

# 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 A<sup>1</sup>**). 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

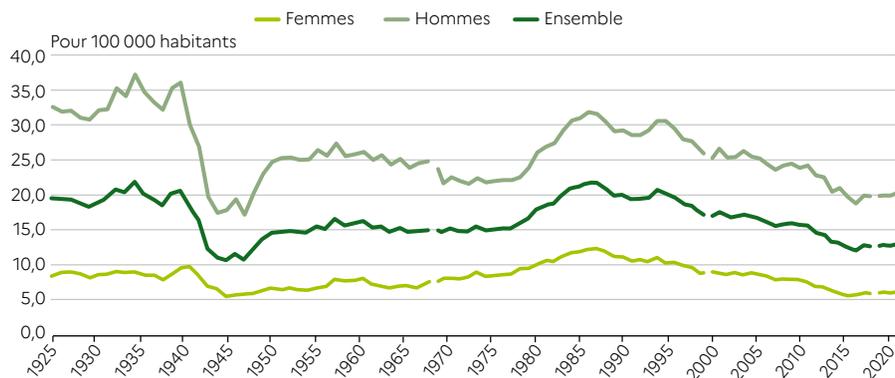
En 2022, 2 275 femmes et 6 925 hommes se sont suicidés en France ; il y a donc trois fois plus de suicides masculins que féminins. Les taux de mortalité bruts ou standardisés<sup>2</sup> augmentent légèrement par rapport à 2021, pour les hommes comme pour les femmes (**tableau 1**).

---

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**)<sup>3</sup>.

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

**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 2017<sup>1</sup>, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.

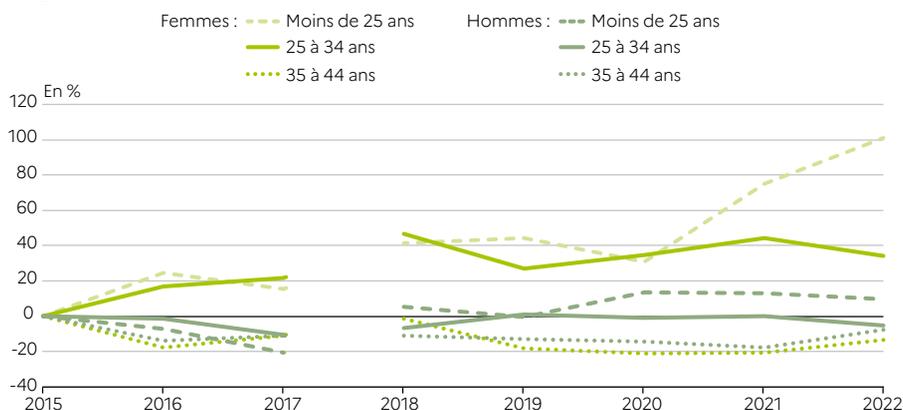
**Source** • Inserm-CépiDc.

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 2022<sup>4</sup>. 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.

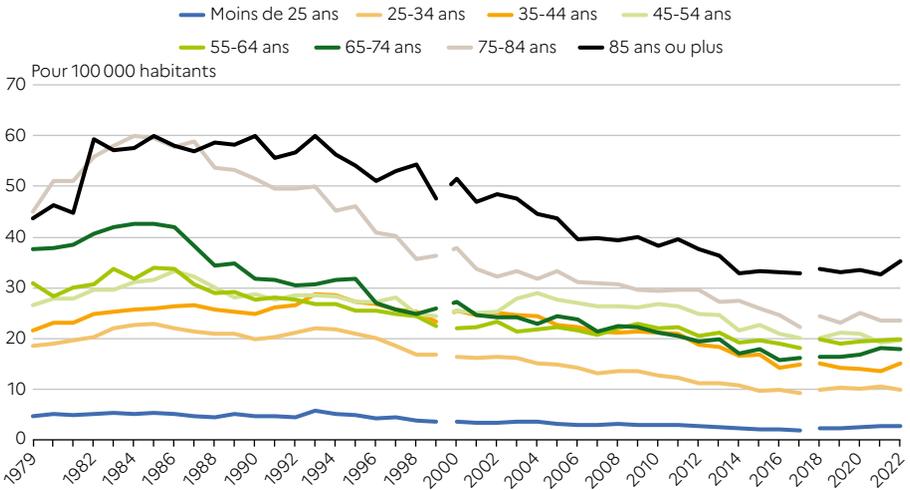
## 2. Les hommes âgés, une population à fort risque de suicide chez qui les taux augmentent

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



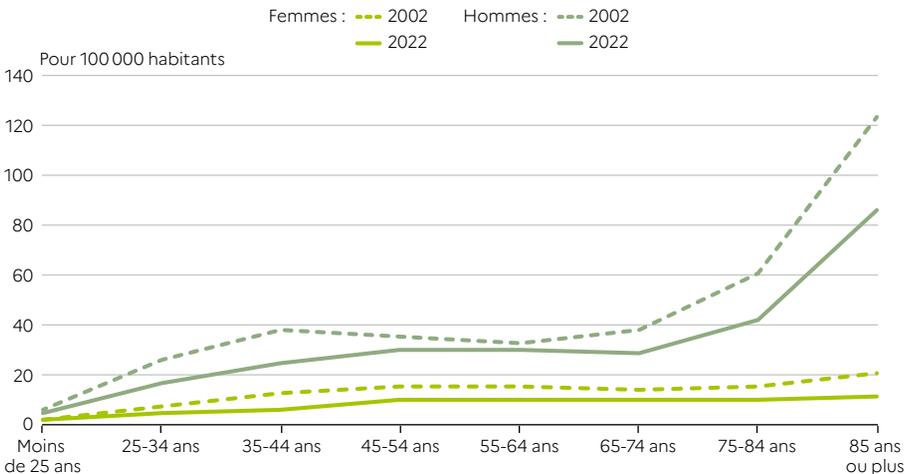
**Note** • Il y a deux ruptures de série : en 2000, en raison d'une modification du champ, et en 2018, à la suite de la réforme des certificats de décès (encadré 1).

**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).

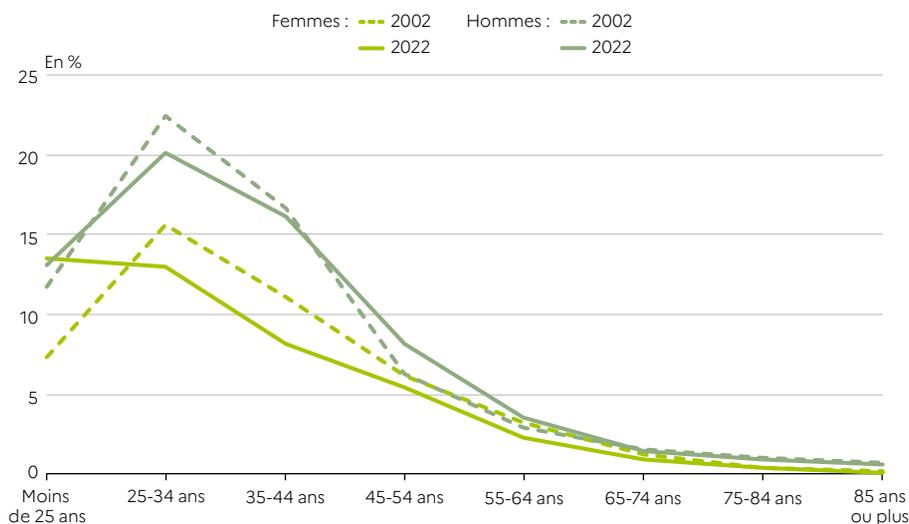
**Sources** • Inserm-CépiDc ; Insee, Estimations de population.

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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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, Establet, 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, Establet, 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 2000<sup>5</sup>, 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 habitants<sup>6</sup> (**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**)<sup>7</sup>. 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.

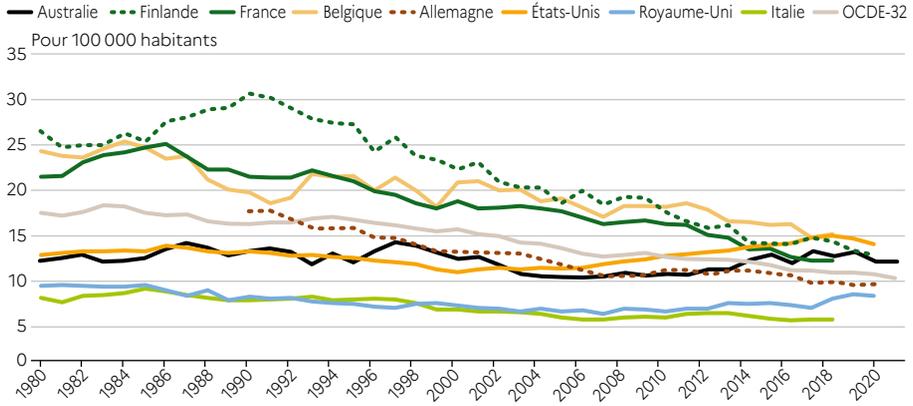
La recherche scientifique offre plusieurs hypothèses pour expliquer la baisse du taux de décès par suicide au cours des dernières décennies : la limitation progressive de l'accès aux moyens létaux, tout particulièrement les armes à feu et les pesticides, l'amélioration de l'accessibilité aux traitements 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**

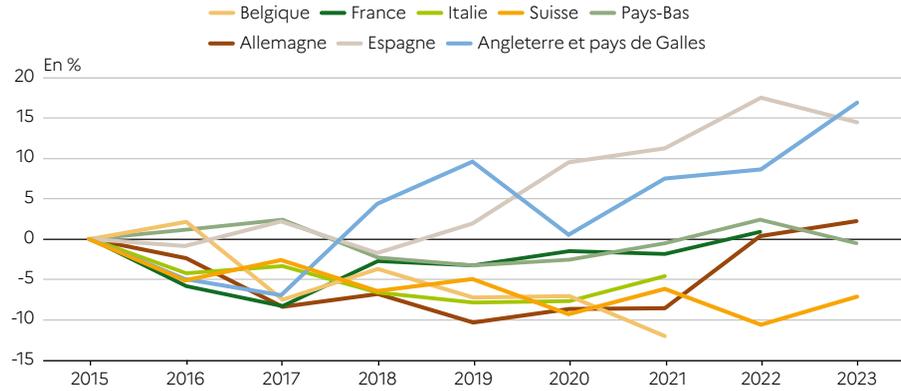


**Lecture** • Après standardisation (prise en compte des structures d'âge différentes selon les pays), les taux de suicide de différents pays de l'OCDE ont eu une tendance moyenne à la baisse depuis 1980.

**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<sup>e</sup> 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, Establet, 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])<sup>8</sup>.

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.
- **Budelot, C., Estabiet, R.** (1984). Suicide : l'évolution séculaire d'un fait social. *Économie et statistique*, 168, p. 59-70.
- **Budelot, C., Estabiet, 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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<sup>e</sup> 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.