

## Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 (EDP-Santé)

*Charline Sterchele, avec la collaboration de Samuel Allain  
et Noémie Courtejoie (DREES)*

### Contexte

En France, le suicide et les tentatives de suicide<sup>1</sup> affectent de manière contrastée les catégories sociales et professionnelles (ONS, 2020). Les conduites suicidaires diffèrent également selon l'âge et le sexe. Les hommes se suicident trois fois plus que les femmes (Rey, 2020), alors que ces dernières sont plus souvent hospitalisées pour tentative de suicide (Chan-Chee, 2020), particulièrement les jeunes filles âgées de 15 à 19 ans. Le système national des données de santé (SNDS) permet d'identifier de manière exhaustive les hospitalisations pour tentative de suicide, mais ne contient que très peu d'informations sur les caractéristiques socio-économiques des patients (âge, sexe, indice de défavorisation sociale de la commune de résidence, par exemple). Certaines enquêtes, tel le Baromètre santé de Santé publique France, collectent des données sociodémographiques (ONS, 2020). Cependant, leur mise en place est assez lourde et la taille des échantillons de personnes enquêtées reste modeste. Cette étude exploite les données de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee apparié au SNDS ; celui-ci permet d'analyser des situations épidémiologiques rares comme les tentatives de suicide en population générale, tout en mesurant et en apportant un éclairage inédit sur les inégalités socio-économiques de santé (**encadré**).

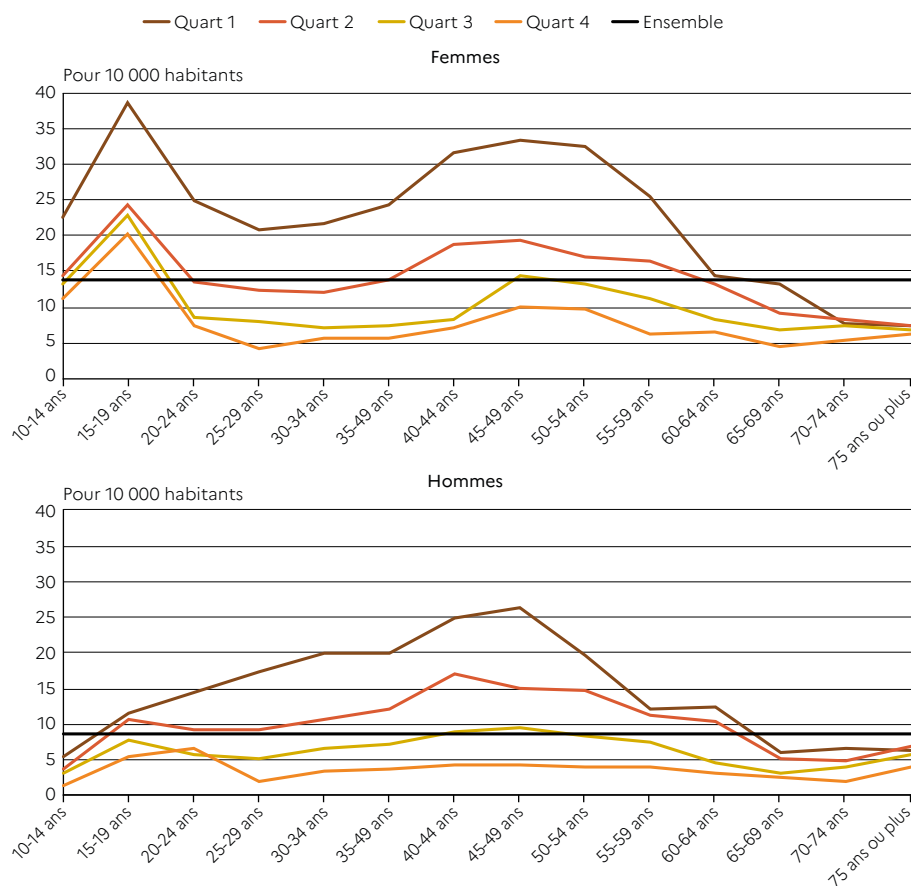
### Des tentatives de suicide plus ou moins fréquentes selon le sexe, l'âge et le niveau de vie des individus

Entre 2015 et 2017, le nombre de personnes hospitalisées en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) pour tentative de suicide en France est stable : 78 128 en

1. Ici, le terme générique est utilisé, la mention des tentatives de suicide fait référence aux lésions auto-infligées.

2015, 77 093 en 2016 et 77 066 en 2017 (ATIH, 2016-2017). Au cours de cette période, 62 % des patients concernés sont des femmes. Le taux moyen de tentative de suicide (11,3 pour 10 000 habitants) est plus élevé pour ces dernières (13,8 pour 10 000 femmes) que pour les hommes (8,7 pour 10 000 hommes), avec plus de cinq points de différence (**graphique 1**).

**Graphique 1 • Taux de tentative de suicide, selon le niveau de vie**



**Note** • Le premier quart de niveau de vie correspond aux 25 % de la population avec le plus faible niveau de vie, et le quatrième quart aux 25 % de la population avec le plus haut niveau de vie.

**Lecture** • Pour le premier quart de niveau de vie, le taux de tentative de suicide des femmes de 15 à 19 ans est de 38,9 pour 10 000 femmes âgées de 15 à 19 ans appartenant à ce quartile.

**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Les taux de tentative de suicide sont par ailleurs caractérisés par un gradient de niveau de vie très marqué. Ils sont en effet plus élevés chez les plus modestes et plus faibles chez les plus aisés. Ce gradient est visible pour presque tous les âges : il s'estompe seulement au-delà de 70 ans pour les femmes et au-delà de 65 ans pour les hommes. En revanche, le niveau de

vie n'affecte pas substantiellement le profil par âge des taux de tentative de suicide. Ainsi, pour tous les niveaux de vie, les femmes sont particulièrement vulnérables entre 15 et 19 ans, notamment chez les plus modestes. Dans cette tranche d'âge, où un premier pic de tentatives de suicide est identifié, 38,9 tentatives sont ainsi relevées pour 10 000 femmes dans le quart inférieur de la distribution des niveaux de vie. C'est presque deux fois plus que dans le quart supérieur. Les femmes âgées de 45 à 49 ans, concernées, quel que soit leur niveau de vie, par un second pic de tentatives de suicide, le sont aussi davantage parmi les plus modestes. Dans cette tranche d'âge, 33,4 tentatives sont ainsi relevées pour 10 000 femmes, ce qui est près de 3,5 fois plus que parmi les plus aisées.

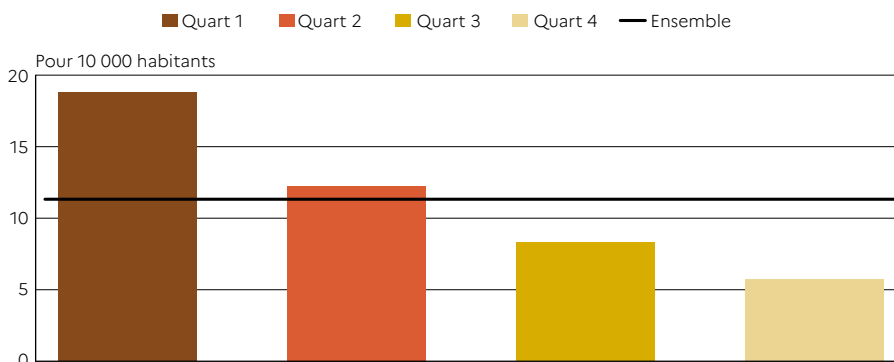
Chez les hommes, sauf dans le quart inférieur des niveaux de vie, un premier pic de tentatives de suicide concerne également la tranche d'âge des 15 à 19 ans, mais de manière moins accentuée que chez les femmes. Le profil général du taux de tentative de suicide chez les hommes est davantage en cloche, particulièrement pour les trois premiers quarts de la distribution des niveaux de vie : il croît jusqu'à atteindre un pic entre 40 et 50 ans et se replie ensuite. Dans le détail, les taux les plus élevés sont atteints entre 45 et 49 ans pour les hommes appartenant au quart des niveaux de vie les plus modestes ou au quart juste au-dessus du taux moyen (respectivement 26,4 et 9,4 tentatives pour 10 000 hommes). Ils sont atteints entre 40 et 44 ans pour les hommes dont le niveau de vie est parmi le quart juste au-dessous du taux moyen (17,1 tentatives pour 10 000 hommes). Pour les hommes faisant partie du quart supérieur des niveaux de vie, le taux de tentative de suicide est le plus important parmi les personnes âgées de 20 à 24 ans (6,5 tentatives pour 10 000 hommes). Tous sexes confondus, les taux de tentative de suicide sont globalement plus faibles aux âges les plus avancés (après 60 ans) et pour tous les niveaux de vie.

### Le taux de tentative de suicide décroît à mesure que le niveau de vie augmente

À tous les âges de la vie, le taux de tentative de suicide est systématiquement plus élevé chez les individus les plus modestes, sauf aux âges les plus avancés où la différence s'atténue. En revanche, il est fortement influencé par le sexe et l'âge des personnes concernées, ce qui complexifie l'analyse des autres déterminants. Dans la suite de cette fiche, les taux de tentative de suicide sont dits « standardisés » afin de neutraliser les effets de l'âge et du sexe sur leur prévalence selon le statut conjugal, la structure du ménage, le statut d'activité, la catégorie socioprofessionnelle et le diplôme (**encadré**).

Le calcul des taux de tentative de suicide standardisés selon la position dans l'échelle des niveaux de vie confirme l'existence d'un gradient social face au risque d'attenter à ses jours. Ainsi, en contrôlant des effets d'âge et de sexe, les personnes les plus modestes ont presque quatre fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les plus aisées (**graphique 2**).

## Graphique 2 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le niveau de vie



**Note** • Le premier quart correspond aux 25 % de la population avec le plus faible niveau de vie, et le quatrième quart aux 25 % de la population avec le plus haut niveau de vie. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et sexe.

**Lecture** • Le taux de tentative de suicide est de 18,7 pour 10 000 habitants appartenant au premier quart de revenus.

**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

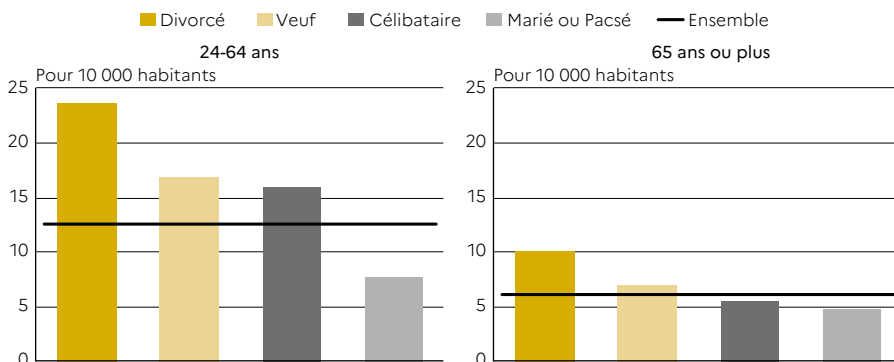
### Les tentatives de suicide sont plus répandues parmi les personnes divorcées, célibataires et veuves

Dès 1887, Émile Durkheim, dans son ouvrage *Le Suicide*, émet l'idée d'une relation entre statut matrimonial et suicide. Des facteurs sociodémographiques, comme une situation matrimoniale compliquée, peuvent ainsi expliquer un passage à l'acte. Cela semble être également le cas pour les tentatives de suicide (**graphique 3**). En effet, ces dernières sont plus répandues parmi les personnes divorcées, principalement âgées de 25 à 64 ans (23,7 tentatives pour 10 000 divorcés) et, dans une moindre mesure, âgées de 65 ans ou plus (10,1 tentatives pour 10 000 divorcés). Le veuvage arrive en seconde position des facteurs sociodémographiques pouvant expliquer une tentative de suicide (17,0 tentatives pour 10 000 veufs âgés de 25 à 64 ans, et 6,9 tentatives pour 10 000 veufs âgés de 65 ans ou plus). Ce facteur est suivi de près par le célibat (15,9 tentatives pour 10 000 célibataires âgés de 25 à 64 ans, et 5,5 tentatives pour 10 000 célibataires âgés de 65 ans ou plus). Enfin, les individus mariés ou pacsés ont trois fois moins de risque que les personnes divorcées de faire une tentative de suicide parmi les individus âgés de 25 à 64 ans, et deux fois moins parmi les personnes âgées de 65 ans ou plus.

En plus du statut conjugal, la structure du foyer, au sens du foyer fiscal, peut également influencer sur les taux de tentative de suicide chez les femmes comme chez les hommes (**graphique 4**). Les personnes seules, avec ou sans enfant, font davantage de tentatives de suicide que la moyenne de la population. Néanmoins, l'effet est différent selon le sexe. Les femmes sont plus à risque lorsqu'elles sont seules avec enfant (20,9 tentatives pour 10 000 femmes seules avec enfant), alors que les hommes sont plus à risque lorsqu'ils sont seuls et sans enfant (17,2 tentatives pour 10 000 hommes seuls sans enfant).

Le risque de faire une tentative de suicide est réduit chez les personnes en couple, d'autant plus si ces individus ont un ou plusieurs enfants (5,3 tentatives pour 10 000 hommes en couple avec enfant et 8,1 tentatives pour 10 000 hommes en couple sans enfant ; 8,0 tentatives pour 10 000 femmes en couple avec enfant et 12,1 tentatives pour 10 000 femmes en couple sans enfant).

**Graphique 3 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le statut conjugal**



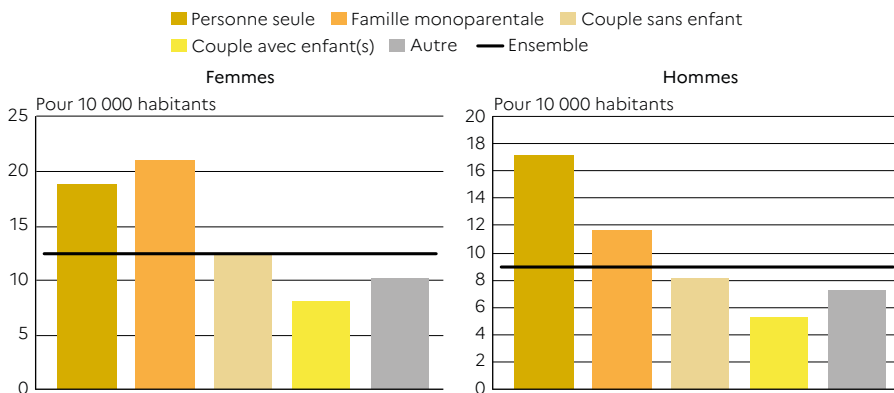
**Note** • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et sexe. Les statuts conjugaux sont présentés par ordre décroissant des taux de tentative de suicide standardisés.

**Lecture** • Le taux de tentative de suicide est de 23,7 pour 10 000 divorcés âgés de 25 à 64 ans.

**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

**Graphique 4 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon la structure du ménage**



**Note** • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et calculés séparément selon le sexe. Les statuts conjugaux sont présentés par ordre décroissant des taux de tentative de suicide standardisés des hommes.

**Lecture** • Le taux de tentative de suicide est de 17,2 pour 10 000 hommes seuls. Le taux de tentative de suicide est de 8,0 pour 10 000 femmes en couple avec enfant(s).

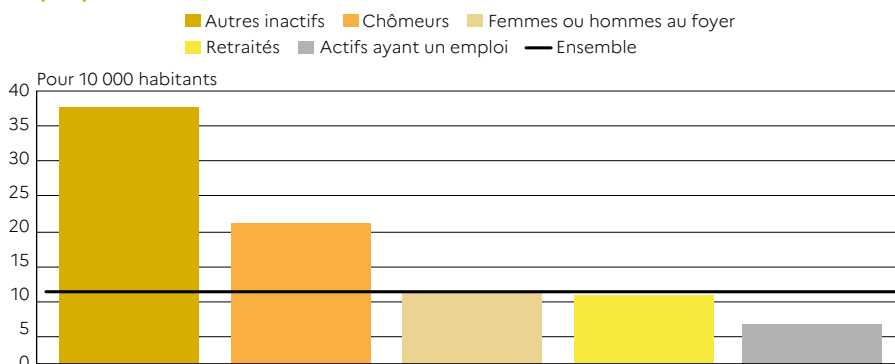
**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé rattachés à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation (source Fidéli), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

## Les tentatives de suicide sont nettement plus fréquentes chez les personnes sans activité professionnelle

La perte d'un emploi ou le chômage sont des facteurs pouvant entraîner un risque suicidaire plus important (ONS, 2020). Le chômage et l'inactivité sont en effet associés à un mal-être social, à un manque de reconnaissance, à une situation précaire et à des revenus moindres, qui eux-mêmes sont associés à une santé physique et mentale dégradée (Blasco, *et al.*, 2016). Les données mobilisées ici (**graphique 5**) indiquent effectivement que les personnes au chômage et celles appartenant à la catégorie « autres inactifs », qui comprend par exemple les personnes non retraitées ne déclarant pas rechercher un emploi, ont respectivement trois et six fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les personnes en activité (37,5 tentatives pour 10 000 personnes inactives et 20,6 tentatives pour 10 000 chômeurs, contre 6,7 tentatives pour 10 000 personnes en emploi).

**Graphique 5 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le statut d'activité**



**Note** • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les « autres inactifs » sont les personnes ne déclarant pas rechercher un emploi mais non retraités, ainsi que les détenus. Les « retraités » sont les retraités ou les préretraités. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et calculés séparément selon le sexe.

**Lecture** • Le taux de tentative de suicide est de 20,6 pour 10 000 personnes au chômage âgées de 25 ans ou plus.

**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé et résidant en France (source EAR), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

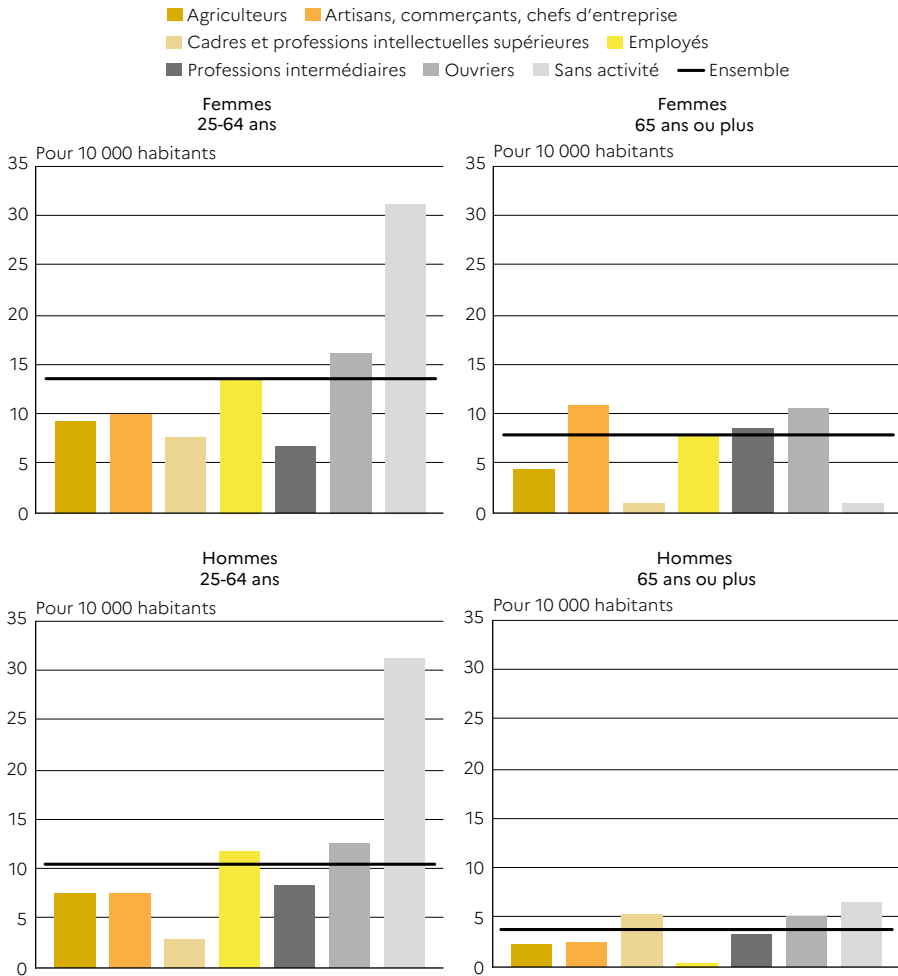
**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Parmi les personnes en âge de travailler (25 à 64 ans), les taux de tentative de suicide sont identiques pour les femmes et pour les hommes (proches de 31 tentatives pour 10 000 habitants). Par ailleurs, entre 2015 et 2017, le risque de faire une tentative de suicide est plus élevé chez les personnes n'ayant jamais travaillé<sup>2</sup>, les ouvriers et les employés que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les femmes sans activité professionnelle ont ainsi quatre fois plus de risque d'attenter à leurs jours (31,2 tentatives pour

2. Dans la nomenclature 2003 des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de l'Insee, ce terme correspond à la catégorie « Autres personnes n'ayant jamais eu d'activité professionnelle ». Celle-ci inclut les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les personnes sans activité de moins de 60 ans, les personnes sans activité de 60 ans ou plus et les élèves et étudiants. Les chômeurs et les personnes ayant déjà travaillé sont comptabilisés en fonction de leur dernière situation professionnelle. Les retraités ont également été reclassés dans la PCS de leur dernière activité professionnelle.

10 000 femmes) que les femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure (7,5 tentatives pour 10 000 femmes), et les hommes onze fois plus (31,3 tentatives pour 10 000 hommes sans activité professionnelle, contre 2,8 tentatives pour 10 000 hommes cadres) [graphique 6].

**Graphique 6 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon la PCS**



**Note** • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus. Les personnes sans activité professionnelle sont les chômeurs n'ayant jamais travaillé, les personnes sans activité de moins de 60 ans ou plus, et les élèves et étudiants. Les personnes retraitées ont été catégorisées en fonction de leur dernière activité recensée, ce qui diffère de la nomenclature des PCS de l'Insee de 2003. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et calculés séparément selon le sexe.

**Lecture** • Le taux de tentative de suicide est de 31,9 pour 10 000 hommes sans activité professionnelle âgés de 25 à 64 ans. Le taux de tentative de suicide est de 10,0 pour 10 000 femmes artisanes ou cheffes d'entreprise âgées de 65 ans ou plus.

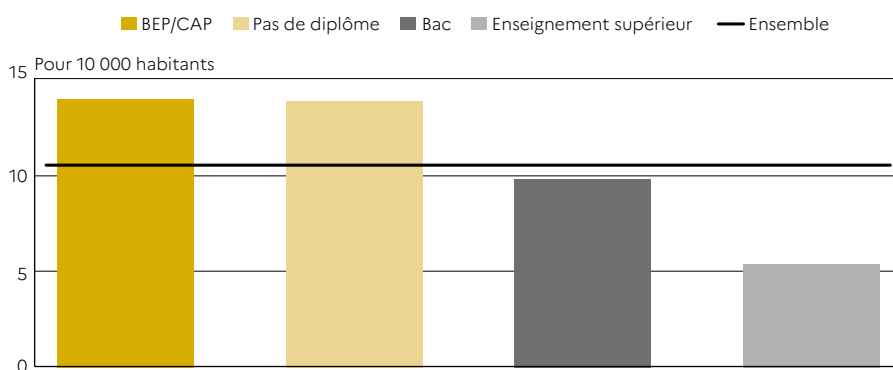
**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé et résidant en France (source EAR), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

Si un lien existe entre la situation socioprofessionnelle et le passage à l'acte, celui-ci varie en fonction de l'âge et du sexe (Baudelot, *et al.*, 2006). En particulier, à partir de 65 ans, les groupes sociaux les plus exposés au risque de tentative de suicide ne sont plus les mêmes<sup>3</sup>. Les femmes cadres de 65 ans ou plus sont moins vulnérables (1,2 tentative pour 10 000 femmes de cette PCS) que les artisanes et cheffes d'entreprise (11,0 tentatives pour 10 000 femmes de cette PCS). Les hommes cadres de 65 ans ou plus font plus de tentatives que les autres, excepté ceux n'ayant jamais travaillé (5,3 tentatives pour 10 000 hommes cadres). Ces résultats restent à prendre avec précaution, car ils sont obtenus sur la base d'une observation précisément datée (de 2015 à 2017). Or, des variations existent dans le temps, comme le soulignent Christian Baudelot et Roger Establet dans leur ouvrage *Suicide, l'envers de notre monde* : « Sur longue période, les groupes sociaux ne sont pas fixes ; des différences peuvent être notées selon les conjonctures économiques et les époques. »

Les tentatives de suicide sont plus répandues chez les personnes peu ou pas diplômées. Les personnes sans diplôme, avec un brevet d'études professionnelles (BEP) ou avec un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) font plus de tentatives de suicide que la moyenne (14,0 tentatives pour 10 000 habitants), alors que les personnes avec le baccalauréat ou un diplôme de l'enseignement supérieur en font moins (respectivement 9,8 et 5,3 tentatives pour 10 000 habitants). Globalement, les personnes diplômées de l'enseignement supérieur ont presque trois fois moins de risque d'attenter à leurs jours que celles n'ayant pas de diplôme (graphique 7).

**Graphique 7 • Taux de tentative de suicide, standardisés selon le niveau de diplôme**



**Note** • La population de référence est âgée de 25 ans ou plus.

**Lecture** • Pour 10 000 personnes sans diplôme, 14,0 ont fait une tentative de suicide entre 2015 et 2017. Les taux ont été standardisés par âge (quinquennal) et sexe. Les niveaux de diplôme sont présentés par ordre décroissant des taux de tentative de suicide standardisés.

**Champ** • Individus présents dans l'EDP-Santé et résidant en France (source EAR), hospitalisés pour tentative de suicide entre 2015 et 2017 en France entière, hors Mayotte.

**Source** • Insee-DREES, EDP-Santé 2015-2017, calculs DREES.

3. Il s'agit de la PCS de la dernière activité professionnelle pour les retraités.



## Synthèse

Entre 2015 et 2017, les tentatives de suicide touchent, à des degrés différents, les deux sexes, tous les milieux sociaux, tous les âges et toutes les professions. Les femmes et les hommes connaissent deux périodes de leur vie où les taux de tentative de suicide sont plus fréquents, quel que soit le niveau de vie : entre 15 et 19 ans et entre 40 et 45 ans. Les pics atteints sont plus élevés chez les femmes, qui attendent globalement plus que les hommes à leur vie. Chez les femmes et les hommes, les taux de tentative de suicide sont plus faibles aux âges les plus avancés. Dans l'ensemble, les personnes les plus modestes ont quatre fois plus de risque de faire une tentative que les plus aisées. Chez les individus âgés de 15 à 19 ans, ce risque est même huit fois plus élevé pour les jeunes femmes appartenant aux 25 % les plus pauvres de la population que pour les jeunes hommes appartenant aux 25 % les plus aisés. Les personnes qui vivent seules sont plus touchées que celles qui vivent en couple, en particulier les femmes seules avec un ou plusieurs enfants. Les personnes divorcées sont les plus vulnérables, quel que soit leur âge. Les personnes en âge de travailler, mais sans activité ou au chômage, sont beaucoup plus à risque que les personnes en emploi. Les PCS les plus exposées aux tentatives de suicide ne sont pas les mêmes parmi la population en âge de travailler et parmi les 65 ans ou plus. Les femmes et les hommes âgés de 25 à 64 ans et n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle sont plus vulnérables que les autres, et celles et ceux en emploi ou ayant déjà travaillé ont de moins en moins de risque à mesure que la qualification de leurs emplois augmente. Chez les 65 ans ou plus, les hommes cadres sont plus particulièrement à risque. Enfin, les tentatives de suicide sont plus répandues chez les personnes peu ou pas diplômées.

Les observations par niveau de vie, niveau de diplôme et situation sur le marché du travail sont globalement cohérentes entre elles. Il n'est cependant pas possible à ce stade de mener une analyse multivariée, seule à même de mettre en évidence des corrélations « toutes choses égales par ailleurs ». En conclusion, un gradient social apparaît très nettement concernant les tentatives de suicide, avec un risque plus élevé pour les jeunes filles, les personnes divorcées ou seules, les personnes des milieux défavorisés ainsi que les personnes n'ayant jamais exercé d'activité professionnelle ou au chômage.

### Encadré – Sources et méthodes

#### Sources

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). L'EDP est un panel de grande taille, qui rapproche les informations de différentes sources administratives et enquêtes. Il couvre 4,4 % de la population, dont il constitue un échantillon représentatif. Le rapprochement

de l'EDP et du SNDS permet d'apporter un éclairage sur les inégalités sociales en matière de santé (Dubost, *et al.*, 2020). Les deux sources de l'EDP utilisées dans cette étude sont, d'une part, les données fiscales du fichier démographique des logements et des individus (Fidéli) et, d'autre part, 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. Les jeux de poids sont produits par un calage sur les marges de la population exhaustive en question. Ils ne corrigent pas des écarts entre les sources. Ainsi, même après pondération, les populations d'étude ne sont pas strictement les mêmes. Les personnes figurant dans Fidéli sont les personnes rattachées à un foyer déclarant des revenus ou payant la taxe d'habitation, tandis que celles figurant dans les EAR sont les personnes résidant en France, hors Mayotte. Cela explique que le décompte des tentatives de suicide ne soit 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 tentative de suicide.

### **Champ de l'étude**

Cette étude porte sur les personnes ayant fait une tentative de suicide et hospitalisées en MCO en France entière, hors Mayotte. Les patients pris en charge aux urgences mais non hospitalisés en MCO ne sont pas pris en compte.

Les hospitalisations pour tentative de suicide ont été sélectionnées dans le PMSI-MCO à partir des diagnostics associés (DA) des résumés de sortie anonymisés (RSA).

### **Critère d'inclusion**

La 10<sup>e</sup> révision de la classification internationale des maladies (CIM10) définit les tentatives de suicide par les codes suivants :

- X60 à X64 : auto-intoxication médicamenteuse.
- X65 à X69 : auto-intoxication par d'autres produits (alcool, solvant, gaz, pesticide, produit chimique).
- X70 : lésion auto-infligée par pendaison, strangulation, suffocation.
- X71 : lésion auto-infligée par noyade, submersion.
- X72 à X74 : lésion auto-infligée par arme à feu.
- X75 à X77 : lésion auto-infligée par exposition à la fumée, aux flammes et au gaz.
- X78 et X79 : lésion auto-infligée par objet tranchant.
- X80 : lésion auto-infligée par saut dans le vide.
- X81 à X82 : lésion auto-infligée par collision intentionnelle.
- X83 à X84 : lésion auto-infligée par un moyen non précisé.

Entre 2015 et 2017, 8 164 patients hospitalisés en MCO pour tentative de suicide ont été identifiés dans les données Fidéli, et 1 185 patients dans les données des EAR (nombre d'observations non pondérées). Une seule tentative de suicide par patient âgé de 10 ans ou plus a été retenue. Pour chaque variable étudiée (niveau de vie, statut conjugal, structure matrimoniale, groupe social et niveau de diplôme), les données manquantes ont été écartées, ainsi que les catégories contenant trop peu d'individus. Les traitements statistiques ont ainsi été établis sur 99 % des patients hospitalisés en MCO pour tentative de suicide retrouvés dans l'EDP-Santé, soit sur 198 319 patients après pondération pour les données Fidéli et 196 772 patients après pondération pour les données EAR.

### **Méthode d'analyse**

Les tentatives de suicide étant des événements rares, les données de 2015, 2016 et 2017 ont été analysées conjointement pour augmenter la taille de l'échantillon.

Les deux sources de l'EDP-Santé étudiées permettent d'appréhender différents types d'inégalités sociales vis-à-vis des tentatives de suicide. Les données fiscales appariées au SNDS permettent de renseigner le niveau de vie (calculé à partir du revenu disponible du ménage de l'année précédente divisé par le nombre d'unités de consommation), ainsi que la structure du ménage. La structure du foyer est considérée au regard de la structure du ménage, ce dernier étant entendu ici comme un regroupement de foyers fiscaux ayant la même adresse. Les données des EAR renseignent sur le niveau de diplôme, sur la profession et la catégorie socioprofessionnelle des individus. Cependant, la structure de l'appariement conduit à des échantillons trop restreints pour pouvoir analyser conjointement l'influence de toutes ces variables. L'étude en reste donc à l'analyse du gradient social variable par variable.

L'analyse par structure du ménage, statut conjugal, niveau de diplôme et groupe social a été menée sur le champ restreint des personnes âgées de 25 ans ou plus, davantage susceptibles d'avoir achevé leurs études et fondé leur propre foyer. Les taux de tentative de suicide calculés pour les différentes modalités des variables considérées ont été standardisés pour tenir compte de l'effet de l'âge et du sexe. Ils l'ont été uniquement sur l'âge lorsque les résultats étaient déclinés par sexe, ou uniquement sur le sexe lorsque les résultats étaient déclinés par âge. Il existe deux types de standardisation (OPS, 2002), directe et indirecte. La méthode directe consiste à appliquer les taux par âge et sexe des populations étudiées à la distribution par âge et sexe d'une population de référence, de façon à calculer ce que le taux brut dans les populations étudiées serait si celles-ci avaient la même distribution par âge et sexe que la population de référence. La méthode indirecte consiste, dans un premier temps, à calculer le ratio entre le taux effectivement observé sur la population étudiée et le taux que l'on obtiendrait si on appliquait les taux par âge et sexe de la population de référence à la distribution par âge et sexe de la population étudiée. Dans un second temps, elle consiste à multiplier le

taux observé sur la population de référence par ce ratio calculé. Le résultat est alors exprimé comme un nombre de tentatives de suicide pour 10 000 personnes au sein de la population étudiée. Ce nombre est directement comparable en niveau au taux observé sur la population de référence, mais il est aussi standardisé, puisqu'il neutralise tout effet lié à des différences de structure d'âge ou de sexe entre la population étudiée et la population de référence. Parce qu'elle est recommandée pour étudier des sous-populations aux faibles effectifs, la méthode indirecte (Ancelle, 2017) est ici privilégiée.

## Références bibliographiques

- **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2016-2017). Plateforme e-PMSI. Disponible à partir de l'url : <https://www.atih.sante.fr>.
- **Ancelle, T.** (2017). *Statistique Épidémiologie*. Paris, France : Maloine (éd n° 4), p. 352.
- **Baudelot, C., Estabiet, R.** (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris, France : Points (éd. 2018).
- **Blasco, S., Brodaty, T.** (2016, juillet). Chômage et santé mentale en France. *Insee, Économie et Statistique*, 486-487, p. 17-44.
- **Chan-Chee, C.** (2020). Évolution des hospitalisations pour tentative de suicide en médecine et chirurgie en France entre 2008 et 2017. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information – 4<sup>e</sup> rapport* (p. 121-128). Paris, France : DREES.
- **Dubost, C.-L., Leduc, A.** (2020, septembre). L'EDP-Santé, un appariement des données socio-économiques de l'échantillon démographique permanent au système national des données de santé. *DREES, Les dossiers de la DREES*, 66.
- **Observatoire national du suicide (ONS)** (2020, juin). *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.
- **Organisation panaméricaine de la santé (OPS)** (2002, septembre). La standardisation : une méthode épidémiologique classique pour la comparaison des taux. *Bulletin épidémiologique*, vol. 23, 3.
- **Rey, G.** (2020). Données épidémiologiques sur les décès par suicide en France métropolitaine. Dans Observatoire national du suicide (ONS), *Suicide, quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information – 4<sup>e</sup> rapport* (p. 114-120). Paris, France : DREES.