

Mortalité par suicide en France

La France demeure l'un des pays industrialisés les plus touchés par le suicide, avec plus de 10 000 décès enregistrés chaque année. Le suicide représente la première cause de mortalité chez les adultes jeunes, avant les accidents de la circulation et, pour l'ensemble de la population, il correspond à la troisième cause d'années de vie perdues, après les maladies coronariennes et le cancer. Devant ces constatations, la prévention du suicide s'impose comme une priorité de santé publique.

Sources de données et indicateurs

Les données sur lesquelles se fondent notre connaissance en matière de suicide en France sont issues de la statistique nationale des causes médicales de décès élaborée chaque année par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Ces données permettent de mesurer le niveau de la mortalité par suicide et d'en analyser les principales caractéristiques épidémiologiques : disparités socio-démographiques, modes de suicide, variations géographiques et évolutions dans le temps.

Différents types d'indicateurs sont utilisés :

- les effectifs de décès ;
- les taux de décès par suicide qui s'expriment en nombre annuel de suicides pour 100 000 habitants ;
- la part de décès attribuable au suicide qui traduit le poids du suicide dans la mortalité générale ;
- les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population (ensemble et moins de 65 ans) ;
- les ratios de mortalité selon le sexe qui traduisent les écarts de mortalité entre hommes et femmes.

Les décès couvrant la période 1980-1999 ont été codés en France selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9).

Taux de suicide en France et situation par rapport aux pays voisins

On comptabilise annuellement en France plus de 10 000 décès par suicide (10 500 pour l'année 2001, dernière année pour laquelle on dispose de

données validées sur les causes médicales de décès). Ces décès représentent 2 % de l'ensemble des 540 000 décès annuels. Cette part varie fortement selon l'âge. Pour la population des 15 à 44 ans (pour laquelle on enregistre 4 000 décès par an), le suicide représente la deuxième cause de décès (soit 15 % des décès) après les accidents de la route. Pour les 30-39 ans (1 700 décès annuels), il constitue la première cause de mortalité, soit un décès sur cinq. La part du suicide diminue ensuite sensiblement, représentant moins de 1 % de l'ensemble des décès après 85 ans (figure 1).

Pour les hommes, la Finlande ressort, parmi les 15 pays de l'Union Européenne, avec les taux de décès par suicide les plus élevés. Il s'agit du seul pays pour lequel le suicide constitue la première cause de décès chez les jeunes de 15 à 24 ans, avant les accidents de la circulation. Quatre autres pays présentent des taux de décès par suicide particulièrement élevés : la Belgique, l'Autriche, la France et le Luxembourg. À l'opposé, ce sont les pays les plus méridionaux de l'Europe qui présentent les plus faibles taux de mortalité : la Grèce, le Portugal, l'Italie et l'Espagne. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas présentent également des taux relativement faibles. Cette hiérarchie s'observe aussi bien pour l'ensemble de la population qu'en termes de mortalité « prématurée », c'est-à-dire avant 65 ans. Les écarts entre pays sont importants, avec des taux de décès plus de deux fois supérieurs en France qu'au Royaume-Uni ou en Italie. La surmortalité masculine est une caractéristique constante, quel que soit le pays considéré. Pour l'ensemble de l'Union Européenne, les taux de décès sont trois fois plus élevés chez les hommes. Toutefois, la hiérarchie des pays concernant le suicide féminin reste très proche de celle observée pour les hommes. Les évolutions à court terme (1994-1999) dans les différents pays européens indiquent une tendance générale à la baisse des taux de décès par suicide pour les deux sexes, les seules exceptions étant une stagnation concernant les hommes et les femmes, pour le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, la Suède et l'Espagne, et une augmentation pour la Grèce (deux sexes) et le Luxembourg (femmes).

Suicide selon le sexe

Les effectifs et les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, avec sept décès sur dix qui concernent le sexe masculin (7 500 décès pour l'année 1999, contre 2 800 pour les femmes). Le taux de décès masculin standardisé par âge (27,1/100 000) est trois fois plus élevé que chez les femmes (8,8/100 000). La surmortalité masculine s'observe quel que soit l'âge des sujets, mais son niveau varie : le taux de décès est multiplié par 3,7 chez les hommes par rapport aux femmes entre 15 et 24 ans, puis il diminue avec un minimum entre 45 et 64 ans (x 2,3) avant de réaugmenter (x 6,0) après 85 ans.

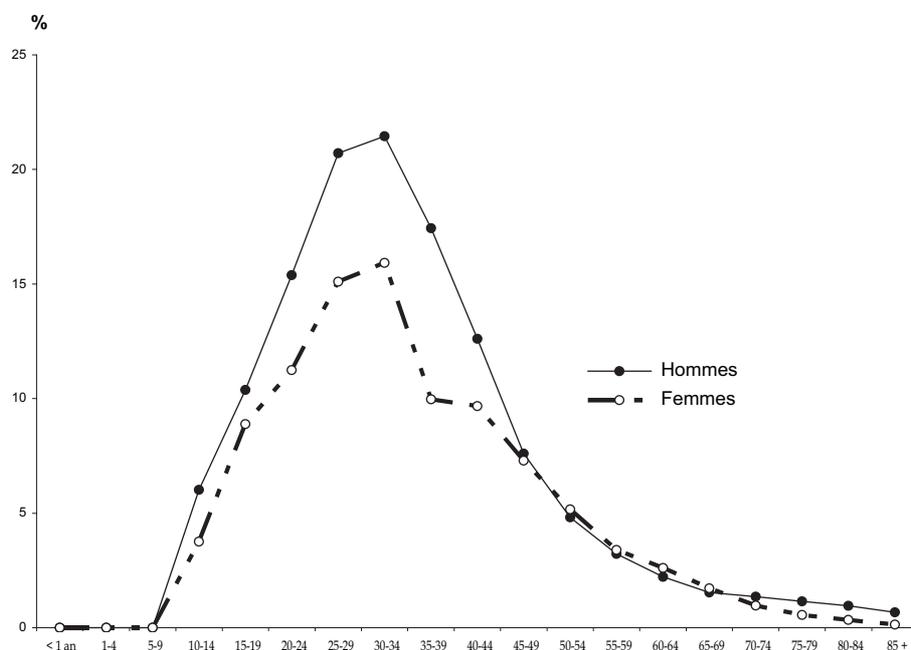


Figure 1 : Proportions du suicide dans la mortalité générale en France (1999) selon l'âge et le sexe

Suicide selon l'âge

Si la part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue sensiblement avec l'âge, il n'en est pas de même pour leur nombre et leur taux. Cinq pour cent des décès par suicide surviennent avant l'âge de 25 ans (600 décès), 65 % entre 25 et 64 ans (6 600 décès) et 30 % après 64 ans (3 000 décès). Quel que soit le sexe, les taux de décès par suicide progressent fortement avec l'âge, mais cette augmentation n'est pas régulière (figure 2). Les taux de décès doublent après 25 ans, restent relativement stables jusqu'à 64 ans, puis progressent à nouveau après 85 ans (en particulier chez les hommes). Les taux de décès sont six fois plus élevés après 85 ans qu'entre 15 et 24 ans (dix fois pour les hommes). Il est donc important de noter que si l'on parle davantage du suicide chez les adolescents, du fait de sa nature particulièrement inacceptable, les personnes âgées sont davantage concernées par le suicide.

Influence du statut matrimonial

Les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8/100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et enfin les personnes mariées (16,8). Les taux de mortalité par suicide sont les plus élevés chez les hommes veufs. En particulier pour les décès des sujets à plus de

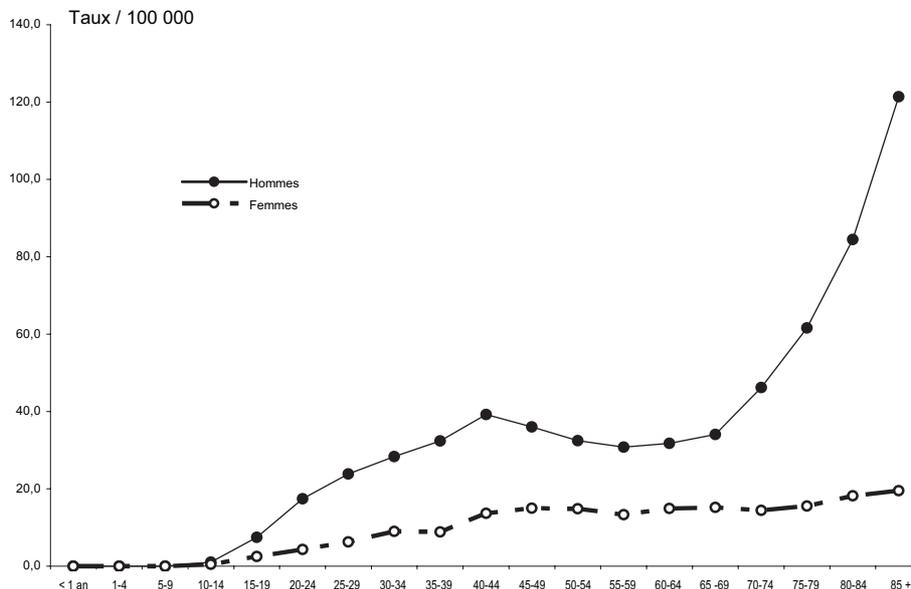


Figure 2 : Taux de décès par suicide en France (1999) selon l'âge et le sexe

64 ans, les taux sont de cinq à dix fois plus élevés que chez les femmes veuves. À l'opposé, les taux de décès les moins élevés s'observent chez les femmes mariées de moins de 65 ans. Le statut matrimonial constitue ainsi un facteur important des disparités de mortalité par suicide. On ne retrouve pas des différences aussi marquées pour la mortalité toutes causes confondues.

Variations selon les régions françaises

On observe de très fortes disparités spatiales de mortalité par suicide en France (période 1997-1999). Ces disparités sont plus importantes que pour la plupart des autres causes de décès, excepté pour le sida et les causes de décès liées à la consommation d'alcool. La région nord-ouest, de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais, est globalement en situation de surmortalité ainsi que le nord des Pays de la Loire et les régions rurales du centre de la France. Les taux de décès sont particulièrement élevés en Bretagne intérieure. À l'inverse, l'Est et le Sud-Ouest sont en situation de sous-mortalité en ce qui concerne les décès par suicide. Pour les hommes, la Bretagne reste la région la plus touchée, avec des taux particulièrement élevés dans les départements des Côtes-d'Armor et du Finistère. Viennent ensuite la Basse-Normandie, la Picardie et les Pays de la Loire (en particulier la Sarthe). À l'opposé, l'ensemble des régions du sud de la France, l'Île-de-France et l'Alsace sont en sous-mortalité. Bien que les taux de décès restent toujours nettement moins élevés chez les femmes et que, pour ces dernières, le niveau des disparités

spatiales soit moins important, on observe de fortes corrélations géographiques entre taux de décès masculins et féminins. On retrouve par exemple que, quel que soit le sexe, les Côtes-d'Armor et le Finistère sont les départements les plus touchés par le suicide. Ces disparités géographiques sont restées relativement stables au cours des vingt dernières années.

Évolution temporelle des taux de décès par suicide en France

Les taux de décès standardisés par âge ont globalement peu évolué entre 1980 et 1999. Au cours de cette période, on constate une tendance à la hausse des taux de suicide jusqu'au milieu des années quatre-vingt, suivie d'une stabilisation jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix puis, pour les hommes comme pour les femmes, une tendance à la baisse depuis 1995. Mais ces évolutions sont restées modérées et, de manière globale, les taux de décès n'ont baissé que de 16 % sur les vingt années étudiées (15 % pour les hommes et 20 % pour les femmes). On note également pour les hommes, depuis les années quatre-vingt, une tendance à l'augmentation du suicide pour les classes d'âge 25-44 ans et pour les sujets de plus de 85 ans.

Des sociologues se sont posés la question de savoir si la survenue d'événements particuliers, à une période donnée, pouvait influencer les taux de suicide (Chauvel, 1997). S'il ne semble pas y avoir de variation directe du taux de suicide en fonction des courbes de croissance économique, des événements forts pourraient avoir un retentissement. Ainsi, un pic de mortalité enregistré en 1976 serait lié à la récession et au fort taux de chômage consécutifs à la crise pétrolière. De la même façon, le pic du milieu des années 1990 correspondrait à une année de récession économique.

Des études réalisées sur de plus longues périodes soulignent un effet de génération dans la propension au suicide. En effet, lorsqu'il est enregistré une augmentation du taux de suicide dans une tranche d'âge donnée, que l'on ne retrouve pas dans le reste de la population, il ne s'agit pas, a priori, d'un effet contextuel. De tels phénomènes ont été attribués au comportement de générations spécifiques. Ainsi, les générations nées avant 1930-1940 se suicident moins que celles nées après 1950. Les générations du baby-boom sont celles chez qui on observe la plus forte montée du suicide. C'est particulièrement vrai pour les hommes. Comme l'a souligné la DREES (Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques), ce phénomène serait lié au fait que les individus nés à la même période ont vécu les mêmes événements négatifs (crise socio-économique...) ou ont acquis des systèmes de valeurs similaires (Anguis et coll., 2002).

Modes de décès par suicide en France

Le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison (41 % des décès en 1999). Toutefois, les modes de suicide varient selon le sexe. Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46 % des décès) et l'usage d'une arme à feu (25 %). Pour les femmes, on observe une plus grande diversité des modes de suicide : empoisonnements médicamenteux (27 %), pendaison (27 %), noyade (17 %) et saut dans le vide (10 %). En comparaison, les noyades et les sauts ne représentent respectivement pour les hommes que 5 % et 4 % des décès par suicide. Les modes de suicide varient également selon l'âge. On enregistre en particulier une proportion supérieure de prise de médicaments pour les femmes entre 35 et 54 ans, avec une tendance similaire pour les hommes de cette tranche d'âge, mais dans des proportions moindres. On note également une part plus élevée de suicides par armes à feu pour les hommes entre 35 et 54 ans. Globalement, les modes de suicide ont peu évolué depuis vingt ans, en dehors d'une légère augmentation du poids des pendaisons et une tendance à la diminution des suicides par arme à feu.

Enfin, les modes de suicide varient en fonction des régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le nord-ouest (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne, Nord-Pas-de-Calais), des suicides par arme à feu dans le sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Roussillon) et des absorptions de médicaments en Île-de-France et en région Paca.

Qualité des données de mortalité par suicide

Le suicide donne lieu, dans la grande majorité des pays, à la publication de statistiques officielles. Les méthodes de recueil sont en réalité très variées et on estime que ces statistiques sont susceptibles de ne pas rendre compte de l'ampleur exacte du phénomène. En particulier, des biais peuvent survenir aux deux étapes de la production des données de mortalité : les biais introduits au moment de la certification médicale du décès et les biais introduits au moment de la codification du décès. Ces biais conduisent souvent à une sous-estimation du nombre de décès par suicide. En France, cette sous-estimation a été évaluée à 20 %.

L'étude de la qualité et de la comparabilité des méthodes de certification des causes de décès a fait l'objet d'un rapport de la Commission européenne coordonné par le CépiDc (Jouglu et coll., 1998 ; 2001).

Pour appréhender les sources de biais potentiels des données officielles sur la mortalité par suicide, il est important de rappeler les procédures de certification et de codification des causes de décès. Un certificat médical doit être établi à l'occasion de chaque décès. Les caractéristiques de ce certificat se

fondent sur les recommandations de la Classification internationale des maladies (CIM). Cette standardisation a pour objectif l'amélioration de la comparabilité internationale des causes de décès. La première partie du certificat décrit les causes de décès selon le processus morbide ayant conduit à la mort en partant d'une cause initiale jusqu'à une cause terminale, avec éventuellement des causes intermédiaires (par exemple suicide par arme à feu en cause initiale, plaie crânio-cérébrale en cause intermédiaire et hémorragie cérébrale en cause terminale). La deuxième partie indique les causes ayant pu contribuer au décès (par exemple dépression, alcoolisme...). Les causes médicales de décès sont ensuite codées selon la CIM. Cette codification conduit à la sélection d'une cause initiale pour chaque décès. Compte tenu de ce processus d'enregistrement, des biais peuvent survenir aux deux étapes du processus d'enregistrement : certification et codification médicales.

Les biais de codification peuvent être considérés comme mineurs. En effet, dans le cas du suicide et compte tenu de l'importance de ce problème de santé publique, les règles de la CIM conduisent à sélectionner le suicide même si le médecin a indiqué une autre cause initiale de décès (par exemple dépression ayant entraîné un suicide).

Les biais principaux sont à appréhender au niveau de la certification médicale. Pour mesurer ces biais, une méthode utilisée au niveau international est d'analyser les causes de décès « concurrentes » définies comme des causes de décès pouvant « masquer » un suicide dans les statistiques. Cette méthode a été utilisée sur les données françaises, en prenant en compte deux types de causes « concurrentes » pour lesquelles on disposait d'investigations complémentaires : morts violentes indéterminées quant à l'intention et causes inconnues de décès (Jouglà et coll., 2002 ; Chappert et coll., 2003). Les causes indéterminées quant à l'intention correspondent à des cas où le médecin n'a pas pu conclure, à des cas pour lesquels la certification du médecin n'a pas été assez précise, ou à des cas pour lesquels une enquête complémentaire était encore en cours au moment de la certification du décès. Les résultats d'une enquête réalisée sur un échantillon de ces cas auprès des médecins certificateurs indiquent que l'on peut estimer à 35 % la part des causes indéterminées qui sont en fait des suicides. L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, s'explique souvent par une absence de retour d'informations suite à une enquête médico-légale. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux de Paris (Lecomte et coll., 1994) et de Lyon (Tilhet-Coartet et coll., 2000) ont permis d'estimer qu'environ 25 % de ces cas étaient des suicides. Le CépiDc a extrapolé l'ensemble de ces résultats aux décès survenus en France en 1999 et évalué, après correction, les changements dans les effectifs, les taux et les caractéristiques socio-démographiques des suicides. Cette étude a montré que les taux de suicides déterminés à partir des données officielles étaient sous-évalués d'environ 20 %, mais que les caractéristiques socio-démographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction (Jouglà et coll., 2003). Une série

de recommandations permettraient d'améliorer la validité et l'homogénéité des méthodes de certification des décès par suicide (Jouglà et coll., 1998). L'établissement de critères opérationnels destinés à guider les médecins certificateurs pour conclure à un suicide serait nécessaire. Pour sa part, le NCHS (*National center for health statistics*) a publié dès 1988 un document de ce type, élaboré dans le cadre d'un large groupe de travail et destiné aux médecins américains (*Operational criteria for determining suicide*⁴).

En conclusion, il est bien sûr essentiel, pour une bonne évaluation de la situation, de disposer de données fiables sur la fréquence du suicide dans un pays. À ce titre, des études utilisant la méthode de l'autopsie psychologique pourraient concourir, par une meilleure appréciation des causes de décès en France, à une amélioration des indicateurs épidémiologiques et contribueraient à caractériser les populations à risque pour analyser les déterminants des conduites suicidaires.

Eric Jouglà

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CépiDc Inserm
Le Vésinet

BIBLIOGRAPHIE

ANGUIS M, CASES C, SURAULT P. L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *DREES, Etudes et Résultats* 2002, **185** : 7 p

CHAPPERT JL, PEQUIGNOT F, PAVILLON G, JOUGLA E. Evaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. *DREES, Série Etudes* 2003 : 45 p

CHAUVEL L. L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge : effet de génération ou recomposition du cycle de vie ? *Rev française sociologie*, 1997

JOUGLA E, PAVILLON G, ROSSOLLIN F, DE SMEDT M, BONTE J. Improvement of the quality and comparability of causes of death statistics inside the European Community. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1998, **46** : 447-456

JOUGLA E, ROSSOLLIN F, NIYONSENGA A, CHAPPERT JL, JOHANSSON LA, PAVILLON G. Comparability and quality improvement in European causes of death statistics. *Eurostat*, Project 96/S99-5761/EN 2001, 190 p

JOUGLA E, PEQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLLIN F, LE TOULLEC A, PAVILLON G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2002, **50** : 49-62

JOUGLA E, PEQUIGNOT F, LE TOULLEC A, BOVET M, MELLAH M. Epidémiologie et histoire de la prévention du suicide : Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide, *ADSP* 2003, **45** : 31-34

LECOMTE D, HATTON F, RENAUD G, LE TOULLEC A. Les suicides en Ile-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans. Résultats d'une étude coopérative. *BEH* 1994, **2** : 5-6

TILHET-COARTET S, HATTON F, LOPEZ C, PEQUIGNOT F, MIRAS A, JACQUART C, JOUGLA E, MALICIER D. Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. *La Presse Médicale* 2000, **29** : 181-185