



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé
62 bd Garibaldi 75015 PARIS
Tél. 01 56 58 52 40



dans les régions de France

Chapitre **8.5**

Les suicides

Ce chapitre est l'un de ceux du document intitulé «La santé observée dans les régions de France», dont la première édition a été publiée par la Fnors en 1997.

Il s'agit ici de la première mise à jour de ce chapitre. Ce fascicule peut être intégré dans le classeur diffusé lors de la première édition ou rester indépendant.

Quelques références bibliographiques

DAVIDSON F. , PHILIPPE A., CHOQUET M., FACY F., *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui : étude épidémiologique*, Paris, Inserm, 1986/10, 173 p.

DEBOUT M., *Le suicide*, Paris, Ellipses, 1996, 95 p.

DELOLME H. / coor., *Prévention des suicides et des tentatives de suicide en Rhône-Alpes : programme régional de santé 1998-2003*, Lyon, Drass Rhône-Alpes, 1998/06, 49 p

PALICOT A.-M. / coor., TULEU F. / coor., «Quelle prévention du suicide ?», in *La Santé de l'Homme*, juillet-août 1999, n° 342, dossier 42, p. 13-44.

Direction Générale de la Santé, *Programme national de prévention du suicide*, <http://www.sante.gouv.fr>, sept. 1999.

Prévention des suicides et tentatives de suicide : état des lieux 1995-1997, Paris, Prémutam, 1998, 317p.

Contexte

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vie humaine qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. Prévenir le suicide est d'ailleurs l'une des dix priorités arrêtées par la Conférence nationale de santé de 1996 et l'une de celles retenues par les conférences régionales de santé dans 16 régions.

En termes de mortalité, 11 400 personnes sont décédées par suicide en moyenne chaque année pendant la période 1995-97, ce qui représente environ 2 % de la mortalité générale.

Les études sur ce sujet s'accordent pour dire que ce nombre est sous-estimé de 20 %. En effet, le suicide reste un sujet tabou, la condamnation de l'Église, le problème des assurances, et aussi le souci de ménager la douleur de l'entourage, peuvent en partie expliquer cette sous-estimation. D'autre part, cette sous-estimation peut également provenir parfois d'un manque d'information sur les décès examinés par les instituts médico-légaux. Une étude de l'Inserm et de l'institut médico-légal de Paris menée en 1990 évalue à plus de 30 % la sous-estimation du nombre de suicides chez les Parisiens de 15-44 ans.

Après une période d'augmentation au début des années quatre-vingt-dix, le nombre de décès par suicide a régressé, passant de 12 251 en 1993 à 11 139 en 1997. Depuis 1982, on enregistre plus de décès par suicide que par accidents de la circulation.

Selon les statistiques Eurostat, la France se situe, dans l'espace européen, parmi les pays qui présentent les taux de mortalité les plus élevés par suicide. En 1994, elle se situe au 4^e rang pour les hommes (derrière la Finlande, l'Autriche et le Luxembourg) et au 5^e rang chez les femmes, derrière la Finlande, la Suisse, le Danemark et le Luxembourg.

On se suicide, en effet, davantage en Europe du Nord et en Europe centrale qu'en Europe du Sud.

Les facteurs qui peuvent contribuer à expliquer ces écarts de mortalité sont d'ordre culturel mais aussi d'ordre méthodologique : le recueil des informations, comme les définitions, peuvent être différents.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, celles-ci ne sont pas systématiquement recensées. En 1993, l'enquête de morbidité hospitalière du ministère chargé de la santé a permis d'estimer à 164 000 le nombre de séjours effectués dans les établissements hospitaliers publics et privés pour une tentative de suicide.

Cette estimation permet de situer le nombre annuel de nouveaux cas de tentatives de suicide (incidence) dans un intervalle de 2 à 3 tentatives de suicide pour 1000 personnes de 15 ans ou plus. Il s'agit là d'une estimation minimale dans la mesure où un certain nombre de tentatives de suicide ne conduisent pas à une hospitalisation.

Le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide diffère de celui des personnes décédées par suicide : schématiquement, les premières sont le plus souvent des femmes et des personnes relativement jeunes, alors que les autres sont pour près de 3/4 des hommes et pour 1/4 des personnes de plus de 65 ans.

De nombreuses initiatives ont vu le jour depuis quelques années pour mettre la prévention du suicide au premier plan des priorités de santé publique.

Depuis 1997, une journée nationale pour la prévention du suicide, mobilisant l'ensemble des acteurs concernés, est organisée chaque année.

Le secrétariat d'État à la Santé a élaboré en 1998 un programme national, dont l'objectif est de ramener à moins de 10 000 le nombre des suicides durant l'année 2000.

Dans le cadre de ce programme, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) a établi des recommandations portant sur l'accueil aux urgences hospitalières des adolescents et des jeunes suicidants, la réponse hospitalière et le projet de sortie.

Ces mesures nationales s'accompagnent de nombreuses initiatives régionales. Dans une

dizaine de régions, des programmes régionaux de santé ont été mis en place pour apporter des réponses concrètes à la prévention du suicide et à la prise en charge des suicidants.

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ICM)

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), permet de comparer la situation des régions en éliminant les effets de la structure par âge. L'ICM est le rapport en base 100 du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans chaque région avaient été identiques aux taux nationaux. La base est 100 en France métropolitaine. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

Taux comparatif de mortalité

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région

si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de France métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes, entre les périodes et entre les régions.

Années potentielles de vie perdues (APVP)

Les APVP représentent le nombre d'années qu'un sujet mort prématurément n'a pas vécues avant un âge limite, ici 65 ans. Les décès infantiles, dus à des causes spécifiques et présentant une étiologie différente des décès aux âges supérieurs, sont exclus du calcul.

Abréviations concernant les régions : PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur
DOM Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)

Suicides et accidents de la circulation

Davantage de décès par suicide que par accident de la circulation dans la majorité des régions

La mortalité due aux suicides et celle due aux accidents de la circulation, font souvent l'objet de comparaisons, en raison de leur caractère de mort violente et du nombre de décès assez proche. Depuis 1982, le nombre de décès par suicide en France dépasse le nombre de décès par accident de la circulation.

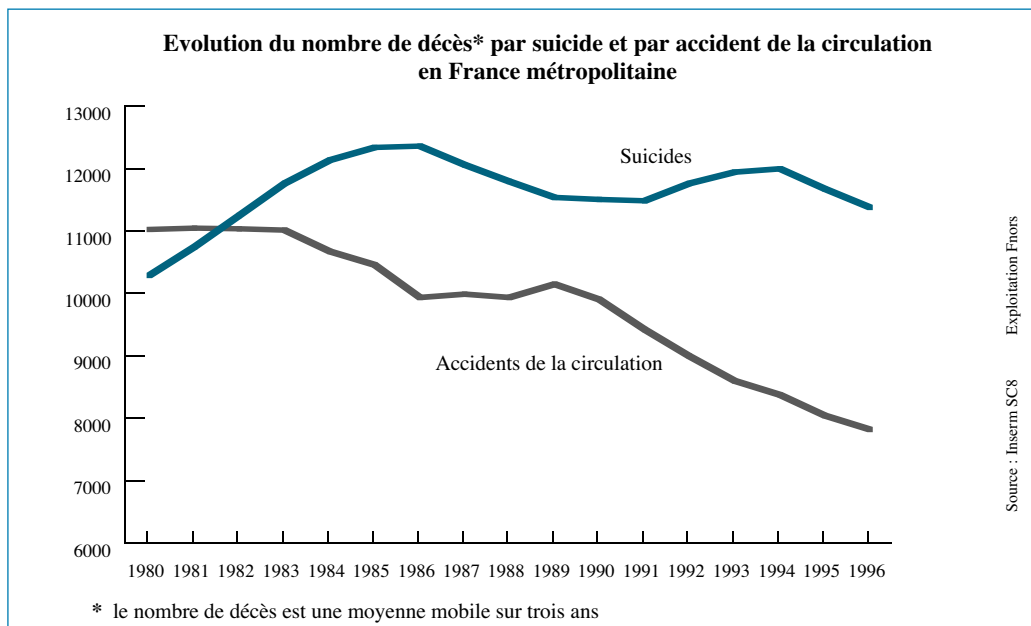
L'évolution des décès par suicide au cours des 20 dernières années n'est pas linéaire : augmentation entre 1980 et 1986, suivie d'une diminution jusqu'en 1991, et d'une nouvelle hausse jusqu'en 1994. Au cours des dernières années, le nombre de suicides amorce une nouvelle baisse.

Pour leur part, les décès par accidents de la circulation ont connu une baisse plus régulière depuis le début des années quatre-vingt.

La majorité des régions présente la même évolution pour ces deux causes de décès.

Pour les autres régions, les situations sont différentes :

- la Corse et le Languedoc-Roussillon enregistrent un nombre de décès par accident de la circulation toujours supérieur depuis à celui des suicides ;
- en Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne, Haute-Normandie, Limousin, Nord-Pas-de-Calais et Picardie, le nombre de décès par suicide dépasse celui des accidents de la circulation depuis le début des années quatre-vingt.



Taux de mortalité par âge

Des taux de mortalité qui augmentent avec l'âge

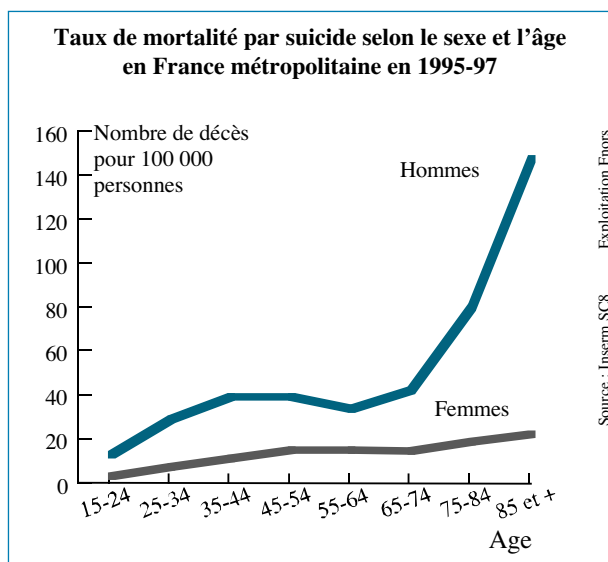
Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes.

Le taux de mortalité masculin marque une première hausse à 35-44 ans, et après un léger recul vers 55-64 ans, il enregistre une hausse brutale après 75 ans. Il atteint à cet âge environ 100 décès pour 100 000 hommes.

L'évolution selon l'âge du taux de mortalité féminin, (nettement moins élevé) ne suit pas la même courbe et l'augmentation est continue de 15-24 ans à 85 ans ou plus.

Pour chaque groupe d'âge, le taux de mortalité des hommes est 2 à 3 fois plus élevé que celui des femmes jusqu'à 75 ans et 6 fois plus élevé après.

L'augmentation des taux de mortalité avec l'âge et la surmortalité masculine observées au niveau national se retrouvent dans pratiquement toutes les régions avec cependant des degrés différents.



Poids des décès par suicide selon les tranches d'âge

Un poids important chez les jeunes

Le poids des décès par suicide dans l'ensemble des décès est maximal chez les jeunes.

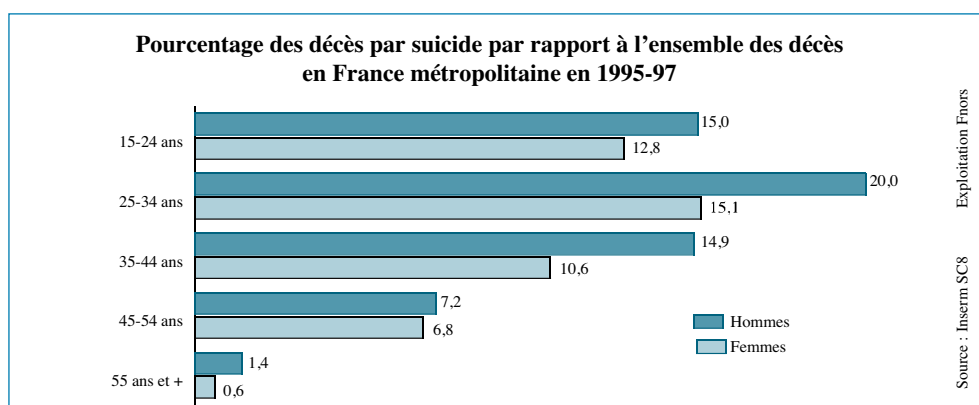
La part des décès par suicide dans chaque tranche d'âge varie selon les régions en fonction de l'importance de la mortalité due aux autres causes.

Chez les hommes de 15-24 ans, cette proportion varie de 11 % en Midi-Pyrénées à 26 % en Champagne-Ardenne, et chez les femmes du même âge, elle varie de 4 % dans le Limousin à 24 % en Bretagne.

Dans la tranche d'âge où le poids du suicide dans la

mortalité est le plus élevé (25-34 ans), les écarts de pourcentage sont importants : de 6 % en Corse à 37 % en Bretagne pour les hommes et de 3 % en Corse à 32 % en Bretagne pour les femmes.

Chez les 35-44 ans, le pourcentage varie de 5 % en Franche-Comté à 25 % en Bretagne pour les hommes et de 3 % en Franche-Comté à 18 % en Bretagne pour les femmes. Au-delà de 45 ans, la proportion de suicide parmi les causes de décès devient plus faible et les variations entre régions sont moins importantes.



Années potentielles de vie perdues

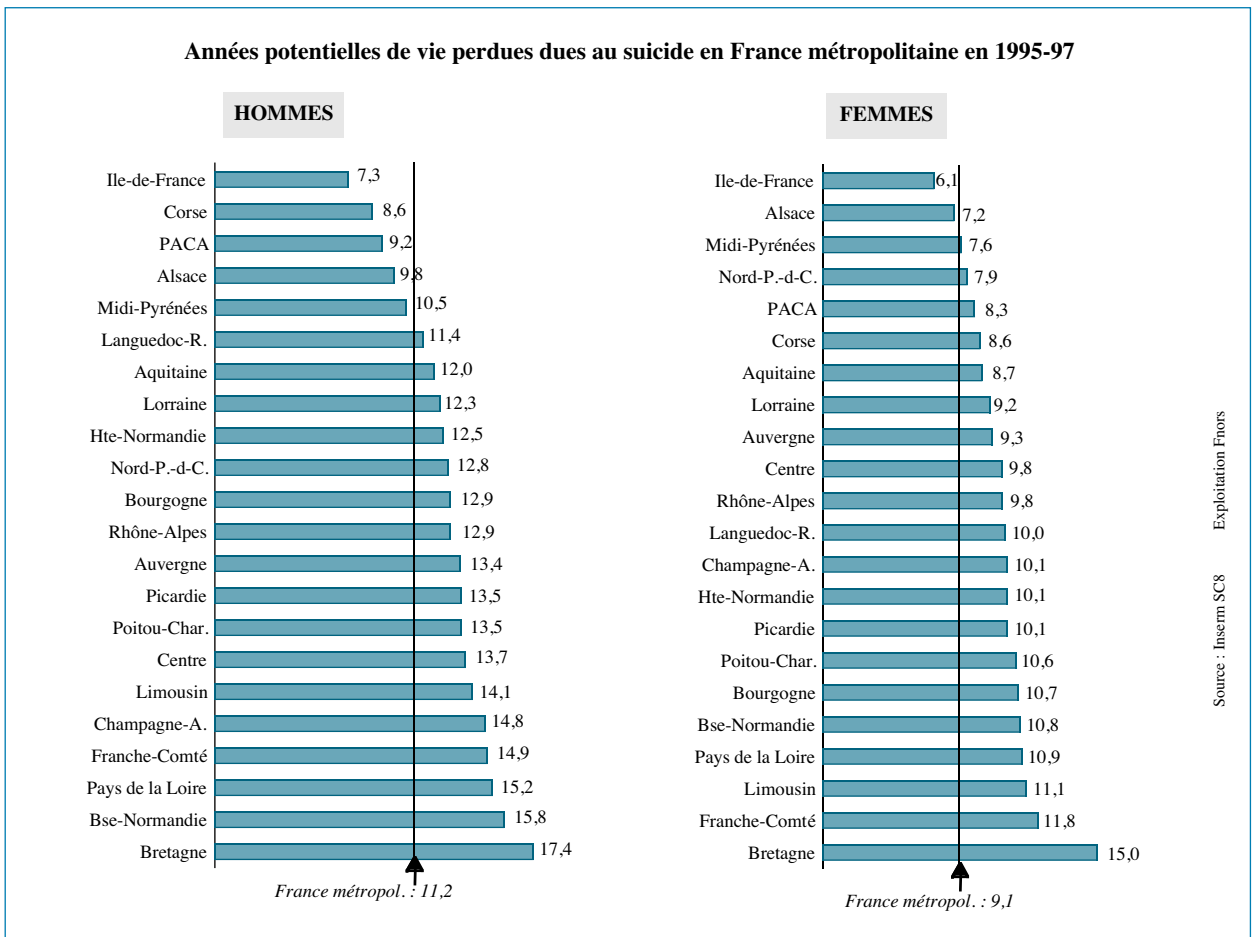
Un poids important pour le suicide

Du fait de l'âge relativement jeune des personnes qui décèdent suite à un suicide, le poids de cette cause de décès est particulièrement important en termes d'années potentielles de vie perdues (APVP).

Le suicide totalise 11 % des années de vie perdues avant l'âge de 65 ans chez les hommes et 9 % chez les femmes. Les accidents de la circulation sont à l'origine de proportions identiques d'années potentielles de vie

perdues. Les tumeurs représentent des proportions beaucoup plus élevées : 25 % chez les hommes de 35 % chez les femmes.

La part des années potentielles de vie perdues dues au suicide est très différente selon les régions. Pour les deux sexes, cette part est très réduite en Ile-de-France, et très élevée en Bretagne.



NB : Les APVP sont présentées ici en pourcentage par cause de décès : ainsi en Ile-de-France, 7,3 % des APVP sont dues au suicide chez les hommes au cours de la période 1995-97.

Indices comparatifs de mortalité par suicide

Une France coupée en deux

L'analyse régionale de la mortalité par suicide met en évidence une opposition entre, d'une part, les régions situées au Nord d'une ligne Bordeaux-Genève, où la mortalité apparaît significativement plus élevée que la moyenne nationale (à l'exception de l'Ile-de-France, de l'Alsace et de la Lorraine), et, d'autre part, celles du Sud, où au contraire la mortalité est significativement moins élevée.

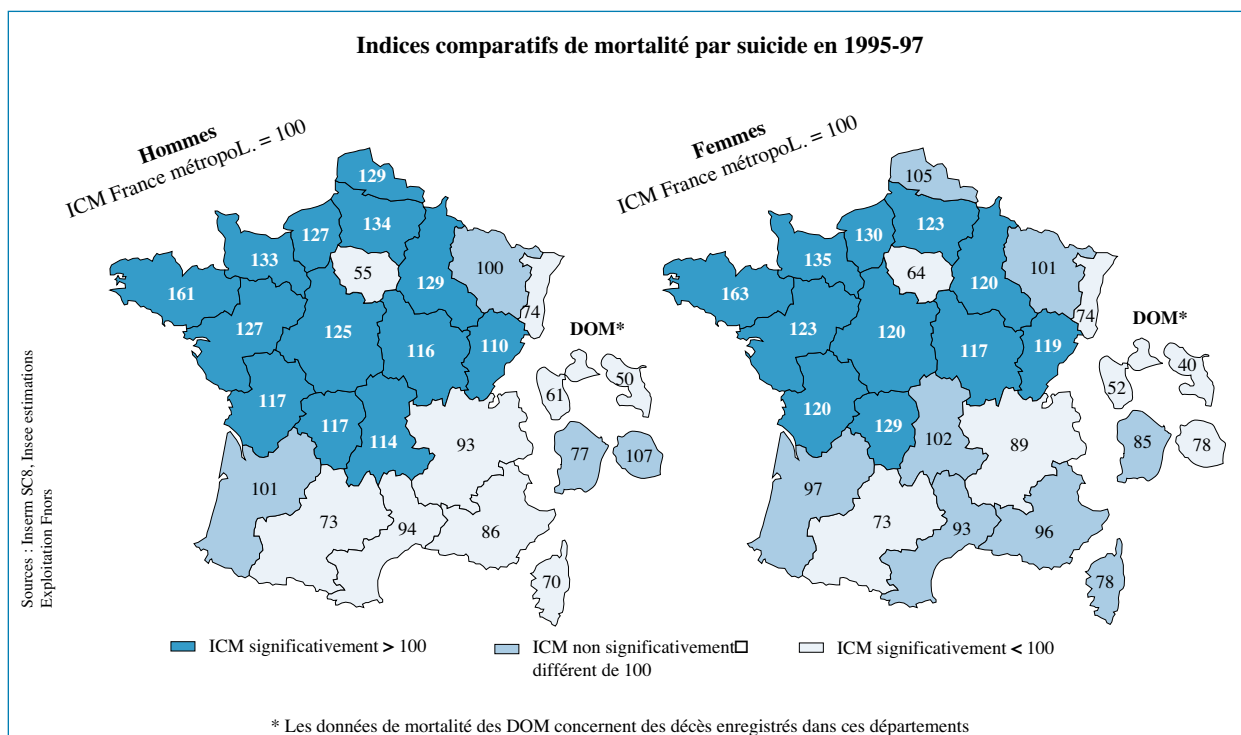
Cette opposition est particulièrement évidente pour le sexe masculin et se retrouve de façon moins nette pour les femmes.

Tant chez les hommes que chez les femmes, la Bretagne se singularise par des indices comparatifs de mortalité (ICM) très élevés : la surmortalité par suicide dans cette région dépasse de 60 % la moyenne nationale.

À l'inverse, toujours pour les deux sexes, l'Ile-de-France se distingue par une sous-mortalité très nette (-45 % chez les hommes et - 36 % chez les femmes).

Dans le cas de l'Ile-de-France, il existe une sous-estimation due au manque d'information sur les décès examinés par l'institut médico-légal : cette sous-estimation a été estimée (en 1990) à plus de 30 % pour les Parisiens de 15-44 ans.

Dans les départements d'outre-mer (DOM), les ICM sont particulièrement faibles en Guadeloupe et Martinique.



Taux comparatifs de mortalité hommes et femmes

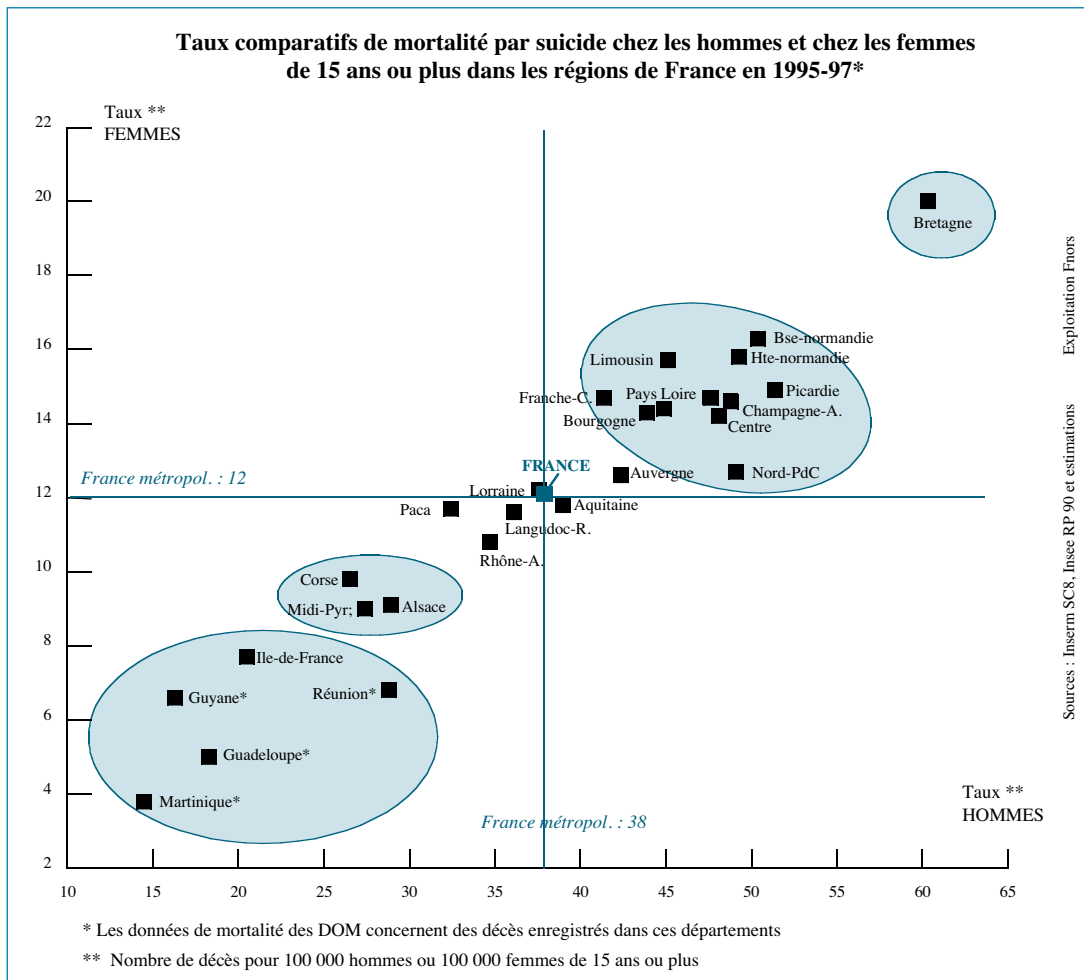
Une forte corrélation

Il existe une corrélation très nette entre les taux de décès par suicide chez les hommes et chez les femmes. Cependant, la répartition spatiale permet d'isoler cinq groupes de régions :

- celui où les taux comparatifs de mortalité des hommes et des femmes sont les plus faibles : Ile-de-France et les 4 départements d'outre-mer* ;
- celui où ces taux sont un peu plus élevés, mais encore inférieurs aux moyennes nationales : Corse, Midi-Pyrénées, Alsace ;
- celui où le taux des hommes et des femmes se situent

aux alentours de la moyenne de France métropolitaine (38 pour 100 000 chez les hommes et 12 chez les femmes) ;

- celui où les deux taux sont élevés : taux de 40 à 50 pour 100 000 chez les hommes et de 13 à 16 chez les femmes ;
- enfin, la Bretagne, qui se distingue par des taux comparatifs de mortalité nettement plus élevés que les autres régions : 60 pour 100 000 chez les hommes et 20 chez les femmes.



Taux comparatifs de mortalité par suicide

Une évolution contrastée

Entre 1988-90 et 1995-97, les taux de mortalité par suicide ont globalement diminué en France : - 8 % chez les hommes et - 12 % chez les femmes.

Cette tendance à la diminution touche aussi bien des régions à forte mortalité qu'à faible mortalité.

Ainsi, pour les hommes, la mortalité a fortement diminué en Alsace, Basse-Normandie et Haute-Normandie.

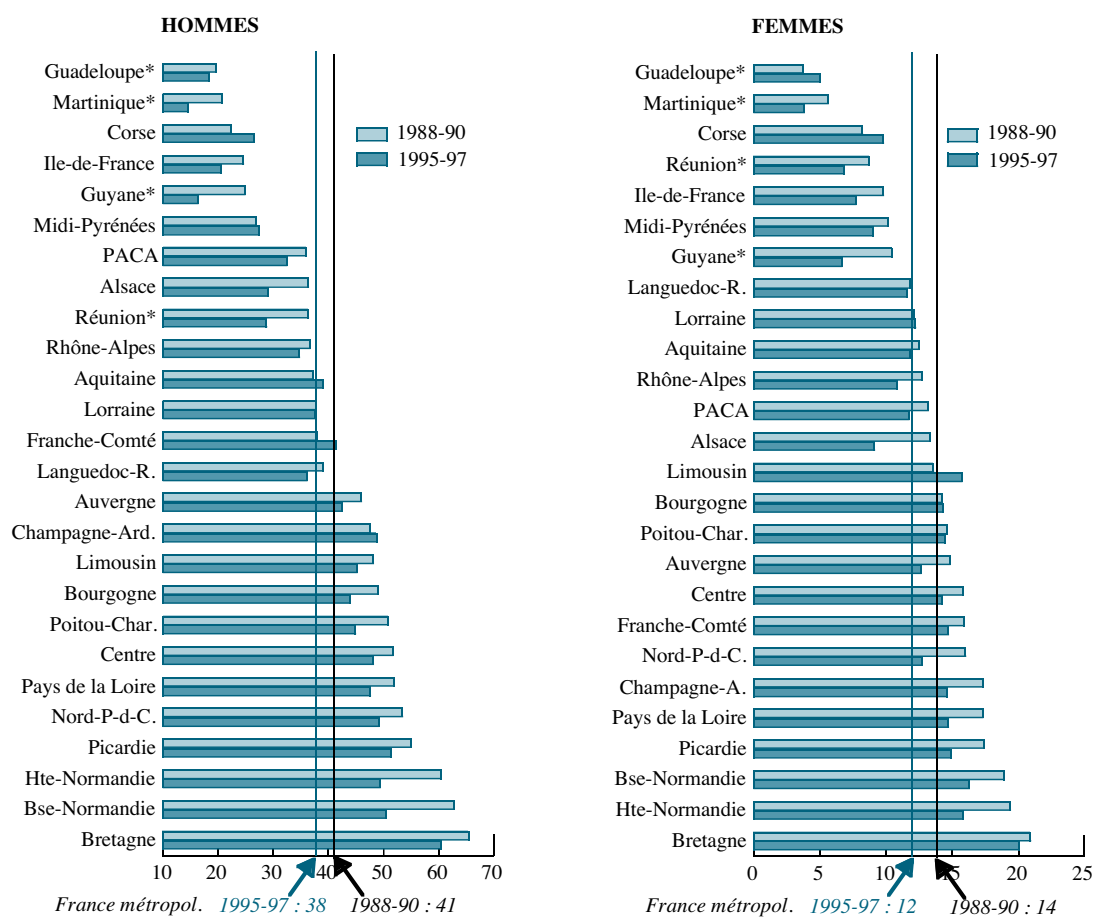
Pour les femmes, la mortalité a surtout diminué en Alsace, Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais.

Toutefois, dans la moitié des régions, le taux de mortalité est resté stable.

Enfin, il faut souligner que les quelques augmentations constatées (dans quatre ou cinq régions chez les hommes ou chez les femmes) ne sont pas statistiquement significatives.

Dans les départements d'outre-mer, les taux sont toujours inférieurs à la moyenne de métropole.

Évolution des taux comparatifs** de mortalité (des 15 ans ou plus) par suicide entre 1988-90 et 1995-97



Sources : Inserm SC8, Insee RP90 et estimations
Exploitation Fniors

**Taux = nombre de décès pour 100 000 personnes de 15 ans ou plus

* Les données de mortalité des DOM concernent des décès enregistrés et non domiciliés dans ces départements. D'autre part, la méthode de standardisation diffère légèrement de celle utilisée pour les régions de métropole.