

SITUATION

MORTALITÉ PAR SUICIDE CHEZ LES JEUNES EN FRANCE EN 1997 ET ÉVOLUTION DEPUIS 1980

Françoise Péquignot, Eric Jouglu, Alain Le Toullec, Martine Bovet

SC8 INSERM 44, chemin de Ronde, 78116 Le Vésinet Cedex, France

INTRODUCTION

Le suicide est en France un problème de santé publique majeur, principalement chez les adolescents. Un programme national de prévention du suicide chez les jeunes est actuellement mené par le Ministère de la Santé. Dans ce contexte, l'objectif de cette étude est d'analyser la mortalité par suicide chez les jeunes de 15 à 24 ans en France, d'en décrire les caractéristiques socio-démographiques, les tendances évolutives et de comparer la situation en France par rapport aux autres pays européens.

MÉTHODES

Les données analysées sont issues de la statistique nationale des causes médicales de décès élaborée annuellement par le Service d'Information sur les Causes Médicales de Décès (SC8 de l'INSERM). Les données enregistrées ont été corrigées afin de prendre en compte une sous-estimation des cas due à l'absence d'information sur les causes médicales de décès, constatée dans certains Instituts Médico-Légaux¹. Une étude coopérative entre l'Institut médico-légal de Paris et le SC8-Inserm datant de 1990 [1] avait permis d'estimer à 25 % la part des suicides parmi ces cas et ce pourcentage a été appliqué à l'ensemble des causes inconnues, ce qui conduit à une augmentation de 10 % des cas de décès par suicide.

L'étude est basée sur les indicateurs habituellement utilisés pour l'analyse de la mortalité : effectifs, taux bruts, taux spécifiques, indices de surmortalité, part des décès dans la mortalité générale, variation des taux de décès.

Dans un premier temps sont analysés la fréquence, le risque de décès et la part de la mortalité par suicide dans la mortalité générale en 1997². L'évolution dans le temps des risques de décès par suicide est ensuite étudiée sur une période de 15 ans ainsi que le mode de suicide, les disparités régionales et la situation de la France par rapport à d'autres pays.

RÉSULTATS

En 1997, on peut estimer à 771 le nombre de décès par suicide entre 15 et 24 ans. Par rapport au total des décès observés à cet âge (4797 décès), les morts violentes sont responsables de 7 décès sur 10, la première cause étant les accidents de la circulation (1842 décès). Le suicide est la deuxième cause de décès et représente 16 % de la mortalité des 15-24 ans, soit le double de la mortalité par tumeurs pour cette tranche d'âge (Tab. 1). On observe nettement plus de décès par suicide chez les hommes (586 contre 185 pour les femmes) avec un risque trois fois plus élevé pour le sexe masculin (14,7 pour 100 000 vs 4,8 pour 100 000 chez les femmes). Entre la tranche d'âge 15-19 ans et la tranche d'âge 20-24 ans, les taux de décès sont multipliés par 3 pour les hommes et par 2 pour les femmes (Tab. 2).

Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, les taux de décès par suicide ont eu tendance à diminuer dans le temps (Fig. 1). Cette diminution globale a été cependant modérée (-20 % entre 1980 et 1997). Elle a été un peu plus marquée et régulière pour les femmes. Pour le sexe masculin, on a observé une stagnation entre 1987 et 1991 puis un accroissement des taux de décès jusqu'en 1995 et à nouveau une tendance à la diminution avec les risques de décès les plus bas de toute la période étudiée. Le niveau de la surmortalité masculine est resté relativement stable dans le temps.

Trois modes de suicide prédominent chez les 15-24 ans : en premier lieu la pendaison (35 %), les armes à feu (32 %) et l'absorption de médicaments (14 %). Mais le mode de suicide varie fortement selon le sexe. Si la pendaison reste le premier mode de réalisation de l'autolyse aussi bien pour les hommes (38 %) que pour les femmes (26 %), le suicide par armes à feu concerne plus fréquemment les hommes (3 sur 10) que les femmes (2 sur 10). Les femmes ont recours

Tableau 1. Cause de décès les plus fréquentes (15-24 ans) France - 1997

Cause de décès	Ensemble		Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Accidents de la circulation	1 842	38	1 465	41	377	31
Suicides	771	16	586	16	185	15
Autres morts violentes	725	16	561	16	164	13
Tumeurs	395	8	241	7	154	12
Autres maladies	1 064	22	704	20	360	29
Toutes causes	4 797	100	3 557	100	1 240	100

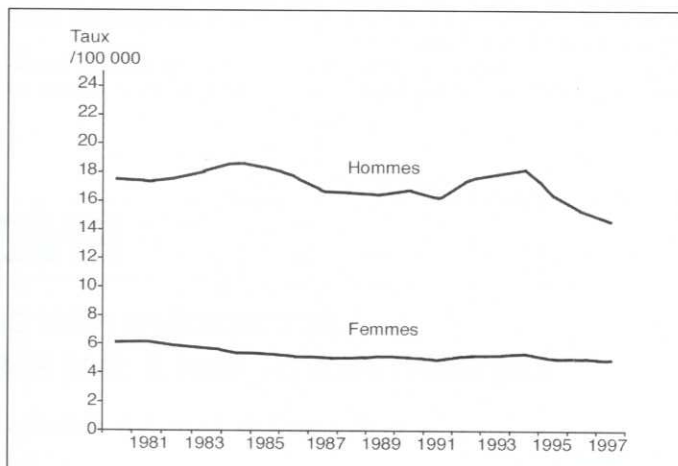
Tableau 2. Effectifs et taux de décès par suicide (15-24 ans) France - 1997

	Masculin			Féminin			Ensemble		
	Nb	Taux (1)	Part (2)	Nb	Taux (1)	Part (2)	Nb	Taux (1)	Part (2)
15-19 ans	160	7,9	12 %	66	3,4	13 %	226	5,7	12 %
20-24 ans	426	21,6	19 %	119	6,2	17 %	545	14,0	18 %
Ensemble	586	14,7	16 %	185	4,8	17 %	771	9,8	16 %

(1) Taux spécifiques par âge pour 100 000.

(2) Part du suicide dans l'ensemble de la mortalité.

Figure 1. Évolution de 1980 à 1997 des taux de décès par suicide, 15-24 ans - France



Source : SC8 - Inserm.

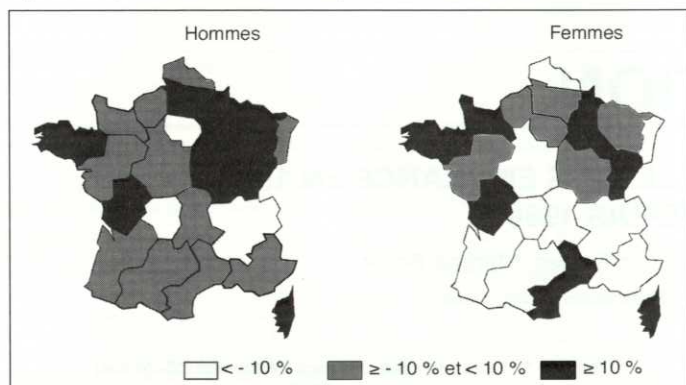
une fois sur quatre, à l'absorption de médicaments. Les chutes d'un lieu élevé représentent 1 décès sur 10. La surmortalité masculine s'observe pour tous les modes de suicide, excepté pour l'ingestion de médicaments. L'évolution des modes de suicide depuis le début des années 80 indique une augmentation du poids des suicides par pendaison quel que soit le sexe mais plus nettement pour les femmes. La part des armes à feu est restée stable pour les deux sexes.

1. Ces cas sont codés en causes inconnues (en 1997, 6 % de causes inconnues pour les 15-24 ans).

2. Les données de l'année 1998 ne sont pas disponibles suite au mouvement de revendication statutaires de certains Médecins Inspecteurs des DDASS qui ne transmettent plus les certificats de décès à l'INSERM.

Les régions françaises ne sont pas homogènes en termes de risque de décès par suicide des jeunes (Fig. 2). Les disparités régionales varient en fonction du sexe et sont plus marquées pour les femmes. Pour les hommes (période 1993-1997), on constate trois zones géographiques particulièrement touchées : la Corse, la Bretagne et les régions du nord-est (Champagne-Ardenne, Bourgogne, Picardie, Lorraine et Franche-Comté). Pour les femmes, les taux de décès par suicide sont observés en Basse-Normandie, Franche-Comté, Bretagne et Poitou-Charentes, et dans une moindre mesure, en Languedoc-Roussillon, Champagne-Ardenne et Corse. La diminution globale des taux de décès par suicide chez les jeunes, constatée pour la France entière (-8 %), ne s'observe pas dans toutes les régions françaises. Dans certaines régions, on constate au contraire une tendance à l'augmentation des taux de décès par suicide depuis 1980 : c'est le cas pour la Corse, le Centre, la Basse-Normandie, la Franche-Comté, le Languedoc-Roussillon, et la Lorraine.

Figure 2. Disparités des taux de décès par suicide 15-24 ans France - 1993-1997*



* Variation du taux de décès de la région par rapport au taux de décès moyen français - données corrigées en fonction des causes inconnues.

Source : SC8 - Inserm.

La situation de la France au sein de la Communauté Européenne n'est pas favorable en termes de suicide des jeunes (Tab. 3). Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la France se situe en effet parmi les pays dont les taux de décès sont les plus élevés après la Finlande et l'Autriche. On note en particulier des taux nettement moins élevés au Royaume-Uni et dans les pays du Sud (Grèce, Portugal, Italie, Espagne). Les écarts entre pays sont importants. Comparés au Royaume-Uni, les taux français sont ainsi multipliés par 1,6 pour les hommes et par 2,3 pour les femmes. La surmortalité masculine par suicide s'observe pour tous les pays, mais apparaît cependant moins élevée en France.

DISCUSSION

Les résultats de cette étude indiquent qu'en France le nombre de décès par suicide des jeunes est élevé chez les moins de 24 ans. Alors que les taux de mortalité toutes causes confondues des 15-24 ans ont diminué fortement dans le temps (-40 % depuis 1980), on constate une diminution nettement moins marquée (-20 %) pour les risques de décès par suicide. De même, la répartition géographique des taux de décès par suicide des 15-24 ans (surmortalité dans les régions nord-est et Bretagne) est très différente de celle des autres causes de décès observées à cet âge (surmortalité dans le sud du pays). L'analyse selon les caractéristiques socio-démographiques de ces décès met en évidence des groupes de populations plus particulièrement exposés (surmortalité des garçons, gradient géographique). L'analyse des modes de suicide souligne le poids important des suicides par armes à feu chez les jeunes. Ces données doivent permettre d'orienter les programmes de prévention dont l'élaboration est d'autant plus nécessaire que la France compte parmi les pays européens les plus à risque en termes de suicide des jeunes.

Malgré la correction effectuée pour cette étude, le nombre de décès par suicide reste certainement sous-évalué dans la mesure où pour un certain nombre de

Tableau 3. Taux de mortalité par suicide des pays européens 15-24 ans - 1994

Taux de décès*	Ensemble	Hommes	Femmes
Finlande	27,1	45,5	7,8
Autriche	16,2	25,4	6,6
France	10,3	16,1	4,3
Suède	9,4	12,0	6,6
Allemagne	9,0	13,9	3,7
Irlande	8,8	14,2	3,0
Danemark	8,0	13,4	2,3
Pays-Bas	6,6	9,1	4,1
Royaume-Uni	6,1	10,0	1,9
Espagne	4,7	7,6	1,8
Italie	4,3	7,1	1,4
Portugal	3,4	4,8	1,9
Grèce	2,3	4,1	0,4
Communauté européenne	7,6	11,9	3,0

morts violentes, le médecin constatant le décès ne peut pas conclure avec certitude à un suicide (chute d'un lieu élevé, noyade, accident impliquant un seul véhicule...). Lorsque le médecin n'a pas suffisamment d'éléments pour conclure à un suicide, il déclare une mort violente indéterminée quant à l'intention (environ 200 cas annuellement entre 15 et 24 ans). En ce qui concerne les différences entre pays, si les procédures de déclaration du suicide varient (législation, attitude culturelle vis-à-vis du suicide...), les risques de décès sont cependant tellement différents, que les écarts observés ne peuvent être uniquement expliqués par des biais de déclaration [2].

De nombreux auteurs ont analysé la fiabilité des données des causes de décès que ce soit au niveau d'un pays ou à un niveau international. Les problèmes soulevés concernent l'absence de critères précis pour déclarer un suicide et le manque d'autopsies qui permettraient une meilleure estimation des suicides notamment pour les cas indéterminés quant à l'intention [3]. La part des suicides au sein des autres morts violentes (accidents de la circulation, causes liées à l'alcool, la drogue...) est également difficile à appréhender. La plupart des auteurs concluent à une sous-estimation des décès par suicide dans les statistiques officielles, mais un certain nombre d'entre eux estiment suffisamment fiables ces mêmes statistiques pour analyser au sein d'un pays les caractéristiques socio-démographiques de la population concernée, les tendances dans le temps ainsi que les disparités géographiques [4].

L'amélioration des statistiques de décès en France impose en premier lieu d'établir des critères précis et officiels permettant de classer un décès équivoque en suicide, tels que ceux élaborés à la fin des années 80 aux USA [5]. On doit également envisager une plus grande fréquence des autopsies classiques mais aussi des investigations plus approfondies pour cerner l'état psychologique antérieur du décédé (recherche d'informations sur les tendances suicidaires du sujet décédé). Enfin, il ne saurait y avoir d'amélioration des statistiques sans un retour exhaustif des informations issues des Instituts Médico-Légaux.

BIBLIOGRAPHIE

- LECOMTE D., HATTON F., RENAUD G., LETOULLEC A. — Les suicides en Ile-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans - résultats d'une étude coopérative, IML de Paris - SC8 INSERM - BEH n° 2/94.
- SCHMIDTKE A. — Perspective : Suicide in Europe Suicide. *Life Threatening Behavior*, 1997 ; 27, 127-36.
- JOBES D.A., BERMAN A.L., JOSSELSO A.R. — Improving the validity and reliability of medical-legal certifications of Suicide. *Life Threatening Behavior*, 1997 ; 17, 310-25.
- SAINSBURY P., JENKINS J.S. — The accuracy of officially reported suicide statistics for purposes of epidemiological research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1982 ; 36, 43-8.
- MMWR-Morb-Mortal-Wkly-Rep. — Operational Criteria for Determining Suicide, 1988, 37, 773-4, 779-80.

ENQUÊTE

LES VIBRIOSES NON CHOLÉRIQUES EN FRANCE : CAS IDENTIFIÉS DE 1995 À 1998 PAR LE CENTRE NATIONAL DE RÉFÉRENCE

C. Geneste¹, W. Dab¹, P-A. Cabanes¹, V. Vaillant², M-L. Quilici³, J-M. Fournier³

INTRODUCTION

Les vibrions non cholériques (VNC) potentiellement pathogènes chez l'homme correspondent aux sérogroupes non-O1 et non-O139 de l'espèce *Vibrio cholerae*.

- Service des Etudes Médicales d'EDF et de Gaz de France.
- Institut de Veille Sanitaire.
- Centre National de Référence des Vibrions et du Choléra.

rae et à 10 autres espèces du genre *Vibrio* (*V. alginolyticus*, *V. carchariae*, *V. cincinnatiensis*, *V. fluvialis*, *V. furnissii*, *V. hollisae*, *V. metschnikovii*, *V. mimicus*, *V. parahaemolyticus* et *V. vulnificus*) [1]. Ces bactéries à Gram négatif, anaérobies facultatives, vivent naturellement dans le milieu marin et leur concentration augmente avec la température de l'eau de mer. Elles sont responsables d'infections humaines qui se présentent le plus souvent sous forme de gastro-entérites, d'infections cutanéo-muqueuses et de septicémies [2]. L'expression clinique de ces infections est souvent liée à la présence de pathologies sous-jacentes. Les sujets se contaminent par consommation de fruits de mer ou par