f2rsmpsy.fr

Renforcer l'information et la sensibilisation de la population générale aux enjeux de la santé mentale et en particulier de la prévention du suicide

La première mesure des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021 vise à assurer une communication grand public régulière sur la santé mentale. Dans le prolongement de la campagne nationale « En parler c'est déjà se soigner » lancée par Santé publique France en 2021, cette mesure prévoit le développement d'un dispositif de communication pérenne sur la santé mentale, avec des adaptations, notamment pour les jeunes. Ainsi, la campagne de Santé publique France « #JEnParleA », diffusée en 2022 et 2023 auprès des adolescents, a rencontré un large succès avec 93 % des jeunes interrogés l'ayant jugée utile, et 54 % de visites quotidiennes en plus sur le site de Fil Santé jeunes¹⁰. L'année 2023 a également été marquée par la réalisation d'un premier spot de communication en prévention du suicide réalisé par l'équipe nationale en charge du 3114¹¹. Sa diffusion du 15 au 25 décembre 2023 a donné lieu à près de 2,8 millions vues.

10. <https://www.filsantejeunes.com/>

11. <https://www.youtube.com/watch?v=jtP0Y9NhM6g>.

Améliorer le pilotage de la stratégie et le recensement des données

Il a été décidé de fusionner les comités de pilotage relatifs aux différents dispositifs de la stratégie, pour créer un comité de pilotage (Copil) unique ouvert aux ministères partenaires (agriculture, sport, éducation nationale, intérieur, etc.) et à de nouveaux partenaires (associatifs, représentants des usagers, personnalités qualifiées, etc.)¹². Ce Copil renoué, qui s'est réuni en janvier 2023 et janvier 2024, vise à favoriser une meilleure synergie entre les dispositifs, et à coordonner la mobilisation de tous les secteurs concernés par la prévention du suicide.

Par ailleurs, à la suite d'une saisine de la DGS en 2023, Santé publique France recense dorénavant une fois par an le nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide (données de l'Organisation de la surveillance coordonnée des urgences [OSCOUR] de l'année *n-1*) ainsi que le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide (données du Programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI] de l'année *n-1*)¹³ au niveau national et régional. Cette centralisation du suivi par Santé publique France permet, dorénavant, d'obtenir des données harmonisées sur l'ensemble du territoire.

Références bibliographiques

- **Association québécoise de prévention du suicide** (2020). *Programme de postvention : être prêt à agir à la suite d'un suicide*.
- **Cerel J., et al.** (2018). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*.
- **Owens C, et al., Public Health England** (2015). *Preventing suicides in public places. A practice resource*.

12. Instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide.

13. Nombre de passages aux urgences pour tentative de suicide en 2022 : 81 025 ; nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide en 2022 : 89 251.

FICHE 5

Le déploiement du secourisme en santé mentale en France

*Pilar Arcella-Giroux et Pascale Fritsch (Direction générale de la santé),
Sébastien Coraboeuf et Audrey Maillet (Premiers secours en santé mentale
[PSSM] France)*

Contexte

La formation Premiers secours en santé mentale (PSSM) est un programme généraliste de sensibilisation et d'assistance en santé mentale, créée en 2000 en Australie (Morgan, *et al.*, 2018). Elle existe actuellement dans vingt-neuf pays (à raison d'une seule licence par pays) et a permis la formation de plus de six millions de secouristes dans le monde. L'adaptation du programme et son développement en France sont portés par l'association Premiers secours en santé mentale (PSSM) France¹ qui assure le lien avec l'organisation fondatrice Mental Health First Aid International² (MHFA International) et son réseau à travers le monde.

Le programme est conçu comme une démarche citoyenne inspirée des gestes qui sauvent et à destination du grand public. Il vise à améliorer la connaissance de la santé mentale et des conduites à tenir, afin que les personnes formées puissent apporter un soutien pertinent à leur entourage et, si besoin, les orienter vers les soins et les aides adaptés.

En apportant à la population générale des connaissances sur la santé mentale et les principaux troubles psychiques, le programme contribue à déconstruire les représentations, à briser les tabous autour de la santé mentale et à encourager les interventions basées sur le lien social (en particulier, le soutien entre pairs).

Le déploiement de la formation PSSM en France

Objectif : 150 000 secouristes en 2025

Mesure phare du plan interministériel Priorité prévention³ et de la feuille de route Santé mentale et psychiatrie⁴, le déploiement du programme PSSM a débuté en France dès 2018.

1. <https://www.pssmfrance.fr/>

2. <https://www.mhfa.com.au/>

3. *Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie* (Direction générale de la santé, Haut Conseil de la santé publique, 2021).

4. <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/>

À l'origine centré sur le milieu étudiant, il a été étendu à l'ensemble de la population à la suite des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de 2021, avec pour objectif la formation de 60 000 secouristes en 2023 et un effectif total de 150 000 en 2025. Sur 2023, l'objectif a été atteint avec six mois d'avance, et les perspectives sont favorables pour 2025 puisqu'au 1^{er} mai 2024, on dénombrait 120 038 secouristes en santé mentale et 1 448 formateurs accrédités sur le territoire national.

Le déploiement ciblant particulièrement les jeunes, de nombreux acteurs engagés auprès de ce public y sont associés :

- la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP), les agences régionales de santé (ARS) et les rectorats pour les étudiants ;
- la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), les collectivités territoriales qui forment les encadrants des jeunes des missions locales ;
- les maisons des adolescents et l'Éducation nationale pour les élèves ou les collégiens ;
- la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) pour la jeunesse protégée.

Par ailleurs piloté par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP), le déploiement du programme dans les trois fonctions publiques (État, territoriale et hospitalière) est accompagné par une circulaire interministérielle parue en février 2022⁵. Cette circulaire prévoit une sensibilisation à la santé mentale de tous les agents, puis la formation de secouristes en santé mentale, voire de formateurs, parmi les agents volontaires. Ainsi, par exemple, dans le secteur de la justice, des agents des directions de l'Administration pénitentiaire (DAP) et de la protection judiciaire de la jeunesse sont aujourd'hui secouristes en santé mentale. Les agents de la fonction publique territoriale bénéficient quant à eux des formations organisées par le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT) depuis 2021. En parallèle, le déploiement vers d'autres publics et en milieu professionnel est encouragé.

Les articulations du programme PSSM avec la stratégie nationale de prévention du suicide

La stratégie nationale de prévention du suicide (SNPS) est fondée sur l'idée que la prévention du suicide n'est pas l'affaire des seuls soignants et acteurs engagés dans le milieu associatif, mais celle de la société tout entière. Selon la littérature scientifique, la résilience individuelle et collective s'appuie en grande partie sur la qualité des relations humaines, et ce, à tous les niveaux.

Comme la formation aux premiers secours physiques, la formation PSSM s'inscrit dans cette logique d'engagement collectif et relève d'une démarche altruiste : une personne se forme pour apprendre à venir en aide à une autre. Plus précisément, elle contribue à lutter

⁵ Circulaire du 23 février 2022 relative aux actions de sensibilisation et de formation au secourisme en santé mentale dans la fonction publique.

contre la stigmatisation dont fait l'objet la santé mentale, qui retarde ou empêche l'accès à l'aide ou à des soins, et altère les relations sociales.

Les secouristes en santé mentale sont aussi formés au repérage et à l'intervention en situation de crise y compris auprès de personnes présentant des idéations suicidaires, ce qui fait d'eux des acteurs du maillage territorial mis en place par la SNPS. En effet, l'axe formation de la SNPS prévoit une articulation et une complémentarité entre sa formation Sentinelle en prévention du suicide, et les formations PSSM.

L'annexe 3 de l'instruction ministérielle du 6 juillet 2022 relative à l'actualisation de la SNPS⁶ explique comment ces deux programmes de formation peuvent se compléter sur un territoire, et incite au renforcement de leurs liens sur le terrain.

Un programme adapté et pluridisciplinaire

Les objectifs de la formation PSSM

La formation PSSM vise à promouvoir une aide auprès de toute personne susceptible de présenter une souffrance psychique, par une méthode simple permettant d'établir un lien avec elle et d'adopter une attitude appropriée. Elle a pour objectif de former des secouristes capables de mieux repérer les troubles psychiques, d'adopter un comportement adapté, d'informer sur les ressources disponibles et d'encourager à aller vers les professionnels adéquats.

La démarche s'inspire de la formation aux premiers secours physiques, mais la temporalité et le mode d'intervention sont spécifiques : là où un secouriste en santé somatique doit agir en urgence, le secouriste en santé mentale (hors gestion de situations de crise) devra souvent intervenir à plusieurs reprises pour écouter, rassurer et accompagner la personne concernée vers une prise en charge adaptée à ses besoins.

Les fondements scientifiques du programme PSSM

L'association PSSM France a adapté au contexte français le programme de formation australien initial, en collaboration avec l'organisation australienne fondatrice MHFA International.

L'élaboration des programmes de formation dispensés actuellement s'appuie sur la méthode Delphi (Jorme, 2015), qui fait appel à l'intelligence collective pour identifier les comportements adéquats à adopter par le grand public. Cette méthode a permis de rapprocher les connaissances convergentes d'un large panel de participants composé d'usagers de la psychiatrie, de proches, de professionnels de santé et de chercheurs, appelés à

6. Instruction n° DGS/SP4/2022/171 du 6 juillet 2022 actualisant l'instruction n° DGS/SP4/2019/190 du 10 septembre 2019 et relative à la stratégie nationale de prévention du suicide.

convenir de bonnes pratiques en santé mentale. La méthode Delphi a été reproduite pour chaque trouble et pour chaque population (adultes, jeunes, etc.).

L'ensemble des connaissances pluridisciplinaires enseignées lors de la formation (épidémiologie, nosographie, interventions efficaces, etc.) ont été sélectionnées en fonction de leurs niveaux de preuve et de consensus international. Ces connaissances sont régulièrement révisées en fonction de l'évolution des savoirs, en concertation avec les spécialistes et les experts reconnus, et font l'objet de publications scientifiques internationales.

Le processus d'évaluation scientifique est primordial pour garantir la qualité du programme, de sa construction à l'évaluation de ses effets. C'est la raison pour laquelle l'association PSSM France s'est dotée, en 2022, d'un conseil scientifique et pédagogique, instance de référence indépendante composée de spécialistes et d'experts reconnus dans le domaine, qui étudie et valide l'adaptation au contexte français des différents supports et outils pédagogiques développés par l'association.

L'association PSSM France est à l'initiative du lancement d'une première étude d'impact qui vise à évaluer l'efficacité et les effets du module de formation Standard (voir ci-dessous) dispensé sur le territoire national. Cette étude permettra de contribuer à la dynamique internationale actuelle d'évaluation du programme, avec l'obtention d'un premier corpus de données sur le territoire français. Des résultats préliminaires devraient voir le jour au deuxième trimestre 2026.

Devenir secouriste ou formateur aux premiers secours en santé mentale

Devenir secouriste : les modules de formation actuellement proposés par PSSM France (avril 2024)

Deux modules de formation sont proposés par l'association PSSM France (selon un calendrier disponible sur le site internet de l'association⁷) :

- dispensé en présentiel et en distanciel, le module Standard s'adresse aux adultes souhaitant porter assistance à d'autres adultes ;
- dispensé uniquement en présentiel, le module Jeunes s'adresse aux adultes qui côtoient, accompagnent ou vivent avec des jeunes, et vise à donner des clés de compréhension sur les problématiques spécifiques susceptibles d'être rencontrées chez ces derniers (voir détails dans le tableau).

Le module Standard aborde les troubles psychiques les plus fréquemment rencontrés au sein de la population générale (troubles dépressifs, anxieux, psychotiques ou liés à l'usage de substances) et leur prévalence, ainsi que différentes situations de crise pouvant être

7. <https://www.pssmfrance.fr/calendrier-formations/>

rencontrées (crises psychotiques, pensées et intentions suicidaires, conduites agressives, attaques de panique, événements traumatiques) avant d’expliquer la façon de les appréhender et d’y faire face. Des sujets également traités dans le module Jeunes, qui aborde en outre des problématiques spécifiques (les troubles des conduites alimentaires, les addictions comportementales et les automutilations non suicidaires) et les interventions associées (tableau).

Tableau • Spécificités des deux modules de formation actuellement proposés par PSSM France (avril 2024)

	Module Standard	Module Jeunes
Durée	14 h	
Modalité et déroulé	En présentiel ou distanciel	En présentiel uniquement
	• En présentiel : 2 jours consécutifs ou non consécutifs (4 demi-journées échelonnées sur un mois) • En distanciel : 7 sessions de 2 heures chacune	2 jours consécutifs ou non consécutifs (4 demi-journées échelonnées sur un mois)
Public cible	Adulte pour un adulte	Adulte vivant, accompagnant ou travaillant avec un jeune de 11 à 21 ans (voire 25 ans)
Contenu	Connaissances générales sur la santé mentale et sur les troubles psychiques les plus répandus (prévalence) : • Les troubles dépressifs • Les troubles anxieux • Les troubles psychotiques • Les troubles liés à l’usage de substances • Les pensées et intentions suicidaires • L’attaque de panique • Les événements traumatiques • Les crises psychotiques • Les conduites agressives • L’intoxication à une substance	Contenu du module standard + • Lien avec le développement à l’adolescence • Troubles des conduites alimentaires • Addictions comportementales • Automutilations non suicidaires
	Plans d’action à déployer face à ces situations	

Les modules de formation proposent une approche alternant théorie et pratique avec un plan d’action spécifique à déployer pour chaque situation rencontrée. Une méthode pour assister une personne en difficulté ou intervenir en cas de crise est plus spécifiquement proposée. La formation s’appuie en particulier sur une pédagogie active qui intègre différents types d’exercices (cas concrets, mises en situation, travaux de groupe).

La formation donne lieu à l’obtention d’un certificat de secouriste en santé mentale et à la remise d’un manuel afin d’aider chaque secouriste dans son rôle et dans les interventions qu’il est susceptible de mener. D’autres ressources sont également disponibles sur le site internet de l’association.

Le coût recommandé pour la formation est de 250 euros par secouriste. Outre qu'elle peut être financée à titre individuel, elle peut l'être aussi par l'entreprise ou les opérateurs de compétences, et entrer dans le plan de développement des compétences réalisé par l'employeur. Un fonds solidaire permet également aux personnes ayant peu de ressources d'y accéder.

Devenir formateur

Les personnes qui le souhaitent peuvent également devenir formatrices pour l'un, l'autre, ou les deux modules de formation. Pour ce faire, les candidats doivent d'abord suivre la formation de secouriste correspondante. Ils peuvent ensuite candidater à la formation de formateurs, et doivent pouvoir démontrer des connaissances préalables en matière de santé mentale (expérientielles ou professionnelles), une aptitude avérée à l'animation et à la formation de groupes, de même qu'un projet personnel, robuste et réaliste de déploiement de la formation. L'association PSSM France étudie l'ensemble des candidatures reçues et sélectionne les candidats sur la base des critères précédemment mentionnés. Les candidats éligibles sont ensuite tenus de suivre une formation de 35 heures réparties sur cinq jours (pour un coût total de 1 500 euros). Les deux derniers jours sont consacrés à l'évaluation des candidats (questionnaire écrit et mise en situation pratique). À l'issue de la formation, lorsque l'évaluation du candidat s'avère concluante, une accréditation lui est délivrée pour une durée de trois ans, qui engage le nouveau formateur à réaliser a minima trois formations par année. Dans certaines situations, il peut être préconisé de réaliser au préalable des co-animations avec un autre formateur accrédité.

L'animation du réseau de formateurs et de secouristes

L'animation des communautés de formateurs et de secouristes est par ailleurs actuellement un objectif majeur de PSSM France, au regard de l'engouement suscité par le programme et de la croissance du réseau associé. L'association a en effet à cœur d'assurer l'entraide et le soutien aux secouristes formés grâce aux réseaux d'acteurs territoriaux engagés (par exemple, l'Union nationale de familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques [Unafam]), et l'intervention d'animateurs territoriaux, via par exemple le déploiement régional des cafés AERER (Approcher, écouter, réconforter, encourager, renseigner), qui sont des espaces locaux d'échanges entre secouristes. Concernant les formateurs, il est prévu d'organiser des événements à intervalles réguliers de façon à créer des espaces propices aux rencontres et aux partages de bonnes pratiques.

Spécificités du programme concernant les pensées et intentions suicidaires d'un tiers

Les PSSM sont destinés à toute personne qui développe un problème de santé mentale, dont les problèmes de santé mentale existants s'aggravent, ou qui traverse une crise liée à sa santé mentale. À ce titre, les premiers secours sont susceptibles d'être dispensés jusqu'à ce que la personne reçoive le soutien et le traitement appropriés, ou bien que la crise soit passée. C'est la raison pour laquelle le plan d'action proposé par la formation vise *in fine* :

- à approcher la personne, évaluer son besoin et l'assister en cas de crise ;
- à l'écouter activement et sans jugement ;
- à la réconforter et l'informer ;
- à l'encourager à aller vers des professionnels de santé ou de soins ;
- à la renseigner sur les autres ressources disponibles.

Ces différentes étapes peuvent être réalisées dans l'ordre le plus adapté à chaque situation. Cependant, en cas de crise avérée, notamment dans un contexte suicidaire, l'assistance l'emporte sur toute autre action.

Le secouriste qui assiste une personne présentant des idées et intentions suicidaires avérées se doit de développer une écoute active, empathique et bienveillante, visant à communiquer avec elle sans jugement et en prenant le temps de discuter de ses pensées, ses ressentis et ses souffrances. Le secouriste peut ainsi être amené à demander de façon directe, à l'aide de questions précises, depuis combien de temps la personne se sent ainsi, et si elle a de réelles intentions de passage à l'acte, tout en questionnant la temporalité et l'urgence associées. Le secouriste doit donc adopter une posture calme et ouverte pour mettre la personne en confiance, quitte à reformuler les propos exprimés de façon à s'assurer de leur bonne compréhension.

Dans ce contexte, la formation PSSM apprend au secouriste à faire part à la personne concernée de ses inquiétudes, tout en respectant le rythme et la capacité de celle-ci à accepter l'aide proposée sur l'instant. Des précautions impliquent notamment de respecter la personne dans son intégrité, de ne pas se montrer insistant si elle ne semble pas prête à se confier sur le moment, et de se rendre éventuellement disponible à un autre moment jugé plus opportun (du moins en l'absence de tout risque vital à court terme pour la personne concernée). Le secouriste doit également avoir une connaissance préalable des facteurs susceptibles d'influencer sa perception des problématiques psychiques et des éventuels tabous associés (culture et croyances, vocabulaire, sentiment de honte ou de culpabilité, etc.), et veiller à ce que les conditions soient propices à tout échange (par exemple, en choisissant un lieu confortable et calme, en retrait).

Le soutien apporté à la personne secourue peut prendre différentes formes : soutien émotionnel et psychologique, écoute, aide pratique, espoir d'aller mieux, aide à la recherche de ressources appropriées, etc. Avant toute chose, il convient de réconforter la personne, de l'aider à mettre des mots sur ses émotions et ses ressentis, de l'informer sur les différentes ressources disponibles, tout en lui expliquant que des aides efficaces existent et que le rétablissement est d'autant plus rapide que l'intervention est précoce. Le numéro national de prévention du suicide 3114 constitue l'une des ressources de la boîte à outils du secouriste, aussi bien pour la personne concernée que pour lui-même quand évaluer l'urgence de la situation s'avère difficile. Le 15 et le 112 offrent d'autres ressources immédiates pour compléter l'évaluation objective de la situation ou participer à donner l'alerte.

Enfin, la formation insiste sur le fait que le secouriste doit également penser à se mettre en sécurité et prendre soin de lui une fois l'intervention effectuée, laquelle peut s'avérer éprouvante psychologiquement. Là encore, le 3114 peut l'accompagner et lui apporter un soutien.

Références bibliographiques

- **Jorm, A.F.** (2015). Using the delphi expert consensus method in mental health research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(10).
- **Morgan, A.J., Ross A., Reavley N.J.** (2018). Systematic review and meta-analysis of mental health first aid training: effects on knowledge, stigma, and helping behaviour. *PLOS ONE*, 13(5): e0197102.

FICHE 6

La prévention du suicide au sein de l'Éducation nationale

Claire Bey et Brigitte Moltrecht
(Direction générale de l'enseignement scolaire [DGESCO])

Contexte

La dégradation de la santé mentale des enfants et des adolescents ces dernières années est confirmée par un ensemble d'indicateurs.

En 2022, un quart des lycéens interrogés dans le cadre de l'enquête nationale en collèges et en lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS)¹ déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois, une proportion en hausse depuis 2018, passant de 13 % à 17 % chez les garçons, et de 17 % à 31 % chez les filles. La proportion de collégiens (14 %) et de lycéens (15 %) qui présentent un risque de dépression² augmente aussi. Plus largement, la moitié des collégiens (51 %) et lycéens (58 %) disaient avoir eu mal à la tête, au ventre ou au dos, des difficultés à s'endormir, des étourdissements, ou avoir été déprimés, irritables ou nerveux plus d'une fois par semaine durant les six mois précédant l'enquête.

Environ un lycéen sur dix déclare avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie (17 % des filles et 8 % des garçons), et 3 % que leur tentative a donné lieu à une hospitalisation. Si le nombre de personnes hospitalisées pour geste auto-infligé³ est plutôt en baisse dans l'ensemble de la population entre les périodes 2015-2019 et 2021-2022 (c'est-à-dire avant et après la crise sanitaire due au Covid-19), de brutales augmentations sont observées chez les adolescentes et jeunes filles : +63 % de filles de 10 à 14 ans concernées ; +42 % d'adolescentes âgées de 15 à 19 ans ; +32 % de jeunes femmes âgées de 20 à 24 ans (Hazo, et al., 2024).

1. L'édition 2022 de l'enquête (Santé publique France, 2024) repose sur un questionnaire en ligne auto-administré à un échantillon aléatoire de 5 900 collégiens et 3 400 lycéens. Seuls ces derniers ont été interrogés sur d'éventuelles pensées suicidaires ou tentatives de suicide.

2. Un adolescent présente un risque important de dépression à partir du moment où il trouve vraies sept de ces dix affirmations : « Je n'ai pas d'énergie pour l'école » (48 % sont concernés en 2022), « Je me sens découragé(e) » (39 %), « J'ai du mal à réfléchir » (38 %), « Je dors très mal » (34 %), « Je ne supporte pas grand-chose » (34 %), « À l'école, au boulot, j'y arrive pas » (33 %), « Je sens que la tristesse, le cafard me déborde en ce moment » (29 %), « Ce que je fais ne sert à rien » (28 %), « Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir » (18 %) et « Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse » (17 %).

3. Les gestes auto-infligés incluent toutes les formes d'auto-agressions volontaires, y compris des lésions volontairement infligées sans intention suicidaire (Hazo, et al., 2024).

Le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse renforce ses mesures en faveur de la santé mentale

Des mesures d'urgence prises lors de la crise sanitaire

Dès 2020, puis dans la continuité des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021, le ministère de l'Éducation nationale et de la Jeunesse (MENJ) a pris des mesures pour accompagner les équipes et les élèves dans ce contexte si particulier, avec notamment la mise à disposition de ressources et l'organisation de séminaires nationaux de formation visant à prendre en compte les vulnérabilités, développer la résilience des élèves et les accompagner en période de crise. Pour la mise en place de ces mesures, le MENJ s'appuie sur l'implication forte des personnels, et plus particulièrement des personnels ressources de l'Éducation nationale que sont les médecins, les psychologues, les infirmiers et les assistants de service social.

Parmi ces mesures, en lien avec le ministère de la Santé et de la prévention, le dispositif Monparcourspsy permet à tous les élèves à partir de 3 ans, après une évaluation médicale, de bénéficier de séances remboursées chez des psychologues partenaires. En outre, la campagne #JenParleA lancée par Santé publique France en collaboration avec Fil Santé Jeunes⁴ et la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) a été relayée dans les établissements scolaires. Elle vise à inciter les adolescents en situation de mal-être à en parler, soit à un adulte de confiance, soit aux écoutants de Fil Santé Jeunes (par téléphone ou via le tchat de leur site).

Trois mesures renforcées afin de mieux repérer et orienter les élèves en situation de mal-être

Depuis la rentrée 2022, le bien-être constitue l'un des trois axes prioritaires de la politique éducative. Dans ce cadre, le MENJ a annoncé trois mesures à la rentrée 2023 afin de mieux repérer et orienter les élèves en situation de mal-être, et favoriser la bonne santé mentale des élèves.

D'une part, deux personnels par collège doivent désormais être formés au secourisme en santé mentale, dont le conseiller principal d'éducation. Cette formation spécifique, élaborée par la DGESCO avec les équipes académiques en charge de la santé mentale, vise à faire monter en compétence les personnels pédagogiques et éducatifs, qui sont le plus en contact direct avec les élèves. Elle contient un focus sur la spécificité de la crise suicidaire. L'objectif est de faciliter le repérage des élèves en situation de mal-être, d'accueillir leur parole de manière adaptée et de permettre une évaluation de la situation par les personnels ressources de l'établissement (médecins, infirmiers, psychologues, assistants de service social de l'Éducation nationale) afin qu'ils puissent les orienter si nécessaire vers une prise en charge adaptée. En amont, des médecins, infirmiers et

4. Le Fil Santé Jeunes est un service d'écoute destiné aux jeunes de 12 à 25 ans qui souhaitent notamment parler de santé, de sexualité, d'amour et de mal-être.

psychologues de l'Éducation nationale seront formés pour accompagner, comme référents, les secouristes en santé mentale. Ils seront aidés en cela par des superviseurs dans chaque académie.

D'autre part, le 3114, numéro vert de prévention du suicide, est désormais affiché dans les carnets de correspondance des élèves ou dans leur agenda, sur une page dédiée où figurent également le 119 pour l'enfance maltraitée et le 3018 pour la prévention du harcèlement. Le 3114 permet d'apporter des réponses en cas d'urgence et propose, aux jeunes et à leur famille, une écoute et une orientation vers le soin. Pour les professionnels de l'Éducation nationale, il constitue un outil précieux d'aide à la décision.

Enfin, chaque établissement scolaire doit se doter d'un protocole de santé mentale « Du repérage à la prise en charge » afin de faire de la question de la santé mentale un objet de travail commun pour l'ensemble de la communauté éducative. Il permet de formaliser le rôle de chaque acteur selon son degré d'expertise, dans le repérage d'un élève en souffrance, l'alerte, l'évaluation par les professionnels ressources et l'orientation vers le soin, ainsi que dans un circuit de communication (notamment envers les familles) tout en respectant les règles de confidentialité.

Des mesures de long terme pour favoriser la bonne santé mentale des élèves

Les trois mesures précédentes complètent des mesures de long terme visant à développer la résilience et le pouvoir d'agir des jeunes sur leur propre santé, et à instaurer un environnement favorable à une bonne santé mentale, en particulier par le biais du développement des compétences psychosociales tel que défini dans l'instruction interministérielle du 19 août 2022⁵. La démarche École promotrice de santé est ainsi bien implantée au niveau académique et se déploie progressivement dans les établissements qui sont invités à s'engager dans l'obtention du label Édusanté. Les établissements peuvent prendre appui sur les délégations académiques dotées de compétences psychosociales créées en mai 2023, ainsi que sur les équipes académiques École promotrice de santé créées en 2020.

La formation de l'ensemble des personnels

Deux séminaires nationaux ont été organisés sur le sujet en 2023 en direction des personnels d'encadrement d'académie – conseillers techniques sociaux et de santé, inspecteurs du premier et second degré. Le premier portait sur la santé mentale dans le cadre de la démarche École promotrice de santé (avril 2023). Consacré au secourisme en santé mentale (novembre 2023), le second comprenait une conférence et un atelier sur la spécificité de la crise suicidaire.

5. Instruction interministérielle n° DGS/SP4/DGCS/DGESCO/DJEPVA/DS/DGEFP/DPJJ/DGESIP/DGER/2022/131 du 19 août 2022 relative à la stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037.

La formation Secourisme en santé mentale se déploie progressivement depuis janvier 2024 dans les académies : 500 formateurs au secourisme en santé mentale ont déjà été formés, et ont formé à leur tour près de 2 900 secouristes en santé mentale. Cette formation se distingue par une approche « positive » portée par la démarche École promotrice de santé et visant le développement d'une bonne santé mentale, et non orientée sur les pathologies et les risques.

De manière complémentaire, un grand nombre d'académies ont également organisé des formations avec l'association Premiers secours en santé mentale France (voir fiche 5). Au total, en 2023-2024, 700 personnels ont été formés au module Standard (pour les adultes souhaitant aider d'autres adultes) et 656 au module Jeune (pour les adultes souhaitant aider des jeunes).

Enfin, la plupart des académies mettent en place différentes formations en direction des personnels de santé de l'Éducation nationale sur l'évaluation du risque suicidaire et l'intervention en situation de crise suicidaire, souvent en partenariat avec les agences régionales de santé (ARS). Par exemple, la formation Sentinelle, destinée aux personnels de l'Éducation nationale, porte sur le repérage des personnes en souffrance au sein de leur milieu de vie ou de travail, et l'orientation de ces personnes vers les ressources d'évaluation ou de soins adaptées.

Des groupes de travail et de réflexion

D'autres projets sur la prévention et la postvention⁶ du suicide sont également mis en place dans certaines académies, en lien avec des partenaires comme les ARS. Par exemple, un groupe de travail composé de l'académie de Nancy-Metz, l'ARS Grand Est et le Centre de prévention du suicide du Grand Est a élaboré une fiche à l'attention des chefs d'établissement sur la conduite à tenir en cas d'événement grave, et notamment lors d'une tentative de suicide ou d'un suicide.

Enfin, les élèves eux-mêmes s'emparent de cette question par le biais du Conseil national à la vie lycéenne. Les élus ont ainsi souhaité travailler en mai 2024 sur les questions de la santé mentale, du bien-être et du développement des compétences psychosociales, et ont fait des propositions à la ministre en faveur du bien-être des élèves. Tout au long de l'année scolaire, ils ont pris des initiatives : organisation d'enquêtes sur le bien-être dans plusieurs académies, réalisation de flyers d'information, formation d'ambassadeurs santé mentale, etc.

6. La postvention désigne l'« ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où ce dernier a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée (école, travail, communauté, etc.). Ces actions ont pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer le risque de contagion suicidaire, d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché » (Mercier, Thomas, 2022).

Références bibliographiques

- **Hazo, J.-B., et al.** (2024). Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. DREES, *Études et Résultats*, 1300.
- **Mercier, P., Thomas, P.** (2022). La stratégie nationale de prévention du suicide. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 268-270. Paris, France : DREES.
- **SPF, Santé publique France** (2024). *La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête nationale en collèges et lycées chez les adolescents sur la santé et les substances (EnCLASS) 2022*. Santé publique France, Le point sur.

FICHE 7

Plan de prévention du mal-être et du risque suicidaire en agriculture

Anne-Marie Soubielle
(mission de coordination interministérielle
du plan de prévention du mal-être en agriculture)

Contexte

L'adoption, le 23 novembre 2021, de la feuille de route Prévention du mal-être et accompagnement des agriculteurs en difficulté¹ par les ministres chargés de la santé, des solidarités, du travail et de l'agriculture, est le résultat d'un long cheminement. La feuille de route déploie une politique publique interministérielle globale de prévention des risques pour la santé mentale liés aux mutations profondes auxquelles sont exposés les exploitants et les salariés de la production agricole et leurs familles, fondée sur la notion de mal-être au travail². En effet, fixer un enjeu de prévention essentiellement primaire³ et qui dépasse le risque suicidaire au sens strict permet de mobiliser un maximum de partenaires, tout en maintenant la problématique du risque suicidaire au cœur de la feuille de route. Au contraire, une stratégie uniquement fondée sur celui-ci (renforcement des mesures de protection et limitation des facteurs de risque) pourrait faire l'impasse sur des aspects cruciaux du phénomène suicidaire dans le monde agricole, compte tenu de sa complexité⁴.

La surexposition du monde agricole au risque suicidaire est un phénomène connu depuis des années. Dès 2011, le ministre chargé de l'agriculture avait demandé à la Mutualité sociale agricole (MSA) de mettre en place des actions dédiées à la prévention du risque suicidaire (Maeght Lenormand, Tourne, 2020). Néanmoins, c'est le film *Au nom de la terre* d'Édouard Bergeon, sorti en 2019 et en partie autobiographique, qui a donné une dimension médiatique et politique à la question, conduisant à deux rapports parlementaires qui ont établi un diagnostic critique sur l'action publique conduite dans ce domaine :

1. Voir le dossier de presse sur le site du ministère de l'Agriculture et de la souveraineté alimentaire.

2. Le mal-être au travail – qui se traduit par une souffrance mentale ou physique – résulte du déséquilibre entre la perception des contraintes de l'environnement de travail et celle des ressources disponibles pour y faire face (stress), ainsi que des violences physiques ou morales exercées dans le cadre du travail par des personnes extérieures à l'entreprise (violence externe) ou travaillant dans la même entreprise (violence interne).

3. La prévention primaire vise à diminuer le risque d'apparition d'un problème de santé, tandis que la prévention secondaire cherche à stopper ou limiter l'évolution d'un trouble ou d'une maladie, et la prévention tertiaire à combattre l'apparition d'incapacités chroniques ou le risque de récidives.

4. La prévention du risque suicidaire est en effet rendue complexe par le fait que, si ces facteurs existent et sont connus, ils n'expliquent pas avec suffisamment de précision le suicide chez une personne plutôt que chez une autre (Jollant, 2015).

- *Identification et accompagnement des agriculteurs en difficulté et prévention du suicide*, produit par le député Olivier Damaisin à la demande du gouvernement (Damaisin, 2020) ;
- *Suicides en agriculture : mieux prévenir, identifier et accompagner les situations de détresse*, produit par les rapporteurs Henri Cabanel et Françoise Férat à l'initiative de la Commission des affaires économiques du Sénat (Cabanel, Férat, 2021).

Ces deux rapports mettent l'accent sur des transformations majeures du secteur à l'origine de la multiplication des facteurs de risque (charge mentale, injonctions paradoxales et accroissement des incertitudes) :

- pression à la rationalisation économique (du fait de la concurrence mondiale, de la course à la performance, des crises sanitaires ou énergétiques, de la valorisation du travail et de la reconnaissance professionnelle, etc.) ;
- pressions technologiques et numériques (dans la nécessité de faire des choix éclairés et la possibilité d'agir de manière autonome, etc.) ;
- pressions politiques et attentes sociétales (du fait de l'inflation normative, des enjeux de souveraineté alimentaire et de transition écologique, etc.) ;
- érosion de l'entraide (caractéristique de ce groupe professionnel, sous l'effet des transformations à l'œuvre et de la diminution de la population active agricole) ;
- forts déséquilibres entre vies professionnelle et personnelle provoqués par les multiples pressions exercées.

La feuille de route, son lancement et son développement

La feuille de route adoptée le 23 novembre 2021 repose sur les recommandations issues de ces deux rapports avec pour objectif la mise en œuvre d'une politique publique interministérielle et partenariale tenant compte de toutes les dimensions (économiques, sociales, familiales, professionnelles, sociétales et environnementales) du mal-être dans le monde agricole. Elle prévoit un plan complet de prévention et de prise en charge qui s'appuie sur :

- l'amélioration des connaissances, la détection et l'accompagnement des personnes en situation de risque et des leviers de prévention primaire visant à lutter contre l'apparition du mal-être (**encadré**) ;
- une gouvernance fondée sur l'appropriation territoriale et humaine de ces enjeux, orchestrée au niveau national par un coordinateur interministériel et, au niveau local, par cent un comités départementaux placés sous l'autorité directe des préfets⁵.

Le premier coordinateur national interministériel, Daniel Lenoir (inspecteur général des affaires sociales), et son adjointe Anne-Marie Soubielle (directrice du travail), ont été nommés respectivement en janvier et février 2022. Le rapport de capitalisation de cette première année de travail de la mission de coordination (Lenoir, 2023) a permis de tirer

5. Circulaire interministérielle du 31 janvier 2022.

Encadré • Développer les connaissances des situations et suivre le risque suicidaire

Il n'existe pas, à ce jour, d'indicateur permettant de suivre l'évolution du risque suicidaire des salariés agricoles. Plus globalement, le nombre et la fréquence des études portant sur la santé mentale des agriculteurs (salariés ou exploitants) apparaissent insuffisants pour appréhender l'évolution des risques ou l'efficacité des mesures de prévention.

Toutefois, grâce à la mobilisation du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), de l'institut médico-légal (IML) de Paris et de la DREES, le délai de mise à disposition des chiffres de causes de décès par suicide a été ramené à deux ans (contre quatre auparavant), ce qui donnera prochainement la possibilité à la MSA de suivre – conjointement aux hospitalisations pour geste auto-infligé (GAI)¹ – l'évolution du risque de suicide pour les personnes couvertes par la sécurité sociale agricole. Dans le cadre de son dispositif Cohortes pour la surveillance épidémiologique en lien avec le travail (Coset)² qui inclut un volet Coset-MSA, Santé publique France apporte également des éléments de veille sur les troubles psychosociaux au travail, les troubles musculosquelettiques (TMS) et les maladies cardiovasculaires en lien avec le stress au travail ; des éléments qui alimentent l'état des lieux réalisé par la Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (Cosmap) [Lerouge, 2023].

Enfin, Santé publique France a mis en place une détection précoce de tout signal défavorable de l'évolution de la fréquence des pensées suicidaires et des tentatives de suicide dans le monde agricole à partir des données du dispositif Organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour). Elle ne permet pas d'identifier les exploitants ou salariés agricoles, mais les communes de résidence des patients en termes de densité agricole (sauf en Martinique, où le dispositif est encore en cours de déploiement).

1. La rubrique « mal-être » du site GéoMSA permet de suivre l'évolution du nombre et le taux d'hospitalisation pour GAI parmi les personnes inscrites au régime de sécurité sociale agricole à l'échelle de la région, du département ou encore du bassin de vie. Le *Rapport charges et produits MSA 2025* inclut une étude actualisée du risque de décès par suicide dans le secteur agricole.

2. Programme national d'observation de la santé en relation avec l'activité professionnelle pour mieux comprendre et préserver la santé au travail en France.

les enseignements de cette politique publique, d'en préciser les priorités pour la suite, et surtout de conforter sa dimension partenariale. Les objectifs de la mission du nouveau coordinateur national, Olivier Damaisin, ont ainsi été resserrés autour de l'appropriation des mesures de prévention du mal-être et du suicide par les acteurs territoriaux, et un administrateur d'État, Emmanuel Gérard, a été mis à disposition de la mission par les ministères sociaux. Ces mesures sont déclinées en sept chantiers destinés à renforcer la prévention du suicide, l'accès aux droits, la résilience face aux chocs (économiques, climatiques ou sanitaires), la reconnaissance des maladies et accidents professionnels, la prévention

des risques psychosociaux et l'amélioration des conditions de travail, la conciliation des vies professionnelle et personnelle et l'accompagnement des transitions agricoles.

Chantier 1 : déployer la stratégie nationale de prévention du suicide (SNPS) en direction du monde agricole

La première mesure du chantier 1 s'inscrit dans une logique « d'aller vers » et installe le Réseau national des sentinelles en agriculture avec les parties prenantes de la feuille de route (Lenoir, 2023, annexe 6, page 135).

Les dispositifs Sentinelle agricole mis en place dans chaque département, pilotés par la MSA avec le soutien des agences régionales de santé (ARS), mettent en œuvre quatre mesures d'accompagnement des sentinelles :

- un recensement des solutions d'orientation à proposer aux personnes détectées ;
- des possibilités de recours pour la sentinelle elle-même ;
- l'organisation d'une supervision pour la sentinelle ;
- une animation du réseau des sentinelles.

Au 31 décembre 2023, l'objectif de 50 sentinelles par département n'est pas atteint de manière uniforme sur tout le territoire, mais plus de 5 000 ont été formées et intégrées au réseau. La Caisse centrale de la MSA (CCMSA), qui déploie son programme de prévention du mal-être agricole (PMEA) auprès de l'ensemble de ses adhérents⁶, assure un rôle de cheville ouvrière pour l'appropriation du plan de prévention au niveau local. Des moyens humains et financiers supplémentaires lui ont été octroyés en 2024 pour la création d'un pôle dédié et la poursuite des formations des sentinelles en priorisant les zones où les besoins sont les plus prégnants, ainsi que le renforcement des aides aux entreprises (aides au remplacement et consultations, aides au répit administratif).

Les autres mesures du chantier 1 visent à renforcer l'accès aux soins de la population agricole afin de prévenir la réitération suicidaire en facilitant l'écoute, l'évaluation et l'orientation des personnes suicidaires, grâce à l'articulation entre le numéro national de prévention du suicide (le 3114) et les numéros d'écoute (Agri'écoute), au déploiement du dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS) et aux actions de postvention.

6. Voir l'axe « Prévention et lutte contre le mal-être » dans le *Rapport charges et produits MSA 2024*.

Chantier 2 : accéder aux droits et lever les obstacles spécifiques aux salariés et non-salariés agricoles

L'objectif de ce deuxième chantier est de s'attaquer aux déterminants sociaux du mal-être et du suicide, notamment la grande pauvreté et la précarité qui touchent près d'un cinquième de la population agricole. En janvier 2024, 25 714 foyers agricoles (10 751 non-salariés et 14 963 salariés) sont bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA), mais nombre d'agriculteurs éligibles n'y ont pas recours en raison de barrières psychologiques, de la variabilité et de la complexité de l'évaluation de leurs ressources, ou des démarches à réaliser selon les départements. Il s'agit donc de renforcer l'accès effectif à ces droits, pour que les différents « filets de sécurité » puissent être activés et les situations de maltraitance administrative évitées.

La première mesure s'inscrit dans le chantier de la solidarité à la source qui vise à simplifier les démarches administratives et à améliorer la fiabilité du calcul des droits au RSA via la récupération automatique des informations portant sur les ressources des demandeurs. Un guide destiné aux professionnels de la MSA et des conseils départementaux gérant les dossiers agricoles a été réalisé en 2023. Toutefois, l'état des lieux réalisé ultérieurement sous l'égide de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) auprès des allocataires non salariés a souligné l'existence d'obstacles persistants à l'appréciation juste et harmonisée de leurs ressources, liés à la complexité et à la diversité des situations individuelles.

Les autres mesures visent à articuler le fonctionnement des différents dispositifs d'aides économiques, de relance ou de reconversion, tout en garantissant la confidentialité des informations. L'accompagnement à ces aides a été renforcé, notamment grâce à la présence d'associations (Solidarité Paysans, Réagir, Aide psychologique aux entrepreneurs en souffrance aiguë [APESA], etc.), conduisant notamment à une augmentation du recours aux procédures collectives de règlement amiable agricole, de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaires, qui permettent l'étalement de toutes les dettes jusqu'à quinze ans.

Chantier 3 : absorber les chocs sur le revenu lors de crises conjoncturelles (sanitaires, climatiques ou énergétiques) ou de maladie

L'objectif de ce troisième chantier est de répertorier les actions visant à anticiper les situations d'endettement auxquelles peuvent être confrontés les exploitants agricoles lors de chocs sur leur revenu, afin d'améliorer l'information des bénéficiaires potentiels et des acteurs qui les accompagnent, voire permettre leur adaptation aux besoins. Les politiques économiques et sociales agissent déjà pour réduire l'impact de ces crises, souvent via des mesures ponctuelles ou des dispositifs plus structurels, comme les ajustements de cotisations sociales en fonction des variations du revenu agricole (prise en charge de cotisations

ponctuelles, exonération de charges patronales) ou les contrats d'assurance qui permettent d'anticiper les effets des crises sanitaires ou climatiques. Les financeurs privés – banques mutualistes, coopératives, assurances ou mutuelles – se sont également engagés dans le plan de prévention du mal-être pour contribuer à une meilleure anticipation de ces situations d'endettement, et proposent diverses mesures en cours de recensement par la mission.

Différentes aides ponctuelles peuvent aussi être proposées aux salariés agricoles par les mutuelles, les assurances ou les banques, notamment à l'occasion de maladie ou d'accident, et ainsi éviter l'aggravation de l'endettement de leur foyer.

Chantier 4 : reconnaître les maladies professionnelles et améliorer la prise en charge des pathologies psychiques liées au travail

La reconnaissance des pathologies mentales ou psychiques⁷ en lien avec le travail et des suicides d'origine professionnelle est aujourd'hui très limitée. Présenté en janvier 2023 à la Cosmap, le rapport sur l'amélioration de la prise en charge des troubles psychosociaux au travail dans l'agriculture (Lerouge, 2023) recommande de rendre plus visibles les conditions de travail des agriculteurs et des salariés agricoles dans les enquêtes, et de mener des travaux pour identifier les risques à l'origine de ces pathologies (ce dernier point fait l'objet du chantier 5).

Le rapport préconise aussi de communiquer, y compris auprès des professionnels de santé, sur les procédures de déclaration des maladies professionnelles liées à des troubles psychiques ; des procédures qui demeurent relativement longues, ces maladies ne bénéficiant pas de la présomption d'origine professionnelle par simple déclaration à la MSA. Seules les situations les plus graves, remplissant la condition d'un taux minimal d'incapacité permanente fixé à 25 %, peuvent faire l'objet d'une demande de reconnaissance, instruite par la MSA et un comité régional de reconnaissance ; la victime doit alors prouver qu'il existe un lien direct et essentiel avec son activité professionnelle. Une note du coordinateur national a été adressée le 10 août 2023 aux comités départementaux pour encourager ces déclarations.

Le rapport souligne également que les atteintes cardiovasculaires ou les TMS, du fait d'expositions au stress au travail, devraient pouvoir être mieux reconnus et faire l'objet de recommandations en ce sens auprès des professionnels de santé et des centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales. Le plan pour la Prévention des

7. Les troubles psychiques sont des maladies plus ou moins sévères et invalidantes, souvent chroniques, complexifiées par la comorbidité (maladies associées) et les situations de changement de vie ou de conditions de travail. Les tentatives de suicide peuvent être également des complications de ces troubles. Sont généralement qualifiés de troubles psychiques « modérés » l'anxiété, les troubles dépressifs... et de troubles plus « lourds » les épisodes dépressifs caractérisés, l'anxiété sévère, les états de stress post-traumatique, les troubles du comportement, les addictions ou l'épuisement professionnel.

accidents du travail graves et mortels (PATGM)⁸ s'attache à cette question et prévoit d'approfondir la connaissance sur les situations de mal-être au travail pour mieux les prévenir (mesure 32).

Chantier 5 : prévenir les risques psychosociaux et déployer le plan Santé au travail auprès des entreprises agricoles

La prévention des risques psychosociaux des salariés agricoles est programmée par le plan Santé au travail 2021-2025 (PST 4), coordonné avec le plan de prévention du mal-être et d'accompagnement des agriculteurs en difficulté autour de quatre priorités :

- l'appropriation de la démarche d'évaluation des RPS dans les entreprises agricoles pour les prendre en compte en amont des évolutions organisationnelles et des transformations du travail⁹ ;
- l'intégration des enjeux de santé et de sécurité au travail dans la formation à toutes les étapes de la vie ;
- l'amélioration de la qualité de la vie et des conditions de travail (QVCT), y compris comme levier d'égalité et de santé au travail des femmes et des hommes, de prévention des violences sexistes et sexuelles au travail, ainsi que dans la prise en compte des violences conjugales ;
- le retour à l'emploi ou la reconversion professionnelle pour prévenir la désinsertion professionnelle des personnes atteintes de maladies chroniques ou de troubles psychiques.

Dans cette perspective, un appel à projets sectoriel national a été lancé en avril 2024 par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) avec le soutien du Fonds d'amélioration des conditions de travail (Fact). Intitulé Travail en agriculture : transitions, évolution démographique et nouveaux profils¹⁰, il vise l'amélioration des conditions de travail et du dialogue social dans les plus petites entreprises du secteur agricole. Les commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CPHSCT), acteurs de la prévention pour ces entreprises sans institution représentative du personnel, ont été mobilisées¹¹ pour y contribuer et renforcer l'accompagnement des salariés agricoles en souffrance.

De plus, des outils dédiés à la santé au travail des femmes sont en cours de réalisation dans le cadre des travaux pilotés par l'Anact sur l'égalité et la santé au travail des femmes et des hommes, et viendront conforter les actions menées sur la place des femmes en agriculture (cf. le Salon de l'agriculture [SIA] 2024).

8. Lancé en mars 2022 et actualisé en avril 2024, le plan de prévention des accidents du travail graves et mortels (PATGM) compte 36 mesures.

9. Cette priorité rejoint l'un des objectifs de la politique agricole commune (PAC) qui a instauré en janvier 2023 la conditionnalité sociale de ses aides.

10. Voir la description de cet appel à projet sur le site de l'Anact.

11. Voir à ce sujet les travaux de la Commission nationale paritaire pour l'amélioration des conditions de travail en agriculture (CPNACTA).

Enfin, des travaux au sein du comité national de pilotage du plan de prévention du mal-être sont envisagés auprès des jeunes des établissements d'enseignement agricole pour proposer des actions de sensibilisation aux premiers secours en santé mentale et diffuser les actions de prévention de la santé mentale au travail, expérimentées localement.

Chantier 6 : concilier la vie personnelle et familiale avec la vie professionnelle pour des exploitations agricoles « viables mais aussi vivables »

Les transformations du secteur agricole peuvent être à l'origine d'un fort déséquilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Les incertitudes liées au contexte économique, social ou environnemental, la charge de travail, physique et mentale, la spécialisation et l'intensification du travail, pèsent sur la vie familiale. Des mesures ont ainsi été adoptées en faveur de la parentalité pour accompagner la naissance d'un enfant pour les non-salariés agricoles : permettre au père de bénéficier de l'allocation de remplacement en cas de congé paternité, ou encore de recevoir des indemnités journalières forfaitaires si le remplacement n'est pas possible.

Le programme de prévention du mal-être de la CCMSA indemnise également le recours aux services de remplacement¹² via les aides au répit, afin de permettre aux salariés comme aux non-salariés d'éviter un burn-out, de prendre soin d'eux et de leurs proches. Ces aides sont attribuées après une évaluation de la situation et la proposition par un travailleur social d'un plan d'action personnalisé et adapté. Ce dispositif, mis en place depuis 2017 avec le soutien du ministère chargé de l'agriculture, a progressé rapidement, et son budget a été renforcé (de 2 millions d'euros en 2020 à 5 millions en moyenne par an sur la période 2021-2025). Une action du plan de prévention interministériel est de renforcer ce dispositif également dans les départements et régions d'outre-mer, en partenariat avec la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et les caisses générales de sécurité sociale (CGSS).

Une autre mesure fiscale, le crédit d'impôt pour dépenses de remplacement, dont peuvent bénéficier les exploitants agricoles pour que la continuité des travaux de l'exploitation puisse être assurée, a été renforcé en 2024. Sa durée est allongée à dix-sept jours (contre quatorze jusqu'en 2023) et ses taux de prise en charge sont augmentés : 60 % pour les congés (contre 50 % auparavant), 80 % pour les arrêts maladie et accident du travail (contre 60 %), 80 % pour la formation (les taux précédents étaient variables selon les régions). Cette solution n'existe pas dans tous les départements¹³ et n'est pas forcément mobilisable dans des situations d'urgence. De plus, confier son exploitation à une tierce personne nécessite une relation de confiance et induit un reste à charge parfois non négligeable. Ces points

12. Les services de remplacement sont des groupements d'employeurs dirigés par des agriculteurs bénévoles. Ils ont pour mission de proposer des agents de remplacement salariés à leurs agriculteurs adhérents qui souhaitent ou qui sont contraints de quitter momentanément leur exploitation.

13. Les territoires ultramarins, notamment, n'en bénéficient pas, à l'exception de La Réunion.

sont en cours d'amélioration car ils concourent très concrètement à la conciliation des temps de travail et personnel.

Ce chantier permet également d'aborder des sujets plus difficiles tels que les ruptures familiales, le célibat, les addictions ou les violences intrafamiliales. L'implication de nouveaux partenaires¹⁴ est en cours. Décidé en décembre 2023 par le comité national de pilotage, un groupe de travail sur les violences en agriculture, dans un sens très large, est en voie d'installation.

Chantier 7 : accompagner les transitions agricoles pour diminuer leur impact psychosocial

Les thèmes de ce chantier se retrouvent en 2023 dans les débats de la concertation portant sur le Pacte et la loi d'orientation et d'avenir agricoles (PLOAA) lancé en septembre 2022 par le président de la République, visant à « anticiper l'avenir de l'agriculture française de 2040 ». Trois groupes de travail nationaux ont été créés pour réfléchir aux évolutions importantes des métiers agricoles, comme des rapports entre l'agriculture et le reste de la société : « Orientation et formation », « Installation et transmission » et « Adaptation et transition face au changement climatique ». Le projet de loi d'orientation pour la souveraineté alimentaire et agricole et le renouvellement des générations en agriculture, en cours de discussion au Parlement, s'en fait l'écho.

La nécessité d'intervenir pour prévenir le mal-être lié à ces transitions est ainsi régulièrement rappelée lors des travaux de la concertation portant sur :

- la phase critique de la transmission¹⁵ et de l'installation ;
- l'adaptation au dérèglement climatique¹⁶ et l'atténuation du changement climatique¹⁷ via la diversification des activités vers les énergies renouvelables ou les biotechnologies, par exemple, ou le déploiement du numérique à tous les stades du procédé de production ;
- la simplification de la réglementation, l'appui à la fonction d'employeur ainsi qu'à l'évolution du conseil agricole, et l'expérimentation de nouvelles formes de tutorat et de mentorat.

14. Notamment les centres d'information sur les droits des femmes (CIDF).

15. La question de la retraite est particulièrement prégnante (droits, revalorisation des retraites agricoles, cumul emploi-retraite, retraite progressive, incompatibilités avec la nouvelle PAC, pauvreté, situation des conjoints collaborateurs, etc.).

16. Le fait d'agir sur les conséquences du changement climatique, que ces conséquences soient déjà ressenties ou qu'elles arrivent dans le futur.

17. Le fait d'agir sur les causes du réchauffement climatique, soit les émissions de gaz à effet de serre.

Conclusion et perspectives pour une stratégie nationale de prévention du mal-être à moyen et long terme

À l'issue de ces deux années de mise en œuvre du plan de prévention interministériel, la dimension humaine, sociale et psychosociale est mieux prise en compte dans les politiques publiques agricoles, de santé publique, de solidarité et de travail. La gouvernance nationale s'est attachée à coordonner les actions de toutes les parties prenantes en dépassant les clivages politiques. La mise en place d'un parcours de détection, d'accompagnement et de prise en charge des personnes, au plus près des territoires, a été le gage de leur appropriation des objectifs fixés par les sept chantiers du plan.

La Haute Autorité de santé, associée aux travaux du comité national de pilotage, a également été saisie en janvier 2023 afin d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques en matière de « prévention, repérage, évaluation et prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles ». Elle pourra mieux rendre compte, au vu de ce qui aura été déployé, des politiques menées, des retours des usagers et des patients, et mettre en évidence les points à améliorer.

Les instances départementales, quant à elles, ont montré leur capacité à mobiliser toutes les parties prenantes locales autour d'un état des lieux partagé des besoins, ainsi que leur réactivité pour traiter les alertes graves reçues lors des manifestations de colère du début d'année 2024, vaste mouvement de revendications et d'expression du mal-être des agriculteurs et de leurs représentants. S'il est alors apparu l'ampleur de la décomposition sociale des territoires ruraux, les difficultés à y vivre et l'attachement encore très profond des agriculteurs à leur lieu de vie et de travail, s'ouvrent aussi des perspectives de recherche à renforcer autour des aspects cliniques et psychopathologiques de la souffrance exprimée « au regard de l'empreinte réciproque entre psychisme et territoire » (Spoljar, 2024).

Une nouvelle stratégie, plus resserrée, ancrée dans la durée et élaborée collectivement sur le second semestre 2024, a ainsi vocation à renforcer la connaissance du phénomène suicidaire dans le milieu agricole et les actions de prévention primaire à mettre en place, et à systématiser un parcours en faveur des personnes en situation de risque.

Références bibliographiques

- **Damaisin, O.** (2020). *Identification et accompagnement des agriculteurs en difficulté et prévention du suicide*. Assemblée nationale (rapport du 1^{er} décembre 2020).
- **Cabanel, H., Férat, F.** (2021). *Suicides en agriculture : mieux prévenir, identifier et accompagner les situations de détresse*. Commission des affaires économiques du Sénat (rapport du 17 mars 2021).
- **Jollant, F.** (2015). *Le Suicide. Aider pour comprendre l'individu vulnérable*. Paris, France : Odile Jacob.
- **Lenoir, D.** (2023). *Rapport de capitalisation de la première année de mise en œuvre de la feuille de route pour la Prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles*. Inspection générale des affaires sociales (Igas).
- **Lerouge, L.** (2023). *Contribution à l'amélioration de la prise en charge des troubles psychosociaux au travail dans l'agriculture*. Rapport réalisé dans le cadre des travaux de la Commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (Cosmap), présenté le 17 janvier 2023. Études comparées de la santé au travail (CIECST), Centre de droit comparé du travail et de la sécurité sociale (Comptrasec), université de Bordeaux, CNRS.
- **Maeght Lenormand, V., Tourne, M.** (2020), Plan national de prévention du suicide de la Mutualité sociale agricole. *Dans Suicide - Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information*, 4^e rapport de l'ONS, p. 185. Paris, France : DREES.
- **Spoljar, P.** (2024). Le « Soi territorial » et le suicide des agriculteurs : la solitude en un lieu inhabitable. *L'Évolution Psychiatrique*.

FICHE 8

Chez les détenus, un taux de suicide en hausse mais de nouveaux dispositifs de prévention

Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)

Contexte

La prévention du suicide représente une priorité majeure et ancienne pour l'administration pénitentiaire (un plan d'action national a été lancé dès 2009). Malgré cet engagement, l'année 2023 a été marquée par un nombre accru de suicides (+12,9 % entre 2022 et 2023 ; +31,9 % entre 2020 et 2023) qui souligne la nécessité du nouveau plan d'action national et des mesures déployées à l'issue d'une mission d'inspection menée en mai 2021 par l'Inspection générale de la justice (IGJ) et par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). Le taux de suicide – qui passe de 16,0 à 17,5 pour 10 000 détenus entre 2020 et 2023 – augmente toutefois à un rythme moins soutenu, du fait de l'augmentation de la population carcérale. Celle-ci est en effet constatée de façon régulière depuis plusieurs années, et atteint actuellement un record (+4,7 % entre 2022 et 2023 ; +22,7 % entre 2020 et 2023).

Nombre et taux de décès par suicide des personnes écrouées

Au total, 157 suicides de personnes écrouées ont été déplorés en 2023 (145 en détention dont 1 ayant entraîné la mort hors écrou, et 12 hors détention), contre 139 en 2022 (127 en détention dont 2 ayant entraîné la mort hors écrou, et 12 hors détention), soit une augmentation de 12,9 % (**tableau 1**).

Par ailleurs, 23 des 157 suicides déplorés en 2023 sont survenus en quartier disciplinaire (soit 15 % des suicides environ), 4 impliquaient des mineurs¹ (soit 2,5 % des suicides) et 5 des femmes² (soit 3 % des suicides).

1. Les mineurs représentaient 0,9 % des personnes détenues écrouées au 1^{er} décembre 2023.

2. Les femmes représentaient 3,7 % des personnes écrouées au 1^{er} décembre 2023.

Encadré • Point de vocabulaire

La sous-direction de l’insertion et de la probation (IP) comptabilise uniquement les suicides des personnes écrouées, en détention ou hors détention. Aussi, les personnes non écrouées et suivies en milieu ouvert ne sont pas comptabilisées dans les statistiques. Par définition, est écrouée toute personne ayant fait l’objet d’une mise sous écrou. L’écrou est l’acte par lequel est établie la prise en charge par l’administration pénitentiaire des personnes placées en détention provisoire ou condamnées à une peine privative de liberté. La personne écrouée peut être hébergée au sein d’un établissement pénitentiaire ou non. Ainsi, une personne écrouée est dite détenue si elle fait l’objet d’une mesure privative de liberté à l’intérieur d’un établissement pénitentiaire. Une personne placée en détention à domicile sous surveillance électronique ou en placement à l’extérieur, sans hébergement en établissement pénitentiaire, est dite écrouée non détenue.

Tableau 1 • Décès par suicide de personnes écrouées, entre 2020 et 2023

Année	Passages à l'acte en détention			Décès par suicide de personnes écrouées non détenues (passages à l'acte hors détention)		Ensemble	
	Décès par suicide de personnes écrouées et détenues		Décès hors écrou dans les 120 jours suivant la levée d'écrou ¹				
	En nombre	Évolution annuelle (en %)	En nombre	En nombre	Évolution annuelle (en %)	En nombre	Évolution annuelle (en %)
2020	113		0	6		119	
2021	121	7,1	0	11	83,3	132	10,9
2022	125	3,3	2	12	9,1	139	5,3
2023	144	15,2	1	12	0	157	12,9

1. Personnes étant passées à l’acte en détention, mais dont le décès est survenu plus tard, une fois qu’elles n’étaient plus sous écrou.

Lecture • En 2023, 157 personnes écrouées se sont suicidées : 144 d’entre elles se sont suicidées en détention ; 12 se sont suicidées hors détention ; 1 est décédée hors écrou dans les 120 jours suivant la levée d’écrou, des suites d’un passage à l’acte en détention.

Sources • Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée ; Département des politiques sociales et des partenariats, DAP, ministère de la Justice.

En 2021 et 2022, la hausse du nombre de suicides était de même ampleur que celle de la population carcérale (de l’ordre de +11 % en 2021 et +5 % en 2022) [tableau 2]. En 2023, en revanche, le nombre de suicides a augmenté beaucoup plus rapidement que la population carcérale (+13 % contre +4,7 %). Au total, entre 2020 et 2023, le nombre de suicides a augmenté de 31,9 % alors que le nombre de personnes écrouées a augmenté de 22,7 %.

Si on rapporte le nombre de suicides à la population carcérale moyenne, c'est-à-dire au nombre moyen de personnes simultanément sous écrou³, le taux de mortalité par suicide⁴ s'établit à 17,5 pour 10 000 personnes écrouées en 2023. Il est plus élevé comparativement aux années 2022, 2021 et 2020 où le taux de mortalité par suicide était respectivement de 16,1 ; 16,3 et 16,0 pour 10 000 personnes écrouées (**tableau 3**) ; une hausse à considérer avec prudence compte tenu de la faiblesse des effectifs considérés, mais que les données des années 2024 et suivantes pourront confirmer.

Tableau 2 • Nombre de suicides et nombre de personnes écrouées entre 2020 et 2023

Année	Nombre total de personnes écrouées	Évolution annuelle (en %)	Nombre total de suicides de personnes écrouées	Évolution annuelle (en %)
2020	74 874		119	
2021	84 022	12,2	132	10,9
2022	87 721	4,4	139	5,3
2023	91 855	4,7	157	12,9

Lecture • En 2023, sur un total de 91 855 personnes écrouées (+4,7 % par rapport à 2022), 157 se sont suicidées (+12,9 % par rapport à 2022).

Sources • Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée ; Département des politiques sociales et des partenariats, DAP, ministère de la Justice.

Tableau 3 • Taux de mortalité par suicide des personnes écrouées entre 2020 et 2023

Année	Nombre moyen de personnes écrouées ¹	Nombre total de suicides de personnes écrouées	Taux de mortalité par suicide (en nombre de suicides pour 10 000 écroués)
2020	74 316	119	16,0
2021	81 171	132	16,3
2022	86 476	139	16,1
2023	89 696	157	17,5

1. Moyenne du nombre de personnes écrouées sur l'année, du mois de janvier 2023 au mois de janvier 2024 inclus.

Lecture • En 2023, 157 personnes écrouées se sont suicidées. Rapporté au nombre d'écroués moyen, le taux de mortalité par suicide s'établit à 17,5 pour 10 000 écroués.

Sources • Statistiques mensuelles de la population détenue et écrouée ; Département des politiques sociales et des partenariats, DAP, ministère de la Justice.

3. Moyenne établie sur l'année, du mois de janvier 2023 au mois de janvier 2024 inclus.

4. Taux de mortalité par suicide : nombre de décès par suicide des personnes écrouées / nombre moyen de personnes écrouées sur l'année.

Le plan d'action national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral

Le plan d'action national de prévention et de lutte contre le suicide en milieu carcéral du garde des Sceaux du 15 juin 2009⁵, élaboré à la suite des recommandations de la commission d'experts chargée de procéder à une évaluation du dispositif de lutte contre les suicides en milieu carcéral, est appliqué dans tous les établissements pénitentiaires et services pénitentiaires d'insertion et de probation (SPIP). De manière générale, la politique de prévention du suicide en milieu carcéral s'articule autour des sept axes suivants :

- la formation des personnels pénitentiaires ;
- l'élaboration de procédures locales de détection de la crise suicidaire et de plans de prévention ;
- la réduction des moyens d'accès au suicide ;
- l'application de mesures particulières de protection pour les personnes détenues en crise suicidaire ;
- le développement de la pluridisciplinarité ;
- la lutte contre le sentiment d'isolement en quartier disciplinaire ;
- la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la « communauté carcérale » (personnel pénitentiaire, sanitaire, associations, autorités judiciaires, partenaires du ministère de la Justice, famille et codétenus).

En 2015, ce plan d'action a fait l'objet d'un audit conjoint mené par les inspections générales de la justice et des affaires sociales. Le ministère de la Justice s'est attaché à mettre en œuvre les vingt-deux recommandations issues de cet audit. Le garde des Sceaux a ensuite annoncé, le 21 août 2020, une mission d'inspection portant sur les suicides en milieu carcéral, conduite par l'inspection générale de la justice et l'inspection générale des affaires sociales. La mission a rendu en mai 2021 un rapport sur la politique globale de prévention du suicide qui comprend trente-huit recommandations concernant à la fois le ministère de la Justice et celui de la Santé et de la Prévention⁶.

Dans le cadre de l'application des recommandations de ce rapport, la Direction de l'administration pénitentiaire (DAP) a diffusé en juillet 2022 aux services déconcentrés un plan d'action national pour 2022 et 2023 recentré sur le pilotage et la mise en œuvre des actions du plan par les services pénitentiaires.

Un guide de la prévention du suicide en milieu carcéral a également été élaboré et diffusé en 2023. En outre, la prévention du suicide constitue un objectif important de la feuille de route santé 2024-2028 des personnes placées sous main de justice (PPSMJ), qui va prochainement être signée par les ministres concernés.

5. Note ministérielle du 15 juin 2009.

6. Évaluation de la politique de prévention du suicide en milieu carcéral. Ministère de la Justice, DAP.

En pratique, les modalités d'animation et de pilotage de la politique de prévention du suicide sont fixées dans la note du directeur de l'administration pénitentiaire en date du 4 mars 2016 qui prévoit les nominations d'un référent national en administration centrale (au sein du pôle santé du département des politiques sociales et des partenariats de la sous-direction de l'IP [IP2]), de référents dans chaque direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et de référents locaux de prévention en détention.

Au quotidien, au sein des établissements pénitentiaires ou à l'extérieur, la prévention du suicide se fait dans le cadre des observations réalisées par les professionnels de l'administration pénitentiaire en lien avec le public⁷. Ces observations sont mises en commun et débattues lors de commissions pluridisciplinaires uniques, où les observations des partenaires extérieurs à l'administration pénitentiaire (aumôniers, membres de l'Éducation nationale, professionnels de santé) sont également recueillies. Il peut en résulter des mises sous surveillance spécifiques ou des plans d'accompagnement individualisés.

La formation à la prévention du suicide : Terra

La formation à la prévention du suicide en milieu carcéral constitue l'un des grands axes du plan d'action. Parmi toutes celles qui existent, la formation Terra est la référence en la matière. Elle est dispensée sur deux jours. Comme pour l'ensemble du dispositif de formation à la prévention de la crise suicidaire, le public visé est multicatégoriel : la formation s'adresse au personnel pénitentiaire, mais également à toute personne concourant au service public pénitentiaire (personnels affectés au sein des unités sanitaires, magistrats, aumôniers, visiteurs de prison, personnels des groupements privés, assesseurs siégeant en commission de discipline, enseignants, protection judiciaire de la jeunesse [PJJ], partenaires associatifs, etc.). À l'issue de la formation, les apprenants sont en capacité :

- d'évaluer le potentiel suicidaire chez la personne détenue (urgence, dangerosité, risque [UDR]) ;
- de transmettre les informations et consignes aux différents services concernés et les tracer ;
- de proposer une prise en charge adaptée à la situation de la personne en crise suicidaire en l'orientant, le cas échéant, vers des ressources identifiées.

Les codétenus de soutien

Le dispositif des codétenus de soutien constitue l'une des priorités de la DAP dans la stratégie globale de prévention du suicide. Expérimenté depuis 2010, il est aujourd'hui déployé dans 19 établissements pénitentiaires, dont 15 en partenariat avec la Croix-Rouge et 4 avec l'Union nationale de prévention du suicide (UNPS). L'objectif est d'étendre ce dispositif à un plus grand nombre d'établissements pénitentiaires et qu'un nombre croissant de codétenus de soutien y soient formés.

7. Directeurs, officiers, surveillants en établissements ; métiers des services pénitentiaires d'insertion et de probation en établissement ou en milieu libre, à savoir : directeurs, conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation, assistants de service social, psychologues, coordonnateurs culturels.

Le dispositif est basé sur le principe de la « pair-aidance », un mécanisme de repérage et d'alerte par les pairs, dont les bénéfices ont été mis en évidence dans de nombreuses études, notamment en psychiatrie (Davidson, 2012). Appliqué à la population carcérale, il implique des détenus formés à repérer, soutenir et protéger des codétenus présentant une souffrance psychique ou un risque suicidaire. Il s'intègre de plus en plus aux stratégies de prévention du suicide en prison, en France comme à l'international ; en Espagne, par exemple, ce dispositif est connu sous le nom d'internos de apoyo (« anges-gardiens »), tandis qu'en Grande-Bretagne il est appelé Listeners (« écoutants ») [Griffiths, 2015].

Dans le cadre de conventions signées avec la DAP, la Croix-Rouge et l'UNPS portent ce dispositif en formant, avant le début de leur mission, les personnes détenues pour devenir codétenus de soutien. En pratique, cette formation dure au minimum 30 heures et comporte trois modules :

- la formation Prévention et secours civique de niveau 1 (PSC1) délivrée par la Croix-Rouge, d'une durée d'une dizaine d'heures ;
- une formation à la détection et au soutien des personnes détenues en souffrance, sur deux jours ;
- un module de sensibilisation à l'écoute et au soutien psychologique, conçu et enseigné par la Croix-Rouge ou par l'UNPS, d'une durée d'une journée.

Autres actions de prévention et perspectives

Étendre le programme Vigilans dans les centres pénitentiaires

Créé en 2015 à destination du grand public, Vigilans est un dispositif de recontact et d'alerte conçu pour accompagner les individus ayant fait une tentative de suicide, en mobilisant autour d'eux un réseau de professionnels de santé chargés de garder le contact. Le fonctionnement du dispositif Vigilans comporte trois étapes :

1. à leur sortie de l'hôpital, les patients reçoivent une carte avec le numéro de Vigilans, qu'ils peuvent ainsi contacter à tout moment ;
2. en cas de tentatives de suicide multiples, les patients sont recontactés entre dix et vingt jours après leur sortie. En cas de non-réponse, le psychiatre est alerté. Par la suite, les patients reçoivent un SMS ou une carte postale tous les mois durant quatre mois ;
3. au bout de six mois, tous les individus concernés sont rappelés pour une évaluation téléphonique détaillée de leur situation. À la suite de cette évaluation, le dispositif est soit interrompu, soit reconduit.

En février 2024, ce dispositif était déployé dans 17 régions et 99 départements, dont des territoires ultramarins. Une étude réalisée sur la période 2015-2017 par Santé publique France et missionnée par la Direction générale de la santé (DGS), a montré des résultats encourageants : l'application du dispositif a permis, chez les patients bénéficiant de Vigilans (en comparaison avec le groupe de patients non bénéficiaires), une diminution de 38 % du risque de

réitération suicidaire (passage aux urgences, hospitalisation pour tentative de suicide ou décès par suicide) dans les douze mois suivant leur tentative de suicide (Broussouloux, *et al.*, 2023).

Le dispositif Vigilans est expérimenté au sein des centres pénitentiaires de Lille-Annoëullin et Lille-Sequedin depuis juin 2021. Le financement de l'expérimentation en milieu carcéral est assuré par l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France. La DGS, qui porte la politique interministérielle de prévention du suicide, a indiqué qu'elle n'envisagerait d'effectuer des financements qu'après avoir reçu une évaluation positive de l'expérimentation menée dans les Hauts-de-France.

Déployer le numéro national de prévention du suicide en milieu carcéral

L'accès au numéro national de prévention du suicide (3114) pour les personnes détenues est également en cours de déploiement en milieu pénitentiaire. La DGS assure le financement de ce dispositif national porté par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy), un groupement d'intérêt public (GIP). Une convention a été signée le 23 novembre 2023 entre la DAP et la F2RSM Psy pour financer la création d'un poste à parts égales avec la DGS, afin de mener une expérimentation en milieu pénitentiaire sur l'année 2024 dans les ressorts des DISP de Bordeaux et Rennes, et dans cinq établissements pénitentiaires. Le comité de pilotage et de lancement du 3114 dans les établissements pénitentiaires qui l'expérimentent s'est réuni le 21 juin 2024.

Impliquer autrement les familles et les proches dans la prévention du suicide

La DAP a également signé une convention à la fin de l'année 2023 avec l'association Dites je suis là pour mener une expérimentation en 2024 auprès des proches de personnes détenues. L'objectif est de sensibiliser ces derniers au risque suicidaire chez ces personnes, ainsi que de leur fournir ressources et outils concrets pour savoir comment agir face à un proche en crise suicidaire. Cette expérimentation est menée dans trois établissements : Toulouse-Seysses, Bordeaux-Gradignan et Riom.

Former et sensibiliser le personnel pénitentiaire à la santé mentale

La DAP a souhaité mettre en place un marché public sur la thématique du secourisme en santé mentale. Ce marché public, attribué à l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam) le 21 juin 2023, vise à assurer des formations de premiers secours en santé mentale (PSSM)⁸ auprès des personnels de l'administration pénitentiaire affectés en établissements pénitentiaires ou en services pénitentiaires d'insertion et de probation, et qui sont au contact des personnes placées sous main de justice (PPSMJ). À la fin du premier trimestre 2024, huit sessions de formations se sont déjà déroulées dans le cadre de ce marché. Plus largement, entre 2020 et 2023, 719 personnels pénitentiaires ont été formés aux gestes de PSSM.

8. Voir à ce propos la fiche 5.

L'étude Epsilon (Épidémiologie psychiatrique longitudinale en prison), en cours de réalisation, permettra de continuer à objectiver ces éléments avec des données complémentaires ; elle portera sur la santé mentale de personnes incarcérées en maison d'arrêt, sur une période de neuf mois suivant leur entrée en détention.

Prévenir le suicide des mineurs en milieu carcéral

La prévention du suicide des mineurs en milieu carcéral est pilotée par la DAP, en lien avec la Direction de la protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ). Ce public, du fait de ses caractéristiques (parcours émaillés de ruptures, situations familiales et sociales fragiles, problématiques de santé, inscription dans des conduites à risques), est particulièrement exposé au risque suicidaire : entre 2021 et 2023, dix suicides de mineurs ou jeunes majeurs ont été recensés par la DPJJ⁹. La prévention du suicide des mineurs et jeunes majeurs en détention s'appuie sur une forte articulation entre la DAP, la DPJJ et les professionnels de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire. Cette articulation est également nécessaire pour organiser la sortie de détention des jeunes : suivi éducatif et dans les services de pédopsychiatrie si ceux-ci présentent des troubles psychiques, afin de prévenir le risque suicidaire.

Promouvoir la postvention du suicide en milieu carcéral

Concernant la postvention, que l'on pourrait définir par l'action mise en œuvre pour réduire l'impact psychologique d'un suicide pour les personnes touchées ou concernées par cet événement, en particulier les familles, les codétenus et les personnels pénitentiaires, la DAP a entamé un rapprochement avec la DGS pour déterminer si le programme français Papageno pourrait être déployé en milieu pénitentiaire. En pratique, ce programme a pour but de produire et diffuser des solutions innovantes pour tous ceux qui souhaitent s'engager dans la prévention de la contagion suicidaire¹⁰, la promotion de l'entraide et l'accès aux soins. Papageno intervient notamment dans les écoles de journalisme, dans le but de sensibiliser les acteurs des médias (en encourageant notamment des pratiques de communication responsables), et accompagne les institutions et collectivités territoriales dans leurs stratégies de prévention du suicide.

Concevoir des stratégies de prévention en sortie de détention

Par ailleurs, la stratégie de prévention du suicide en milieu carcéral ne doit pas s'arrêter au milieu pénitentiaire, les détenus présentant, à leur sortie de prison, un risque suicidaire important : leur surmortalité, principalement du fait de surdosages ou de suicides, est attestée avec quatre fois plus de décès qu'en population générale dans les cinq ans suivant leur sortie de prison (Désesquelles, Kensey, 2017). Une autre enquête, française et menée entre 2020 et 2022, montre que la santé mentale de la population carcérale sortante (enquête SPCS) est plus mauvaise que celle de l'ensemble de la population : deux tiers des hommes

9. Les chiffres de la DPJJ peuvent différer de ceux de la DAP car ils incluent, dans certains cas, des jeunes majeurs.

10. La contagion suicidaire, également appelée « effet Werther » en référence au roman de Goethe *Les souffrances du jeune Werther*, désigne l'augmentation des comportements suicidaires ou des idées suicidaires chez les individus exposés au suicide d'une personne de leur entourage ou médiatisé.

et trois quarts des femmes font état, à leur sortie de prison, d'une santé mentale dégradée ou d'une addiction (Fovet, *et al.*, 2022).

Une expérimentation est en cours avec les centres hospitaliers de Lille et Toulouse, où des équipes mobiles transitionnelles (Emot) réunissant psychiatres, infirmiers, éducateurs, assistants de service social et secrétaires, proposent aux personnes souffrant de troubles psychiatriques un accompagnement personnalisé et pluridisciplinaire dans la période entourant leur libération de prison.

Références bibliographiques

- **Broussouloux, S., et al.** (2023). *Évaluation d'efficacité de Vigilans de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire*. Santé publique France, *Études et Enquêtes*.
- **Davidson, L., et al.** (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*.
- **Désesquelles, A., Kensey, A.** (2017). The death toll of french former prisoners. *European Journal of Epidemiology*.
- **Fovet, T., et al.** (2022). *La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale*. F2RSM Psy (Fédération régionale de recherche en psychiatrie et en santé mentale).
- **Griffiths, L., Bailey, D.** (2015). Learning from peer support schemes - can prison listeners support offenders who self-injure in custody? *International Journal of Prisoner Health*.
- **Hinde, K., White, R.** (2019). Peer support, desistance and the role of the third sector. Special issue : the criminal justice voluntary sector : in comparative perspective. *The Howard Journal of Crime and Justice*.

POSTVENTION

Fiche 9 • L'action de l'Union nationale de prévention du suicide et ses possibles développements.....	240
Fiche 10 • Alinéa, un dispositif de postvention précoce et proactif d'accompagnement des proches endeuillés par suicide.....	250
Fiche 11 • Coconception d'une plateforme numérique de postvention en France.....	259

Postvention

FICHE 9

L'action de l'Union nationale de prévention du suicide et ses possibles développements

Françoise Facy et Marc Fillatre
(Union nationale de prévention du suicide [UNPS])

Contexte

L'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) regroupe une quarantaine d'associations et de fédérations d'associations. C'est une association loi 1901 créée au cours de la période 1997-1999 pour fédérer les associations d'écoute et de prévention du suicide en France. Dès son origine, l'UNPS s'est caractérisée par la diversité de ses membres (bénévoles, professionnels de santé et de l'action sociale) et de ses interventions au titre de la prévention. À l'époque, l'UNPS ne se reconnaissait pas dans le cadre des définitions officielles de la prévention en santé publique (préventions primaire, secondaire et tertiaire). En effet, les approches s'avéraient différentes selon l'expression des problématiques (qu'elles soient individuelles ou collectives), de même que les modalités d'engagement (qu'elles relèvent de la solidarité des citoyens ou d'un engagement socioprofessionnel)¹.

Progressivement, l'UNPS a donc théorisé l'articulation des besoins et des réponses lors d'échanges et de réflexions croisées, de façon pluridisciplinaire et dans des coopérations internationales avec des organismes tels que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou l'*International association for suicide prevention* (IASP) [Facy, Debout, 2006]. À partir d'une prévention initialement axée uniquement sur la personne suicidaire, l'UNPS a finalement développé le paradigme de « pré-postvention » (PPV) du suicide qui s'adresse également à l'entourage de cette personne, ainsi qu'aux structures au sein desquelles ces programmes sont développés, par exemple dans le cadre du programme expérimental de postvention du suicide chez les jeunes². Parallèlement, la réflexion s'est prolongée autour du continuum de la prévention et de la prévention partagée (PPP). En coopération avec les instances de recherche publique (Badoc, *et al.*, 2008 ; Le Breton, 2009), l'UNPS a ainsi élargi son attention à plusieurs niveaux :

1. Voir à ce sujet les résultats de la conférence de consensus *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge* d'octobre 2000 (www.has-sante.fr/).

2. Voir par exemple sur le site de l'association VIES 37 (<http://vies37.psrc.fr/>) : *Parcours de jeunes suicidaires et suicidants : impact des actions et dispositifs de prévention du suicide dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire*, 2019.

- d'une part, auprès de l'entourage des personnes à risque ou en crise suicidaire ;
- d'autre part, dans une dimension temporelle tout au long du continuum, c'est-à-dire avant et après un geste létal ;
- enfin, dans une dimension spatiale, en impliquant des environnements et des contextes d'interventions différents.

En Touraine, le réseau Vivre et intervenir ensemble face au suicide en Indre-et-Loire (VIES 37)³ est un exemple d'application sur le terrain du continuum PPP. Dans l'une des expérimentations menées, ce réseau a accompagné les établissements hospitaliers et médico-sociaux dans la mise en place d'une organisation de gestion interne de crise, activée en cas de passage à l'acte (suicide ou tentative de suicide très violente pour l'entourage), tenant compte des caractéristiques du lieu et des préceptes de suicidologie. La structure demandeuse formait ensuite ses salariés et bénévoles à la prévention du suicide (formation nationale *via* les agences régionales de santé [ARS]), et procédait en amont à un travail d'identification des ressources externes à solliciter en cas de suicide afin d'être opérationnelle en cas de mobilisation. Elle gérait seule la situation, mais restait en lien avec le réseau VIES 37 qui pouvait venir renforcer cette cellule de crise, le cas échéant.

Des modifications opérées depuis la crise liée au Covid-19

La crise sanitaire de 2020 a bousculé de nombreuses organisations, tant dans le domaine social que dans le secteur sanitaire. Les associations se sont retrouvées en première ligne pour gérer l'afflux de personnes dont la santé mentale était dégradée et ont alerté les autorités. Dans le précédent rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS), l'UNPS a présenté les évolutions mises en œuvre par les associations membres dans l'accompagnement et les réponses apportées aux personnes en difficultés psychologiques (Facy, Fillatre, 2022).

Les mesures du Ségur de la santé (2020) concernant la santé mentale ont renforcé d'abord le secteur professionnel hospitalier, en affichant comme priorité la prévention du suicide. Le secteur associatif, quant à lui, s'est adapté à de nouvelles coopérations ; une démarche se traduisant par la rédaction et l'adoption en 2023 d'une charte de valeurs communes⁴ pour les associations de prévention. La complémentarité des interventions est toujours en cours de redéfinition, aussi bien sur la fonction des intervenants et leurs échanges réciproques, que sur les contenus.

Le secteur associatif en santé conserve cependant une spécificité, du fait de l'importance donnée à l'entourage des malades. L'attention à porter aux aidants a progressivement fait l'objet d'une plus grande reconnaissance de la part des instances de santé

3. <http://vies37.psrc.fr/>

4. Charte de valeurs communes : 3114-Lignes d'écoute associatives du champ de la prévention du suicide, à consulter sur le site internet de S.O.S Amitié (www.sos-amitie.com).

publique et de démocratie en santé. Le réseau de l'UNPS fournit des exemples d'implications collectives fondées sur des principes de bénévolat et de pair-aidance aux différentes étapes de prévention du suicide. Ainsi, en 2023, l'UNPS a réalisé un questionnaire sur les actions de postvention, telles que pratiquées par ses adhérents auprès de différents publics et avec des méthodologies particulières, pour illustrer le rôle spécifique des associations dans ce champ de la prévention partagée du suicide, aujourd'hui reconnue dans la stratégie nationale de prévention du suicide.

Une activité associative en lien direct avec les politiques publiques et les structures internationales

L'UNPS inscrit ses actions en collaboration directe avec les autorités de santé publique qui conçoivent et mettent en place les plans dans le domaine de la prévention du suicide. En particulier, en 2023, l'UNPS a participé à plusieurs groupes de travail organisés par la Direction générale de la santé (DGS). L'un des objectifs poursuivis par l'UNPS était de réaliser un état des lieux des dispositifs portés par les différentes associations adhérentes, concernant spécifiquement les actions au titre de la postvention.

Pour identifier les pratiques de postvention, l'UNPS s'appuie sur la définition retenue dans le cinquième rapport de l'ONS, à savoir l'« ensemble des interventions qui se déploient après un suicide dans le milieu où ce dernier a eu lieu ou dans les milieux qui étaient fréquentés par la personne décédée (école, travail, communauté, etc.). Ces actions ont pour objectifs de diminuer la souffrance individuelle, de renforcer la capacité des individus à faire face à l'adversité, de diminuer le risque de contagion suicidaire, d'augmenter le sentiment de sécurité du milieu et de favoriser un retour au fonctionnement habituel pour le milieu touché » (Mercier, Thomas, 2022).

Régulièrement (en 2003, 2013, 2016 et 2022), des actions ont été menées dans le cadre de coopérations internationales, notamment avec l'université du Québec à Montréal (UQAM) et l'Association québécoise de prévention contre le suicide (AQPS). Ces collaborations ont permis la comparaison des profils d'intervenants (bénévoles ou non) et des méthodes d'intervention dans des contextes particuliers, afin de dégager des éléments probants qui légitiment des actions (visuels partagés, vidéos, articles en support) et consolident les contenus des formations (voir le programme de formation de formateurs à la prévention du suicide de 2003 à 2015⁵ élaboré par Jean-Louis Terra et Monique Séguin ; la formation Risque urgence dangerosité [RUD]⁶ ; la formation au Repérage et à l'orientation de la crise suicidaire [ROCS]⁷, etc.). Les actions des associations s'enrichissent par les retours d'expériences et de

5. Voir par exemple *Formation nationale de prévention du suicide* sur le site internet du Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS, <https://www.geps.asso.fr>).

6. Voir par exemple *L'évaluation du risque suicidaire au CPN* sur le site internet du Centre psychothérapique de Nancy (<http://cpn.rmi.fr>).

7. Voir par exemple *Formation au repérage et à l'orientation de la crise suicidaire* publié par l'ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (<https://www.paca.ars.sante.fr>).

recherches appliquées (Batt, *et al.*, 2005), les modules de sensibilisation-formation, l'intégration des bénévoles. En 2016, l'UNPS a fait partie d'une délégation française à Montréal (notamment composée de Françoise Facy, Marc Fillatre, Philippe Carette et Jean-Pierre Soubrier) avec le Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), pour faire évoluer le Programme national d'actions contre le suicide (PNACS) mis en place en France et alors en cours d'évaluation⁸, en prenant appui sur les retours d'expériences, comme celle du Haut Conseil de la santé publique⁹, et des comparaisons internationales. Les coopérations avec la communauté scientifique française existaient dès la création de l'UNPS, avec l'Inserm, l'Ined, le CNRS et des universités, permettant ainsi des regards croisés entre les travaux scientifiques (l'expertise opérationnelle de l'Inserm sur l'autopsie psychologique par exemple [Badoc, *et al.*, 2008], ou les travaux de l'ONS [Moisy, 2016]) et l'expertise citoyenne.

Afin de recenser les actions de postvention parmi ses membres, l'UNPS a organisé une enquête par voie numérique¹⁰ au second semestre 2023 (**tableau**) qui a permis un recueil d'informations visant à décrire les activités des associations en postvention, afin de préciser la nature et leurs modalités d'action. Le questionnaire consistait à :

- décrire les types d'actions menées par les associations ;
- cerner les périmètres d'action en délimitant le territoire et les populations ciblées ;
- décrire les outils utilisés ;
- rendre compte des données d'activité (nombre d'interventions par an, par exemple) ;
- faire part des éléments d'évaluation s'ils sont disponibles (méthodologie, résultats).

Enfin, une catégorie de questions permettait de décrire dans un champ libre les actions de postvention mises en œuvre et l'appellation retenue pour cette activité (tous les dispositifs n'intégrant pas le mot « postvention » dans leur nom).

L'UNPS a fait appel à ses correspondants en région et aux administrateurs des associations membres pour relayer rapidement les demandes d'informations auprès des associations adhérentes, en tâchant non pas d'assurer *a priori* la représentativité de ces dernières, mais uniquement celle des territoires. Cette méthode a permis d'obtenir 69 réponses en août 2023, qui illustrent la diversité des adhérents de l'UNPS et des territoires (**encadré 1**). Elles montrent l'hétérogénéité des actions de postvention, ainsi que des façons de nommer la postvention (y compris au sein même des associations nationales).

8. Voir à ce sujet le *Bilan 2025 du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014* (Direction générale de la santé, sante.gouv.fr).

9. Voir à ce sujet l'*Évaluation du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014* sur le site internet du Haut Conseil de la santé publique (<https://www.hcsp.fr>).

10. Enquête menée par Jacques Baugé, Liliane Dassis, Françoise Facy, Marc Fillatre, Laurence Picque, Catherine Saminadin et Marie Rimbaud.

Encadré 1 • Actions de postvention des associations telles que décrites dans le questionnaire de l'UNPS (sans retraitement)

- Pré-postvention du suicide
- Groupe d'accompagnement au deuil après le suicide d'un proche
- Sensibilisation au deuil après suicide, postvention et soirée ciné débat
- Interventions en résidence autonomie et en Ehpad à la suite d'un suicide abouti
- Entretien individuel et groupe de soutien ou de partage
- Écoute des suicidaires ou suicidants et de leurs proches
- Postvention du suicide
- Dispositif d'écoute des personnes en souffrance après une tentative de suicide, des familles concernées ou des personnes endeuillées
- Groupe de parole de parents en deuil
- Groupe de soutien aux personnes endeuillées par suicide
- Écoute des personnes traumatisées par le suicide d'un proche
- Entraide entre frères et sœurs endeuillés, quelle que soit la cause du décès
- Cellule de crise, cellule de soutien
- Week-end postvention
- Groupe de soutien aux familles endeuillées par suicide
- Atelier de prévention du mal-être (qui peut conduire au suicide)
- « Café deuil »
- Week-end de postvention après suicide
- Accompagnement des personnes endeuillées par suicide

Les actions de postvention ont été regroupées par catégorie (**encadré 2**) à partir des définitions habituellement utilisées par les professionnels, mais aussi à partir des descriptions incluses dans les réponses. Celles-ci montrent que ce sont le plus souvent des entretiens individuels qui sont proposés par les associations, mais aussi des échanges à distance (par téléphone ou *via* des tchats numériques). Les autres actions peuvent être plus collectives et diversifiées. En matière de chronologie, les actions se déclenchent pour la plupart d'entre elles en urgence, à court ou moyen terme (sans plus de précision dans les réponses sur ce point). Enfin, sur l'origine de la démarche, il y a plusieurs types de réponses : ce peut être la personne elle-même, l'entourage ou les professionnels.

Les réponses mettent en lumière des caractéristiques notables du réseau UNPS avec certaines associations créées dès l'origine par des familles ou entours endeuillés par des suicides (par exemple l'association JPV Vivre après le décès d'un enfant) au sein desquelles les principes de solidarité et de pair-aidance sont appliqués. D'autres associations, comme des fédérations (S.O.S Amitié, Petits frères des pauvres, la fédération européenne Vivre son deuil, etc.), agissant pour la prévention du suicide dans un contexte de lien social ou de santé mentale, développent des interventions spécifiques en postvention, en lien avec

une prévention globale en santé. Enfin, d'autres structures, encore plus spécialisées en prévention du suicide (SOS Suicide Phénix, VIES 37, etc.), intègrent la postvention dans un ensemble cohérent d'actions auprès des personnes directement concernées ou de collectivités affectées par des suicides ou gestes suicidaires.

Encadré 2 • Typologie des actions de postvention et liste détaillée des actions

1) Cellules de crise

Les cellules de crise « organisées par des collectivités » et les offres d'« écoute-soutien immédiat » constituent une action de postvention immédiate.

2) Lignes d'écoute

Les réponses au questionnaire mettent en évidence la diversité des lignes d'écoute, aussi bien en prévention qu'en postvention : lignes d'écoute généralistes ou destinées à un public spécifique (Solitud'écoute des Petits frères des pauvres pour les personnes âgées isolées, d'autres pour les étudiants...), via téléphone, tchat numérique ou réseaux sociaux (par exemple Facebook où l'association S.O.S Solitude est notamment présente).

3) Entretiens individuels

Les réponses au questionnaire montrent que certaines associations ont des permanences d'accueil physique, non seulement dans les grandes villes mais aussi très décentralisées dans les déserts médicaux ruraux (Centre écoute et soutien, etc.).

4) Groupes de parole

Les groupes de parole présentent une grande variété de modalités : « ouverts » ou « fermés » ; animés par des bénévoles formés ou en collaboration avec des professionnels ; généralistes ou spécialisés (par exemple en Ehpad après le suicide d'un résident). Le « café deuil » de l'association JPV Vivre après le décès d'un enfant est un exemple de groupe de parole.

5) Activités

De même, différentes activités sont organisées par les associations : week-ends spécifiques et très structurés (écoute et échange d'informations) pour les endeuillés par suicide ; groupes spécialisés par public selon les associations (frères et sœurs, LGBT, parents d'enfant unique, etc.) ; ateliers, théâtre et bien-être (de type sophrologie) ; conférences thématiques (par exemple, « la mémoire traumatique »).

6) Postvention de long terme

Des bulletins d'informations et recueils de témoignages sont publiés (par exemple par S.O.S Solitude).

7) Maintien du lien

Des messages sont envoyés de façon systématique et à dates fixes aux endeuillés ; des journées d'amitié sont organisées ; des partenariats sont noués entre acteurs (VigilanS, 3114, associations).

8) Supports de postvention

Différents supports sont employés : brochures UNPS ou spécifiques à chaque association (comme Empreintes ou Night line) ; sites internet des associations ; jeux pédagogiques ; actes ou enregistrements de séminaires ou de colloques (tels que les Journées nationales pour la prévention du suicide [JNPS] de l'UNPS).

L'étude de l'ensemble de ces retours (et notamment ceux de VIES 37) montre que le simple fait de mettre en place un dispositif de postvention, par anticipation d'un passage à l'acte au sein de structures surexposées au suicide (Ehpad, foyers de l'enfance, universités, hôpitaux psychiatriques, etc.) améliore sensiblement la prévention en créant du même coup une attention, une culture, autour de cette question.

Perspectives et propositions pour le renforcement de la postvention

À partir des résultats de son enquête, l'UNPS distingue plusieurs chantiers visant à renforcer l'efficacité du maillage d'acteurs et d'associations impliqués dans la prévention et la postvention du suicide.

Renforcer le continuum prévention-postvention du suicide dans le réseau UNPS

L'étude menée à l'été 2023 par le siège de l'UNPS auprès de ses adhérents permet de dynamiser le réseau associatif grâce au partage d'informations sur les actions existantes, et de faciliter la mise en application d'un continuum de prévention-postvention évoqué plus haut à travers le cas de VIES 37. Cependant, ce continuum pourrait être renforcé, sous réserve de lever certains freins. L'un d'eux tient peut-être à la difficulté de pouvoir définir précisément la postvention du fait de l'hétérogénéité des dispositifs existant ; y parvenir permettrait de favoriser sa compréhension, et par conséquent son adoption.

Outre les expériences menées dans différents territoires, il ressort par ailleurs des réponses de l'enquête la nécessité de formation et d'acculturation des intervenants à la postvention. Ainsi, les associations font remonter différents besoins dans ce domaine : préciser les termes des actions, les liens entre elles (comme l'articulation entre l'intervention en face-à-face et la prise en compte de la personne en distanciel), les caractéristiques des différents types de groupes de parole, l'environnement, l'accès aux ressources d'aide et d'accompagnement, la connaissance et l'information.

Les exemples donnés montrent un entrelacs de complexités dans les comportements à risque (lesquels incluent aussi bien le suicide, les addictions que les mésusages des réseaux sociaux), dont la prise en compte et l’analyse prouvent la pertinence de la diversité du réseau UNPS.

Appuyer le rôle des associations dans la stratégie nationale de prévention du suicide

Il serait pertinent d’intégrer l’action en prévention du suicide non seulement dans une culture de santé publique, mais aussi dans un cadre citoyen. Il s’agirait de mieux tendre vers une complémentarité des structures dans le champ social ou sanitaire, car la pertinence des actions des associations se révèle dans une diversité de « milieux d’intervention », y compris au domicile. Ainsi, en complément de l’expertise scientifique sur les questions du suicide (prévention et postvention) qu’apportent les organismes de recherche, l’UNPS peut proposer une expertise citoyenne et pragmatique *via* ses adhérents implantés au plus près des populations concernées. Notamment, l’UNPS est particulièrement bien placée pour attirer l’attention sur le fait que le retour d’expérience d’une action ou d’un dispositif ayant fait la preuve de son efficacité en prévention, peut être assez peu efficient, voire déstabilisant, lorsqu’il se trouve décontextualisé. En effet, imposer une réforme à l’ensemble des territoires peut, dans ceux disposant déjà d’un écosystème actif et bien établi, créer des tensions très fortes entre les modèles d’intervention (ceux existant et ceux à mettre en place) et décourager les acteurs locaux ; c’est, par exemple, ce qu’il s’est produit lors de la réforme des formations de prévention du suicide. Des démarches de prévention et de postvention partagées doivent, selon l’UNPS, être également mises en œuvre à l’occasion du déploiement des stratégies nationales pour être pleinement acceptées et utilement développées sur les territoires.

Rendre visibles les informations et les ressources des associations aux différents publics

De façon large, dans une démarche de prévention et de postvention, des supports d’information existants ou à créer de façon innovante sont à promouvoir en fonction des groupes populationnels ou des personnes concernées. Cela permettrait de renforcer dans les territoires l’accompagnement et l’écoute pour leur vertu thérapeutique (restaurer le lien, base de la PPV) ou encore des actions spécifiques. La brochure *La culpabilité après le suicide d’un proche, qu’en faire ?* publiée par l’UNPS et l’association JPV Vivre après le décès d’un enfant (Baugé, 2022) est un exemple de ce qu’il est possible de faire ; d’autres seraient à créer.



Tableau • Régions et antennes locales des associations répondantes

Régions ayant répondu	Répondeurs par région et nature	Total par région
Auvergne-Rhône-Alpes	2 antennes locales de JPV Vivre après le décès d'un enfant 6 antennes locales de S.O.S Amitié UNPS-Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA)	9
Bourgogne-Franche-Comté	3 antennes locales de S.O.S Amitié	3
Bretagne	5 antennes locales de JPV Vivre après le décès d'un enfant Collectif Vivre son deuil Association Mémoire traumatique et victimologie	7
Centre-Val de Loire	2 antennes locales de S.O.S Amitié 2 antennes locales de JPV Vivre après le décès d'un enfant Réseau VIES 37 Association ÂgeVie Plateforme de répit pour les aidants familiaux Centre LGBTI de Touraine CHRU de Tours	9
Grand Est	4 antennes locales de S.O.S Amitié	4
Hauts-de-France	1 antenne locale de S.O.S Amitié 1 antenne locale de Vivre son deuil	2
Île-de-France	Astrée 2 antennes locales de JPV Vivre après le décès d'un enfant	3
Normandie	4 antennes locales de JPV Vivre après le décès d'un enfant 1 antenne locale de S.O.S Amitié 3 antennes locales de Vivre son deuil Fondation Bon Sauveur de la Manche (centre hospitalier spécialisé [CHS])	10
Nouvelle-Aquitaine	1 antenne locale de S.O.S Amitié 2 antennes locales du Centre écoute et soutien 1 délégation de la mutuelle MGP Fédération SOS Suicide Phénix CHS Esquirol	6
Occitanie	Collectif de trois associations : Être là, l'Association prévention suicide en Occitanie (APSOc) et JPV Vivre après le décès d'un enfant 1 antenne locale Vivre son deuil	2
Pays de la Loire	1 antenne locale S.O.S Amitié Association GPS44 Association Frédérique	3
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 antenne locale Vivre son deuil 2 antennes locales S.O.S Amitié Association Christophe	4
La Réunion	S.O.S Solitude	1
Sur tout le territoire (fédérations et organisations nationales)	Petits frères des pauvres (Solitud'écoute) Fédération Vivre son deuil Fédération S.O.S Amitié JPV Vivre après le décès d'un enfant Association de parents et frères et sœurs endeuillés	6
Total de l'enquête		69

Références bibliographiques

- **Badoc, R., et al.** (2008). *Autopsie psychologique : mise en œuvre et démarches associées*, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre d'expertise collective, Paris, France : Les éditions Inserm.
- **Batt, A., et al.** (2005). *Suicide : autopsie psychologique, outil de recherche en prévention*, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), Centre d'expertise collective, Paris, France : Les éditions Inserm.
- **Baugé, J.** (2022). *La culpabilité après le suicide d'un proche. Qu'en faire ?* Union nationale prévention suicide, Association JPV Vivre après le décès d'un enfant.
- **Facy, F., Debout, M.** (2006). *Acteurs et chercheurs en suicidologie*, Paris, France : EDP Sciences.
- **Facy, F., Fillatre, M.** (2022). Les associations durant la crise sanitaire. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 240-244. Paris, France : DREES.
- **Le Breton, D.** (2009). *Rapport du comité de pilotage chargé de proposer des pistes d'amélioration pour la politique de prévention du suicide* (rapport, rapports des groupes et contributions), ministère de la Santé et des Sports.
- **Mercier, P., Thomas, P.** (2022). La stratégie nationale de prévention du suicide. Dans *Suicide - Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19*, 5^e rapport de l'ONS, p. 269 (note de bas de page n° 5). Paris, France : DREES.
- **Moisy, M.** (2016). Les associations, des acteurs historiques de la prévention. Dans *Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives*, 2^e rapport de l'ONS, p. 24-27. Paris, France : DREES.

Alinéa, un dispositif de postvention précoce et proactif d'accompagnement des proches endeuillés par suicide

Mélanie Coquelin et Céline Kopp-Bigault
(dispositif Alinéa, Fondation Bon Sauveur, Bégard)

Contexte

Le dispositif Alinéa de la Fondation Bon Sauveur existe depuis 2021. Il vise à accompagner les personnes exposées à un suicide (postvention) dans les Côtes-d'Armor, un département caractérisé par le taux de suicide le plus élevé de France, la Bretagne étant par ailleurs la région où les suicides sont les plus fréquents. Le taux de suicide standardisé dans les Côtes-d'Armor était en effet de 28,6 suicides pour 100 000 habitants en 2021¹, soit plus du double de la moyenne nationale (13,2) d'après le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm-CépiDc)². La prévention du suicide est donc un enjeu majeur de santé publique sur le territoire desservi par la Fondation Bon Sauveur de Bégard, centre hospitalier spécialisé en santé mentale sur l'ouest du département.

Depuis le début des années 2000, la fondation développe des actions de prévention du suicide grâce à une cellule dédiée, dans le sillage des recommandations de la stratégie nationale de prévention du suicide. Ces actions concernent :

- l'accompagnement, grâce à une veille téléphonique locale combinée au dispositif régional Vigilans³, des personnes ayant fait une tentative de suicide ;
- la formation des acteurs du territoire (citoyens, professionnels), complétée par des modules spécifiques portant sur l'annonce d'un décès ou le deuil après suicide ;
- la constitution d'un réseau multisectoriel et multidisciplinaire d'acteurs, en collaboration avec les coordinateurs des contrats locaux de santé (CLS).

1. Le taux standardisé de décès selon l'âge correspond à la proportion fictive de personnes décédées dans l'année si la population avait la même structure d'âge qu'une population de référence, ici la *European Standard Population* (Eurostat, 2013). Il permet les comparaisons temporelles ou entre populations n'ayant pas la même structure d'âge.

2. <https://opendata-cepdc.inserm.fr> (données consultées le 30 mai 2024).

3. Créé en 2015 dans les Hauts-de-France, le dispositif Vigilans a pour objectif de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récidives de tentative de suicide. Il consiste en un système de recontact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé (<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans>).

À travers le dispositif Alinéa, la cellule prévention de la Fondation Bon Sauveur vise à lutter contre le risque de contagion suicidaire. Ce dispositif, lancé en 2021, est soutenu par le Fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie (FIOP) 2021-2024, avec l'appui de l'agence régionale de santé (ARS) de Bretagne.

Alinéa se présente comme un outil de veille et d'accompagnement des proches endeuillés par suicide, animé par des professionnels spécialisés en suicidologie et/ou en traumatologie à la Fondation Bon Sauveur. Il émane des besoins révélés par les actions de prévention, dans le respect des recommandations des politiques de santé, pour une approche multimodale de la prévention du suicide. L'équipe d'Alinéa est à ce jour constituée de deux psychologues (1,4 équivalent temps plein [ETP]) et deux infirmières (0,87 ETP), aidés par deux secrétaires (0,2 ETP) et par des stagiaires étudiants en psychologie.

Les difficultés du deuil après suicide

On peut distinguer quatre grandes catégories de personnes affectées par un suicide (Cerel, *et al.*, 2014) :

- les personnes exposées, en lien avec le défunt ou le décès, mais ne faisant pas l'expérience des conséquences vécues par les personnes affectées ou endeuillées à court ou à long terme ;
- les personnes affectées dont l'exposition déclenche une réaction légère à modérée ;
- les personnes endeuillées à court terme ayant un lien d'attachement avec le défunt et vivant une adaptation progressive à la perte de leur proche ;
- les personnes endeuillées à long terme, vivant un impact douloureux et persistant sur des aspects importants du quotidien.

Lorsqu'une personne se suicide, on estime en moyenne à 135 le nombre de personnes exposées – c'est-à-dire connaissant personnellement le défunt –, et à 14 le nombre de celles qui sont durablement impactées (Crosby, Sacks, 2002 ; Cerel, *et al.*, 2014). Dans des zones géographiques et des communautés de vie où les taux de suicide sont les plus élevés, comme le territoire de la Fondation Bon Sauveur, l'exposition ou l'impact se cumulent dans des trajectoires de vie confrontées plusieurs fois au suicide.

Si le deuil est un processus normal et nécessaire à l'issue de la perte d'un proche, le vécu des personnes endeuillées par suicide revêt le plus souvent des particularités, du fait du potentiel traumatique, de l'intensité et de la durée des émotions douloureuses, ou encore des interrogations sur le sens du geste. Ces éléments impliquent des sentiments intenses et durables de culpabilité, de honte ou encore d'abandon qui s'articulent à des expressions interpersonnelles, voire sociales, telles que les dissensions familiales et les représentations sociales associées à cette mort encore stigmatisée. Ceci peut conduire à l'isolement psychique et générer des phénomènes d'exclusion sociale. Le deuil après suicide constitue ainsi un facteur de risque de dépression majeure, d'état de stress post-traumatique, de

comportements suicidaires, d'émergence de troubles bipolaires et de deuil prolongé, et de perturbations des relations (conflits familiaux, dissensions ou encore isolement social) [Groot, *et al.*, 2006 ; Harwood, *et al.*, 2002 ; Jordan, 2017 ; Tal Young, *et al.*, 2012]. Les proches endeuillés par suicide sont, de fait, davantage entravés dans leur capacité à identifier et à demander de l'aide ; un constat qui a contribué à la genèse d'Alinéa.

La nécessaire coconception d'Alinéa pour apporter une réponse adaptée aux besoins des endeuillés

La cellule de prévention du suicide de la Fondation Bon Sauveur a amorcé sa démarche de conception d'Alinéa en 2018 selon une méthodologie de coconception. Plusieurs études montrent que dans une démarche d'innovation en santé, la participation active des personnes en situation est pertinente pour établir des stratégies d'accompagnement, y compris en matière de prévention du suicide (Cluley, *et al.*, 2022 ; Krysinska, *et al.*, 2023). Co-construire avec des participants ayant expérimenté la problématique permet d'innover selon leurs besoins et leurs objectifs en tant que potentiels bénéficiaires ou utilisateurs du système à concevoir (Holland-Hart, *et al.*, 2018).

La coconception est séquencée en phases de construction, de recueil d'informations, de synthèse et de conclusion, ce qui l'inscrit dans un continuum structurant et temporel. Par ailleurs, il y a également un continuum d'acteurs coconcepteurs avec des rôles et des fonctions différentes selon les phases de la création. Il est proposé au coconcepteur de fournir de l'information quant à son vécu émotionnel et factuel de l'événement, de réclamer un ou plusieurs services face à un besoin identifié, et de s'inscrire dans une dynamique de conseil et de consultation (Robert, Bate, 2023). Ceci se déroule pendant le processus de conception et peut perdurer au-delà par une participation aux évolutions et à l'évaluation du service rendu. La pertinence de la coconception repose non seulement sur la qualité des choix opérés, mais également sur l'augmentation de l'adhésion des futurs bénéficiaires et utilisateurs du système (Robert, Bate, 2023).

C'est dans cette dynamique qu'a été conçu le dispositif Alinéa, en identifiant comme coconcepteurs des représentants des proches endeuillés, des pair-aidants et des premiers intervenants à l'issue d'un suicide (forces de l'ordre, pompiers, collaborateurs du funéraire et élus municipaux). Ces acteurs ont ainsi été choisis non seulement pour leurs connaissances pratiques, mais également pour leur capacité à témoigner d'une expérience transposable à d'autres territoires ou communautés d'appartenance, ce qui est l'un des enjeux de l'expérimentation d'Alinéa.

La conception et le déploiement du dispositif Alinéa en cinq étapes

La conception et la mise en place d'Alinéa ont été pilotées par les professionnels de la cellule de prévention du suicide de la fondation, et organisées avec le concours des coordinateurs des CLS. Elles se sont déroulées en cinq étapes, chacune correspondant au déploiement d'outils spécifiques.

Étape 1 : la rencontre avec des proches endeuillés

La coconception d'Alinéa a débuté en 2018 par la rencontre avec des proches endeuillés par suicide. Lors de dix soirées-débats, près de 700 proches ont échangé avec des pairs et des professionnels autour du thème de « La vie après le suicide d'un proche ». Des thématiques récurrentes y ont été recensées : les émotions douloureuses et persistantes liées à la perte, la souffrance due à l'isolement et à la stigmatisation, la difficulté à accéder à une aide spécialisée (soit par méconnaissance, soit par difficulté à en chercher), et le besoin de disposer d'un espace pour poursuivre cette démarche de partage.

C'est ainsi que ces temps de rencontre, initialement pensés pour sensibiliser le grand public sur le deuil après suicide, ont permis à des endeuillés de se retrouver pour témoigner de leur vécu et de leurs besoins. La fréquentation inattendue de ces soirées, les échanges et les besoins exprimés pour la première fois par les endeuillés, ainsi que la gêne des professionnels confrontés au désarroi de ces derniers, à l'absence de réponse et d'aide dédiée, signent le début du projet de création d'Alinéa.

Étape 2 : la rencontre avec les associations d'aide et d'écoute

Systématiquement représentées lors des temps de rencontre avec les proches endeuillés, les associations d'aide et d'écoute sur le deuil ont témoigné de leur mission, de leur engagement et de leurs inquiétudes face au défaut de soutien professionnel dédié à la spécificité du deuil après suicide. Des rencontres ont été organisées dans un second temps avec des référents de ces associations venus exposer précisément leurs modalités de soutien aux proches endeuillés par suicide et les limites rencontrées.

Étape 3 : la rencontre avec les « annonceurs de décès »

La cellule de prévention du suicide a organisé, pour les élus municipaux et les forces de l'ordre, des formations sur l'annonce d'un décès ; des séances qui ont permis de dresser un inventaire des difficultés rencontrées par ces derniers, telles que la difficulté à accueillir les émotions des endeuillés, le besoin d'outils et de supports, et les conditions de clôture de l'annonce avant de quitter les lieux. Ces temps de formation permettent en outre d'aller sur le terrain à la rencontre des acteurs les plus proches des événements, de les soutenir indirectement dans leurs fonctions et, de ce fait, de les rassurer et de les impliquer dans le dispositif.

Étape 4 : la mise en place d'un groupe de travail

Ces trois premiers temps de rencontre ont débouché sur la création d'un groupe de travail composé des représentants de proches endeuillés par suicide, de pair-aidants et de

premiers intervenants à l'issue d'un suicide. Ils avaient pour mission d'identifier les objectifs et les grands principes de fonctionnement d'un dispositif d'accompagnement afin de guider sa coconception. Il s'est agi de détailler chronologiquement et conjointement les vécus émotionnels et les actions de chaque type d'acteur, au cours des six mois suivant la découverte du décès, en soulignant les difficultés et les besoins prioritaires de chacun.

En groupe restreint, chaque membre du groupe de travail a été consulté au fur et à mesure de la modélisation d'Alinéa afin de valider les choix initiaux effectués par les personnes pilotes.

Étape 5 : la modélisation d'Alinéa

À partir des résultats obtenus lors des précédentes étapes, de l'inventaire des dispositifs existants et des recommandations scientifiques sur la postvention individuelle, la modélisation d'Alinéa s'est organisée autour de quatre objectifs :

- promouvoir le déploiement d'un dispositif professionnel spécialisé de veille et d'accompagnement des personnes endeuillées par suicide ;
- proposer dès l'annonce du décès par suicide une offre dédiée aux proches présents ;
- soutenir et sensibiliser les annonceurs de décès ;
- expérimenter le protocole choisi pour qu'il soit transposable et déclinable dans d'autres territoires ou communautés de vie.

Des objectifs aux modalités de fonctionnement effectives

Sur la base de ces quatre objectifs, des modalités de fonctionnement ont été définies pour faire d'Alinéa un dispositif précoce, proactif, universel, proportionné et collaboratif en lien avec les forces de l'ordre (**schéma**).

Le cadre juridique

La collaboration des forces de l'ordre se traduit par la remise, via l'officier de police judiciaire, d'une information sur le dispositif Alinéa aux proches présents, puis l'envoi précoce et systématique d'informations à Alinéa lui permettant d'entrer en relation avec ces derniers. Le traitement et le partage d'informations nécessitant un encadrement juridique, des conventions de partenariat et de partage d'informations ont été signées par le procureur de la République du territoire, la préfecture et les services de police et de gendarmerie, avec le soutien de l'ARS de Bretagne. Ces modalités de fonctionnement ont été évaluées par un cabinet juridique spécialisé, garantissant le respect des lois et des droits des parties impliquées.

Le cadre opérationnel

Un comité de pilotage, réunissant le pilote et les signataires des conventions, intègre à sa réflexion les collectivités territoriales de santé, les associations d'aide et d'écoute, et des pair-aidants également proches endeuillés par suicide. La dynamique collaborative de conception du cadre opérationnel d'Alinéa s'étend désormais à l'animation du dispositif et aux réflexions sur ses évolutions et ajustements.

Schéma • Les modalités de fonctionnement d'Alinéa et leurs objectifs



L'animation du dispositif

Sur le territoire, des visites annuelles aux forces de l'ordre, ainsi que la création d'outils facilitant leur travail d'annonce et d'alerte, sont réalisées afin de soutenir la dynamique collaborative dont dépend la précocité, la proactivité et la systématisation de l'intervention d'Alinéa. Un partenariat avec les services funéraires du secteur est également mis en œuvre.

Les acteurs du dispositif

La coordination de la structure est effectuée par l'équipe de direction de la Fondation Bon Sauveur et le coordinateur de proximité, en cohérence avec la stratégie nationale de prévention du suicide et les services d'aide déjà disponibles. Les opérateurs sont les infirmiers et psychologues du dispositif qui connaissent le réseau partenarial dont ils sont des interlocuteurs privilégiés sur la thématique du deuil après suicide.

Un dispositif d'actions collaboratives, précoces et proactives

Les actions sont entreprises selon le principe d'universalisme proportionné en santé, lequel vise à « offrir des interventions universelles destinées à l'ensemble des personnes, mais avec des modalités ou une intensité qui varient selon les besoins » au sein d'une approche globale rationnelle et partenariale (Affeltranger, *et al.*, 2018). Ainsi, les actions d'Alinéa se déploient en partenariat avec les annonceurs (démarche collaborative), dans une temporalité courte

après l'évènement (veille précoce), dans une dynamique d'aller-vers et d'anticipation des complications (veille proactive). Ce faisant, les actions s'adressent à tous, quels que soient l'âge, le lien de parenté, l'ancienneté du deuil, etc. (veille et accompagnement universels), dans la limite des besoins des proches endeuillés mais avec la possibilité d'une orientation vers des soins complémentaires si nécessaire (veille et accompagnement proportionnés).

Premiers constats cliniques et perspectives de recherche

Un dispositif opérant et bien accueilli

Après trois ans d'expérimentation, l'équipe Alinéa constate que la veille et l'accompagnement proposés sont des conditions suffisantes pour limiter les risques à court terme de complications pour les endeuillés. Les hospitalisations des proches inclus dans la veille sont rares et peu de traitements médicamenteux sont nécessaires, en dehors des hypnotiques prescrits par les médecins traitants pour combattre les troubles du sommeil. Peu de développements de troubles constitués sont observés (dépressions, stress post-traumatique) et les adressages vers des spécialistes restent rares. Des idées suicidaires ont pu apparaître chez certains proches, mais il n'y a pas eu de tentative de suicide ou de geste suicidaire dans le cadre des deuils accompagnés par Alinéa.

Les refus d'accompagnement faisant suite à des appels proactifs et précoces sont exceptionnels. Les recherches en cours sur l'évaluation du dispositif donneront des résultats qualitatifs et quantitatifs plus précis. Ils sont attendus dans le courant de l'année 2024 et feront l'objet de restitutions au cours du premier semestre 2025.

Grâce à la dimension collaborative du système, Alinéa est en moyenne mis en relation avec deux proches de la famille du défunt, et ce, dans 80 % des situations de décès sur son territoire. En outre, l'information transmise aux proches endeuillés se diffuse nécessairement auprès des autres membres du cercle familial ou amical du défunt qui se saisissent régulièrement du dispositif.

Perspectives de recherche

Le dispositif Alinéa a été modélisé de manière à développer la recherche sur l'après-suicide. L'intérêt est de mettre en évidence les besoins au regard des spécificités de la mort par suicide et du deuil après suicide. Plusieurs axes de recherche, intégrés à la clinique du deuil après suicide, se déploient au sein d'Alinéa :

- la recherche évaluative afin d'objectiver les facteurs d'impact du dispositif en vue de modéliser des protocoles d'accompagnement pertinents ;
- la recherche fondamentale afin d'améliorer les connaissances sur le vécu des proches endeuillés par suicide et des intervenants en dehors du cercle privé, tels que les services funéraires et les officiers de police judiciaire ;
- la recherche-action, en poursuivant la démarche d'innovation et en s'appuyant sur les éléments issus de la rencontre avec les utilisateurs du dispositif.

Conclusion

Alinéa est le produit d'une coconception menée en réseau, en partenariat et en collaboration avec les plus concernés sur un territoire donné, mais également fondée sur des bases scientifiques reconnues et incluant une dimension d'évaluation, de formation et de recherche nécessaires à l'innovation. Ainsi construit et pensé, ce dispositif intègre deux dimensions importantes de la postvention, la dimension individuelle et la dimension collective, afin d'accompagner les endeuillés et toutes les personnes concernées, en tenant compte de la temporalité du deuil et de leurs besoins spécifiques de soutien.

Présent à chaque étape du deuil (l'annonce du décès, la phase d'isolement et de retrait, l'accompagnement spécifique vers une reconstruction), Alinéa propose un soutien aux différentes personnes concernées :

- aux proches endeuillés par suicide grâce à un dispositif préventif, spécialisé et dédié ;
- à celles et ceux qui ont la charge d'annoncer un suicide aux proches du défunt, en leur fournissant des informations à transmettre et une adresse vers laquelle les orienter ;
- à celles et ceux qui, impliqués, ont besoin d'être accompagnés pour aider ou être aidés, c'est-à-dire à la fois les proches, mais également les professionnels ou partenaires.

Enfin, fort de sa démarche collaborative et partenariale vis-à-vis des professionnels, mais aussi proactive et précoce envers les endeuillés, Alinéa contribue à rompre l'isolement de chacun, à contrecarrer les effets de la stigmatisation sociale du suicide (un geste « tabou » au regard de la société), et ainsi à limiter les risques de contagion suicidaire.

Références bibliographiques

- **Affeltranger, B., et al.** (2018). Universalisme proportionné : vers une « égalité réelle » de la prévention en France ? *Santé publique*, 2018/HS1(S1), p. 13-24.
- **Cerel, J., et al.** (2014). The continuum of "survivorship": definitional issues in the aftermath of suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 44(6), p. 591-600.
- **Cluley, V., et al.** (2022). Mapping the role of patient and public involvement during the different stages of healthcare innovation: a scoping review. *Health Expectations*, 25(3), p. 840-855.
- **Crosby, A. E., Sacks, J. J.** (2002). Exposure to suicide – Incidence and association with suicidal ideation and behavior: United States, 1994. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(3), p. 321-328.
- **Groot, M. H. de, Keijser, J. de, Neeleman, J.** (2006). Grief shortly after suicide and natural death: a comparative study among spouses and first-degree relatives. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(4), p. 418-431.
- **Harwood, D., et al.** (2002). The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study. *Journal of Affective Disorders*, 72(2), p. 185-194.

- **Holland-Hart, D. M., et al.** (2019). Coproduction and health: public and clinician's perceptions of the barriers and facilitators. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 22(1), p. 93-101.
- **Jordan, J. R.** (2017). Postvention is prevention – The case for suicide postvention. *Death Studies*, 41(10), p. 614-621.
- **Krysinska, K., et al.** (2023). Active involvement of people with lived experience of suicide in suicide research: a delphi consensus study. *BMC Psychiatry*, 23(1), 496.
- **Observatoire régional de la santé Bretagne** (2022). *Observation du phénomène suicidaire en Bretagne – Tableau de bord 2022*.
- **Robert, P., Bate, G.** (2023). *Bringing user experience to healthcare improvement: the concepts, methods and practices of experience-based design*. CRC Press.
- **Tal Young, I., et al.** (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), p. 177-186.

Coconception d'une plateforme numérique de postvention en France

Édouard Leane, Pauline Lau-Taï et Kushtrim Bislimi
(Centre de prévention du suicide de Lyon, CHU Le Vinatier)

Contexte

En France, environ 9 000 personnes se suicident chaque année. Or, selon une étude réalisée aux États-Unis, 135 personnes en moyenne sont exposées pour chaque décès par suicide¹ (Ceret, *et al.*, 2018). Le deuil après suicide est reconnu comme étant particulièrement difficile (Lobb, *et al.*, 2010) et peut avoir un impact délétère sur la santé mentale : apparition de conduites suicidaires, d'états de stress aigu et de stress post-traumatique, de troubles de deuil prolongé, de syndromes dépressifs et de troubles anxieux (Pitman, *et al.*, 2014). L'impact psychosocial du deuil par suicide est également élevé, prenant par exemple la forme d'arrêts de travail de longue durée ou d'isolement social (Hanschmidt, *et al.*, 2016). Les complications somatiques sont fréquentes (douleurs chroniques, troubles cardiovasculaires, diabète...) et sources de handicap. Par ailleurs, le deuil après suicide est marqué par un retard majeur d'accès aux modalités de soutien et de soins (Pitman, *et al.*, 2018). Les personnes endeuillées par suicide rapportent notamment des phénomènes d'exclusion sociale et d'autostigmatisation qui tendent à les isoler et à retarder leur recours aux aides nécessaires (Hanschmidt, *et al.*, 2016).

Un manque criant d'outils de postvention individuelle en France

La postvention désigne l'ensemble des mesures d'accompagnement, de soutien et d'intervention pouvant être déployées à la suite d'un suicide, afin de prévenir les conséquences négatives pour l'ensemble des personnes exposées (familles, professionnels de santé, autres usagers ou patients, ou tout autre membre de l'établissement) [Andriessen, *et al.*, 2008]. Le terme de « postvention individuelle » est utilisé généralement en France pour évoquer le soutien spécifique apporté aux personnes endeuillées par le suicide d'un proche.

1. L'exposition au suicide désigne le fait de connaître personnellement quelqu'un étant décédé à la suite d'un suicide.

Alors que la postvention individuelle constitue un outil majeur de prévention et de promotion en santé mentale, elle s'avère encore insuffisamment mobilisée en France pour prévenir le suicide. En particulier, l'absence d'outils numériques dédiés aux personnes endeuillées par suicide y apparaît criante. À l'international, différentes plateformes numériques de postvention (*Suicide.ca*, *Support After Suicide Partnership*, *Postvention Australia*, *Shining a Light on Suicide*, etc.) ont fait la preuve de leur capacité à favoriser l'accès aux informations et aux ressources (associations, professionnels de santé...), ainsi que le partage d'expériences. De ce fait, la création d'un outil numérique adapté au deuil après suicide dans le contexte français constitue un enjeu majeur de santé publique et de promotion de la santé mentale pour répondre de manière efficace aux problématiques rencontrées par les personnes endeuillées par suicide. Le projet « endeuillés par le suicide d'un proche : étude de faisabilité d'un outil numérique d'informations et ressources pour la résilience et le soutien » (ESPOIR²S) a été lancé dans cette perspective, en mobilisant une méthodologie innovante (**encadré**), avec pour objectifs le développement et l'implémentation de ressources numériques dédiées aux personnes endeuillées par suicide en France².

Encadré • Méthodologie de l'étude ESPOIR²S

Le projet « endeuillés par le suicide d'un proche : étude de faisabilité d'un outil numérique d'informations et ressources pour la résilience et le soutien » (ESPOIR²S) est une étude prospective de faisabilité centrée sur les utilisateurs (*user-centered design*) de type intégratif (*mixed method study*), au sens où des données qualitatives et quantitatives sont collectées, articulées et analysées. Le cadre de la recherche sur les systèmes d'information a été utilisé (Mauka, et al. 2021) pour guider la conception de l'étude, qui s'est déroulée en trois phases : le cycle de pertinence, le cycle de conception et le cycle de rigueur. Pour garantir une conception centrée sur les utilisateurs, les personnes endeuillées par suicide ont participé à chaque étape de l'étude afin d'obtenir un outil numérique au plus proche de leurs attentes et de leurs besoins. Les personnes ayant participé à l'étude ont été recrutées via plusieurs canaux :

- des associations du champ du deuil ;
- des annonces publiées en ligne ;
- le Centre de prévention du suicide de Lyon (patientèle).

Au total, 478 personnes ont participé à l'étude ESPOIR²S parmi lesquelles 451 personnes endeuillées par suicide (94,3 %), 19 professionnels de santé travaillant dans le champ de la postvention (3,9 %) et 8 membres d'associations d'accompagnement du deuil (1,7 %). À chaque phase de l'étude, on constate une participation plus importante des femmes que des hommes (413 femmes contre 65 hommes).

2. Ce projet de recherche a été financé par l'Observatoire national du suicide (ONS) dans le cadre de l'appel à projets de recherche en santé publique 2020 conduit par l'Institut pour la recherche en santé publique (IReSP).

Trois phases essentielles dans la coconception de la plateforme ESPOIR

La coconception correspond à une méthode centrée sur les utilisateurs. Bien que cette méthode soit de plus en plus utilisée dans le champ de la santé et du handicap, il n'existe pas de définition commune (Slattery, *et al.*, 2020). Néanmoins, on peut la définir comme « la collaboration active entre différentes parties prenantes dans la conception de solutions à un problème spécifique » (Vargas, *et al.*, 2022). Les personnes ayant pris part à cette méthode de recherche ont rapporté des bénéfices émotionnels positifs tels qu'un perfectionnement des connaissances et des compétences pour contribuer à la recherche (Brett, *et al.*, 2010).

Phase 1 : cycle de pertinence

Lors de la première phase, un questionnaire a été soumis sur les réseaux et *via* des associations de patients aux 451 personnes endeuillées participant à l'étude pour recueillir leurs attentes vis-à-vis d'une future ressource numérique de postvention. Les principales attentes des 401 personnes y ayant répondu (**tableau 1**) concernent l'accès à du soutien par les pairs (65,6 %), la recherche d'informations sur le suicide (77,3 %), la recherche de soutien (58,6 %) et la commémoration de leur proche en ligne (40,4 %) [**tableau 2**]. La création d'une plateforme web était la plus sollicitée par les participants (70,1 %)³.

Après la passation du questionnaire, trois *focus groups* ont permis de compléter l'identification des caractéristiques d'une ressource numérique idéale attendue. Ainsi, les participants se sont accordés sur le fait que la future plateforme numérique pour les personnes endeuillées par suicide devrait offrir des données validées sur le suicide, sa prévention et le deuil, apporter des conseils aux personnes ayant perdu un proche par suicide, être personnalisée et anonyme et centraliser les ressources déjà existantes dans le domaine.

Phase 2 : cycle de conception

Après l'identification des besoins dans la première phase, la démarche de coconception s'est poursuivie avec une nouvelle étape qui a mobilisé 31 participants issus des différentes parties prenantes sous la forme d'ateliers. Au total, six ateliers ont été réalisés réunissant à la fois des personnes endeuillées par suicide, des membres d'associations du champ du deuil et des professionnels de santé de la postvention. Ces ateliers ont été organisés en ligne *via* des outils numériques de collaboration à distance. Un membre de l'équipe de recherche était chargé d'animer les échanges. Selon le thème abordé, le développeur web de l'agence numérique participait à la séance pour exposer les possibilités numériques.

Ces ateliers ont permis de préciser les préférences des participants, notamment des personnes endeuillées par suicide vis-à-vis des divers éléments clés de la plateforme ESPOIR (Endeuillés par suicide : plateforme d'orientation, information et soutien) telles que le choix

3. Les autres propositions soumises aux enquêtes étaient : une application mobile, un réseau social spécifique ou un chatbot.

de la dénomination des différents onglets de la plateforme, ses graphiques, la typologie des questions-réponses. *In fine*, ils ont permis la création de maquettes et plusieurs cycles de travail sur ces dernières, jusqu'à la production d'une version fonctionnelle de la plateforme.

Tableau 1 • Caractéristiques des personnes ayant répondu au questionnaire diffusé lors de la phase 1

	Nombre d'individus	Part des personnes interrogées (en %)
Genre du participant		
Femme	354	88
Homme	47	12
Identité du proche décédé		
Enfant	133	33
Frère ou sœur	56	14
Conjointe ou conjoint	59	15
Père ou mère	56	14
Autre	97	24
Ensemble	401	100

Note • L'âge moyen des personnes ayant répondu au questionnaire se situe à 45,7 ans (avec un écart type de 12,7 ans).
Lecture • 33,2 % des personnes ayant répondu au questionnaire ont perdu un enfant par suicide.
Champ • France.
Source • Enquête ESPOIR²S.

Tableau 2 • Utilisation et attentes à l'égard d'une ressource en ligne consacrée au deuil par suicide

Modalités	Utilisation des ressources disponibles		Attentes vis-à-vis d'une potentielle ressource numérique pour les personnes endeuillées par suicide	
	Nombre d'individus	Part des personnes interrogées (en %)	Nombre d'individus	Part des personnes interrogées (en %)
L'accès à du soutien par les pairs	231	58	263	66
La recherche d'informations sur le suicide	286	71	310	77
La recherche de soutien	15	4	235	59
La commémoration	123	31	162	40

Lecture • 71,3 % des personnes interrogées utilisent les ressources disponibles pour rechercher des informations sur le suicide.
Champ • France.
Source • Enquête ESPOIR²S.

Phase 3 : cycle de rigueur

La dernière phase de l'étude comprenait des tests utilisateurs et des entretiens semi-directifs. Elle visait à tester l'utilisabilité de la plateforme avant sa mise en ligne. Un panel de 30 personnes endeuillées par suicide a été constitué dans ce but. L'âge moyen des participants était de 53 ans. Le questionnaire F-SUS (*French version of the system usability scale*), qui permet de déterminer l'utilisabilité d'un système interactif, a été administré (Gronier, Baudet, 2021). Le score moyen obtenu fut de 90,3 sur 100, ce qui montre une excellente acceptabilité de la version finale de la plateforme, le seuil standard pour cette échelle s'établissant à 80 sur 100.

Lancement et fonctionnalités de la plateforme ESPOIR

La plateforme ESPOIR a été mise en ligne le 20 mars 2023 et est accessible à l'adresse www.espoir-suicide.fr. Elle compte trois principales fonctionnalités :

- un espace intitulé « Je m'interroge » qui permet de poser une question à une équipe de webcliniciens (psychologues et psychiatres) qui ont alors un délai de 72 heures pour apporter une réponse ;
- une rubrique « S'informer » qui donne accès à des ressources diverses et variées en lien avec le deuil après suicide et le suicide ;
- un espace « Soutiens existants » qui offre la possibilité d'accéder à un répertoire pour trouver du soutien à proximité. Les professionnels de santé, les associations et les structures proposant un accompagnement du deuil après suicide y sont référencés.

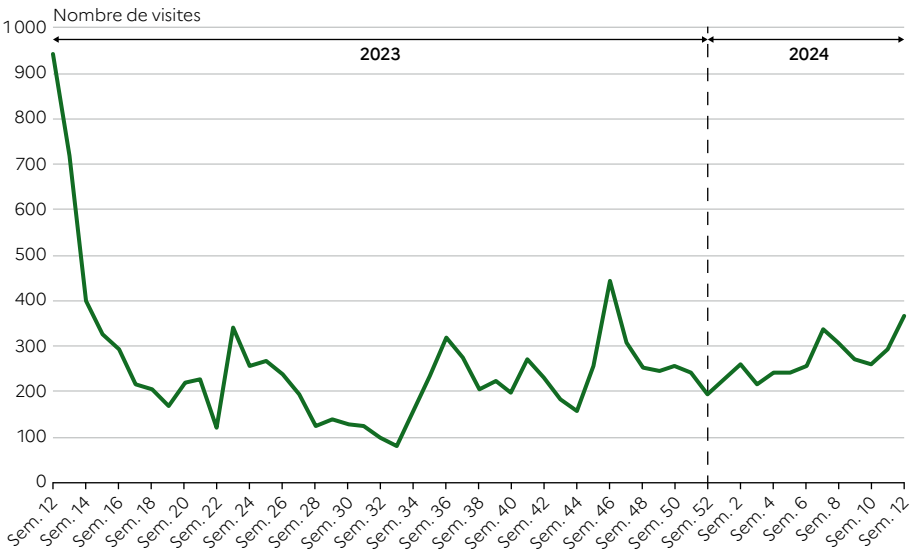
En mars 2024, la plateforme ESPOIR comptabilisait un total de 13 897 visites depuis son lancement, avec une moyenne de 257 visites par semaine (**graphique**). De plus, un total de 107 soutiens à l'échelle nationale (parmi lesquels on retrouve des structures d'accompagnement, des associations et des professionnels de santé) sont référencés sur la plateforme. Par ailleurs, l'équipe ESPOIR a reçu 48 questions d'utilisateurs via l'espace « Je m'interroge ». Parmi ces questions, 35 % ont été posées après 20 h. Une grande partie des questions portaient sur la recherche de soutien ou sur le caractère spécifique du deuil après suicide.

Conclusion

L'étude ESPOIR²S a pour objectifs la recherche et la création d'innovations numériques dans le champ de la postvention, sous la forme d'une plateforme numérique ressource, centrée sur l'utilisateur et destinée aux personnes endeuillées par suicide. Sa démarche de coconception implique non seulement la participation de ces dernières, mais aussi des professionnels de santé, des membres d'associations spécialisées dans la postvention et de l'équipe de chercheurs ; une démarche prometteuse pour un projet pionnier dans le domaine de la



Graphique • Nombre de visites de la plateforme ESPOIR du 30 mars 2023 au 24 mars 2024



Lecture • Au cours de la première semaine d’avril 2023, 401 visites ont été enregistrées sur la plateforme ESPOIR.
Champ • France.
Source • Plateforme ESPOIR.

postvention et du numérique. Les premières données de fonctionnement (nombre de connexions, de questions posées et de ressources enregistrées) tendent à valider la pertinence du développement de la plateforme ESPOIR à partir d’une étude intégrative et collaborative.

Cependant, l’étude présente plusieurs limites. Tout d’abord, elle n’a porté que sur des répondants français, la généralisation des résultats du projet de recherche et du dispositif qui en est issu doivent donc être envisagés avec prudence. Une autre limite importante renvoie à l’impact de la crise sanitaire due à l’épidémie de Covid-19 sur le protocole de recherche. En effet, il a fallu repenser le déroulement des *focus groups* et des ateliers. Ces derniers ont été organisés en ligne, et donc de façon bien plus inclusive d’un point de vue géographique puisque les personnes recrutées ont pu y participer quels que soient leurs lieux de résidence. Néanmoins, cela a malheureusement exclu les personnes qui n’ont pas de compétences informatiques, comme les personnes âgées. La répartition du temps de parole entre participants lors des réunions mixtes (professionnels, associations et personnes endeuillées), notamment lors des premiers *focus groups*, a aussi posé question et a pu influencer sur les résultats de la recherche. En effet, une personne endeuillée a fait part de sa difficulté à aborder son expérience singulière en présence de spécialistes. Par la suite, l’animateur de la réunion a tout mis en œuvre pour faciliter la prise de parole.

La prochaine étape consistera à mesurer l'efficacité de la plateforme ESPOIR. Plusieurs questions seront soulevées concernant les moyens les plus pertinents pour évaluer l'efficacité d'une plateforme en ligne pour les personnes endeuillées par le suicide, ce qui nécessitera également l'implication active de ces mêmes personnes.

D'autre part, l'équipe ESPOIR a pour projet de développer un onglet spécifique dédié aux enfants et aux adolescents. Cet espace s'appuiera également sur une démarche participative.

Références bibliographiques

- **Andriessen, K.** (2009). Can postvention be prevention? *Crisis-the Journal Of Crisis Intervention And Suicide Prevention*, 30(1), p. 43-47.
- **Brett, J., et al.** (2014). A Systematic review of the impact of patient and public involvement on service users, researchers and communities. *Patient*, 7(4), p. 387-395.
- **Gronier, G., Baudet, A.** (2021). Psychometric evaluation of the F-SUS: creation and validation of the french version of the system usability scale. *International Journal Of Human-Computer Interaction*, 37(16).
- **Hanschmidt, F., et al.** (2016). The stigma of suicide survivorship and related consequences: a systematic review. *PLOS ONE*, 11(9), e0162688.
- **Lobb, E., et al.** (2010). Predictors of complicated grief: a systematic review of empirical studies. *Death Studies*, 34(8), p. 673-698.
- **Mauka, W., et al.** (2021). Development of a mobile health application for HIV prevention among at-risk populations in urban settings in East Africa: a participatory design approach. *JMIR Formative Research*, 5(10), e23204.
- **Pitman, A., et al.** (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), p. 86-94.
- **Pitman, A., et al.** (2017). Perceived stigma of sudden bereavement as a risk factor for suicidal thoughts and suicide attempt: analysis of british cross-sectional survey data on 3387 young bereaved adults. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 14(3), 286.
- **Slattery, P., Saeri, A.K., Bragge, P.** (2020). Research co-design in health: a rapid overview of reviews. *Health Research Policy And Systems*, 18(1).
- **Spillane, A., et al.** (2017). Physical and psychosomatic health outcomes in people bereaved by suicide compared to people bereaved by other modes of death: a systematic review. *BMC Public Health*, 17(1).
- **Vargas, C., et al.** (2022). Co-creation, co-design, co-production for public health: a perspective on definition and distinctions. *Public Health Research & Practice*, 32(2).
- **Wagner, B., et al.** (2020). Web-based bereavement care: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers In Psychiatry*, 11.
- **Westerlund, M.** (2018). The usage of digital resources by swedish suicide bereaved in their grief work: a survey study. *OMEGA - Journal Of Death And Dying*, 81(2), p. 272-297.

SOMMAIRE

Annexe 1 • Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide et recueils numériques.....	268
Annexe 2 • Textes réglementaires de l'Observatoire national du suicide	271

SYNTHÈSE P. 11

DOSSIERS P. 27

FICHES P. 159

ANNEXES

ANNEXE 1

VEILLE STRATÉGIQUE DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE ET RECUEILS NUMÉRIQUES

Monique Carrière (DREES)

Veille stratégique

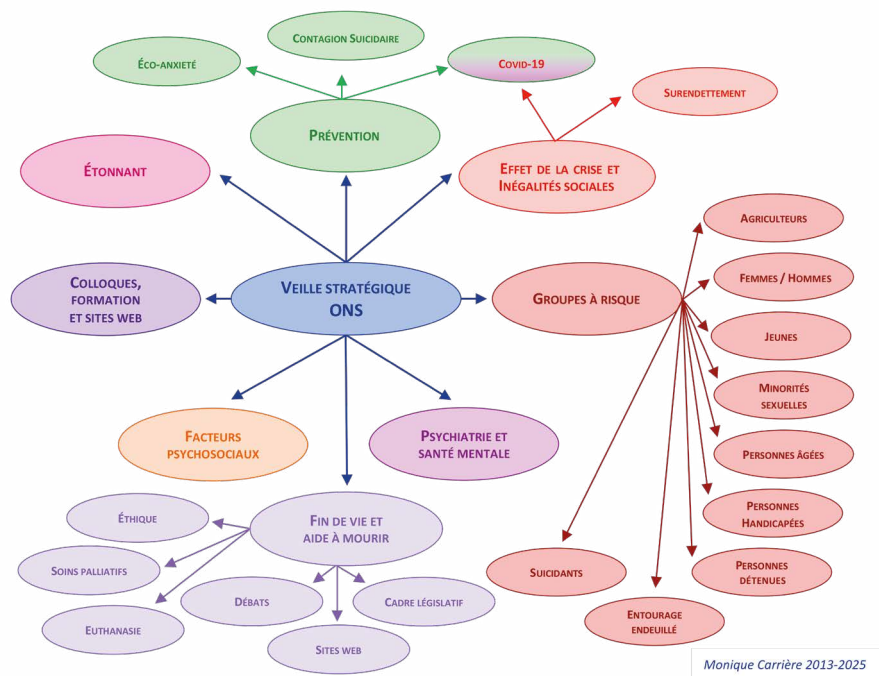
Lancée en octobre 2018 et poursuivie jusqu'à ce jour par Monique Carrière (Mission recherche/DREES), la Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide (ONS) porte sur l'essentiel de l'actualité documentaire consacrée au suicide. Diffusée de manière régulière, elle représente une réelle valeur ajoutée aux quatre recueils numériques existants : *Covid-19 & Suicide* [mars 2020-juin 2022], *Thématique du Suicide* tomes 1 à 5 [2008-2021], *Surendettement & Suicide* [2008-2021] et *Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide* [2008-2020].

Grâce à une vision systémique du suicide, appliquée à la traque ciblée d'informations et de recherches sur le Web, le contenu de la Veille stratégique propose une sélection bibliographique de références nationales et internationales (articles scientifiques et de presse, littérature grise, ouvrages, rapports, textes législatifs, sites web institutionnels et associatifs, colloques, formation)¹. Les données collectées sont classées par ordre antéchronologique, dans chaque champ sémantique. Lorsque cela a été possible – dans le respect du droit d'auteur – des liens électroniques ont été établis et renvoient vers le résumé ou le texte intégral du document.

Enfin, pour apporter un confort de lecture, le sommaire de cette Veille stratégique se présente sous la forme d'une carte mentale développée ci-après (**carte mentale 1**). Miroir des concepts apparus au fur et à mesure du processus de recherche bibliographique, depuis la création de l'Observatoire en septembre 2013, elle permet d'avoir un aperçu rapide des champs sémantiques relatifs au suicide, jugés prioritaires par les membres. Par convention, cette carte mentale se lit en partant du centre où se situe la thématique principale, et la lecture se poursuit dans le sens des aiguilles d'une montre. Dans la version électronique, un clic sur chaque rubrique permet d'y accéder directement dans le document.

1. À consulter sur la page « Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide » du site web de l'ONS hébergé par la DREES.

Carte mentale 1 • Veille stratégique de l'Observatoire national du suicide



Recueils numériques

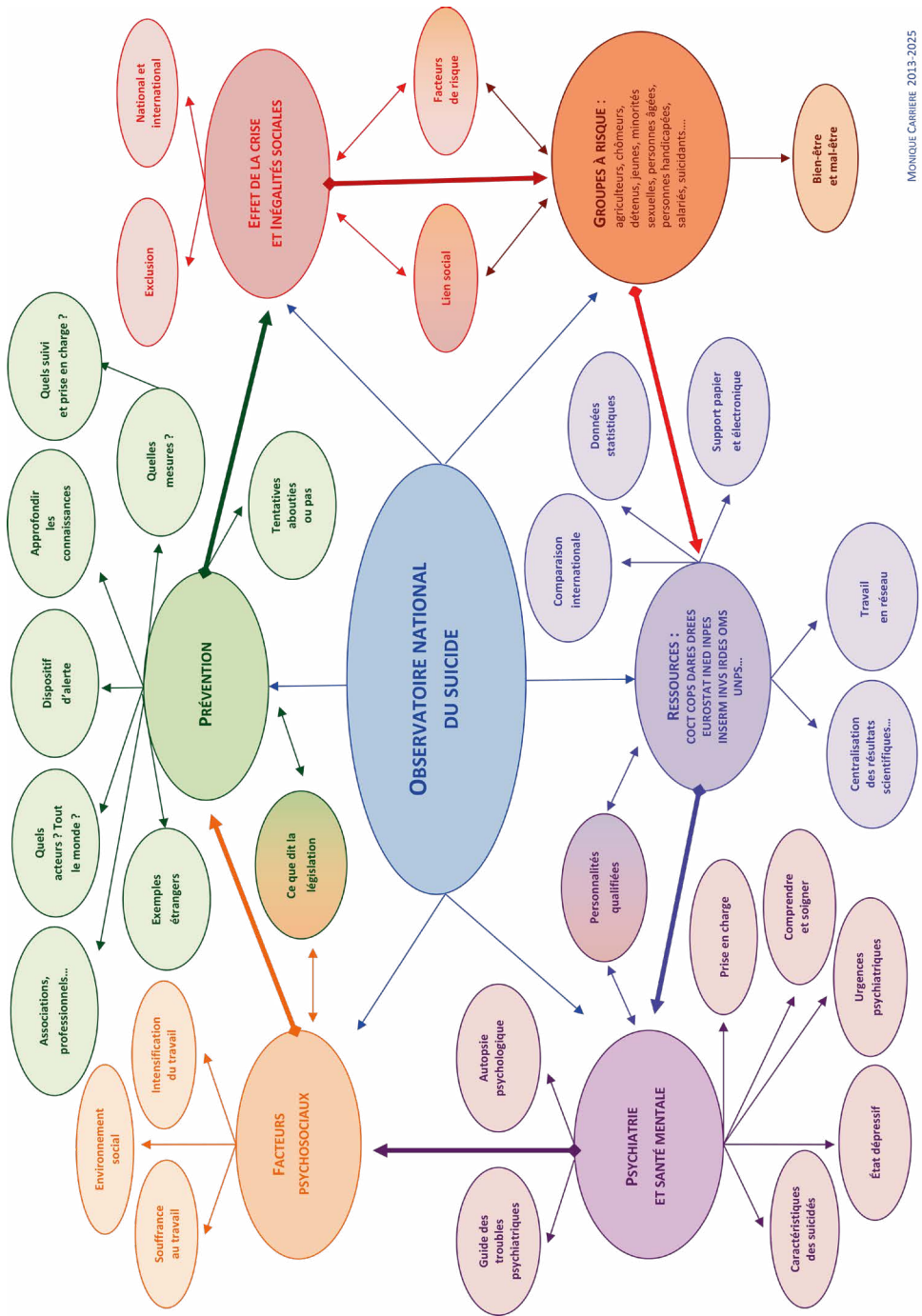
Sans chercher à être exhaustifs, les quatre recueils numériques de l'ONS (*Covid-19 & Suicide* [mars 2020-juin 2022], *Thématique du Suicide* tomes 1 à 5 [2008-2021], *Surendettement & Suicide* [2008-2021] et *Enjeux éthiques associés à la prévention du suicide* [2008-2020])² recensent la documentation française et internationale relative à la thématique du suicide, sur une période couvrant les années 2008 à 2022, à laquelle s'ajoutent des références plus anciennes, en raison de leur intérêt.

Ces quatre recueils numériques sont disponibles sous un format électronique, sur le site web de l'ONS. Ils répondent à la mission confiée à l'Observatoire de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, afin d'en favoriser la prévention. Dans le recueil numérique sur la thématique du suicide, la sélection bibliographique a permis de dégager cinq champs sémantiques phares qu'illustre la carte mentale ci-après (**carte mentale 2**).

2. À consulter via l'onglet « Veille stratégique » du site web de l'ONS hébergé par la DREES.



Carte mentale 2 • Recueil numérique sur la thématique du suicide



MONIQUE CARRIERE 2013-2025

ANNEXE 2

TEXTES RÉGLEMENTAIRES DE L'OBSERVATOIRE NATIONAL DU SUICIDE

Isabelle Philippon (DREES)

Décret n° 2023-592 du 10 juillet 2023 prorogeant l'Observatoire national du suicide et modifiant sa composition

NOR : SPRE2315005D

Publics concernés : parlementaires, administrations, professionnels de santé, experts, chercheurs, organismes susceptibles d'intervenir dans le champ du suicide.

Objet : prorogation de l'Observatoire national du suicide.

Entrée en vigueur : le texte entre en vigueur le lendemain de sa publication.

Notice : le décret proroge l'Observatoire national du suicide et modifie sa composition. Il modifie également la durée de la période à l'issue de laquelle le rapport de l'observatoire est rendu public. Cet observatoire se situe dans la continuité de la dynamique impulsée par l'observatoire créé par le décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 pour une durée de quatre ans et recréé par le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 pour une durée de cinq ans. Il est né du besoin des pouvoirs publics de disposer d'un instrument de connaissance et d'aide à la décision, pluridisciplinaire et indépendant, dans le champ de la prévention du suicide.

Références : le décret et les dispositions qu'il modifie peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

La Première ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de la prévention,

Vu la Constitution, notamment son article 37 ;

Vu le code des relations entre le public et l'administration, notamment son article R* 133-2 ;

Vu le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 modifié fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat ;

Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 portant création de l'Observatoire national du suicide,

Décète :

Art. 1^{er}. – L'Observatoire national du suicide prévu à l'article 1^{er} du décret du 1^{er} août 2018 susvisé est renouvelé pour une durée de cinq ans, à compter du 1^{er} août 2023.

Art. 2. – Le décret du 1^{er} août 2018 susvisé est ainsi modifié :

1^o L'article 2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 2. – L'Observatoire national du suicide est présidé par le ministre chargé de la santé.

« Outre son président, il comprend :

« – le délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie ;

« – le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ou son représentant ;

« – le directeur général de la santé ou son représentant ;

« – le directeur général de l'offre de soins ou son représentant ;

« – le directeur général de la cohésion sociale ou son représentant ;

« – le directeur général du travail ou son représentant ;

« – le directeur de l'animation de la recherche, des études et des statistiques ou son représentant ;

« – le directeur de l'administration pénitentiaire ou son représentant ;

« – le directeur général de la police nationale ou son représentant ;

« – le directeur général de l'enseignement scolaire ou son représentant ;

« – le directeur général de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle ou son représentant ;

« – le secrétaire général du ministère chargé de l'agriculture ;

« – le coordinateur national interministériel du plan de prévention du mal-être en agriculture ;

« – un représentant d'une agence régionale de santé désigné par le ministre chargé de la santé ;

« – un représentant désigné par le Conseil d'orientation sur les conditions de travail ;

- « – un représentant désigné par la Caisse nationale de l'assurance maladie ;
 - « – un représentant désigné par le Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants ;
 - « – un représentant désigné par la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole ;
 - « – un représentant désigné par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
 - « – un représentant désigné par Santé publique France ;
 - « – un représentant désigné par l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire ;
 - « – un représentant désigné par la Haute Autorité de santé ;
 - « – un représentant désigné par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ;
 - « – un représentant désigné par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé ;
 - « – un représentant désigné par la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé ;
 - « – un représentant désigné par l'Institut national des études démographiques ;
 - « – un représentant désigné par l'Observatoire français des drogues et des tendances addictives ;
 - « – un représentant désigné par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France ;
 - « – un représentant désigné par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale ;
 - « – un représentant désigné par le groupement de coopération sanitaire Psycom ;
 - « – un représentant désigné par la Fondation FondaMental ;
 - « – treize représentants désignés par des organismes susceptibles d'intervenir dans le champ du suicide, dont la liste et les modalités de représentation sont fixées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
 - « – quatre psychiatres, un médecin généraliste, un médecin urgentiste, un médecin du travail, un médecin scolaire, un psychiatre de la personne âgée et un médecin légiste désignés par arrêté du ministre chargé de la santé ;
 - « – six personnalités qualifiées désignées par arrêté du ministre chargé de la santé ;
 - « – La présidence déléguée est assurée par le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ;
 - « – La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques assure le secrétariat de l'observatoire. » ;
- 2^o A la première phrase du troisième alinéa de l'article 3, les mots : « dix-huit » sont remplacés par les mots : « vingt-quatre ».

Art. 3. – Le ministre de l'intérieur et des outre-mer, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre du travail, du plein emploi et de l'insertion, le ministre de l'éducation nationale et de la jeunesse, la ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, le ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, le ministre de la santé et de la prévention et le ministre des solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 10 juillet 2023.

Par la Première ministre : ÉLISABETH BORNE

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
FRANÇOIS BRAUN

*Le ministre de l'intérieur
et des outre-mer,*
GÉRALD DARMANIN

*Le garde des sceaux,
ministre de la justice,*
ÉRIC DUPOND-MORETTI

*Le ministre du travail,
du plein emploi et de l'insertion,*
OLIVIER DUSSOPT

*Le ministre de l'éducation nationale
et de la jeunesse,*
PAP NDIAYE

*La ministre de l'enseignement supérieur
et de la recherche,*
SYLVIE RETAILLEAU

*Le ministre de l'agriculture
et de la souveraineté alimentaire,*
MARC FESNEAU

*Le ministre des solidarités, de l'autonomie
et des personnes handicapées,*
JEAN-CHRISTOPHE COMBE

**Arrêté du 7 novembre 2023 portant nomination
à l'Observatoire national du suicide**

NOR : SPRE2330508A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 modifié portant création de l'Observatoire national du suicide, notamment son article 2,

Arrête :

Article 1^{er}

Les personnes suivantes sont nommées pour cinq ans à l'Observatoire national du suicide :

- M. Jean-Jacques CHAVAGNAT, psychiatre ;
- M. Fabrice JOLLANT, psychiatre ;
- Mme Cécile OMNES, psychiatre ;
- M. Guillaume VAIVA, psychiatre ;
- M. Philippe BINDER, médecin généraliste ;
- Mme Charlotte ORSINI, médecin urgentiste ;
- Mme Véronique MENNETRIER, médecin du travail ;
- Mme Brigitte MOLTRECHT, médecin scolaire ;
- M. Pierre VANDEL, psychiatre de la personne âgée ;
- M. Michel DEBOUT, médecin légiste.

Les personnes suivantes sont nommées pour cinq ans à l'Observatoire national du suicide au titre des personnalités qualifiées :

- M. Christian BAUDELLOT ;
- M. Frédéric BALARD ;
- Mme Catherine QUANTIN ;
- Mme Alexandra ROUQUETTE ;
- M. Geoffrey GAUVIN ;
- M. Romain PEROT.

Article 2

L'arrêté du 1^{er} août 2018 portant nomination à l'Observatoire national du suicide est abrogé.

Article 3

Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 7 novembre 2023.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques,
Fabrice LENGART

**Arrêté du 7 novembre 2023 fixant la liste et les modalités de représentation
des organismes de prévention du suicide à l'Observatoire national du suicide**

NOR : SPRE2330509A

Le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le décret n° 2018-688 du 1^{er} août 2018 modifié portant création de l'Observatoire national du suicide, notamment son article 2,

Arrête :

Article 1^{er}

Les organismes susceptibles d'intervenir dans le champ de la prévention du suicide suivants sont représentés à l'Observatoire national du suicide :

- Union nationale de la prévention du suicide (UNPS) ;
- Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS) ;
- Phare Enfants-parents ;
- Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ;
- France Assos Santé ;
- SOS amitié ;
- Le Refuge ;
- Association nationale des maisons des adolescents (ANMDA) ;
- Suicide écoute ;
- SOS Suicide Phénix ;
- Apsytude ;
- Argos 2001 ;
- Advocacy.

Chacun de ces organismes désigne un représentant.

Article 2

L'arrêté du 1^{er} août 2018 fixant la liste et les modalités de représentation des associations à l'Observatoire national du suicide est abrogé.

Article 3

Le directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Bulletin officiel Santé - Protection sociale - Solidarité.

Fait le 7 novembre 2023.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques,
Fabrice LENGART

Contributeurs

Ce rapport a été réalisé sous la coordination scientifique de **Valentin Berthou, Clémentine de Champs, Monique Carrière, Jean-Baptiste Hazo, Adrien Papuchon, Noemi Stella** et **Lisa Troy** de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), et **Hadrien Guichard** du Centre de recherche de l'Institut de démographie de l'université Paris 1 (Cridup).

Il a bénéficié de la relecture de **Clément Dherbécourt**, sous-directeur adjoint des synthèses, des études économiques et de l'évaluation (DREES).

Ont contribué au dossier 1 :

Frédéric Balard (laboratoire de sociologie des territoires, du travail, des âges et de la santé [Tetras])

Maylis Sposito-Tourier (Observatoire régional de la santé de Bourgogne-Franche-Comté)

Ingrid Voléry (laboratoire de sociologie des territoires, du travail, des âges et de la santé [Tetras])

Ont contribué au dossier 2 :

Jean-Baptiste Hazo (DREES)

Manon Cadillac (DREES)

Élise Coudin (Inserm-CépiDc)

Fanny Gaudet (Inserm-CépiDc)

Hadrien Guichard (Cridup)

Ont contribué au dossier 3 :

Sixtine Brenek (Établissement public de santé mentale [EPSM] de Lille Métropole, Armentières)

Clémentine de Champs (DREES)

Hadrien Guichard (Cridup)

Jean-Baptiste Hazo (DREES)

Adrien Papuchon (DREES)

Philippe Paradis (EPSM de Lille Métropole, Armentières)

Camille Vincent (EPSM de Lille Métropole, Armentières)

Albert Vuagnat (DREES)

Ont contribué aux fiches :

Fiche 1 : Christophe Léon (Santé publique France)

Fiche 2 : Éric Janssen, Stanislas Spilka, Antoine Philippon et **Olivier Le Nézet** (Office français des drogues et des tendances addictives [OFDT])

Fiche 3 : Lisa Troy (DREES)

Fiche 4 : Pauline Mercier (Direction générale de la santé [DGS]) et **Nathalie Pauwels** (programme Papageno)

Fiche 5 : Pilar Arcella-Giroux et **Pascale Fritsch** (DGS), **Sébastien Coraboeuf** et **Audrey Maillet** (Premiers secours en santé mentale [PSSM] France)

Fiche 6 : Claire Bey et Brigitte Moltrecht (Direction générale de l'enseignement scolaire [DGESCO])

Fiche 7 : Anne-Marie Soubielle (mission de coordination interministérielle du plan de prévention du mal-être en agriculture)

Fiche 8 : Direction de l'administration pénitentiaire (DAP)

Fiche 9 : Françoise Facy et Marc Fillatre (Union nationale de prévention du suicide [UNPS])

Fiche 10 : Mélanie Coquelin et Céline Kopp-Bigault (dispositif Alinéa, Fondation Bon Sauveur, Bégard)

Fiche 11 : Édouard Leaune, Pauline Lau-Taï et Kushtrim Bislimi (Centre de prévention du suicide de Lyon)

Ont contribué aux annexes :

Annexe 1 : Monique Carrière (DREES)

Annexe 2 : Isabelle Philippon (DREES)

Ce rapport a bénéficié de la collaboration scientifique de l'ensemble des membres de l'Observatoire national du suicide, des groupes de travail « Données statistiques » et « Axes de recherche ».

Il est édité par le bureau des publications et de la communication de la DREES :

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Coordination éditoriale : Céline Roux et Jean-Baptiste Gugès

Correction : Jean-Baptiste Gugès

Conception graphique : Philippe Brulin et Julie Eneau

Maquette : Drapeau Blanc

Contact : drees-ons@sante.gouv.fr

Site internet : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons>

SUICIDE

Mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie

Penser les conduites suicidaires
aux prismes de l'âge et du genre

6^E RAPPORT - FÉVRIER 2025

Ce sixième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) synthétise les grandes tendances des conduites suicidaires en France et leurs facteurs structurants ; des résultats qui contribuent à éclairer la réflexion sur une meilleure prévention des conduites suicidaires.

Après trente ans de baisse constante, le taux de suicide semble avoir atteint un plancher en France au seuil des années 2020. Mais les différentes catégories de la population ne sont pas égales face au suicide, aux tentatives de suicide ou aux pensées suicidaires (l'âge, le genre et le revenu, en particulier, influent fortement sur les conduites suicidaires), et certaines tendances précédemment constatées perdurent ou semblent avoir été amplifiées par la crise sanitaire due au Covid-19 :

- les personnes âgées sont, de loin, celles qui se suicident le plus, notamment les hommes ; un phénomène que les résultats d'une recherche qualitative sur le mal-être des seniors permettent de mieux comprendre ;
- le phénomène suicidaire reste caractérisé par un « paradoxe de genre », puisque les hommes sont ceux qui meurent davantage par suicide alors que les femmes sont plus exposées au risque de gestes non létaux, avec un taux d'hospitalisation en forte augmentation chez les adolescentes et les jeunes femmes depuis la crise sanitaire.

Le rapport ouvre en outre une réflexion sur la fin de vie et les dispositifs d'aide à mourir, en interrogeant l'articulation complexe entre aide à mourir et objectifs de prévention du suicide. Il souligne également l'amélioration des dispositifs de suivi des comportements suicidaires, ainsi que la multiplication des dispositifs de prévention et de postvention mis en œuvre à l'échelle nationale ou locale (stratégie nationale de prévention, numéro national 3114, dispositif Vigilans, initiatives associatives).

L'Observatoire national du suicide a été renouvelé mi-2023 afin de poursuivre les travaux statistiques et de recherche sur la prévention du suicide dans toutes ses dimensions.

N° ISBN : 978-2-11-162784-0

N° Diffusion : S25-001