

[8] Carré N, Chataignier D, Delaunay C, Drouode M, Verrier A. Intoxications par le monoxyde de carbone en Île-de-France en 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2012;(10-11):135-8. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10528

Hebd. 2012;(48):556-9. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=11199

Citer cet article

[9] Carré N, Chataignier D, Robert M, Ayoubi M, Delaunay C, Verrier A, pour le groupe régional CO. Intoxications par le monoxyde de carbone dans les appartements et les maisons équipés de chaudière individuelle : des caractéristiques différentes pour une fréquence similaire. Bull Epidemiol

Verrier A, Ménard C, Arwidson P, Perrey C, Thiolet JM. Caractéristiques socioéconomiques des ménages accidentellement intoxiqués par le monoxyde de carbone, France, hiver 2013-2014. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(2-3):20-7. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/2-3/2016_2-3_1.html

> ARTICLE // Article

SUICIDE ET TENTATIVES DE SUICIDE EN RÉGION RHÔNE-ALPES

// SUICIDE AND SUICIDE ATTEMPTS IN THE RHÔNE-ALPES REGION, FRANCE

Karine Fontaine-Gavino¹ (karine.fontaine@ors-rhone-alpes.org), Chantal Manonni², Anne Boucharlat², Sylvie Ynesta², Bruno Ferroud-Plattet², Jean-Loup Chappert³, Delphine Casamatta³

¹ Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes, Lyon, France

² Agence régionale de santé de Rhône-Alpes, Lyon, France

³ Cellule de l'Institut de veille sanitaire en région Rhône-Alpes, Lyon, France

Soumis le 13.07.2015 // Date of submission: 07.13.2015

Résumé // Abstract

L'Observatoire régional du suicide Rhône-Alpes a été créé en 2014 pour améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide (TS) dans la région. Les données présentées concernent la mortalité par suicide, à partir des bases de données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm – CépiDc), et les séjours hospitaliers pour TS enregistrés dans le Programme de médicalisation des systèmes d'information des services de médecine, chirurgie, obstétrique (PMSI-MCO).

Environ 800 décès par suicide par an ont été recensés en Rhône-Alpes sur la période 2010-2012. Le taux annuel standardisé de mortalité par suicide s'élevait à 12,3 pour 100 000 habitants. Les suicides étaient plus nombreux chez les 45-54 ans et concernaient davantage les hommes que les femmes. Les départements de l'Ardèche, de la Drôme et de la Loire enregistraient les taux les plus élevés.

En 2014, le taux standardisé de séjours hospitaliers pour TS en Rhône-Alpes s'élevait à 122 pour 100 000 habitants. Ce taux était plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Il était également plus élevé dans les départements de l'Ardèche et de la Loire que dans les autres départements de la région. Les taux bruts les plus élevés étaient enregistrés chez les jeunes filles de 15-19 ans et les femmes de 45-49 ans.

Ce premier état des lieux régional sur la mortalité et la morbidité liées au suicide montre une situation plus favorable en Rhône-Alpes que sur l'ensemble de la France. Ce travail met également en exergue de fortes inégalités par âge et sexe ainsi que des disparités territoriales importantes au sein de la région Rhône-Alpes. Afin de suivre l'évolution de ces disparités et de mesurer l'impact de la politique régionale de prévention du suicide, ces données seront actualisées chaque année et comparées de manière systématique aux données nationales. Les données du réseau OSCOUR® viendront enrichir ces résultats.

The Regional Suicide Observatory in the Rhône-Alpes region was launched in 2014 in order to improve knowledge on suicide and suicide attempts (SA) in this region. This article presents mortality data from the National Database on Medical Causes of Deaths (CépiDc-Inserm) and data related to hospitalizations for SA from the Hospital Discharge Data System (PMSI-MCO) regarding medicine, surgery and obstetric wards.

About 800 deaths by suicide were recorded each year in the Rhône-Alpes region for the 2010-2012 period. The annual rate of mortality standardized on age was of 12.3 per 100,000 population. Suicides were more frequent in the 45-54 year-old age group, and in men compared to women. The Ardèche, Loire and Drôme districts recorded the highest rates.

In 2014, the standardized hospitalization rate for SA in the Rhône-Alpes region was of 122 per 100,000 population. This rate was higher for women than for men. It was also higher in the Loire and Ardèche districts than in the other districts of the region. The highest crude rates were recorded in adolescent girls aged 15-19 years and in 45-49 years old women.

This first regional inventory on suicide-related mortality and morbidity indicated a more favorable situation in the Rhône-Alpes districts than in the rest of France. It also highlights important disparities between geographical areas within the Rhône-Alpes region. In order to monitor these disparities over time and to assess the impact of the regional suicide prevention policy, these data will be annually updated and systematically compared to the national data over time. Data from the OSCOUR® network will also be used to complete those results.

Mots-clés : Suicide, Tentative de suicide, Pensées suicidaires, Hospitalisation, Région Rhône-Alpes
// Keywords: Suicide, Suicide attempts, Suicidal ideation, Hospitalization, Rhône-Alpes region

Introduction

En 2011, on recensait en France métropolitaine 10 369 suicides, soit 16 personnes décédées par suicide pour 100 000 habitants, ce qui faisait de la France l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide¹.

En février 2013, dans son plaidoyer en faveur d'une prévention active du suicide, le Conseil économique, social et environnemental a rappelé l'importance du problème de santé publique qu'est le suicide, et préconisé la mise en place d'un observatoire. L'Observatoire national du suicide a été installé en septembre 2013 par la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, et son premier rapport a été publié en décembre 2014¹.

En région Rhône-Alpes, l'Agence régionale santé (ARS) a souhaité s'inscrire dans cette dynamique en initiant, dès 2014, un Observatoire régional du suicide. Son objectif est de suivre les indicateurs de morbidité et de mortalité liées au suicide par âge, sexe et par département en région Rhône-Alpes, de comparer la situation régionale à la situation nationale, et ce afin de mettre en place des politiques régionales et locales adaptées.

Cet article présente un premier état des lieux du phénomène suicidaire en région Rhône-Alpes à partir des données disponibles dans la région.

Sources et méthodes

Données de mortalité par suicide

Les données de mortalité présentées proviennent des bases de données transmises par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm), qui recueille les certificats médicaux de décès. Les causes médicales de décès sont codées à partir de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM-10). Les suicides sont regroupés sous les codes X60 à X84 et correspondent aux lésions auto-infligées. Les données présentées sont les effectifs et les taux annuels moyens de décès par suicide calculés sur la période 2010-2012. Les taux bruts de mortalité

ont été calculés en rapportant le nombre moyen annuel de décès par suicide à la population rhônalpine de 2011. Les taux comparatifs de mortalité par suicide ont été standardisés sur la structure d'âge quinquennale de la population de la région Rhône-Alpes de 2009 afin de prendre en compte les différences structurelles d'âge des populations entre les zones d'études comparées. Enfin, les décès par suicide ont également été rapportés à l'ensemble des décès pour calculer le poids moyen des suicides dans l'ensemble des décès par tranche d'âge.

Données d'hospitalisation pour tentative de suicide

Les données d'hospitalisation pour tentative de suicide (TS) analysées sont issues de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) des services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) diffusée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih). Tous les séjours concernant les patients domiciliés en Rhône-Alpes et hospitalisés pour TS entre le 1^{er} janvier 2014 et le 31 décembre 2014 dans les établissements de MCO publics et privés de France métropolitaine ont été sélectionnés. L'unité statistique est donc le séjour hospitalier. Les TS sont enregistrées sous les codes X60-X69 « auto-intoxication » et X70-X84 « lésion auto-infligée » de la CIM-10 en diagnostic associé.

Les taux spécifiques annuels d'hospitalisation par classe d'âge et par sexe ont été calculés en rapportant le nombre de séjours hospitaliers pour TS à la population estimée au 1^{er} janvier de la même année. Les taux annuels d'hospitalisation pour TS standardisés sur l'âge ont été calculés par la méthode de standardisation directe, la structure de la population de Rhône-Alpes de l'année 2009 constituant la référence.

Résultats

Mortalité par suicide

Sur la période 2010-2012, en moyenne, 800 habitants de la région Rhône-Alpes sont décédés par suicide chaque année, dont 75% étaient des hommes. Le taux moyen annuel standardisé de décès par suicide s'élève en Rhône-Alpes à 12,3 pour 100 000 habitants

(vs 16 pour 100 000 en France métropolitaine) ; il est de 19,5 chez les hommes et 6,2 chez les femmes (figure 1).

Des écarts importants existent entre départements (figure 1) : les taux les plus élevés sont observés en Ardèche et dans la Drôme, aussi bien chez les hommes que les femmes, tandis que le département du Rhône enregistre les taux les plus bas.

Les modes de suicide enregistrés en Rhône-Alpes varient fortement selon le sexe. Chez les hommes, le mode de suicide le plus fréquent est la pendaison (52%) loin devant les armes à feu (18%). Chez les femmes, les intoxications par substances médicamenteuses (29%) et les pendaisons (28%) sont les principaux modes de suicide.

L'analyse des décès par suicide selon l'âge a été conduite selon trois approches.

La répartition par âge du nombre de décès par suicide (figure 2) indique que les suicides sont plus nombreux chez les 45-54 ans. On recense en Rhône-Alpes, en moyenne par an, 180 décès par suicide dans cette tranche d'âge, soit 22% des suicides. Le nombre de décès diminue ensuite avec l'âge (17% chez les 55-64 ans, 11% chez les 65-74 ans, 10% chez les 75-84 ans et 7% chez les 85 ans et plus).

La part des décès par suicide dans la mortalité générale apporte un éclairage différent (figure 3). En Rhône-Alpes, en moyenne, 2% des décès sont des suicides. Le poids du suicide dans l'ensemble des décès varie selon la classe d'âge. Il est plus élevé dans les tranches d'âge les plus jeunes.

Ainsi, chez les 25-34 ans, 17% des décès sont des suicides, 15% chez les 35-34 ans, tandis que chez les 55-64 ans, 3% des décès sont des suicides et 1,5% chez les 65-74 ans.

Enfin, le taux de mortalité par classe d'âge (figure 4) apporte un dernier point de vue. Cet indicateur, assez stable chez les femmes à partir de 45 ans, augmente fortement avec l'âge chez les hommes. Son incidence pour 100 000 habitants, de 19 chez les jeunes hommes de 25-34 ans et de 24 chez les 35-44 ans, s'élève à 81 pour 100 000 habitants chez les hommes de 85 ans et plus.

Hospitalisations pour tentative de suicide

En Rhône-Alpes, 7 809 séjours hospitaliers pour TS ont été recensés en 2014 dans les bases du PMSI-MCO, soit un taux standardisé de séjours hospitaliers pour TS de 122 pour 100 000 habitants (vs 149 pour 100 000 en France métropolitaine) ; ce taux s'élève à 92 pour 100 000 chez les hommes et 152 pour 100 000 chez les femmes (figure 5).

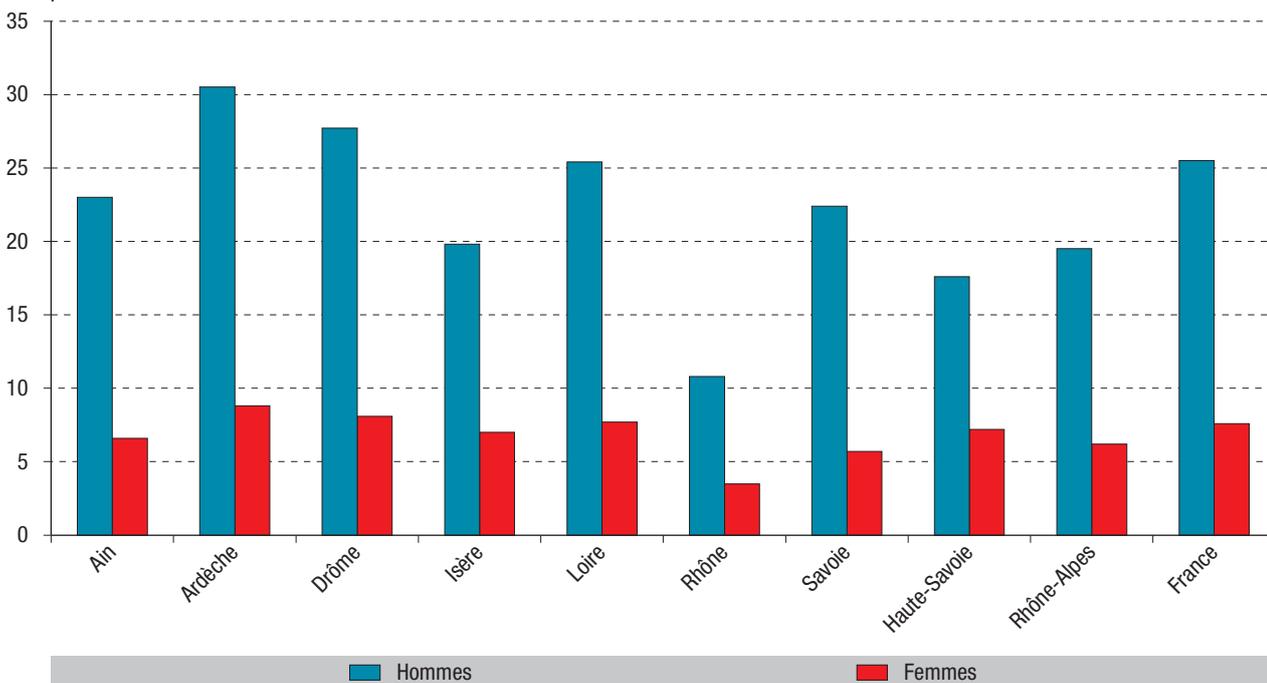
Des écarts importants entre départements existent au sein de la région (figure 5). Les taux de séjours hospitaliers pour TS les plus élevés sont observés dans les départements de l'Ardèche, de l'Isère et de la Loire, les plus bas en Haute-Savoie.

En 2014, les taux bruts de séjours hospitaliers pour TS par classe d'âge présentent deux pics particulièrement élevés chez les femmes : l'un pour les 15-19 ans et l'autre pour les 45-49 ans. Le taux le plus élevé se situe chez les adolescentes de 15-19 ans, où il avoisine 315 pour 100 000 habitantes (figure 6).

Figure 1

Taux moyens annuels standardisés (pour 100 000 habitants) de mortalité par suicide par sexe en France, en région Rhône-Alpes et dans les départements de la région, 2010-2012

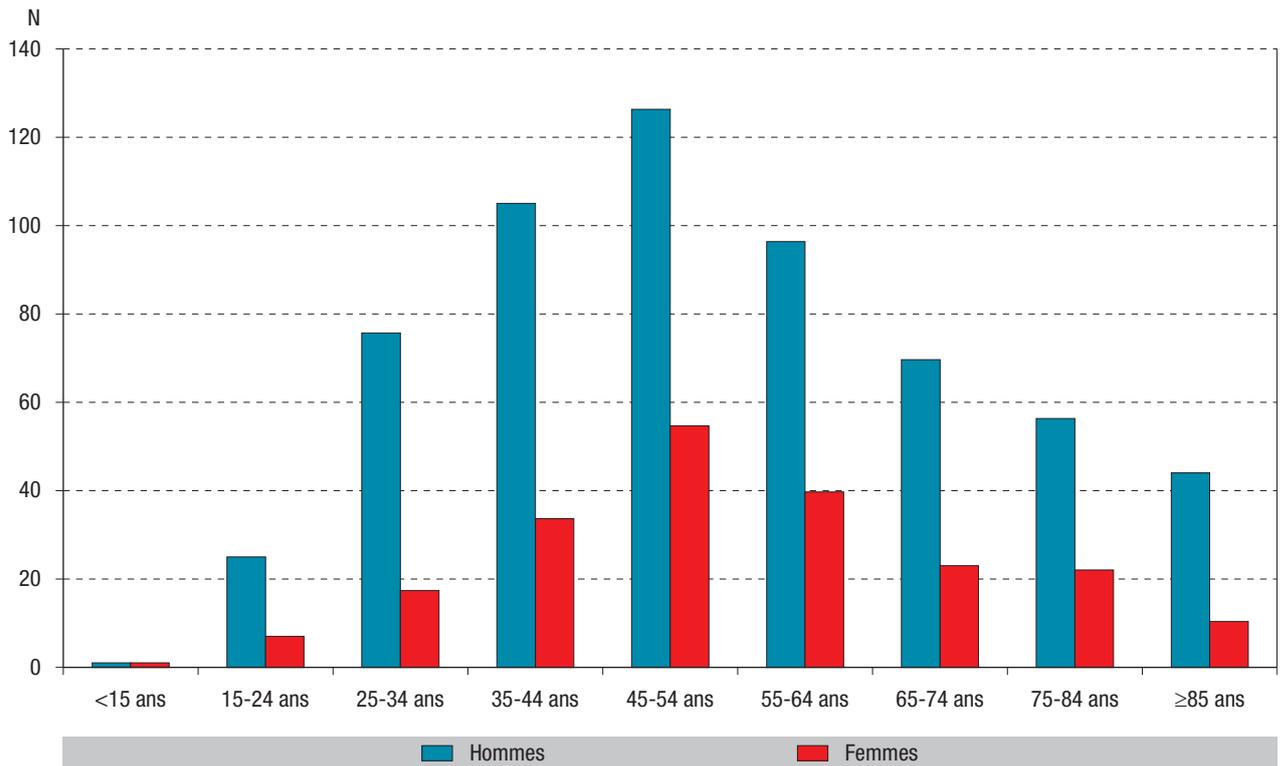
Taux pour 100 000 habitants



Source : CépiDc-Inserm 2010-2012, exploitation ORS.

Figure 2

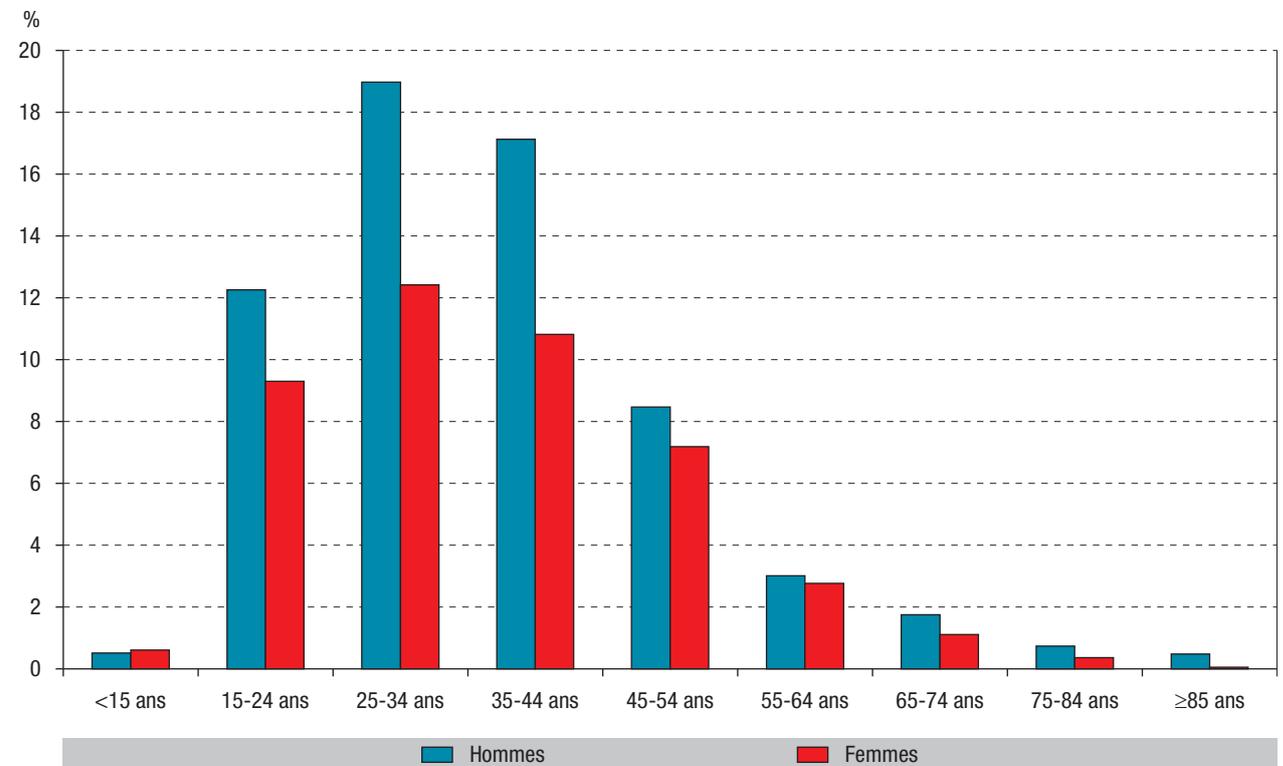
Effectif annuel moyen des décès par suicide par sexe et âge, région Rhône-Alpes, 2010-2012



Source : CépiDc-Inserm 2010-2012, exploitation ORS.

Figure 3

Poids moyen de la mortalité par suicide dans l'ensemble des décès, par âge et sexe, région Rhône-Alpes, 2010-2012

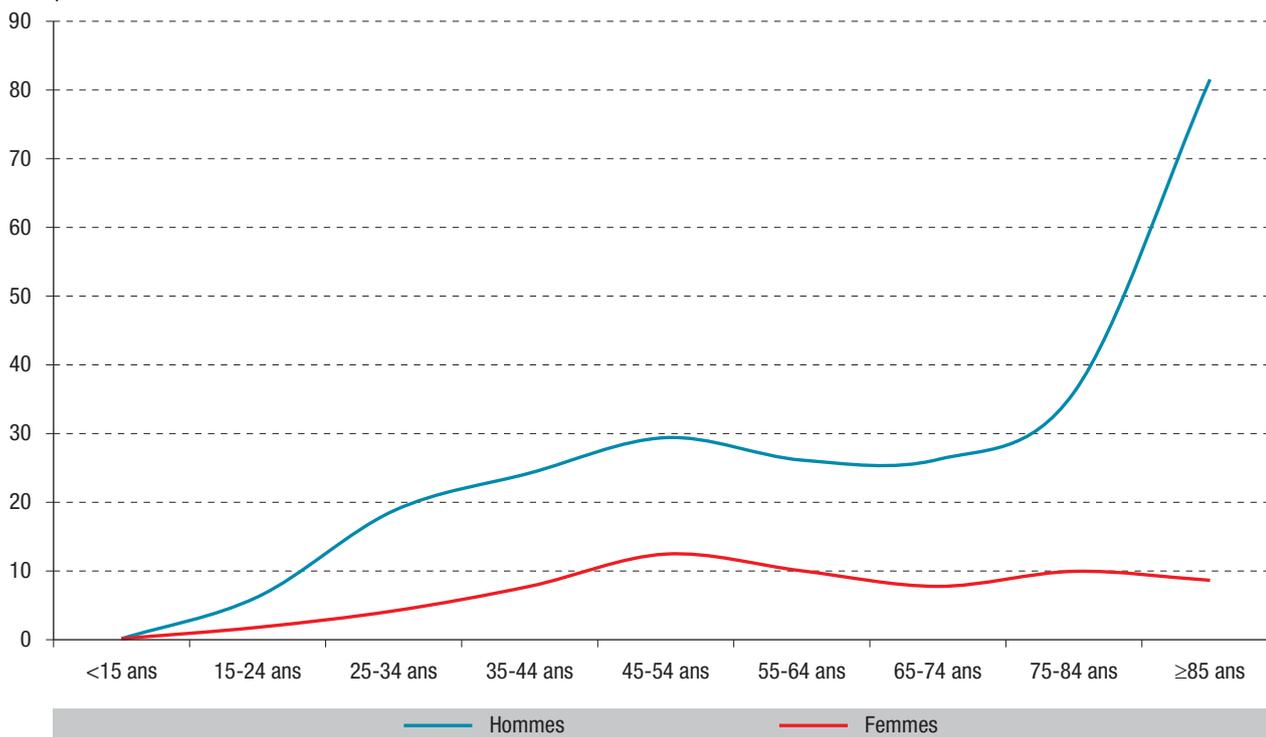


Source : CépiDc-Inserm 2010-2012, exploitation ORS.

Figure 4

Taux moyens annuels bruts (pour 100 000 habitants) de mortalité par suicide par sexe et classe d'âge, région Rhône-Alpes, 2010-2012

Taux pour 100 000 habitants

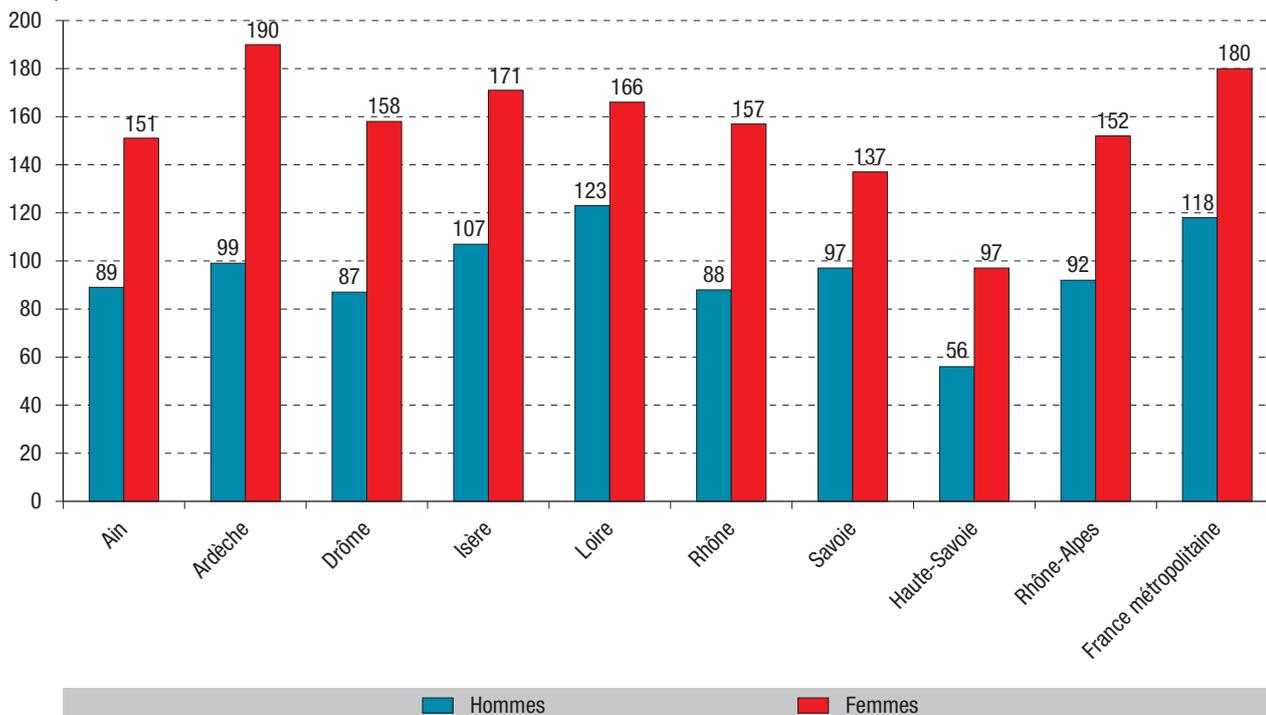


Sources : CépiDc-Inserm 2010-2012, Insee RP 2011, exploitation ORS.

Figure 5

Taux standardisés de séjours hospitaliers pour tentative de suicide par sexe en France, en région Rhône-Alpes et dans les départements de la région, 2014

Taux pour 100 000 habitants

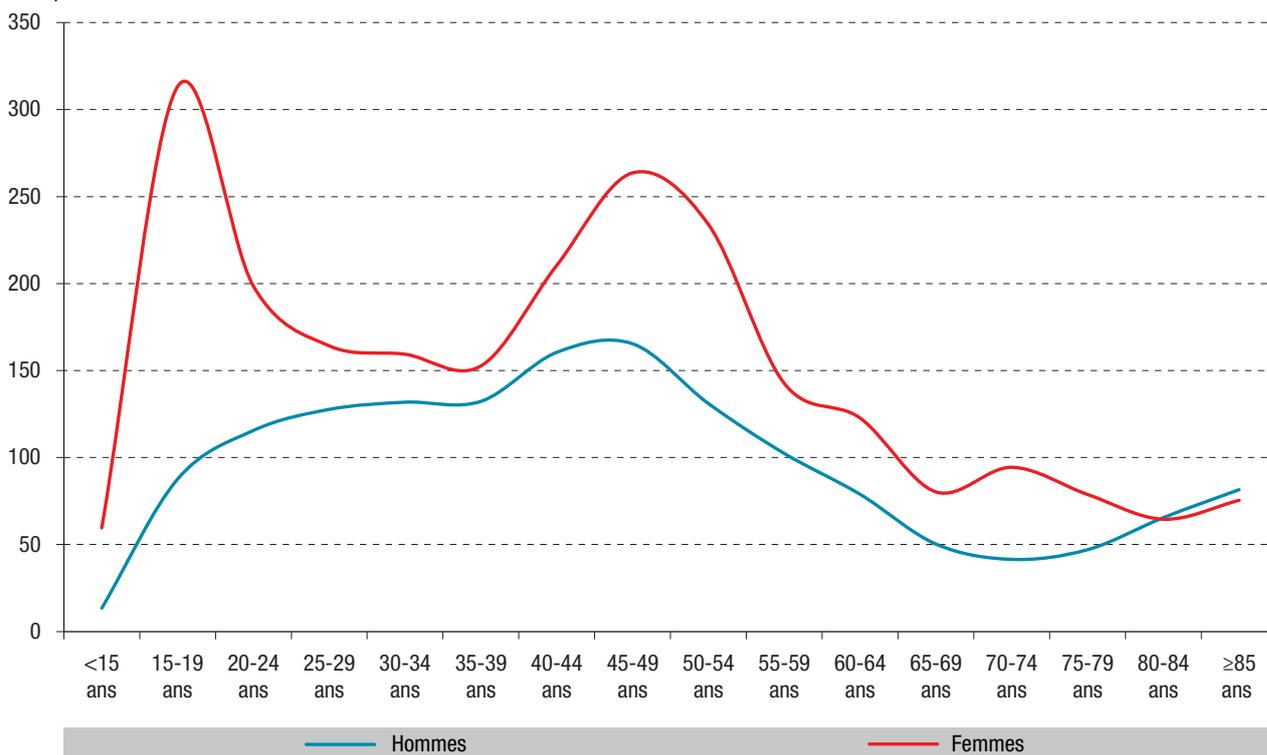


Source : PMSI-MCO, données 2014, exploitation ORS.

Figure 6

Taux bruts de séjours hospitaliers (pour 100 000 habitants) pour tentative de suicide, par sexe et classe d'âge, région Rhône-Alpes, 2014

Taux pour 100 000 habitants



Sources : PMSI-MCO, données 2014 ; Insee -estimation de population au 1^{er} janvier 2014, exploitation ORS.

L'auto-intoxication par substances médicamenteuses est, pour les TS hospitalisées, le mode opératoire de loin le plus fréquent chez les hommes (67%) et chez les femmes (83%).

Discussion

Ce premier état des lieux régional sur la mortalité et la morbidité liées au suicide montre une situation plus favorable en Rhône-Alpes que sur l'ensemble de la France. Des études à l'échelle nationale¹⁻⁵ pointent également des disparités territoriales importantes : les régions du nord et de l'ouest de la France sont globalement plus impactées par le phénomène suicidaire que les régions du sud et de l'est. En Rhône-Alpes, avec en moyenne 800 décès par suicide par an sur la période 2010-2012, le taux de mortalité par suicide s'élève à 12 pour 100 000 habitants contre 16 pour 100 000 en France. En Rhône-Alpes en 2014, environ 7 809 séjours hospitaliers en MCO pour TS ont été enregistrés, soit un taux de 122 pour 100 000 habitants contre 149 pour 100 000 habitants en France métropolitaine à la même période.

Cependant, ces taux recouvrent des différences importantes par sexe, âge et département au sein de la région Rhône-Alpes, tout comme en France. Si, en Rhône-Alpes, les victimes du suicide sont pour 73% des hommes, les TS hospitalisées restent majoritairement le fait des femmes (64%). La surmortalité masculine par suicide est constamment

retrouvée au niveau régional, national et international¹. Certaines études³ expliquent, en partie, cette différence par l'utilisation plus fréquente chez les hommes, dans l'acte suicidaire, de méthodes opératoires hautement létales (pendaison, arme à feu), tandis que la prise de médicaments – moins létale – est le mode opératoire le plus fréquent dans l'acte suicidaire chez les femmes.

Les 45-54 ans sont les plus touchés, avec plus de 22% des suicides, mais tous les âges sont concernés : 17% des suicides concernent les 35-44 ans et 17% les 55-64 ans ; 28% des décès par suicide concernent des personnes âgées de plus de 65 ans.

En Rhône-Alpes comme en France métropolitaine, les suicides représentent environ 2% de la mortalité générale. Mais il s'agit de la première cause de mortalité des 25-34 ans et la deuxième des 15-24 ans¹.

On retrouve aussi au niveau national une prévalence plus élevée des TS et de l'idéation suicidaire chez les femmes dans les données d'hospitalisation³ et dans celles d'enquêtes déclaratives comme le Baromètre santé de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)⁴. Cette étude montre également une plus grande vulnérabilité des adolescentes et des femmes vers 45 ans. En effet, le taux de séjours hospitaliers pour TS enregistre des pics dans les classes d'âge des 15-24 ans et des 45-49 ans chez les femmes, comme au niveau national³. D'après les enquêtes déclaratives en France chez les jeunes⁴,

les facteurs de risque mis en évidence sont les événements traumatiques, tels que les violences subies récentes et les violences sexuelles au cours de la vie. L'isolement social et la précarité sont des facteurs de risque plus importants pour l'ensemble de la population que parmi les jeunes.

Enfin, les données présentées ont mis en évidence des disparités départementales importantes au sein de la région Rhône-Alpes. Les départements de l'Ardèche, de la Loire et de la Drôme enregistrent des taux de mortalité par suicide particulièrement élevés et des taux d'hospitalisation pour TS plus importants que les autres départements de la région.

Ces disparités s'expliquent, en partie, par l'importance de certaines catégories de population et par des inégalités sociales de santé. Les études nationales qui ont analysé les décès par suicide selon les groupes socioprofessionnels, ont montré que le risque de décéder par suicide est 3 fois plus élevé chez les chômeurs que chez les personnes en activité professionnelle⁶. De même, les agriculteurs, employés et ouvriers ont un risque de décéder par suicide 2 à 3 fois plus élevé que les cadres^{1,7,8}.

Au sein de la région Rhône-Alpes, la Drôme et la Loire sont, avec l'Ardèche, les départements présentant les conditions socioéconomiques les plus fragiles, avec des revenus moyens globalement inférieurs à ceux de la région et de la France, et avec une part plus importante de foyers fiscaux non imposables. La composition socioprofessionnelle de la population explique en partie ces différences de revenus, les agriculteurs exploitants et les ouvriers étant proportionnellement plus nombreux dans ces deux départements, et les cadres nettement moins nombreux que dans la région^{9,10}. Or, des études ont démontré les liens entre conditions de vie socioéconomiques difficiles et troubles psychiques¹⁰⁻¹². Ce constat est régulièrement fait depuis plusieurs années sur des territoires qui comptent des fortes proportions de personnes en situation de précarité. Il contribue probablement à expliquer ces disparités infrarégionales.

Si les données du CépiDc et du PMSI ont contribué à quantifier et caractériser le suicide et les TS en Rhône-Alpes, ce travail a permis également d'identifier les principales limites de ces systèmes d'information. Tout d'abord, le PMSI ne prend en compte ni les passages aux urgences sans hospitalisation, ni les personnes ayant fait une TS sans avoir effectué de passage à l'hôpital. Par ailleurs, la qualité des données du PMSI dépend du codage effectué par les cliniciens³. Ensuite, les données de mortalité doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide. En effet, certains suicides, lors de la certification médicale, ne sont pas reconnus comme tels (incertitude de l'intentionnalité de l'acte). Ces décès sont alors classés dans la rubrique « *causes inconnues ou non déclarées* » ou « *traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention* ». De même, les instituts médico-légaux, parfois impliqués dans la certification des décès, ne communiquent pas toujours au CépiDc

l'information sur la nature du décès. Ainsi, en France, la sous-estimation du nombre de suicides approcherait les 10%².

Les données exploitées sont les dernières données disponibles et présentent des temporalités différentes. Les données de mortalité analysées datent de 2010-2012 tandis que celles des séjours hospitaliers pour TS sont de 2014. Leur analyse doit donc être considérée comme une photographie de ces phénomènes à des moments différents.

Des données issues d'autres sources ont été considérées, notamment celles des passages aux urgences pour TS (réseau OSCOUR®). Mais leur analyse a conclu à des difficultés d'interprétation en raison d'un manque d'exhaustivité des dernières données disponibles. Les données du Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P) ont également fait l'objet d'une analyse, qui a mis en exergue une sous-déclaration des TS en diagnostic principal et associé. Cette source ne permet pas actuellement d'identifier correctement les TS. Enfin, l'échantillon pour la région Rhône-Alpes du Baromètre santé 2010 de l'Inpes a également fait l'objet d'une analyse, mais les données recueillies sont trop succinctes et l'échantillon régional trop faible pour en effectuer une analyse pertinente.

Ce premier état des lieux régional montre la nécessité de poursuivre et de compléter la surveillance des suicides et des TS par âge et par département afin de mener des actions de prévention ciblées. L'analyse des données de surveillance des recours aux urgences pour TS, compte tenu de l'amélioration continue de leur exhaustivité, pourra apporter des éclairages complémentaires. ■

Références

- [1] Observatoire national du suicide. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport. Paris: Drees; 2014. 221 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/144000730/>
- [2] Aouba A, Péquignot F, Camelin L, Jouglà É. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(47-78):497-500. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10220
- [3] Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 51 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12195
- [4] Beck F, Guignard R, Du Roscoät E, Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. Bull Epidémiol Hebd. 2011;(47-48):488-92. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10218
- [5] Bernardin E, Lemery B, Bonnet C, Tréhony A. Le suicide dans les régions françaises. Paris: Fédération nationale des observatoires régionaux de santé; 2007. 8 p. <http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/suicide2006.pdf>
- [6] Laanani M, Ghosn W, Jouglà É, Rey G. Association entre taux de chômage et suicide, par sexe et classe d'âge, en France métropolitaine, 2000-2010. Bull Epidémiol Hebd. 2015;(1-2):2-6. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=12390

[7] Cohidon C, Santin G, Geoffroy-Perez B, Imbernon E. Suicide et activité professionnelle en France. Rev Epidemiol Santé Publique. 2010;58(2):139-50.

[8] Geoffroy-Perez B. Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent. Étude pour la mise en place du programme Cosmop : cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession. Saint-Maurice; Institut de veille sanitaire; 2006. 162 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=4675

[9] Maury S, Bertrand P. La crise économique creuse les écarts de niveaux de vie en Rhône-Alpes. Lyon: Insee Rhône-Alpes. La Lettre Analyses n° 197, juin 2013. 4 p. http://www.insee.fr/fr/insee_regions/rhone-alpes/themes/syntheses/lettre_analyses/02197/02197_revenus_localises.htm

[10] Bolamperti P, Celier C, Dreneau M, Gaultier M, Munier E. Précarité et santé dans les départements de la Drôme et

de l'Ardèche. Lyon: Observatoire régional de santé Rhône-Alpes; 2015. 64 p. http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Sante_prekarite_26_07.pdf

[11] Lazarus A, Stohl H. Une souffrance qu'on ne peut cacher. Rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale ». Paris: La Documentation Française; 1995. 58 p. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/954050300/index.shtml>

[12] Nizard A, Bourgoin N, de Divonne G. Suicide et mal-être social. Population et Société (Ined). 1995;(334):1-4. http://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18722/pop_et_soc_francais_334.fr.pdf

Citer cet article

Fontaine-Gavino K, Manonni C, Boucharlat A, Ynesta S, Ferroud-Plattet B, Chappert JL, et al. Suicide et tentatives de suicide en région Rhône-Alpes. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(2-3): 27-34. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/2-3/2016_2-3_2.html

ARTICLE // Article

ÉCOUTE DE MUSIQUE AMPLIFIÉE, ANALYSE DES COMPORTEMENTS CHEZ LES 15-35 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2014

// AMPLIFIED MUSIC LISTENING, BEHAVIOUR ANALYSIS AMONG 15-35 YEAR-OLDS: RESULTS FROM THE HEALTH BAROMETER 2014, FRANCE

Christophe Léon (christophe.leon@inpes.sante.fr), Félicie David, Enguerrand du Roscoät

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Saint-Denis, France

Soumis le 10.08.2015 // Date of submission: 08.10.2015

Résumé // Abstract

L'exposition à des niveaux sonores fréquents, intenses et répétés de musique dite « amplifiée » est l'une des causes des troubles de l'audition. Selon le Baromètre santé 2014, parmi les 4 859 personnes de 15-35 ans interrogées sur le sujet, 13% ont un usage fréquent et intensif d'écoute avec un casque ou des écouteurs. Cette pratique concerne plus souvent les hommes, les habitants des grandes agglomérations et les plus jeunes, et elle décroît avec l'avancée en âge. Par ailleurs, 21% des personnes interrogées fréquentent régulièrement les concerts, discothèques ou autres lieux de loisirs avec des volumes sonores élevés. Il s'agit le plus souvent d'hommes, de personnes âgées de 20 à 24 ans, aisées financièrement et habitant les grandes agglomérations. Si la fréquentation des lieux de loisirs à volume sonore élevé est en diminution depuis 2007, la part des 18-35 ans ayant un usage fréquent et intensif d'écoute de musique amplifiée avec un casque ou des écouteurs a, quant à elle, été multipliée par trois, passant de 4% à 13%.

Ces données suggèrent la nécessité de renforcer les interventions de prévention visant à préserver le capital auditif, en particulier chez les adolescents et les jeunes adultes.

Exposure to frequent, intense and repeated high levels of "amplified" music is one of the causes of hearing disorders. According to the French 2014 Health Barometer, among the 4,859 persons aged 15-35 years surveyed, 13% have frequent and intensive use of listening with headphones or earphones. This practice affects mostly men, residents of large cities, and younger people, and decreases with age. Furthermore, 21% of the respondents regularly attend concerts, discos and other entertainment venues with high sound levels. It concerns mostly men, aged between 20 and 24 years, financially wealthy and living in large cities. If attendance at high volume entertainment venues has been decreasing since 2007, the proportion of 18-35 year-olds having frequent and intensive use amplified music listening with headphones or earphones has tripled from 4% to 13%.

These data suggest the need to strengthen prevention interventions aimed at preserving the hearing capital, especially among teenagers and young adults.

Mots-clés : Musique amplifiée, Usage, Enquête en population générale, Comportements, Prévention

// **Keywords:** Amplified music, Use, General population survey, Behaviours, Prevention