

Encadré 1 – Importance des informations provenant des instituts médico-légaux pour la connaissance des décès par suicide en France / Box 1 – Importance of information from the forensic units for the knowledge of deaths by suicide in France

Albertine Aouba (albertine.aouba@inserm.fr), Gérard Pavillon, Éric Jouglu

Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès, Inserm-CépiDc, Le Vésinet, France

Selon l'article L2223-42 de la Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 (extrait) :

« L'autorisation de fermeture du cercueil ne peut être délivrée qu'au vu d'un certificat, établi par un médecin, attestant le décès. Ce certificat, rédigé sur un modèle établi par le ministère chargé de la Santé, précise la ou les causes de décès [...].

Ces informations ne peuvent être utilisées que pour des motifs de santé publique :

1. À des fins de veille et d'alerte, par l'État et par l'Institut de veille sanitaire
2. Pour l'établissement de la statistique nationale des causes de décès et pour la recherche en santé publique par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale ».

Les données épidémiologiques sur le suicide en population générale sont en grande partie basées sur les statistiques nationales de mortalité élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm [1]. Ces statistiques permettent de conduire des analyses détaillées sur les caractéristiques démographiques des populations concernées (sexe, âge, statut matrimonial...), sur les modes de décès (pendaison, arme à feu, médicaments...), sur les lieux de suicide (domicile, voie publique...), sur les évolutions temporelles et sur les disparités géographiques (niveau régional, départemental ou à des échelles plus fines). Sur la base de ces mêmes données, l'État peut initier des programmes de prévention et les évaluer. En outre, la standardisation des méthodes de production (référence communes aux règles de codage de la Classification internationale des maladies [2]) et de diffusion des données dans de nombreux pays (en particulier dans les pays européens), permet de situer la position de la France par rapport à des pays de niveau de développement comparable. Les taux de décès masculins par suicide en France en 2006 sont 2,3 fois supérieurs à ceux des hommes du Royaume-Uni [3].

Des sources de biais potentiels

Parallèlement au traitement et à l'analyse des données, il s'avère essentiel de s'assurer de la fiabilité des informations produites. Des biais peuvent survenir aux cours des deux étapes du processus d'enregistrement des causes de décès : la certification médicale et la codification. Les biais principaux

sont à appréhender au niveau de la certification médicale. En effet, des causes de décès définies comme « concurrentes » peuvent « masquer » un suicide dans les statistiques. C'est en particulier le cas des morts violentes indéterminées quant à l'intention et des causes inconnues de décès. Une enquête, réalisée en 2003 auprès d'un échantillon de médecins certificateurs, avait permis d'estimer à 35% la part des causes indéterminées étant en fait des suicides [4]. L'autre source de biais considérée, les causes inconnues, a souvent pour origine une absence de retour d'information à la suite d'une enquête médico-légale. Deux enquêtes effectuées avec les instituts médico-légaux (IML) de Paris et de Lyon dans les années 1990 ont permis d'estimer, pour cette période, qu'environ 25% de ces cas étaient des suicides [5].

Une analyse récente des décès enregistrés en 2006 par le CépiDc en « causes inconnues » (2%, soit 12 057 des décès de l'année) a permis de distinguer différentes catégories de décès, et en particulier les décès pour lesquels le CépiDc n'avait reçu aucun certificat de décès (ou avait reçu un certificat de décès non rempli) et ceux pour lesquels une procédure judiciaire en cours a été signalée. Les premiers résultats d'une recherche d'informations complémentaires pour ces cas, à travers une étude en cours au CépiDc, révèlent que l'information manquante concerne dans 40% des cas des IML, la région Île-de-France étant la plus concernée (69% des cas). Seulement un tiers des demandes sur les causes du décès a reçu une réponse. L'analyse de ces réponses a montré que 42% des causes inconnues étaient en fait des suicides.

Une sous-déclaration des suicides

Ces résultats, ainsi que les études précédemment effectuées, permettent de préciser le niveau de sous-déclaration des suicides lié au non retour d'informations de certains IML, qui mettent fréquemment en avant le secret de la procédure judiciaire pour justifier la non transmission à l'Inserm des informations sur les causes de décès. Dans d'autres pays de développement comparable (Royaume-Uni, Allemagne, Australie...), les enquêtes médico-légales n'empêchent pas de rendre disponible les causes médicales de décès aux offices de statistiques nationaux [6-8].

Au contraire, ces enquêtes permettent de disposer de données plus fiables sur la nature des morts violentes.

La confidentialité des données transmises à l'Inserm en France est assurée par les principes d'anonymat attachés à la partie médicale du certificat de décès. Dans ce contexte, aucun obstacle ne devrait s'opposer à la rédaction d'un certificat médical de décès après une enquête médico-légale. La transmission de ces données médicales est essentielle pour le suivi des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique (la réduction du suicide constitue l'objectif 92 de cette loi). En outre, la mise en place depuis 2006 de la certification électronique des décès renforce encore la confidentialité de l'enregistrement des données et les expériences menées à cet égard avec plusieurs IML n'ont pas posé de problèmes spécifiques de confidentialité. En outre, elles se sont révélées très positives en ce qui concerne les échanges conduisant à une amélioration de la qualité des données obtenues. Ce système permettra en particulier un suivi rapide des évolutions et l'évaluation rapide des programmes de prévention mis en place.

Références

- [1] <http://www.cepiddc.idf.inserm.fr/>
- [2] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision, volume 2. Genève 1995.
- [3] Eurostat : <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>
- [4] Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, Jouglu E. Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. Drees série Études, avril 2003 ; 45 p.
- [5] Tilhet-Coartet S, Hatton F, Lopez C, Pequignot F, Miras A, Jacquart C, et al. Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. Presse Médicale, 2000;29:181-5.
- [6] Belanger F, Ung AB, et al. Analyse de la mortalité par traumatisme en Europe. Projet Anamort. Rapport d'activité final. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2008 ; 16 p. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/publications/2008/anamort/index.html>
- [7] Jönsson AK, Spigset O, Tjäderborn M, Druid H, Hägg S. Fatal drug poisonings in a Swedish general population. BMC Clin Pharmacol. 2009;9:7.
- [8] Walker S, Chen L, Madden R. Deaths due to suicide: the effects of certification and coding practices in Australia. Aust N Z J Public Health. 2008;32(2):126-30.