

1 Observatoire national du suicide. (2025). *Suicide : mal-être croissant des jeunes femmes et fin de vie. Penser les conduites suicidaires aux prismes de l'âge et du genre - 6^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Drees.

2 Hazo, J.-B., Aubain, L. et Cadillac, M. (2026). Le suicide, trois fois plus fréquent chez les hommes, deux fois plus chez les plus modestes. *Études et Résultats*, Drees, 1364.

3 Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale. Essai sur la nouvelle pauvreté*. Presses universitaires de France.

4 Madigan, A. et Daly, M. (2023). Socioeconomic Status and Depressive Symptoms and Suicidality: The Role of Subjective Social Status. *Journal of Affective Disorders*, 326, 3643.

5 Alexandre, C., Di Lodovico, L., Szöke, A. et Schürhoff, F. (2021). Défaite sociale et schizophrénie : hypothèses, arguments, mécanismes. *L'Encéphale*, 47(3), 238245;

Taylor, P. J., Gooding, P., Wood, A. M. et Tarrrier, N. (2011). The Role of Defeat and Entrapment in Depression, Anxiety, and Suicide. *Psychological Bulletin*, 137(3), 391420.

6 La définition ici retenue est celle de l'Insee, soit une personne née à l'étranger et résidant en France.

Jean-Baptiste Hazo

PhD

Épidémiologiste, responsable santé mentale

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), ministère de la Santé

Lucile Aubain

PhD

ENS Paris-Saclay

Inégalités de mortalité par suicide, aboutissement des inégalités sociales de santé

Ultime expression de la détresse psychique, les quelque 9 000 suicides annuels représentent environ 2 % de la mortalité masculine et moins de 1 % de la mortalité féminine. Leurs taux varient de 2 pour 100 000 chez les femmes de moins de 25 ans à 85 chez les hommes de 85 ans et plus¹. Bien qu'ils obéissent à des déterminants individuels relativement différents de ceux de la santé mentale et des tentatives de suicide, un certain continuum s'observe entre inégalités sociales de santé mentale et inégalités sociales de suicide.

Origines sociales et origines territoriales

Dans une récente étude menée à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), il apparaît que la mortalité par suicide en France varie du simple au double entre les 10 % les plus aisés et les 10 % les plus pauvres². Une corrélation statistique qui n'est cependant pas strictement linéaire : elle dépend de la composition des groupes situés aux extrémités de la distribution des revenus. L'effet du niveau de vie s'articule notamment avec l'origine migratoire : parmi les individus vivant en France, ceux nés en métropole se suicident plus que ceux nés dans les DOM et à l'étranger. Or les immigrés représentent une proportion importante des foyers les plus modestes, ce qui a pour conséquence de rapprocher les taux de suicide des plus pauvres de la moyenne. En revanche, lorsque l'étude se restreint au champ de la population née en France, les 10 % les plus pauvres présentent le taux de suicide le plus élevé et celui-ci diminue ensuite régulièrement à mesure que les déciles de niveau de vie augmentent.

L'interprétation de ce résultat est à replacer dans les connaissances sur les déterminants sociaux de la santé. Ce gradient de mortalité par niveau de vie ne doit pas masquer le fait que les conditions matérielles liées aux revenus n'expliquent qu'une part limitée de la vulnérabilité suicidaire. D'autres mécanismes sociaux davantage liés aux conditions symboliques d'existence, produisant néanmoins des

effets très concrets sur les trajectoires de santé, sont à mentionner : 1) le caractère disqualifiant de la pauvreté, celle-ci s'accompagnant de stigmatisation, de déclassement symbolique, et parfois d'un affaiblissement des solidarités³. À l'inverse de la pauvreté préindustrielle, qu'Émile Durkheim identifiait comme protectrice vis-à-vis du suicide, la pauvreté moderne éloignerait des réseaux d'intégration traditionnels, très protecteurs, notamment à travers le soutien social qu'ils assurent; 2) ce soutien social, dont bénéficient davantage les personnes dotées d'un fort capital financier, amortit les crises et protège la santé mentale; 3) le rang social. Au-delà du manque de ressources, le statut social relatif, c'est-à-dire la place que l'on estime avoir dans la hiérarchie sociale, viendrait expliquer une part importante du lien entre pauvreté, dépression et conduites suicidaires⁴; 4) le sentiment de « défaite sociale » qui, surtout quand il est associé à un sentiment de piège ou d'impasse, entraîne l'apparition de troubles psychiatriques et multiplie les risques de passage à l'acte⁵.

L'origine culturelle ou géographique paraît jouer autant que l'origine sociale. En effet, les taux de suicide varient d'un facteur 10 entre les personnes nées en Afrique subsaharienne, se suicidant très peu, et celles nées en Bretagne, qui présentent

des taux très surélevés par rapport à la moyenne nationale. Ces différences selon le lieu de naissance et la position migratoire font écho à un ensemble de résultats montrant une moindre mortalité par suicide chez de nombreux groupes immigrés⁶, en particulier extra-européens, ce qui est en revanche moins le cas de leurs descendants. Les explications évoquent d'abord l'effet de sélection migratoire : les migrants étant, au moins à court terme, une population en meilleure santé que la moyenne des pays de départ et d'arrivée. Il faut interroger aussi le rôle de normes culturelles et religieuses plus dissuasives vis-à-vis du suicide, et des configurations familiales ou communautaires qui peuvent, paradoxalement, renforcer le soutien social. Ces protections peuvent toutefois diminuer selon la durée de séjour,



7 Tentatives de suicide et automutilations volontaires non suicidaires.

8 Hazo, J.-B. (2025). Santé mentale : un état des lieux au regard de la situation financière, de l'orientation sexuelle et des discriminations subies. *Études et Résultats*, Drees, 1340; Allain, S., Naouri, D., Deroyon, T., Costemalle, V. et Hazo, J.-B. (2024). Income and Professional Inequalities in Chronic Diseases: Prevalence and Incidence in France. *Public Health*, 228, 5564;

Sterchele, C. (2022). Caractéristiques sociodémographiques des personnes hospitalisées pour tentative de suicide entre 2015. *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Drees.

9 Une enquête quantitative sur les violences subies par les femmes et par les hommes a été réalisée par l'Ined en 2015.

10 Scodellaro, C. (2022). Violences sexuelles et tentatives de suicide. Dans *Suicide : mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5^e rapport de l'Observatoire national du suicide*. Drees.

11 Grummitt, L., Baldwin, J. R., Lafoa, I. J., Keyes, K. M. et Barrett, E. L. (2024). Burden of Mental Disorders and Suicide Attributable to Childhood Maltreatment. *Jama Psychiatry*, 81(8), 782-788.

12 Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., et Armour, G. (2019). Relationship between Childhood Socioeconomic Position and Adverse Childhood Experiences (ACEs): A Systematic Review. *J. Epidemiol. Community Health*, 73(12), 1087-1093.

l'acculturation, l'exposition aux discriminations et à la précarité, ainsi que selon les types de parcours migratoires dont la teneur évolue beaucoup, notamment en termes de sécurité.

Outre ces variations selon le lieu de naissance, les taux de suicide augmentent à mesure que le niveau d'urbanisation de la commune de résidence décroît. Ce phénomène de sursuicidalité des territoires ruraux est soutenu par de multiples explications : l'accessibilité aux soins et aux services, l'isolement, mais aussi les normes et tissus sociaux. La littérature met en garde contre une lecture trop rapide : la ruralité agrège des situations hétérogènes, allant de territoires plutôt cohésifs à des espaces de relégation cumulant vieillissement, précarité et déserts médicaux. L'association entre ruralité et suicide est plus nette chez les hommes, ce qui peut renvoyer à des normes de virilité, à l'accès aux armes à feu et à des formes spécifiques d'isolement.

Catégorie socioprofessionnelle, diplôme et structure familiale : des asymétries de genre

Au-delà des revenus, les hommes ne présentent pas le même risque de suicide selon leur catégorie socioprofessionnelle (CSP) : les agriculteurs, les ouvriers et les employés sont plus concernés que les cadres et professions intellectuelles supérieures, y compris à autres caractéristiques constantes (âge, foyer ou revenus, par exemple). Cela renvoie à des expositions professionnelles distinctes. Employés et ouvriers sont plus souvent soumis à des contraintes élevées tout en ayant une faible latitude décisionnelle, une situation nettement identifiée comme un risque psychosocial. Le travail n'est pas uniformément protecteur : l'organisation, la sécurité de l'emploi, la reconnaissance, les conflits de valeurs et la pénibilité sont liés à la santé mentale des travailleurs. À cela s'ajoutent des représentations culturelles : les rapports au corps, à la prévention et au recours aux soins, notamment de santé mentale, diffèrent selon les milieux socioprofessionnels. Parallèlement, l'absence d'activité professionnelle apparaît comme un fort marqueur de vulnérabilité, ce qui s'éclaire par les modèles d'intégration sociale. Elle combine perte de revenus, réduction des contacts sociaux, et souvent dégradation de l'estime de soi.

D'importantes différences de genre se font jour : les marqueurs de réussite professionnelle liés à la CSP et au diplôme protègent les hommes du risque suicidaire alors que ce n'est pas le cas des femmes. En revanche, la composition du foyer, la vie de couple et la présence d'enfants protègent bien les deux sexes, mais davantage les femmes que les hommes. Les ruptures maritales et la solitude sont des éléments qui augmentent le risque mais, parmi ces facteurs familiaux, c'est à la suite d'un veuvage qu'il est maximal, tout particulièrement chez les hommes. Ces contrastes selon le sexe suggèrent que les mécanismes reliant position sociale, place dans le foyer domestique et suicide ne sont pas symétriques. Chez les hommes, une identification plus forte au statut socioprofessionnel accentue l'effet des pertes d'emploi et des déclassements. Chez les femmes, les facteurs de protection et de vulnérabilité peuvent

davantage dépendre de l'articulation entre travail et famille, des ressources relationnelles, et de trajectoires biographiques spécifiques, ce qui rend l'interprétation plus sensible. Cette asymétrie, à interpréter en termes de processus de socialisation sexuellement différenciés plutôt que comme différences naturelles, invite à ne pas projeter un modèle unique de gradient social du risque suicidaire, mais plutôt à raisonner en termes de mécanismes socialement situés et genrés.

Le rôle écrasant des troubles psychiatriques et leurs liens avec la victimation

Le lien prépondérant entre suicide et présence de troubles psychiatriques sévères, déjà bien établi, est réaffirmé : 50 % des personnes décédées d'un suicide avaient des consommations de soin évocatrices d'un trouble psychiatrique ou d'une addiction. Des troubles qui sont eux-mêmes socialement distribués et coproduits par les conditions de vie : précarité, violences, ruptures, exposition aux risques psychosociaux et inégal accès aux soins. La santé mentale apparaît ainsi comme un médiateur majeur des inégalités sociales : pauvreté et défaut de liens sociaux génèrent de la souffrance psychique et, en retour, les troubles psychiatriques génèrent de la pauvreté et de l'isolement par la stigmatisation et les limitations professionnelles et éducatives intrinsèques. Ainsi, il apparaît systématiquement que les ménages les plus pauvres et les catégories socioprofessionnelles les moins valorisées sont ceux qui présentent le plus de troubles psychiatriques, de détresse psychique, de pensées suicidaires ou encore chez qui les taux d'hospitalisation pour un geste auto-infligé⁷ sont les plus élevés⁸.

À ce titre, il faut souligner la part des troubles psychiatriques et des gestes suicidaires à mettre au compte des violences et maltraitements subies, notamment dans l'enfance. Une étude française menée sur les données de l'enquête Virage⁹ retrouvait que plus d'un tiers des femmes de 50 ans ayant subi un viol ou une tentative de viol avant l'âge de 11 ans avait fait une tentative de suicide au cours de leur vie¹⁰. La littérature internationale estime que 20 à 40 % des troubles anxio-dépressifs et des gestes suicidaires seraient causés par des maltraitements dans l'enfance¹¹; et si ces maltraitements sont bien présentes dans tous les milieux, elles sont plus fréquentes chez les plus modestes¹².

Les résultats empiriques récents et la littérature convergent vers une conclusion : le suicide est l'issue d'un parcours biographique façonné par des conditions socioéconomiques. Celles-ci jouent sur la probabilité d'entrer dans des trajectoires de souffrance et d'être repéré, soigné et protégé. En cela, le suicide est un événement socialement structuré. Une lecture en termes d'inégalités sociales de santé conduit à penser la prévention à plusieurs niveaux : les détections et les prises en charge systématiques des agressions, a fortiori dans l'enfance, le renforcement de l'accessibilité et de la continuité des soins en santé mentale, la réduction des ruptures (par l'emploi, le logement, les liens sociaux), une amélioration des conditions de vie des plus modestes et une réduction des risques psychosociaux chez les ouvriers, employés et agriculteurs. ▶