

N° 109 • avril 2001

Les suicides et tentatives de suicide posent un important problème de santé publique : 11 000 suicides ont été enregistrés dans les statistiques nationales de causes de décès en 1997, ils en constituent la première cause entre 25 et 34 ans et la deuxième entre 15 et 24 ans, après les accidents de la route. Ce nombre ne prend, en outre, pas en compte certains phénomènes de sous-déclaration estimés être de l'ordre de 20 à 25 %.

Sur les décès enregistrés, les suicides sont très majoritairement masculins (8 000 hommes contre 3 000 femmes) et leur taux croît avec l'âge jusqu'à 40 ans puis au-delà de 70 ans. En nombre absolu, les décès les plus nombreux interviennent entre 35 et 55 ans. Les principaux modes de suicide sont, après la pendaison, les armes à feu pour les hommes et les intoxications pour les femmes.

La majorité des tentatives de suicide donnent lieu à un recours au système de soins. Celles-ci peuvent être estimées à environ 160 000 par an avec une fourchette comprise entre 130 000 et 180 000.

La moitié d'entre elles donne lieu à l'intervention d'un médecin généraliste et sept sur huit à une prise en charge par les urgences, directement ou après le recours au médecin de ville. Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes, surtout des jeunes. Le taux de récurrence est élevé, de l'ordre de 35 à 45 %.

Gérard BADEYAN et Claudine PARAYRE
avec la collaboration
de **Marie-Claude MOUQUET**
et **Sergine TELLIER**
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES
et de **Simona DRAGOS**
et **Eytan ELLENBERG**
internes de Santé publique

Suicides et tentatives de suicide en France une tentative de cadrage statistique

La connaissance des tentatives de suicide est essentielle pour le repérage et le suivi du problème du suicide qui mobilise aujourd'hui de nombreux intervenants. La conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie a ainsi réaffirmé que « la tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise suicidaire, mais lui confère sa gravité ».

Par ailleurs l'analyse des données de mortalité fournit des informations sur les décès par suicide et permet d'appréhender les évolutions temporelles ainsi que de mettre en regard tentatives et mortalité effective par suicide.

La présente publication fournit des données de cadrage qui mobilisent et tentent de mettre en perspective les sources statistiques disponibles : statistiques de l'INSERM sur la mortalité, données issues du PMSI et du réseau sentinelle de médecins généralistes ainsi que des enquêtes en population pour le repérage et l'analyse des tentatives de suicide (encadré 1).

**Plus de 11 000 suicides par an,
dont 8 000 chez les hommes**

Les statistiques sur la mortalité par suicide résultent de l'exploitation des certificats de décès.



E•1

Les différentes sources d'information sur le suicide et les tentatives de suicide

La source d'information générale concernant la mortalité par suicide provient de l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins constatant les décès, bulletins centralisés et analysés par le service d'information sur les causes de décès de l'INSERM (SC8). Chaque décès doit faire l'objet d'un tel bulletin et cette source est donc, dans son principe, exhaustive. Cependant, le décompte des suicides pose des problèmes particuliers compte tenu de la nature de l'acte qui y conduit ainsi que de l'intervention des instituts médico-légaux dont certains ne communiquent pas l'information concernant la nature du décès au SC8 de l'INSERM (encadré 2).

Par définition les tentatives qui ne font l'objet d'aucun contact avec le système de soins ne peuvent être connues que par déclaration des personnes. Or, même s'il s'agit d'un phénomène grave de santé publique, en termes statistiques une tentative de suicide demeure un événement rare. Elle est donc difficilement mesurable par des enquêtes en population, en raison de problèmes de qualité de déclaration par la personne ainsi que d'incertitude de sondage. À titre d'illustration, le baromètre santé réalisé par le CFES en 1999 a porté sur un échantillon important de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans. Le nombre de personnes de l'échantillon qui déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie est élevé (868). Cela permet d'étudier leurs caractéristiques de manière globale. Cependant, ces tentatives déclarées par année de 1996 à 1999 sont de l'ordre de 45 à 60 et rapidement moins pour les années antérieures. Le cadrage le plus général ainsi obtenu par extrapolation des données de l'échantillon conduit à une évaluation de l'ordre de 135 000 à 170 000 tentatives de suicide annuelles. Cette fourchette est globalement cohérente avec les données issues des autres sources (compte tenu des récidives dans l'année et d'une sous-déclaration probable), mais est trop imprécise pour servir de support à une étude des évolutions temporelles.

Les enquêtes en population générale permettent également une interrogation sur les pensées suicidaires.

Il n'existe pas, jusqu'à présent, d'enregistrement systématique des tentatives de suicide prises en charge par le système de soins. Celles-ci peuvent être estimées de façon globale par la mobilisation et la confrontation de plusieurs sources de données : les informations collectées à travers le réseau sentinelle des médecins généralistes ou par d'autres enquêtes auprès de médecins, diverses enquêtes menées auprès de services d'urgence, le PMSI (encadrés 3 et 4).

Ceux-ci sont établis par les médecins qui constatent les décès, en l'absence de problème médico-légal. Ces données sont centralisées et analysées par le service d'information sur les causes de décès de l'INSERM (SC8).

En 1997, environ 11 000 décès ont été enregistrés comme suicides, soit 2,1 % de l'ensemble des causes de décès, ce qui correspond à un taux de suicides de 19 pour 100 000 habitants. Toutefois, il semble établi que ces données sous-estiment la réalité, car un certain nombre de suicides ne sont pas pris en compte lors de la certification des causes de décès, cette sous-estimation pouvant être de l'ordre de 20 à 25 % (encadré 2).

Le suicide est majoritairement masculin avec 8 100 hommes contre 3 040 femmes, soit 3,8 % de l'ensemble des décès masculins et 1,2 % de l'ensemble des décès féminins. L'incidence du suicide enregistré est ainsi de 29 pour 100 000 hommes et de 10 pour 100 000 femmes.

Le nombre de suicides est le plus élevé aux âges actifs, particulièrement pour les hommes

En nombre absolu, c'est entre 35 et 54 ans que les décès enregistrés pour cause de suicide sont les plus importants, avec plus de 2 000 décès pour chacune des deux tranches d'âge 35-44 et 45-54 ans. Les décès masculins sont environ trois fois plus nombreux que les décès féminins jusque vers 50 ans et deux fois plus nombreux aux âges plus élevés (graphique 1). Rapportée aux effectifs de la population, l'incidence augmente avec l'âge jusque vers 40 ans (41 pour 100 000 hommes, 28 pour 100 000 femmes), reste relativement constante jusque vers 70 ans et augmente ensuite fortement chez les hommes (73 pour 100 000 vers 80 ans et 133 pour 100 000 vers 90 ans) (graphique 2). Aux âges élevés, le suicide peut être lié au refus de la douleur ou de la dépendance dues à des patholo-

E•2

Les risques de sous-estimation des suicides dans les statistiques de mortalité

La limite des statistiques de mortalité par suicide tient notamment à la difficulté d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte, aboutissant à une sous-déclaration des suicides. Les décès sont alors codés selon le cas dans la rubrique « causes inconnues et non déclarées » ou « traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée » de la Classification internationale des maladies, 9^e révision.

Baudelot et Establet estimaient, en 1984, que le nombre total des suicides devait être corrigé de 20 %. Récemment, deux études réalisées conjointement par l'INSERM (SC8) et les Instituts médico-légaux de Lyon et de Paris ont apporté des éléments améliorant la connaissance sur le nombre réel de morts par suicide. L'étude en Île-de-France sur les sujets de 15 à 44 ans a notamment permis d'attribuer précisément une cause de mort à la plupart des décès de cause initialement inconnue et, par là même, d'identifier un certain nombre de suicides supplémentaires. Selon l'INSERM, ces travaux ainsi que d'autres sources rendent aujourd'hui possible de faire une hypothèse sur le taux de correction à utiliser pour la tranche d'âge des 15-24 ans, de l'ordre de 25 %.

Toutefois, la proportion de décès de cause inconnue n'est pas identique selon les classes d'âge. C'est chez les jeunes qu'elle est la plus forte. En conséquence le taux de correction utilisé pour cette classe d'âge ne peut actuellement être directement transposé pour les autres groupes d'âge. De ce fait, on est conduit à examiner l'évolution des décès répertoriés dans les rubriques « causes inconnues et non déclarées » et « traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée » en parallèle avec celle des décès par suicide.

L'examen des données montre que, sur moyenne période, les valeurs relatives des différents taux restent globalement stables mais que, sur courte période, l'appréciation de l'évolution du taux de suicide doit prendre en compte celle des deux autres taux.

gies chroniques ; en sens inverse le décès de personnes d'âge très élevé consécutif à un « syndrome de glissement¹ » n'est pas comptabilisé comme suicide.

Cette augmentation du taux de suicides avec l'âge est régulièrement constatée depuis les premières études de Durkheim à la fin du 19^e siècle. Cependant, les comportements de suicidité des générations semblent évoluer depuis les années 50, avec pour conséquence de modifier légèrement les profils par âge au fil du temps.

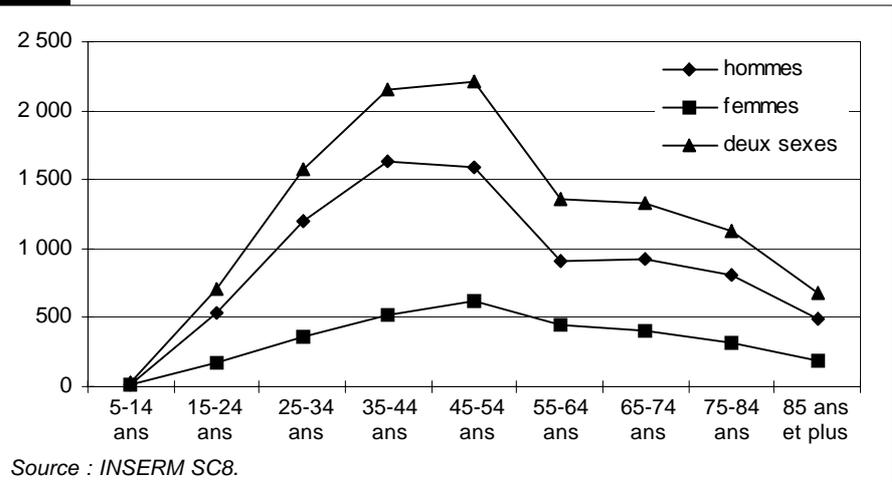
D'après l'étude réalisée par Pierre Surault (voir références dans *Pour en savoir plus*), une augmentation des suicides semble être ainsi intervenue parmi les générations de l'après-guerre, particulièrement chez les hommes ; la hausse du taux de suicides a commencé à se manifester dans les années 60 chez les jeunes puis dans les tranches d'âge ultérieures au fur et à mesure de l'avancement en âge de ces générations. Cette augmentation du taux de suicides entre générations s'est révélée suffisamment importante pour compenser l'écart des taux dû à l'âge entre tranches d'âge de générations différentes. Si cet effet de génération se maintient, il est donc probable que l'augmentation se manifeste sur les tranches d'âge de 50 à 70 ans dans les deux décennies à venir.

L'incertitude demeure cependant car l'étude par génération révèle par ailleurs le fait nouveau d'une diminution effective du taux de suicide à partir de 50 ans pour les générations nées après 1930.

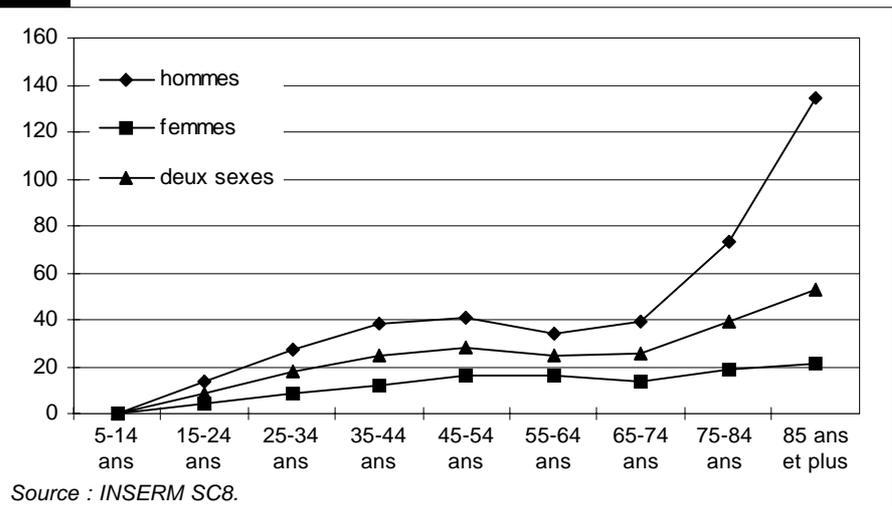
Le poids du suicide dans l'ensemble des causes de décès donne un aperçu de la gravité de ce phénomène en termes de santé publique (graphique 3) : les suicides représentent en

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

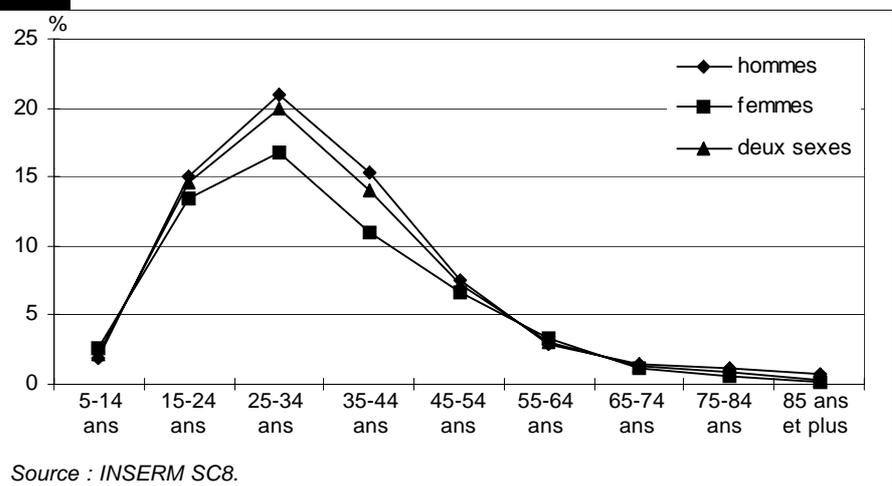
G.01 nombre de décès enregistrés par suicide en 1997



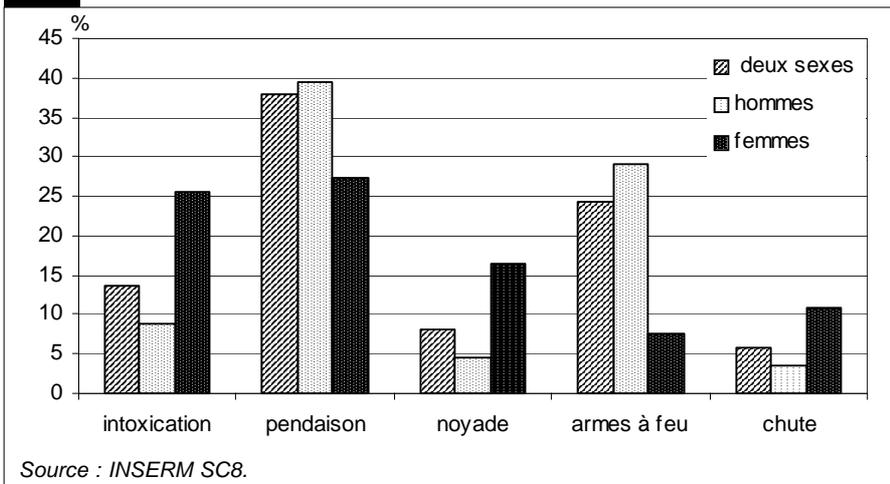
G.02 taux de suicides pour 100 000 habitants en 1997



G.03 proportion des suicides dans l'ensemble des décès en 1997



G.04 modes de suicide en 1997



effet plus de 15 % des décès entre 15 et 44 ans (20 % entre 25 et 34 ans) et encore 7 % entre 45 et 54 ans. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la route pour la classe d'âge de 15 à 24 ans et la première cause pour la classe d'âge de 25 à 34 ans.

Ce cadrage statistique global présenté ici n'aborde pas les facteurs du suicide autres que l'âge et le sexe et qui sont multiples : facteurs sociaux, culturels, géographiques, psychiques (voir références dans *Pour en savoir plus*).

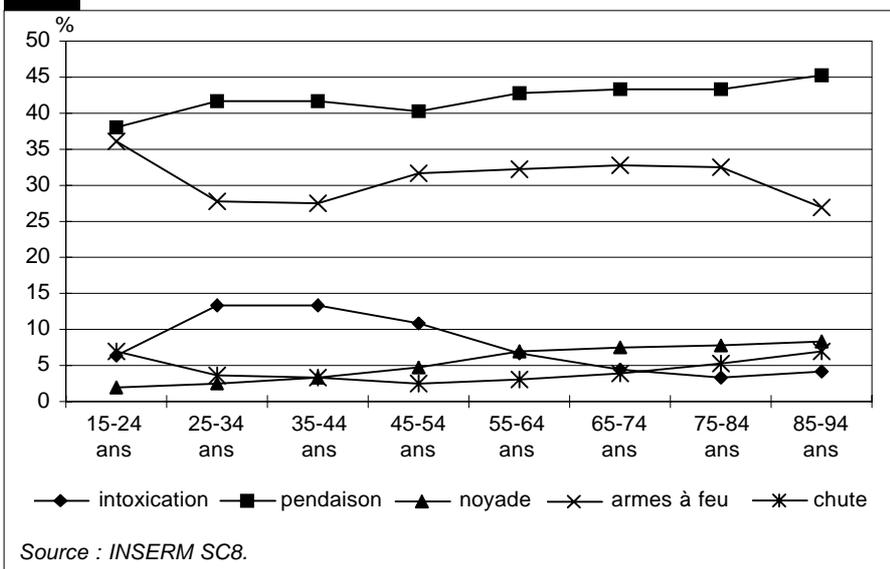
**Les principaux modes de suicide :
pendaison, armes à feu
pour les hommes,
pendaison, substances toxiques
pour les femmes**

Tous âges confondus, le mode de suicide par pendaison reste le plus fréquent (38 % des cas), suivi de l'utilisation d'une arme à feu (24 %) puis de l'ingestion de substances toxiques (14 %) [graphique 4].

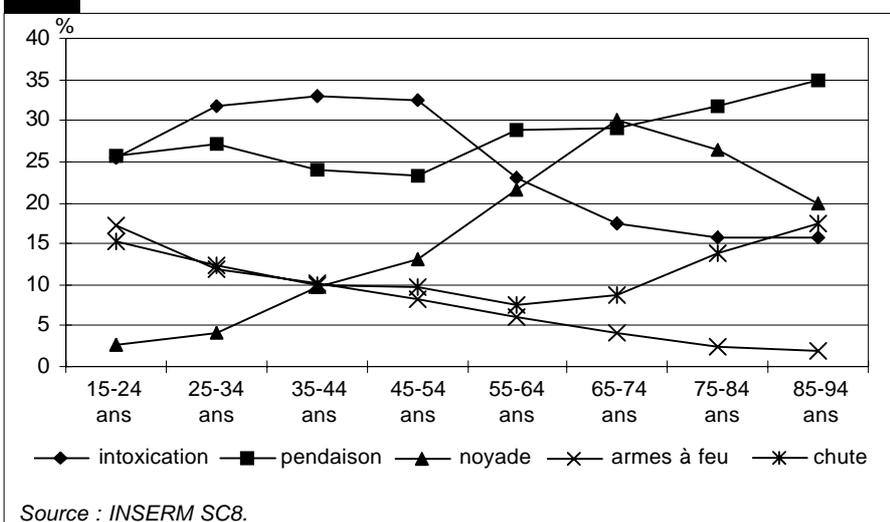
Les modes de suicide demeurent très différents selon le sexe : la pendaison intervient dans quatre suicides masculins sur dix mais seulement dans un suicide féminin sur quatre. La grande différence porte sur les armes à feu et les intoxications : l'utilisation d'une arme à feu est à l'origine de 30 % des suicides masculins et 9 % des suicides féminins, tandis que 26 % des femmes et 8 % des hommes qui se sont suicidés ont recouru à l'intoxication. Les suicides par saut d'un lieu élevé interviennent également pour une part non négligeable parmi les suicides féminins.

Les modes de suicide varient peu avec l'âge chez les hommes si ce n'est une plus grande utilisation des armes chez les plus jeunes et davantage d'intoxications entre 25 et 44 ans. En revanche, ils diffèrent beaucoup plus chez les femmes : les intoxications restent toujours très importantes mais les armes à feu sont utilisées dans un cas sur six chez les plus jeunes. Par contre, les

G.05 modes de suicide chez les hommes selon l'âge en 1997



G.06 modes de suicide chez les femmes selon l'âge en 1997



4

suicides par noyade, très rares pour les plus jeunes, deviennent importants aux âges élevés (graphiques 5 et 6).

Environ 160 000 tentatives de suicide par an donnent lieu à un contact avec le système de soins

Toutes les crises suicidaires ne sont pas prises en charge médicalement. On peut estimer que le nombre annuel de tentatives de suicide prises en charge par le système de soins est compris entre 130 000 et 180 000, soit une valeur centrale de 155 000². Certaines de ces tentatives peuvent concerner la même personne en cas de récurrence dans l'année. Le recours au système de soins peut se faire par la voie du médecin généraliste, qui oriente ensuite les personnes le plus souvent vers l'hôpital, ou par un recours direct à l'hôpital, aux urgences hospitalières. Selon les cas, les personnes retournent alors immédiatement chez elles, ou restent au service d'urgence sous surveillance quelques heures, ou sont hospitalisées. L'estimation du nombre de tentatives de suicide ayant suscité un recours aux soins nécessite donc la confrontation de différentes sources statistiques : données hospitalières, enquêtes auprès de médecins généralistes ou dans la population générale (encadrés 3 et 4).

Le médecin généraliste est le premier intervenant sollicité dans une tentative de suicide sur deux. Il décide trois fois sur quatre un recours à l'hospitalisation, dans les autres cas le maintien à domicile lui semblant préférable et possible. Cette venue à l'hôpital peut aussi être le fait de la famille, de l'intervention d'un service d'urgence (SAMU, pompiers) ou d'une initiative de la per-

sonne elle-même. Au bout du compte, c'est environ sept fois sur huit que les tentatives enregistrées de suicide conduisent à un passage aux urgences hospitalières (schéma 1).

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

Contrairement aux suicides accomplis, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes, en particulier chez les plus jeunes. L'examen des hospitalisations pour tentatives de suicide montre ainsi une prédominance des séjours féminins dans un rapport qui peut s'élever jusqu'à 2,6 pour certaines

tranches d'âges (graphique 7). Ce n'est qu'autour de 40 ans que les taux de séjours se rapprochent pour les deux sexes ; à partir de 75 ans, ils deviennent supérieurs pour les hommes.

Les hospitalisations liées à des tentatives de suicide sont, chez les femmes, très élevées dès l'adolescence et restent à un haut niveau jusque vers 50 ans ; les séjours masculins, moins nombreux à l'adolescence, augmentent rapidement jusque vers 40 ans et deviennent ensuite, comme chez les femmes, beaucoup plus rares.

Les tentatives de suicide se font le plus fréquemment par voie d'intoxication médicamenteuse : celles-ci représentent plus de 80 % des sé-

E•3

Estimation d'ensemble des tentatives de suicide

● *Diverses estimations existent sur les tentatives de suicide vues par les médecins généralistes. Une enquête sur la prise en charge des suicidants, conduite de début novembre 1997 à début février 1998 par l'unité 302 de l'INSERM dans le cadre du programme de recherche et d'information sur la dépression, fournit ainsi une estimation de 65 000 patients vus en urgence annuellement par les médecins généralistes. Ces données sont globalement cohérentes avec celles produites par le réseau sentinelle des médecins généralistes (voir infra) qui a ajouté depuis février 1999 le suicide et les tentatives de suicide à son activité de surveillance.*

Le réseau sentinelle, organisé par l'unité 444 de l'INSERM, regroupe des médecins généralistes volontaires pour participer à une activité de surveillance. Il est constitué d'un échantillon d'environ 450 médecins sur l'année, maintenu représentatif de l'ensemble des médecins généralistes en termes d'âge, de sexe, d'ancienneté d'installation et de localisation géographique. Chaque semaine, environ 200 médecins transmettent les données de surveillance requises qui portent en majorité sur une série de maladies infectieuses.

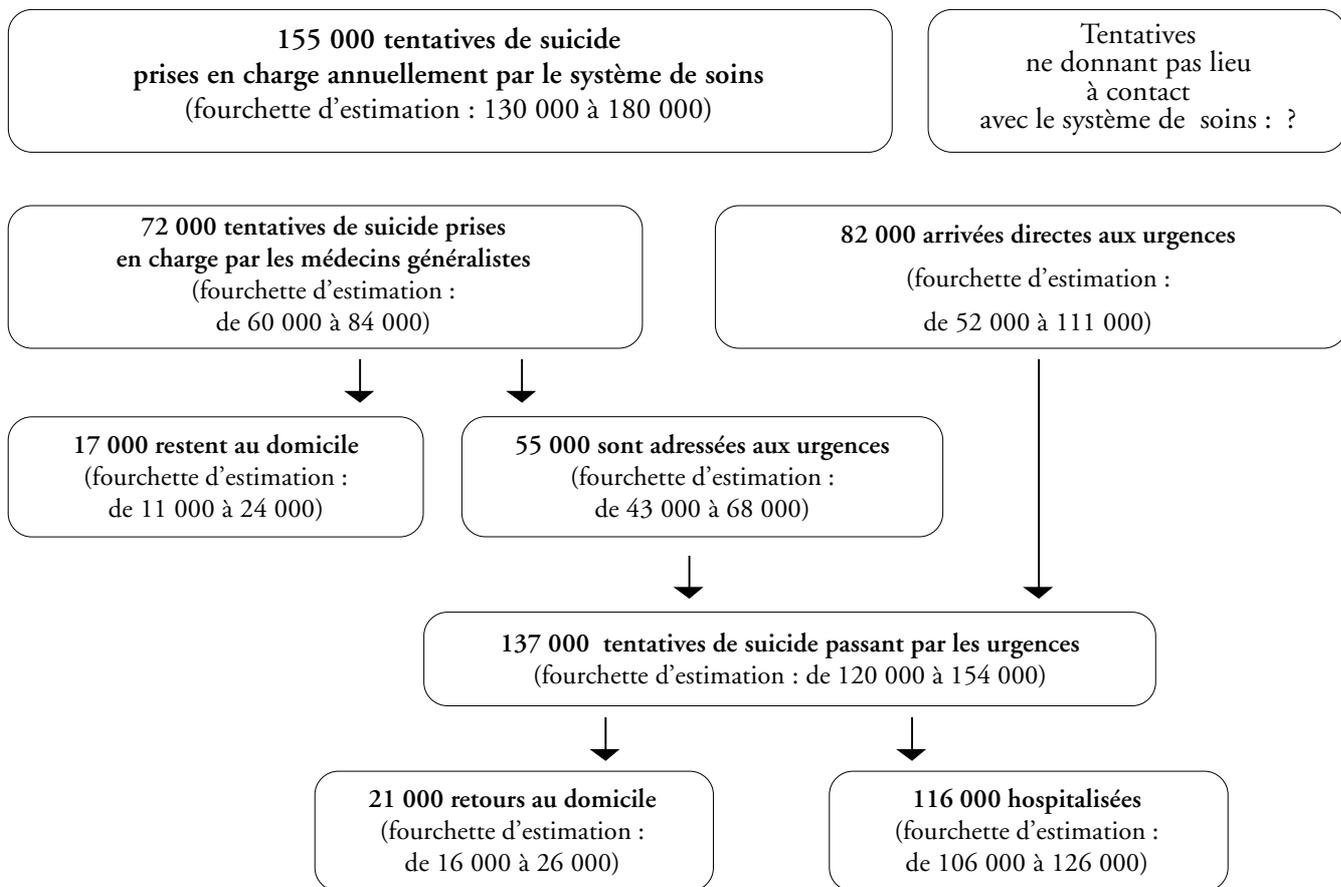
Les résultats de ce réseau pour l'année 2000 sont utilisés ici pour estimer le nombre de tentatives de suicide prises en charge en première instance par un médecin généraliste, ainsi que la suite donnée (maintien au domicile ou envoi aux urgences). Le réseau sentinelle étant constitué d'un échantillon de médecins, les résultats sont présentés avec l'incertitude due au sondage. Par ailleurs, l'absence de biais dans l'estimation suppose la représentativité du réseau sentinelle par rapport à la pratique de l'ensemble des médecins généralistes en matière de prise en charge particulière des tentatives de suicide.

● *Le nombre total de passages aux urgences pour tentative de suicide n'est pas connu directement pour l'instant. Une étude conduite dans cinq régions par les Observatoires régionaux de la santé en 1995 conduit, par extrapolation à la France entière, à 153 000 passages aux urgences pour tentative de suicide (enquête premutam) ; des données recueillies dans deux de ces régions conduisent par ailleurs à une estimation de 85 % de ces passages ayant donné lieu à hospitalisation. Pour sa part, l'enquête de morbidité hospitalière de 1993 avait permis d'établir les relations de proportionnalité entre l'ensemble des séjours hospitaliers pour intoxications médicamenteuses et l'ensemble des séjours issus d'une tentative de suicide. L'application de ces proportions, supposées stables depuis cette date, permet d'établir une estimation des séjours issus d'une tentative de suicide à partir des données du PMSI (encadré 4). L'utilisation de l'enquête conduite par les ORS permet alors d'estimer les passages aux urgences. On en déduit par soustraction une estimation des arrivées directes aux urgences, c'est-à-dire par les moyens propres de la personne ou après intervention d'un service d'urgence (SAMU, pompiers...) mais sans l'intermédiation d'un médecin.*

2. Une estimation plus précise sera obtenue par un repérage particulier, dans le PMSI, des tentatives de suicide hospitalisées, et par une enquête auprès d'un échantillon d'établissements représentatif de l'activité de l'ensemble des services d'urgence.

S
01

l'estimation du nombre de tentatives de suicide



Explicitation du diagramme :

L'estimation des tentatives de suicide prises en charge par les médecins généralistes provient du réseau sentinelle (encadré 3). Les fourchettes présentées correspondent aux intervalles de confiance à 95 %.

L'estimation des tentatives de suicide hospitalisées provient de l'application aux données du PMSI des proportions, constatées dans l'enquête de morbidité hospitalière de 1993, des tentatives de suicide médicamenteuses parmi les séjours pour intoxications par produits pharmaceutiques, puis des séjours pour tentatives de suicide médicamenteuses parmi l'ensemble des séjours pour tentatives de suicide (encadré 4). Cette enquête ayant été réalisée par sondage, ces proportions sont sujettes à une marge d'erreur. Par ailleurs il faut tenir compte d'une possible évolution depuis 1993, pour laquelle on ne dispose pas d'indication particulière. La fourchette retenue est, de ce fait, assez large. Les défauts de codage du PMSI constituent une autre cause d'incertitude d'ampleur inconnue en l'absence d'hypothèse utilisable.

Le coefficient d'extrapolation du nombre de tentatives de suicide hospitalisées à celui du nombre de tentatives de suicide

passant par les urgences (85 %) est encadré par celui observé dans les deux régions pour lesquelles il a pu être calculé lors de l'enquête premutam de 1995 (82 % et 88 %) [encadré 3].

La fourchette obtenue pour l'estimation des arrivées directes aux urgences est particulièrement large du fait qu'elle cumule l'incertitude portant sur les passages aux urgences et celle portant sur les tentatives adressées aux urgences par les médecins généralistes. De ce fait, il est normal que les bornes de la fourchette de l'ensemble des tentatives ne soit pas la somme des bornes (respectivement inférieures et supérieures) des fourchettes des tentatives qui arrivent directement aux urgences et de celles qui sont prises en charge par les médecins généralistes.

L'estimation globale du nombre de tentatives de suicide prises en charge annuellement par le système de soins s'obtient en additionnant les tentatives, vues par le médecin généraliste, qui restent au domicile et les passages aux urgences, d'où l'estimation présentée de 130 000 à 180 000.

jours effectués dans cette catégorie de diagnostics, et jusqu'à 90 % chez les jeunes femmes. Ce mode est moins usité chez les hommes tout en demeurant nettement majoritaire. À partir de l'adolescence, la plupart des séjours hospitaliers liés à une intoxication médicamenteuse relèvent d'ailleurs de tentatives de suicide ; ce n'est qu'aux âges élevés qu'une part significative d'entre elles peut provenir d'accidents (graphique 8).

Par définition, les tentatives qui ne font l'objet d'aucun contact avec le système de soins ne peuvent être connues que par déclaration des personnes. Or, même s'il s'agit d'un phénomène grave de santé publique, en termes statistiques une tentative de suicide demeure un événement rare. Elle est donc difficilement mesurable par des enquêtes en population, en raison de problèmes de qualité de déclaration par la personne ainsi que d'incertitudes de sondage.

Le baromètre santé du CFES, réalisé en 1999 auprès de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans, constitue une source récente d'informations sur les tentatives de suicide déclarées. 5,6 % des personnes interrogées répondent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie ; les déclarations sont plus fréquentes chez les femmes (7,6 %) que chez les hommes (3,3 %), ce qui est conforme aux estimations précédentes à partir des recours aux soins. Les tentatives déclarées sur une année conduisent à une évaluation comprise entre 135 000 et 170 000 tentatives de suicide annuelles, globalement cohérente avec les estimations présentées plus haut compte tenu des récidives dans l'année et d'une sous-déclaration probable.

Si la notion de « crise suicidaire », mise en avant par la conférence de consensus, ne peut directement être appréhendée par les données disponibles, le baromètre santé fournit également des éléments concernant les pensées suicidaires. Dans l'ensemble,

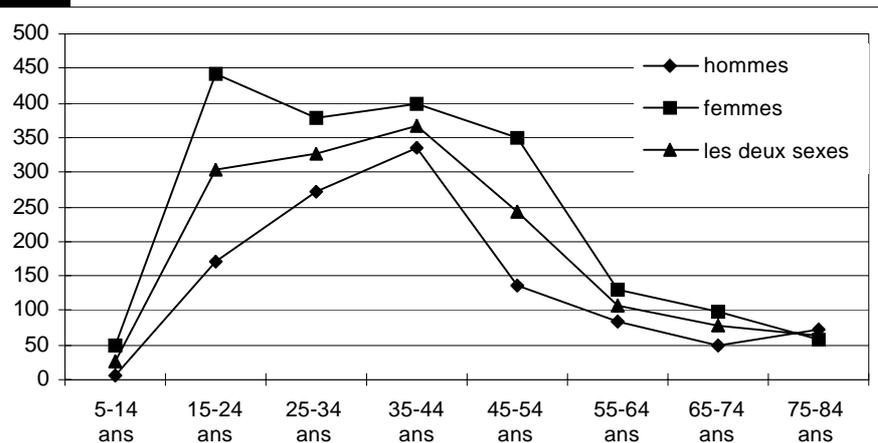
6 % des personnes interrogées déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois. Comme pour les tentatives, la proportion est plus forte chez les femmes (7,5 %) que chez les hommes (4,3 %). Le taux est particulièrement élevé chez les jeunes femmes (11,8 % chez les jeunes filles de 15 à 19 ans et 8,4 % chez celles de 20 à 25 ans) alors que chez les hommes le taux est relativement constant quel que soit l'âge. 27 % des personnes déclarant des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois déclarent parallèlement avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie.

Un taux élevé de récidives

L'examen des récidives en matière de tentatives de suicide est très important car toutes les études montrent que le risque de décès par suicide est très fortement supérieur chez les personnes ayant déjà fait une ou plusieurs tentatives.

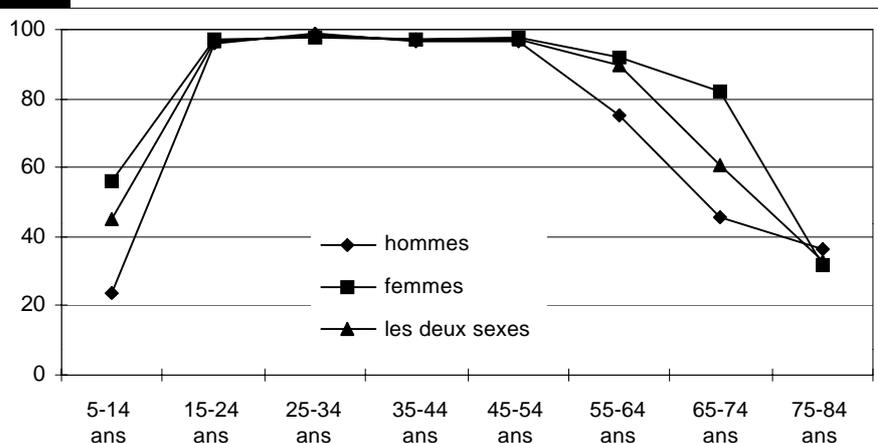
Or, les tentatives de suicide se caractérisent globalement par des taux de récurrence élevés. Une étude conduite en 1986 par l'INSERM portant sur 3 273 patients dénombrait ainsi 43 % de suicidants récidivistes dont 39 % chez les hommes et 45 % chez les femmes. Des résultats concordants ont été

G.07 taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 100 000 habitants en 1998



Source : estimation DREES.

G.08 part des tentatives de suicide parmi les séjours hospitaliers pour intoxication médicamenteuse en 1998



Source : estimation DREES.

obtenus lors d'une enquête réalisée sous l'égide de l'OMS sur la période 1989-1992 (42 % de récidives chez les hommes, 45 % chez les femmes). Les récidives sont souvent précoces : l'enquête de l'INSERM établit ainsi que 24 % des récidives ont eu lieu dans les trois mois, 35 % dans les 6 mois, 56 % dans l'année et 75 % dans les deux ans. Ces pourcentages varient peu selon le sexe ; par contre la probabilité de récidive précoce est beau-

coup plus forte chez les jeunes, particulièrement chez les jeunes hommes pour lesquels, entre 15 et 24 ans, une récidive sur deux se produit dans les six mois.

Les données d'enquête issues du baromètre santé de 1999 fournissent un taux de récidive quelque peu inférieur aux données précédentes de façon globale (34 %) mais particulièrement élevé chez les plus jeunes (44 % chez les 15-24 ans). ●

E•4

Utilisation du PMSI et des résultats de l'enquête de morbidité hospitalière de 1993

L'enquête nationale de morbidité hospitalière de 1993 (SESI) évaluait à 86 % la proportion de tentatives de suicide médicamenteuses parmi les séjours pour intoxications par produit pharmaceutique. Cette proportion varie selon les classes d'âge : si, pour les tranches de 15 à 64 ans, les tentatives de suicide médicamenteuses sont très majoritaires parmi les séjours pour intoxication par produit pharmaceutique (de 90 à 98 %), pour les plus de 65 ans, une part non négligeable de ces séjours est liée à une intoxication accidentelle ou un effet iatrogène (de 39 à 67 %).

Ces tentatives de suicide médicamenteuses représentaient, en 1993, 81 % de l'ensemble des séjours pour tentatives de suicide. Cette prédominance est retrouvée dans l'enquête OMS/Europe réalisée entre 1989 et 1992 dans 15 sites pour 13 pays différents, dont la France.

Pour les années récentes, la source de base est constituée par les données du PMSI, recueillies en court séjour, médecine, chirurgie, obstétrique, à la fois dans le public et le privé, en France métropolitaine. Le champ couvert est le même que celui de l'enquête de morbidité hospitalière de 1993. Jusqu'à l'année 2000 comprise, les tentatives de suicide ne sont pas repérées en tant que telles dans le PMSI ; on y dispose par contre du nombre de séjours pour intoxication par produit pharmaceutique. On applique ainsi les mêmes clés de répartition que dans l'enquête de 1993 de morbidité hospitalière. Ces clés (par sexe et par tranche d'âge) concernent, d'une part, la proportion de tentatives de suicide parmi les séjours pour intoxication par produit pharmaceutique et, d'autre part, la proportion de séjours pour tentative de suicide médicamenteuse dans l'ensemble des séjours pour tentative de suicide (également par sexe et par tranche d'âge).

Cela suppose une certaine constance de ces proportions depuis 1993. De fait, les données récentes montrent le maintien de la grande prédominance des intoxications médicamenteuses parmi les tentatives de suicide vues en médecine générale, sans toutefois qu'il soit possible de faire une hypothèse précise d'évolution de leur proportion. Cette hypothèse n'est pas la seule cause d'incertitude sur les clés de passage utilisées : l'incertitude d'échantillonnage pour l'enquête de 1993, le nombre limité de services d'urgence sur lequel s'appuie la proportion des tentatives de suicide donnant lieu à hospitalisation, les problèmes de codage dans le PMSI, conduisent à considérer comme raisonnable l'hypothèse que la variation inconnue de la proportion des intoxications médicamenteuses parmi l'ensemble des tentatives de suicide est de peu d'ampleur par rapport à l'ensemble des autres causes d'incertitude. Des améliorations sont en cours sur ces points par l'instauration d'un repérage particulier dans le PMSI des tentatives de suicide hospitalisées et par la réalisation prochaine d'une enquête auprès d'un échantillon d'établissements représentatif de l'activité de l'ensemble des services d'urgence.

On totalise dans le PMSI, en 1998, près de 109 000 RSA pour intoxication par produit pharmaceutique. L'application du taux d'estimation par classe d'âge donne un chiffre de 94 000 RSA pour tentative de suicide médicamenteuse. Ces 94 000 RSA conduisent à leur tour à une estimation de 116 000 tentatives de suicides hospitalisées en MCO en 1998.

Pour en savoir plus

● Les données de mortalité par suicide sont consultables sur le site de l'INSERM :

<http://sc8.vesinet.inserm.fr:1080/>
ainsi que sur le site de la base de données score-santé :

<http://score-sante.atrrium.rss.fr>

● Les conclusions de la conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie sont disponibles sur le site de l'ANAES : <http://www.anaes.fr>

● HATTON F., FACY F., Le TOULLEC A., « Évolution récente de la mortalité par suicide en France (1985-1994) », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 30/1996.

● PÉQUIGNOT F., JOUGLA E., Le TOULLEC A., BOVET M., « Mortalité par suicide chez les jeunes en France en 1997 et évolution depuis 1980 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 9/2000.

● DAVIDSON F., PHILIPPE A., « Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique », *Doin, Paris*, 1986.

● PHILIPPE A., « Épidémiologie des suicides et des tentatives de suicide », *Neuropsy, numéro spécial*, avril 1998.

● SURAULT P., « Variations sur les variations du suicide en France », *Population*, n° 4-5, 1995.

● Réseau sentinelle, « Suicides : pas de vague millénariste », *le Quotidien du médecin*, n°6837, jeudi 18 janvier 2001.

● Prémutam (CNAMTS, Mutualité française), « Prévention des suicides et tentatives de suicide, état des lieux 1995-1997 », mars 1998.

● CHASTANG F., « Identification des facteurs de risque de la récidive suicidaire », thèse soutenue à l'université de Nancy 1 - Henri Poincaré.

● BAUDELOT C., ESTABLET R. : « Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social », *Économie et statistique*, n° 128, juillet 1984.

● DURKHEIM E., « Le suicide », *Presses universitaires de France, Paris* 1897.

● SALEM G., RICAN S., JOUGLA E., « Atlas de la santé en France, volume 1, les causes de décès », *John Libbey*, 1999.