

## Contexte national

Le suicide constitue un réel problème de santé publique, tant par les pertes en vies humaines qu'il provoque que par les problèmes psychologiques et sociaux dont il témoigne. A la suite d'une longue décrue, le nombre de personnes décédées par suicide est passé de 12 251 en 1993 à 10 733 pour l'année 2003, ce qui représente environ 2 % de la mortalité générale. Les études sur le sujet s'accordent pour dire que ce nombre est sous-estimé de 20 %, du fait à la fois du caractère tabou du sujet et du manque d'information sur les décès examinés par les Instituts médico-légaux. Selon les statistiques Eurostat, la France se situe dans l'espace européen parmi les pays qui présentent les taux de mortalité par suicide les plus élevés. Les facteurs qui peuvent contribuer à expliquer ces écarts de mortalité sont d'ordre culturel (Baudelot, et al., 2006) 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 2002, le nombre de tentatives de suicide ayant fait l'objet d'un recours aux soins est estimé à 195 000. 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.

## Faits marquants en Alsace

- 269 décès par suicide en Alsace en 2005 (chiffre sous-estimé, Cf. page 4), dont 2/3 concernent des hommes.
- Trois décès par suicide sur quatre ont lieu avant 65 ans.
- La baisse de la mortalité par suicide semble avoir atteint un seuil.
- Les évolutions de la mortalité par suicide sont une combinaison d'évolution de la mortalité par âge, par génération et par période.

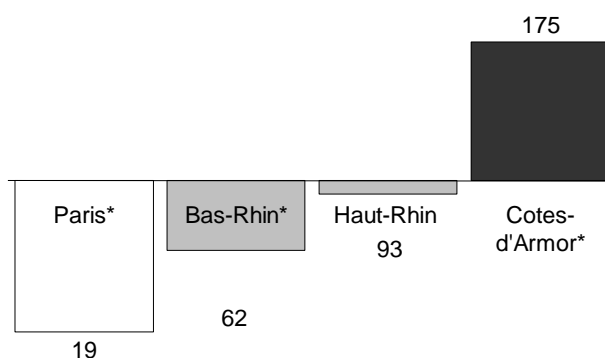
## Si le Haut-Rhin présente une mortalité par suicide comparable à la France métropolitaine, le Bas-Rhin se distingue positivement

Le Haut-Rhin présente un indice comparatif de mortalité (ICM) par suicide qui ne se distingue pas de la valeur nationale (France métropolitaine), autant pour les hommes que pour les femmes. Le Bas-Rhin, en revanche, affiche des ICM inférieurs de plus de 30 points à la valeur de France métropolitaine, soit un écart significatif sur le plan statistique.

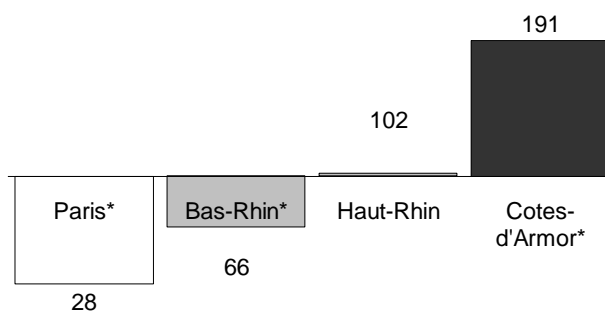
En l'état actuel des connaissances, l'Alsace reste donc une région où la problématique de la mortalité par suicide est moins prégnante que pour l'ensemble de la France métropolitaine. Cependant, l'écart entre les deux départements invite à une certaine prudence car la mortalité par suicide dans le Bas-Rhin semble particulièrement sous-estimée (cf. p.4). Malgré tout, même en tenant compte de ce biais, il est raisonnable de penser que la région reste en sous-mortalité par rapport à la moyenne métropolitaine.

**L'indice comparatif de mortalité (ICM),** appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans le département au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du  $\chi^2$  au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. L'ICM élimine les effets de structure par âge mais n'autorise pas les comparaisons entre deux périodes, entre deux sexes ou entre deux départements.

### ICM par suicide : départements alsaciens et extrêmes en France métropolitaine – moyenne 2003-2005 – hommes



### ICM par suicide : départements alsaciens et extrêmes en France métropolitaine – moyenne 2003-2005 – femmes



\* écart significatif

Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsal

## L'évolution de la mortalité par suicide semble avoir atteint un seuil

Après une longue période de diminution, plus ou moins marquée selon le sexe et la zone géographique, les taux comparatifs de mortalité par suicide se sont relativement stabilisés en France métropolitaine depuis quelques années. L'Alsace présente des taux inférieurs à la France, particulièrement chez les hommes, et suit une évolution parallèle.

**Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans le département s'il avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).**

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les départements français.

## Des effets de générations sont manifestes en matière de mortalité par suicide

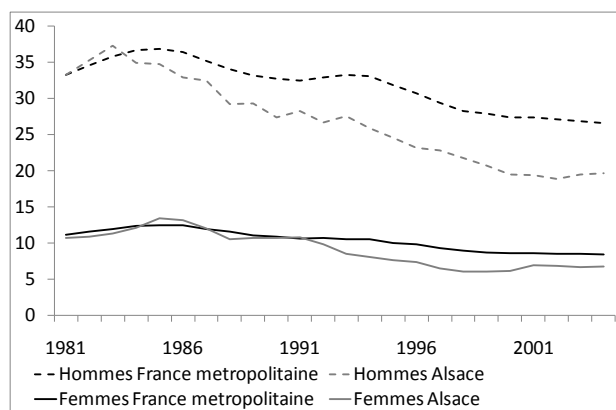
La comparaison des taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe entre 1981 et 2004 laisse apparaître des différences qui peuvent être lues comme une combinaison d'effets d'âge, de période et de génération (Chauvel, 1997) (Anguis, et al., 2002).

Pour les hommes comme pour les femmes, les taux sont globalement inférieurs en 2004 par rapport à 1981. Les écarts sont particulièrement marqués pour les hommes à partir de 70-74 ans, et pour les femmes à partir de 55-59 ans.

La représentation des taux de mortalité par suicide par groupe quinquennal de générations fait ressortir une diminution importante entre les générations du début du siècle jusqu'à celles nées durant la seconde guerre mondiale. Pour les générations suivantes, la diminution du taux de mortalité par suicide est plus faible mais semble néanmoins se poursuivre. La baisse de mortalité par suicide au fur et à mesure des générations est plus importante pour les hommes que pour les femmes, particulièrement dans les générations d'avant guerre.

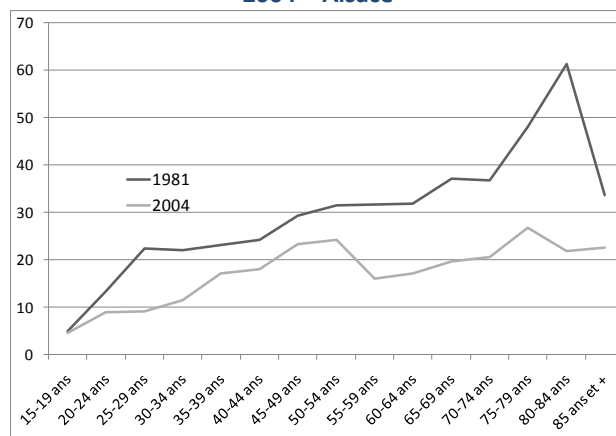
S'il est délicat d'apporter des éléments d'explications de l'écart constaté, un rappel des circonstances de vie des générations concernées peut être réalisé. Ainsi, les générations ayant traversé les périodes de crises telles que les deux guerres mondiales ou les périodes de régression économique à des moments clés de leur vie ont une mortalité par suicide plus importante que les générations ayant pu trouver un emploi et fonder un foyer dans des périodes plus clémentes.

## Evolution selon le sexe de 1981 à 2004 des taux comparatifs de mortalité par suicide – France métropolitaine et Alsace

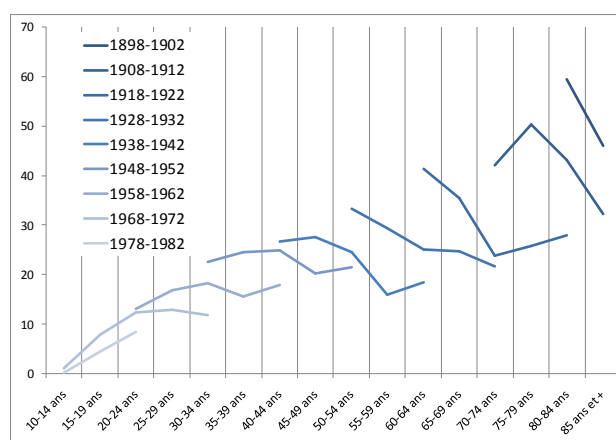


Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsal

## Taux de mortalité par suicide selon l'âge en 1981 et 2004 – Alsace



## Taux de mortalité par suicide selon l'âge par groupe de générations – Alsace



Sources : Inserm CépiDC, Insee – exploitation Orsal

### Près des trois quarts des décès annuels par suicide sont masculins

En Alsace, ce sont en moyenne 172 hommes et 67 femmes qui se donnent la mort chaque année, soit un rapport de 2,6 hommes pour une femme.

Plus de trois décès par suicide sur quatre ont lieu avant 65 ans en Alsace, alors que les décès de toutes causes ayant lieu avant cet âge ne représentent qu'un décès sur cinq.

Pour toutes les tranches d'âge, les décès par suicide sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, en Alsace comme au niveau national. La part des décès par suicide est particulièrement importante chez les 15-44 ans : pour les hommes comme pour les femmes, entre un et deux décès sur dix est un suicide.

### Effectifs annuels moyens de décès par suicide (2003 à 2005) et proportion de décès par suicide par tranche d'âge – Alsace et France métro. – Hommes et Femmes

Hommes	Alsace		France	
	Effectif	%	Effectif	%
15-24	12	15,6%	469	16,2%
25-34	20	17,2%	973	23,4%
35-44	36	16,6%	1596	17,7%
45-54	44	7,8%	1707	7,6%
55-64	18	2,1%	954	2,9%
65 ans ou plus	42	0,9%	2162	1,1%
<b>Ensemble</b>	<b>172</b>	<b>2,5%</b>	<b>7860</b>	<b>2,9%</b>

Femmes	Alsace		France	
	Effectif	%	Effectif	%
15-24	4	14,3%	134	13,5%
25-34	6	14,5%	263	16,2%
35-44	13	10,7%	503	11,2%
45-54	18	6,7%	686	6,6%
55-64	11	2,9%	469	3,2%
65 ans ou plus	14	0,2%	818	0,4%
<b>Ensemble</b>	<b>67</b>	<b>1,0%</b>	<b>2874</b>	<b>1,1%</b>

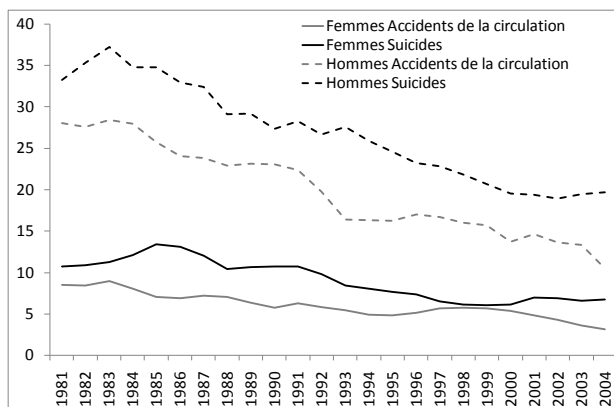
Sources : Inserm CépiDC – exploitation Orsal

### La baisse de la mortalité par suicide est parallèle à celle de la mortalité par accident de la circulation

Les décès par suicide chez les hommes sont supérieurs aux décès par accident de la circulation depuis plus de 20 ans. Les deux causes ont connu depuis 1982 une décroissance globalement similaire.

Pour les femmes, les choses apparaissent plus complexes. D'une part la diminution des taux comparatifs est nettement moins marquée et d'autre part, le suicide connaît une légère hausse depuis 2000 tandis que la mortalité par accident de la route continue de baisser.

### Taux comparatif de mortalité par suicide et par accident de la circulation selon le sexe – Alsace – 1981 à 2004



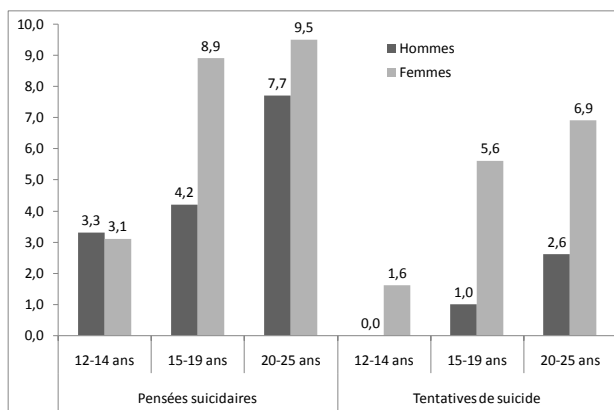
Sources : Inserm CépiDC – exploitation Orsal

### Idéations et conduites suicidaires chez les jeunes constituent des phénomènes plutôt féminins

Interrogés en l'an 2000 sur leurs idées de suicide et tentatives de suicide, les jeunes alsaciens présentent un profil typique dans leur réponse : globalement, il s'agit d'un phénomène plutôt féminin et qui s'accroît avec l'âge. Il est cependant à noter que pour les 20-25 ans, les pensées suicidaires sont pratiquement aussi fréquentes chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes.

Ces informations doivent être considérées avec prudence : il s'agit de données déclaratives, recueillies par entretien téléphonique. Elles confirment cependant ce qu'indiquent d'autres études sur les tentatives de suicide et les idées suicidaires quant à la large part féminine dans ces phénomènes (Mouquet, et al., 2006) (Badeyan, et al., 2001).

### Idéations suicidaires et tentatives de suicide selon l'âge et le sexe (%) – Alsace – 2000



Sources : Orsal - Baromètre Santé Jeune 2000

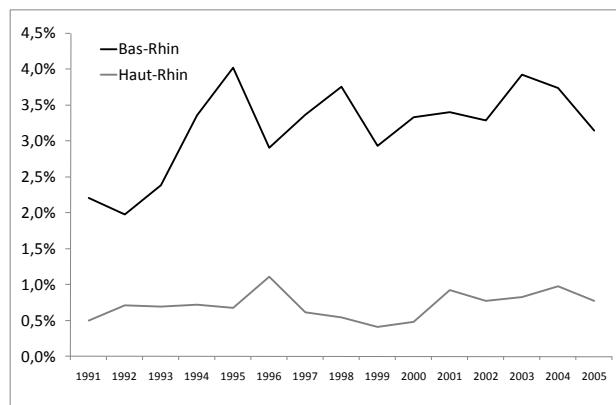
### Le sujet reste difficile à aborder sur le plan statistique

Pour un certain nombre de raisons culturelles et sociétales, le suicide reste un sujet relativement tabou et délicat à cerner sur le plan statistique (Jougla, 2002). Différents travaux mettent en lumière les limites des données sur les décès en la matière : au-delà des strictes questions de déclaration, le parcours que suivent les certificats de décès peuvent entraîner une sous-déclaration des suicides. En effet, lorsque la mort revêt un caractère suspect, une autopsie est réalisée par le service médico-légal compétent : la remontée du codage final de la cause de décès est alors fortement liée à la pratique du service (Ungerer, 1998).

### Les décès de cause inconnue invitent à relativiser la sous-mortalité bas-rhinoise

A défaut de cause informée, les décès sont classés en « décès de cause inconnue » (code CIM10 : R99) ou en « traumatismes et empoisonnements indéterminés quant à l'intention » (code CIM10 : Y10-Y34). En corrigeant les taux de mortalité par suicide selon la méthode du CépiDC (Jougla, 2002), on les réévalue de 14 % dans le Haut-Rhin et de 53 % dans le Bas-Rhin. L'écart entre les deux départements est ainsi sensiblement réduit, sans pour autant disparaître. L'Alsace compterait ainsi près de 313 décès annuels par suicide, contre 240 avant correction. Cependant, la sous-mortalité alsacienne reste une réalité puisque les autres départements français connaissent, quoique dans une moindre mesure, les mêmes difficultés de codage des décès (Jougla, 2002).

### Proportion de décès de cause inconnue parmi l'ensemble des décès – Bas-Rhin et Haut-Rhin – 1991 à 2005



Sources : Inserm CépiDC – exploitation Orsal

### Taux comparatif de mortalité par suicide, par cause inconnue et par traumatisme et empoisonnement indéterminé quant à l'intention (2003 à 2005) – Alsace

Taux comparatif de mortalité (p.100 000)	Suicides (a)	Cause inconnue (b)	Traumatismes et empoisonnements indéterminés quant à l'intention (c)	Suicides corrigés selon méthode CépiDC (d)*
Bas-Rhin	11,3	23,5	0,4	17,3
Haut-Rhin	16,9	8,6	0,4	19,1
Alsace	13,6	17,3	0,4	18,0

\* (Jougla, 2002) ; (d) = a + 0,25b + 0,35c

Sources : Inserm CépiDC – exploitation Orsal

## Bibliographie

- Anguis, Marie, Cases, Chantal et Surault, Pierre. 2002.** L'évolution des suicides sur longue période : le rôle des effets d'âge, de date et de génération. *Etudes et résultats*. août 2002, 185.
- Badeyan, Gérard et Parayre, Claudine. 2001.** Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. *Etudes et résultats*. avril 2001, 109.
- Baudelot, Christian et Establet, Roger. 2006.** *Suicide, l'envers de notre monde*. Paris : Editions du Seuil, 2006.
- Chauvel, Louis. 1997.** L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge. *Cahiers de l'observatoire sociologique du changement*. 1997.
- Jougla, Eric. 2002.** La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. 2002, 50, pp. 49-62.
- Michel, Eliane, Bocquier, Aurélie et Verger, Pierre. 2008.** La fiabilité des causes médicales de décès en Provence-Alpes-Côtes d'Azur. *Santé publique*. 2008, Vol. 20, 1.
- Mouquet, Marie-Claude et Bellamy, Vanessa. 2006.** Suicides et tentatives de suicide en France. *Etudes et résultats*. mai 2006, 488.
- Surault, Pierre. 1995.** Variation sur les variations du suicide en France. *Population*. 1995, Vol. 50, 4, pp. 983-1012.
- Ungerer, Christine. 1998.** Le cas particulier de la médecine légale dans l'analyse de la mortalité, l'exemple de l'Alsace. *Population*. 1998, Vol. 44, 6, pp. 1252-1254.