

# Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide

**Avec plus de 10 000 décès par an, la France est l'un des pays où l'on meurt le plus par suicide. Si les données épidémiologiques émeuvent, le suicide a longtemps été ignoré et confiné à la sphère privée. Il n'est reconnu par les institutions et identifié comme problème de santé publique que depuis une vingtaine d'années.**

## Données et caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par suicide

### Sources de données et indicateurs

Les données sur lesquelles se base cette étude sont issues de la statistique des causes médicales de décès élaborée annuellement par le CépiDc de l'Inserm. Elles concernent les années quatre-vingt à 1999 (l'année 1999 est la dernière année pour laquelle on dispose de données validées sur les causes médicales de décès). 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 suicides, variations géographiques (1997-1999) et évolutions dans le temps (1980-1999). Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, la part des décès par suicide dans la mortalité générale, les taux bruts de décès (effectifs de décès rapportés aux populations moyennes annuelles), les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de la population française (ensemble et moins de 65

ans) et les ratios de mortalité selon le sexe. Les décès de la période 1980-1999 ont été codés selon la 9<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM9). Les codes de cette classification correspondant au suicide sont inclus dans le chapitre « Traumatismes et empoisonnements (E950 à E959) » et permettent d'identifier les modes de suicide (pendaisons, armes à feu, médicaments...). L'analyse de la situation de la France par rapport aux autres pays de l'Union européenne (UE) est basée sur les données de mortalité diffusées par Eurostat (dernière année disponible, 1999). Une dernière partie traite de l'évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide et de l'impact de certains biais de déclaration sur les données officielles.

### *Le suicide, première cause de décès chez les 30-39 ans*

On comptabilise annuellement en France environ 10 300 décès par suicide (année 1999). Ces décès représentent 2 % de l'ensemble des 540 000 décès survenant chaque année. Cette part varie fortement selon l'âge. Pour les personnes de 15 à 44 ans (4 000 décès par an), le suicide représente la deuxième cause de décès (15 % des décès) après les accidents de la circulation. Pour les 30-39 ans (1 700 décès), il constitue la première cause de décès (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).

### *Un taux de décès multiplié par trois chez les hommes par rapport aux femmes*

Les effectifs et les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés chez les hommes : sept décès

**Eric Jougl**  
Directeur du CépiDc  
**Françoise Péquignot**  
Ingénieur  
**Alain Le Toulec**  
Technicien  
**Martine Bovet**  
Technicien  
**Marc Mellah**  
Technicien  
Inserm-CépiDc,  
IFR 69 Centre  
d'épidémiologie sur  
les causes médicales  
de décès



## La prévention du suicide

sur dix concernent le sexe masculin (7 500 décès par an, contre 2 800 pour les femmes). Le taux de décès masculin standardisé par âge (27,1 pour 100 000) est trois fois plus élevé que chez les femmes (8,8 pour 100 000). La surmortalité masculine s'observe quel que soit l'âge des sujets, mais son niveau varie : taux de décès multiplié par 3,7 chez les hommes par rapport aux femmes entre 15 et 24 ans, puis diminution avec un minimum entre 45 et 64 ans (2,3) et ensuite augmentation pour atteindre 6,0 après 85 ans.

### Un taux de décès qui progresse fortement avec 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. 5 % du total des décès par suicide surviennent avant 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 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 taux de décès sont nettement plus élevés chez les personnes âgées.

### Une relative stabilité des taux de décès dans le temps

Entre 1980 et 1999, les taux de décès standardisés par âge ont peu évolué. Au cours de cette période, on constate cependant une tendance à la hausse des taux jusqu'au milieu des années quatre-vingt, suivi d'une stabilité jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix et, que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, une tendance à la baisse depuis 1995. Mais ces évolutions sont restées modérées, et globalement les taux de décès n'ont varié que de -16 % sur les vingt années étudiées (-15 % pour les hommes et -20 % pour les femmes). En fonction de l'âge, on note, mais uniquement pour les hommes, une augmentation depuis les années quatre-vingt pour les classes d'âge 25-44 ans et plus de 85 ans.

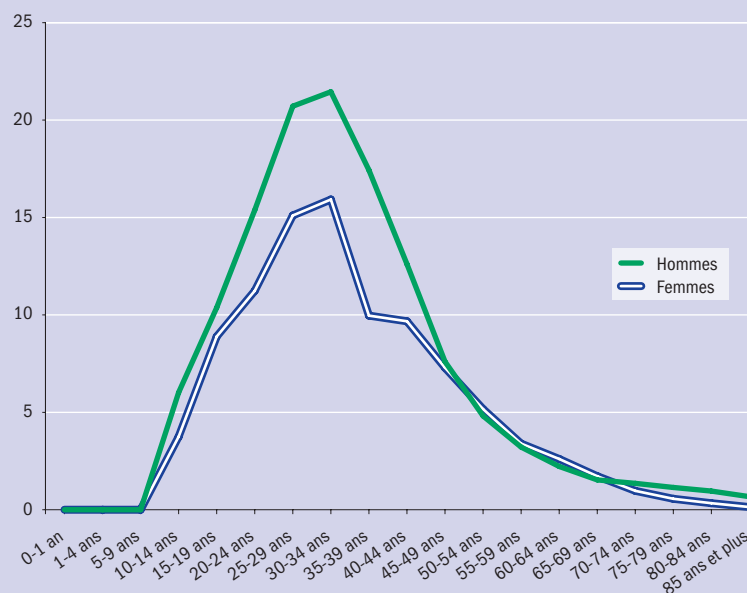
### La pendaison reste le mode de décès le plus fréquent

Le mode de décès par suicide le plus fréquent est la pendaison (41 % des décès en 1999). Cependant, les modes de suicide varient selon le sexe. Pour les hommes, les deux modes prépondérants sont la pendaison (46 % des décès) et les armes 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 d'un lieu élevé (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 note en particulier une proportion supérieure de prise de médicaments pour les femmes entre 35 et 54 ans (tendance similaire pour les hommes, mais dans des proportions

figure 1

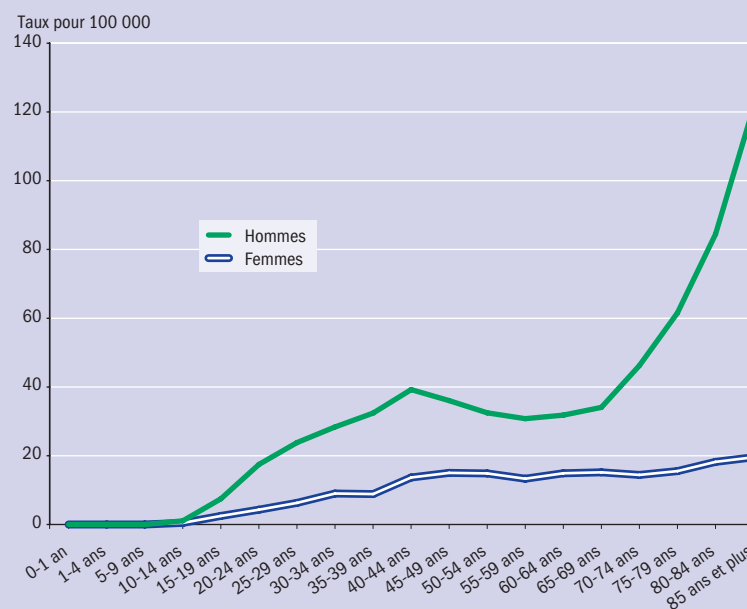
Part des suicides dans la mortalité générale selon le sexe et l'âge (France 1999, en pourcentage)



Source : CépiDc, Inserm.

figure 2

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



Source : CépiDc, Inserm.

moindres). On note également une part plus élevée de suicides par armes à feu pour les hommes entre 35 et 54 ans. Les modes de suicide ont peu évolué depuis vingt ans, à part une légère augmentation du poids des pendaisons et une tendance à la diminution de celui des suicides par armes à feu.

#### Statut matrimonial

Les taux de décès par suicide les plus élevés concernent les veufs (58,8 pour 100 000), puis les divorcés (37,3), les célibataires (20,4) et les personnes mariées (16,8). On note des taux de mortalité par suicide maximum chez les hommes veufs. En particulier pour les décès des sujets de plus de 65 ans, les taux de décès sont de cinq à dix fois plus élevés chez les hommes veufs 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).

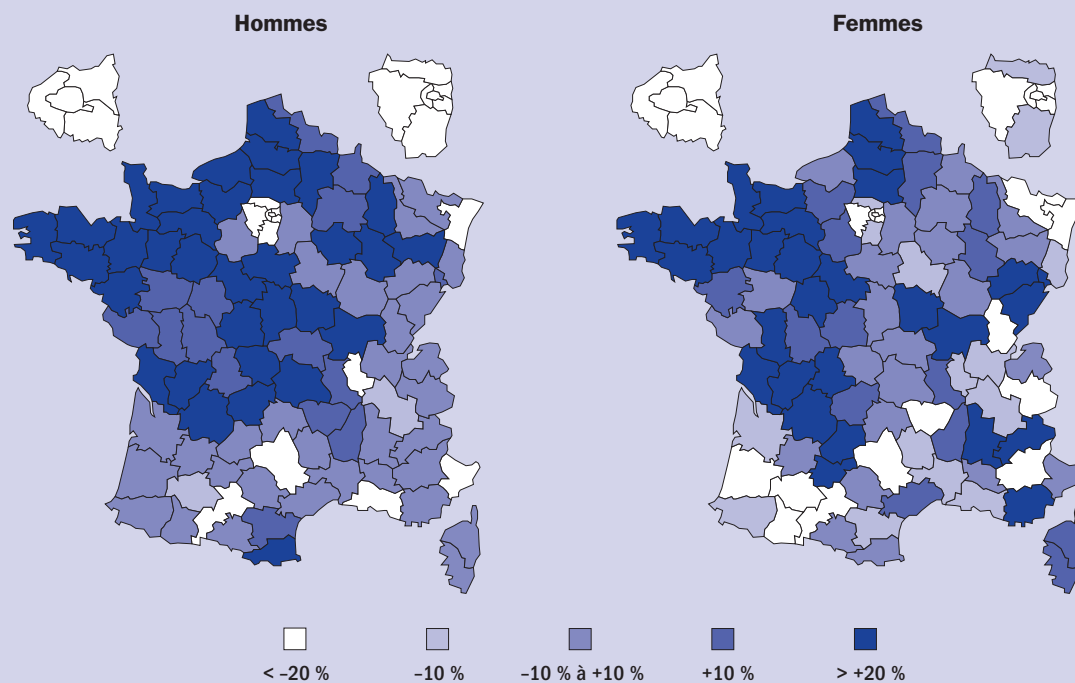
#### Un gradient nord-ouest du suicide en France

On observe de très fortes disparités spatiales de mortalité par suicide en France (figure 3). 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). Le 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 nette sous-mortalité. 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 elles, 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, quel que soit le sexe, que les Côtes-d’Armor et le Finistère sont les départements les plus touchés. Ces disparités spatiales sont restées relativement stables depuis une vingtaine d’années. Les modes de suicide varient selon les régions françaises. On note en particulier la part importante des pendaisons dans le Nord-Ouest (Basse-Normandie, Pays de la Loire et Bretagne, Nord-

figure 3

#### Taux de décès par suicide selon le sexe et les départements (1997-1999)\*



\* Taux standardisés par âge, variation par rapport à la moyenne nationale.

Source : CépiDc, Inserm.



## La prévention du suicide

Pas-de-Calais), des suicides par armes à feu dans le Sud (Corse, Aquitaine, Languedoc-Roussillon) et des absorptions de médicaments en Île-de-France et en région Paca.

### **La France est dans le groupe des pays de l'Union européenne à plus fort taux de suicides**

Pour les hommes, la Finlande ressort avec les taux de décès les plus élevés au sein de l'Union européenne. 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 ressortent avec des taux de décès particulièrement élevés : la Belgique, l'Autriche, la France et le Luxembourg. À l'opposé, ce sont les pays les plus méridionaux de l'UE qui ont les plus faibles taux de décès (Grèce, Portugal, Italie et Espagne). Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également des taux de décès relativement faibles. Cette hiérarchie s'observe aussi bien pour l'ensemble de la population qu'en termes de mortalité « prématurée » (avant 65 ans). Les écarts entre pays sont importants puisque les taux de décès sont plus de deux fois plus élevés en France qu'au Royaume-Uni ou en Italie. Pour les femmes, le niveau de la mortalité est, quel que soit le pays considéré, nettement plus bas (pour l'ensemble de l'UE, les taux de décès sont trois fois plus élevés chez les hommes). Cependant, la hiérarchie des pays reste très proche de celle observée pour les hommes. Les évolutions à court terme (1994-1999) indiquent une tendance générale à la baisse des taux de décès dans les pays de l'UE pour les deux sexes, les seules exceptions étant une stagnation de la mortalité, quel que soit le sexe, pour le Royaume-Uni, l'Irlande, la Belgique, la Suède et l'Espagne, et une augmentation pour la Grèce (deux sexes) et pour le Luxembourg (femmes).

### **Qualité des données de mortalité sur le suicide**

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 de l'Inserm [13, 15]. Parmi les causes de décès analysées, le suicide est une des causes qui ont fait l'objet du nombre le plus important d'études. 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. Ce certificat est basé sur celui recommandé par 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. Nous avons utilisé cette méthode sur les données françaises, en prenant en compte deux types de causes « concurrentes » pour lesquelles nous disposons d'investigations complémentaires : morts violentes indéterminées quant à l'intention et causes inconnues de décès [4, 14]. 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 indique 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 [17] et de Lyon [28] ont permis d'estimer qu'environ 25 % de ces cas étaient des suicides. Nous avons 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 (i) que les taux de suicides déterminés à partir des données officielles étaient sensiblement sous-évalués (d'environ 20 %) ; (ii) mais que les caractéristiques socio-démographiques et géographiques du suicide changeaient peu après correction. Cette conclusion est importante car elle montre que, s'il est bien sûr essentiel de disposer d'une bonne évaluation de la fréquence du suicide dans un pays, on peut cependant caractériser les populations à risque et analyser les déterminants des conduites suicidaires sur la base des données actuellement disponibles, à la condition que les biais de déclaration restent relativement stables. ■

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 62.