

Contexte



En France métropolitaine, en 2005, le suicide est à l'origine de deux fois plus de morts que la route : 10 673 décès par suicide contre 5 074 par accident de la circulation.

On compte ainsi près d'un décès par suicide toutes les heures en moyenne.

Le suicide reste donc 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.

Les caractéristiques des personnes qui décèdent de suicide diffèrent de celles qui effectuent une tentative : schématiquement, les premières sont plus souvent âgées et de sexe masculin, et les secondes jeunes et de sexe féminin.

Les actions de prévention dans ce domaine sont difficiles à mettre en oeuvre et restent encore peu développées. La prise en charge hospitalière tend toutefois à s'organiser et à faire l'objet d'une réflexion spécifique, notamment dans les services d'urgence qui accueillent un grand nombre de suicidants, dont près de la moitié pour une récurrence.

Un des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique est de réduire de 20 % le nombre des suicides en population générale d'ici 2008.

Des programmes régionaux de santé publique se sont engagés à mettre en place des actions ayant pour objectif de réduire le nombre de suicides sur leur territoire.

L'essentiel à retenir en Languedoc-Roussillon

- ▶ 483 décès par suicide en moyenne annuelle entre 2003-2005, soit 2 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues.
- ▶ Des tentatives de suicide plus fréquentes chez les femmes, mais une mortalité par suicide plus élevée chez les hommes.
- ▶ Un taux de mortalité par suicide qui atteint son maximum pour les hommes de 85 ans ou plus.
- ▶ Une part de la mortalité par suicide dans la mortalité générale plus élevée chez les jeunes : le suicide est la 2^{ème} cause de mortalité chez les 15-44 ans.
- ▶ Une situation plus défavorable en Languedoc-Roussillon :
 - une surmortalité par rapport à la moyenne nationale depuis quelques années,
 - à structure d'âge égale, chez les hommes, la mortalité par suicide a tendance à augmenter depuis quelques années.

Une spécificité en Languedoc-Roussillon.....

dans le Programme régional de santé publique :
volet enfants et jeunes, une des priorités retenues : mal-être/suicide
(Groupement Régional Santé Publique - Appel à projet 2008)

Les objectifs fixés sont :

- ✓ Réduire la souffrance psychique des jeunes.
- ✓ Développer les conditions d'expression et de dialogue.
- ✓ Repérer précocement la souffrance psychique quel que soit son mode d'expression.
- ✓ Développer les compétences des jeunes à être attentifs à la souffrance psychique de leurs pairs.
- ✓ Prendre en charge précocement la souffrance psychique, quel que soit son mode d'expression.
- ✓ Développer les compétences des adultes en position d'encadrement à repérer la souffrance psychique des jeunes dans tous les milieux de vie et développer leur qualité relationnelle avec les jeunes.
- ✓ Veiller à une égale répartition sur le territoire des lieux d'écoute et des dispositifs de droit commun, les faire connaître et faciliter leur accès aux jeunes.

Dans le thème «Violences et accidents»

- Les accidents de la route.
- Les accidents de la vie courante.

Des décès par suicide plus fréquents chez les hommes et tout particulièrement chez les hommes de 35 à 54 ans

Sur la période 2003-2005, 483 décès par suicide ont été déclarés en moyenne chaque année en Languedoc-Roussillon, soit 2 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues (2,8 % pour les hommes et 1,1 % pour les femmes).

En terme d'effectifs, les hommes âgés de 35 à 54 ans sont les plus concernés par les décès par suicide : 3 décès sur 10 chez les hommes dans cette tranche d'âge.

Ramenée à l'ensemble des décès, la part de suicide est la plus forte chez les 25-34 ans. Ils constituent la 2^{ème} cause de mortalité de cette tranche d'âge après les accidents de la circulation.

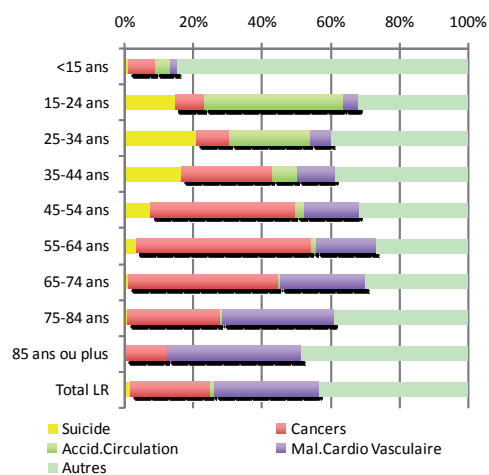
Le suicide est aussi la 2^{ème} cause de mortalité des 15-24 ans et des 35-44 ans. Chez les 35-44 ans, on compte 2,2 suicides pour un décès par accident de la circulation.

Nombre annuel moyen de décès par suicide en Languedoc-Roussillon au cours de la période 2003-2005

	Homme		Femme		Ensemble	
	n	Part dans l'ensemble des décès (%)	n	Part dans l'ensemble des décès (%)	n	Part dans l'ensemble des décès (%)
<15 ans	1	1,2	1	1,5	2	1,4
15-24 ans	21	15,6	6	15,4	26	14,9
25-34 ans	40	22,2	13	18,6	52	20,8
35-44 ans	74	19,7	20	10,3	94	16,5
45-54 ans	70	7,8	34	7,7	103	7,7
55-64 ans	41	3,0	23	3,8	65	3,3
65-74 ans	34	1,4	13	1,1	48	1,3
75-84 ans	51	1,2	15	0,4	66	0,8
85 ans ou plus	22	0,7	5	0,1	27	0,3
Total Languedoc-Roussillon	354	2,8	129	1,1	483	2,0

Source : Inserm, CépiDC, exploitation ORS L-R
Données lissées sur 3 ans

Part des décès dans l'ensemble des décès en Languedoc-Roussillon en 2003-2005 (en %)



Le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge pour atteindre son maximum à 85 ans et plus pour les hommes

Quel que soit l'âge, le taux de mortalité par suicide masculin est toujours supérieur à celui des femmes.

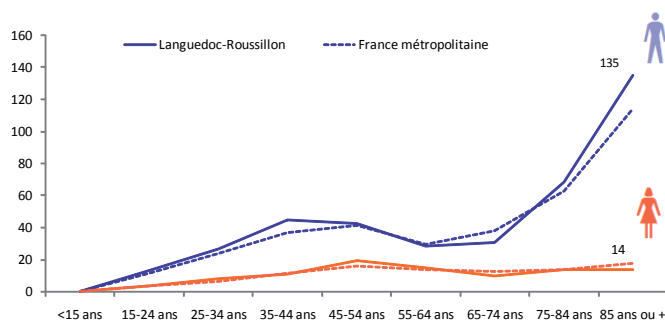
Le taux de mortalité par suicide chez les hommes augmente fortement à partir de 75 ans. Il est au moins cinq fois plus élevé chez les 75-84 ans que chez les 15-24 ans.

Chez les femmes, l'évolution avec l'âge est beaucoup moins marquée.

Globalement, même si le nombre de décès par suicide chez les hommes augmente avec l'âge, ceci ne doit pas faire oublier l'importance de cette cause de décès chez les jeunes.

En effet, chez les 15-24 ans, les suicides représentent la 2^{ème} cause de mortalité après les accidents de la circulation.

Taux de mortalité selon le sexe et l'âge en 2003-2005
Unité : pour 100 000 habitants de même sexe et de même âge



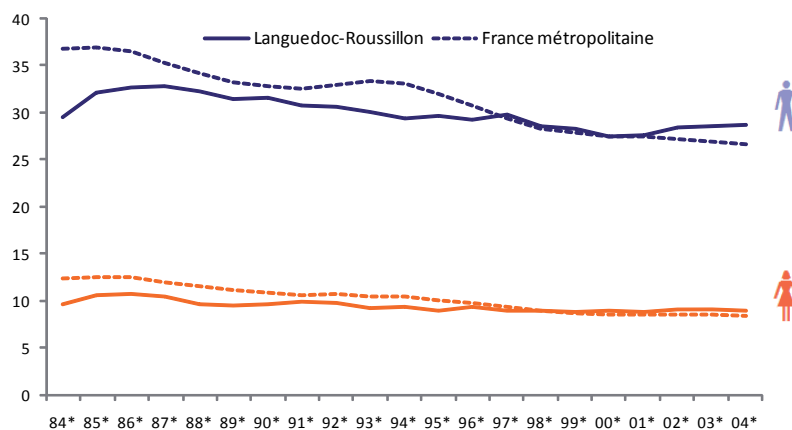
Une surmortalité par rapport à la moyenne nationale

À structure par âge comparable, la mortalité régionale par suicide a très peu diminué en 20 ans par rapport à celle observée au niveau national : -3,0 % pour les hommes (-25,5 % en moyenne nationale) et -7,3 % pour les femmes (-32,3 % en moyenne nationale).

La situation régionale sur les suicides ne montre guère d'améliorations sur les dernières années. Chez les hommes, la mortalité par suicide a tendance depuis quelques années à augmenter : +4,4 % entre 1999-2001 et 2003-2005. On observe depuis la fin des années 90 une surmortalité régionale par rapport à la moyenne nationale.

À structure d'âge égale, sur la période 2003-2005, l'écart est de +8 % chez les hommes et de +6 % chez les femmes.

Evolution du taux comparatif de mortalité par suicide entre 1983-1985 et 2003-2005

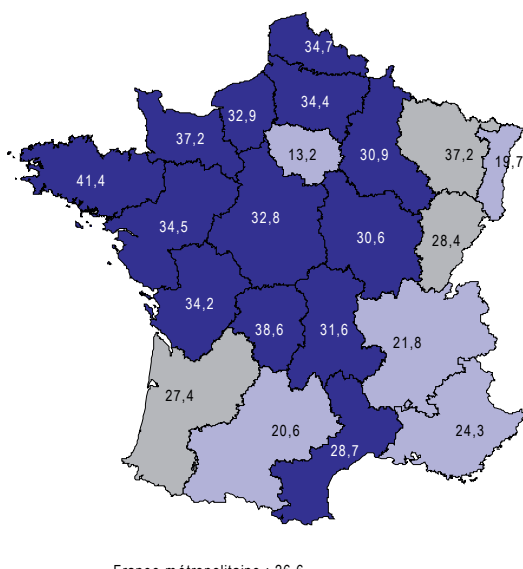


Source : Inserm, CépiDC, Insee, estimation population, exploitation ORS L-R
*Données lissées sur 3 ans

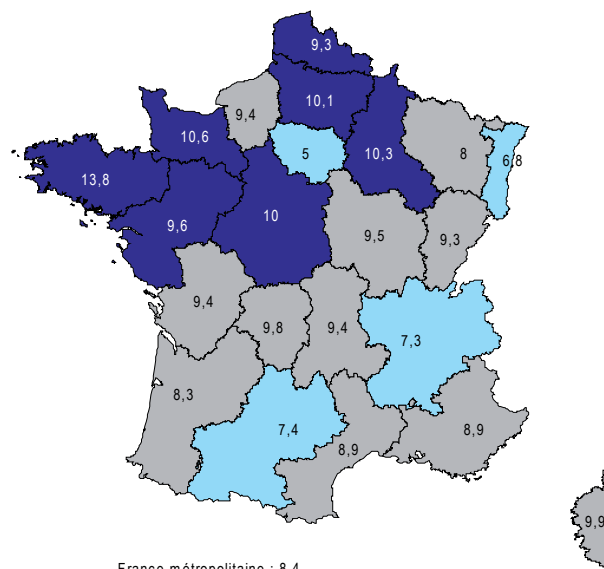
Taux comparatifs de mortalité par suicide sur la période 2003-2005
Unité : pour 100 000 habitants de même sexe

Chez les hommes

Chez les femmes



France métropolitaine : 26,6
 ■ Inférieur à la moyenne nationale
 ■ Supérieur à la moyenne nationale
 ■ Non significatif



France métropolitaine : 8,4
 ■ Inférieur à la moyenne nationale
 ■ Supérieur à la moyenne nationale
 ■ Non significatif

Rang du Languedoc-Roussillon au niveau national pour les taux comparatifs de mortalité par suicide

La région se situe au 14^{ème} rang en terme de mortalité par suicide (13^{ème} chez les hommes, 15^{ème} chez les femmes) parmi les 22 régions métropolitaines avec des taux légèrement supérieurs à ceux enregistrés au niveau national.

Des modes de suicide différents selon le sexe

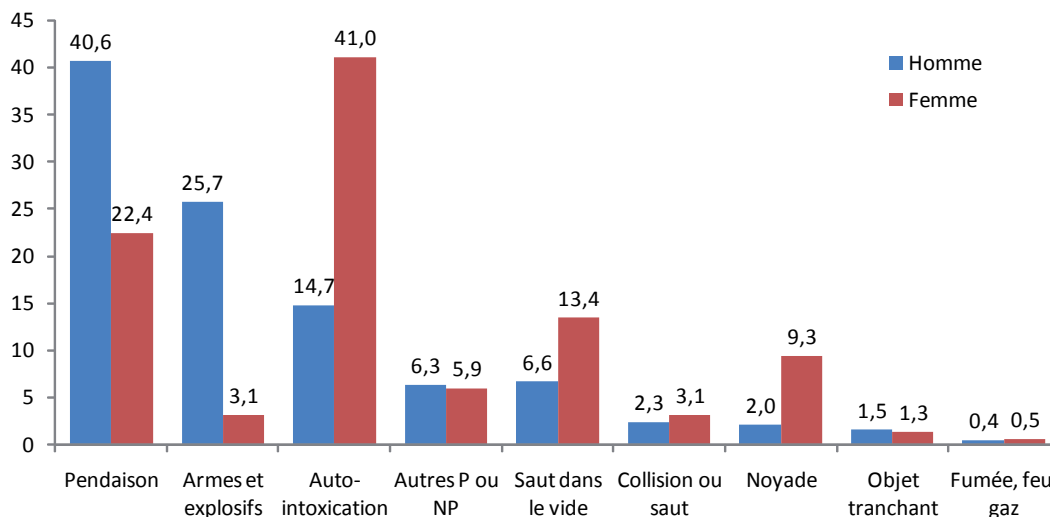
La pendaison est le moyen de suicide le plus couramment utilisé par les hommes : ils y ont recours dans 2 cas sur 5. Viennent ensuite les lésions auto-infligées par l'utilisation d'armes ou de matériels explosifs dans un quart des cas.

Chez les femmes, dans 2 cas sur 5, le suicide se fait par auto-intoxication médicamenteuse. La pendaison est le second moyen utilisé par plus d'une femme sur cinq.

Notons que les grandes différences entre sexes portent essentiellement sur le recours à l'utilisation d'armes ou de matériels explosifs (40,6 % chez les hommes contre 3,1 % chez les femmes) et les intoxications médicamenteuses (14,7 % chez les hommes contre 41,0 % chez les femmes).

Décès selon le mode de suicide en Languedoc-Roussillon en 2003-2005

Unité : %



Source : Inserm, CépiDC (Code CIM 10 de X60 à X84), exploitation ORS L-R
Données lissées sur 3 ans

Les tentatives sont majoritairement le fait des femmes de moins de 65 ans

Les tentatives de suicide sont appréhendées ici par les séjours hospitaliers enregistrés pour tentative de suicide ; seule source d'informations quantitative disponible en Languedoc-Roussillon sur ce thème (Source : PMSI).

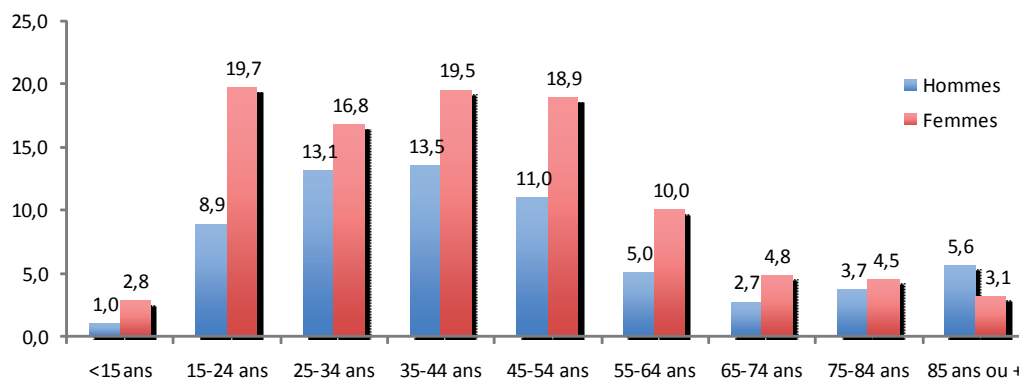
Il est important de noter que les tentatives de suicide ne sont pas recensées de façon systématique (par ex : les passages aux urgences pour tentative de suicide sans hospitalisation ne sont pas comptabilisés). Les données présentées ci-après restent des données sous-estimées.

En 2006, en Languedoc-Roussillon, 2 486 séjours hospitaliers pour tentative de suicide ont été répertoriés tout sexe et tout âge confondus.

Le profil des personnes ayant fait un séjour hospitalier pour tentative de suicide est différent de celui des personnes décédées par suicide. Dans le premier cas, ce sont en majorité des femmes de 15 à 64 ans et dans le 2^{ème} cas des hommes de 35 à 54 ans.

Taux de séjours hospitaliers par tentative de suicide par tranche d'âge en Languedoc-Roussillon en 2006

Unité : 10 000 habitants de même âge



Source : PMSI, données Drass L-R

Le diagnostic régional santé jeune : méthode de mesure

Afin de mieux connaître les conditions de vie et de santé des 16-25 ans, et afin de mesurer le mal-être chez les jeunes et leur perception de la santé, le Conseil régional Languedoc-Roussillon a chargé l'ORS L-R de réaliser un diagnostic régional sur la santé des 16-25 ans. Un échantillon représentatif au niveau régional pour les étudiants, les apprentis et les jeunes en insertion a été construit. 17 MLI, 28 CFA et 5 universités se sont impliqués. Près de 3 600 jeunes de 16-25 ans ont été intégrés dans l'analyse : 1 557 jeunes en insertion, 900 apprentis et 1 116 étudiants. Les outils utilisés sont entre autres un score individuel de fragilité sociale (EPICES), une échelle de qualité de vie liée à la santé (DUKE) et des questions sur la capacité à faire face aux difficultés sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide.

Les pensées et conduites suicidaires chez les 16-25 ans

Les premiers résultats d'une étude menée auprès d'un échantillon représentatif de jeunes âgés de 16 à 25 ans de la région recrutés parmi trois types de population (jeunes en insertion, apprentis et étudiants) permettent de mettre en évidence les points suivants :

- un mal-être jusqu'au point d'avoir pensé au suicide au cours de l'année, plus important chez les jeunes en insertion que chez les apprentis ou les étudiants.
Des jeunes en insertion qui sont en situation de vulnérabilité beaucoup plus accentuée que les autres. Ceci est renforcé parmi les jeunes sans qualification. Les apprentis arrivent plus facilement à en parler avec quelqu'un que les jeunes en insertion ou les étudiants.
- Des conduites suicidaires au cours de la vie plus fréquentes chez les jeunes en insertion ou les apprentis.
- Des passages à l'acte au cours de l'année écoulée plus fréquents chez les apprentis et moins fréquents chez les étudiants.

<i>Les pensées et conduites suicidaires chez les 16-25 ans</i>			
	Apprentis N = 900	Jeunes en insertion N = 1 557	Etudiant N = 1 116
Proportion de jeunes de 15-25 ans déclarant :			
▶ Avoir pensé au suicide au cours de l'année	9,0 %	12,4 %	6,9 %
dont en avoir pu en parler à quelqu'un	42,0 %	38,0 %	37,0 %
▶ Avoir déjà fait une tentative au cours de leur vie	9,3 %	12,9 %	5,0 %
dont au cours de l'année écoulée	32,2 %	28,2 %	5,2 %
<i>Source : Conseil régional L-R. Diagnostic Santé jeune 2007. Exploitation ORS L-R</i>			

Une perception de la santé en général moyenne chez les jeunes interrogés dans le cadre de ce diagnostic santé jeunes

Sur la qualité de vie liée à la santé, les jeunes interrogés présentent de façon générale des scores moyens très bas pour tous les thèmes concernant la santé en général : score allant de 57,3 à 67,7 sur l'Echelle de Duke (sachant que 0 correspondant à une qualité médiocre et 100 à une qualité excellente).

La perception de la santé générale de ces jeunes en région est nettement inférieure à celle relevée au niveau national.

Les apprentis ont une meilleure estime de soi sur l'échelle de Duke que les jeunes en insertion et les étudiants dans une moindre mesure.

<i>Qualité de vie liée à la santé</i>						
Echelle de Duke (de 0 qualité médiocre à 100 qualité excellente) sauf (-) où c'est l'inverse	Apprentis Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Jeunes en MLI Moyenne	<i>Ecart-type</i>	Etudiants Moyenne	<i>Ecart-type</i>
Santé physique	64,0	24,5	63,8	26,4	68,2	23,0
Santé mentale	63,2	24,0	57,3	26,0	63,0	24,8
Santé sociale	71,9	19,3	64,9	22,0	75,8	19,0
Santé générale	66,1	17,1	61,8	18,7	69,1	17,2
Santé perçue	62,4	40,3	62,0	39,2	67,2	38,0
Estime de soi	73,6	19,3	65,2	21,8	71,0	20,3
Anxiété (-)	52,9	21,9	51,1	22,0	48,9	20,8
Dépression (-)	43,4	26,0	44,9	27,8	40,8	26,2
<i>Source : Conseil régional L-R. Diagnostic Santé jeune 2007. Exploitation ORS L-R</i>						

Méthodes

- Les suicides sont définis comme « Lésions auto infligées » dans la Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision (CIM10). Ils sont recensés par les codes suivants : X600 à X849.
- Le nombre de décès par suicide sur une période donnée est le nombre moyen de décès par an. Il a été calculé pour chaque période de trois années selon la méthode dite des « moyennes mobiles ». L'utilisation d'une période regroupée sur trois ans permet d'augmenter les effectifs qui sont parfois assez réduits et d'éviter les effets « accidentels » momentanés.
- Les taux de mortalité selon l'âge sont calculés en rapportant le nombre de décès de la tranche d'âge considérée survenu pendant un temps donné à la population moyenne de la même période. Pour la période 2003-2005, les données de population sont des estimations de population au 1er janvier de chaque année considérée (données Insee, révisées au 1er janvier 2008).
- Les taux comparatifs (ou standardisés) de mortalité sont les taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence. La population de référence utilisée ici est celle du recensement de 1990 en métropole. Ces taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.
- Les taux comparatifs de séjours hospitaliers, selon l'âge, sont calculés en rapportant le nombre de séjours hospitaliers de la tranche d'âge à la population de la même tranche d'âge.

Précisions

La source principale d'information pour mesurer la mortalité par suicide provient de l'exploitation des certificats de décès établis par les médecins constatant les décès. Ces bulletins sont centralisés et analysés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Cette source est donc, en principe, exhaustive. Cependant, ce décompte pose des problèmes particuliers compte tenu de la nature de l'acte qui y conduit et de l'intervention des instituts médico-légaux.

Un certain nombre de suicides, lors de la certification médicale, peut ne pas être reconnu comme tel (incertitude de l'intentionnalité de l'acte). Ces suicides sont alors classés dans la rubrique « causes inconnues ou non déclarées » ou « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention » de la Classification internationale des maladies (CIM) 10^{ème} révision. Autre cause de sous-estimation : les instituts médico-légaux, parfois impliqués dans la certification du décès, ne communiquent pas toujours l'information sur la nature du décès au CépiDc.

L'analyse présentée ici se rapporte aux données exclusivement certifiées comme suicide, sans correction de la sous-estimation.

Pour en savoir plus :

- Base Score santé, Fnors
- Le suicide dans les régions françaises. Fnors, (2007), 8 p.
- Base nationale des causes médicales de décès 2003-2005, Inserm CépiDc, exploitation Fnors – ORS - ORS LR
- L'état de santé de la population en France en 2006 : indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Drees, 2007, 244 p.
- Psychiatrie et santé mentale 2005-2008. Ministère de la Santé et des Solidarités, (2005), 98 p.
- Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. DGS, (2006), <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/suicide/sommaire.htm>
- Suicides et tentatives de suicide en France. Mouquet M.C., Bellamy V. Etudes et résultats, Drees, n° 488, 2006, 8 p.
- Analyse des données de suicides en Languedoc-Roussillon. ORS LR, 2005, 18 p.
- Diagnostic santé des jeunes 15-25 ans. ORS LR, Conseil Régional LR, parution 2^{ème} semestre 2008.
- Macif prévention suicide : des associations à votre écoute, <http://www.macif.fr>
- base de données des lieux d'écoute réalisée par le Cres LR <http://www.pslr.org>

SEPTEMBRE 2008

Cette fiche a été réalisée dans le cadre de l'élaboration d'un atlas de santé Languedoc-Roussillon, projet financé par le conseil régional et l'État (Drass).

Comité de lecture : Sylvia Maille (Drass L-R), Béatrice Rougy (Conseil régional L-R), les responsables des programmes du PRSP et les experts régionaux.

Rédaction de la fiche : Inca Ruiz, chargée d'études (ORS L-R) sous la direction du Dr Bernard Ledésert, directeur (ORS L-R).

Conseil régional
Hôtel de Région
201 avenue de la Pompignane
34064 Montpellier cedex 2
www.cr-languedocroussillon.fr

Observatoire régional de la santé
du Languedoc-Roussillon
Parc Euromédecine
209 rue des Apothicaires
34196 Montpellier cedex 5
www.ors-lr.org

Direction régionale des affaires sanitaires et
sociales du Languedoc-Roussillon
28 – Parc-Club du Millénaire
1025, rue Henri Becquerel – CS 30001
34067 Montpellier cedex 2
www.languedoc-roussillon.sante.gouv.fr