

## 1

## Connaissance des décès par suicide<sup>1</sup>

La base de données nationale sur les causes médicales de décès produite par l'Inserm-CépiDc permet d'élaborer des indicateurs essentiels à la connaissance épidémiologique du suicide en France. Les données sont exhaustives et couvrent la période 1968 à 2005 (dernière année validée, mais des études peuvent être réalisées sur les fichiers provisoires correspondant à des années plus récentes). L'analyse des données permet de caractériser les principales tendances dans le temps, les disparités géographiques (régionales, départementales, communales) et les caractéristiques socio-démographiques. Des procédures homogènes d'enregistrement (modèles de certificat de décès, modalités de codage médical...) permettent d'effectuer des comparaisons internationales et de situer la fréquence du suicide en France par rapport à celle observée dans d'autres pays.

Les données de l'année 2005 conduisent ainsi à un effectif annuel de 10 713 décès par suicide en France. Le nombre de suicides est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7 829 et 2 884), ce qui correspond à des taux de décès standardisés par âge de 26,3 et 8,4 pour 100 000 habitants (taux de décès multiplié par 3,1 chez les hommes). Les taux de décès augmentent fortement avec l'âge (7,2 entre 15 et 24 ans et 43,7 après 84 ans). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 14,8 % du total des décès et constitue la 2<sup>e</sup> cause de décès après les accidents de la circulation. Pour les sujets de plus de 65 ans, le suicide représente moins de 1 % du total des décès. Les taux de décès ont tendance à baisser dans le temps : entre 1990 et 2005, ils ont diminué de 14 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes. Cette baisse concerne davantage les populations âgées que les jeunes. Les taux de décès varient fortement selon les régions françaises (année 2004). Les taux les plus élevés s'observent en Bretagne, puis viennent le Limousin, la Basse-Normandie, le Poitou-Charente, de nombreuses régions du nord-ouest ainsi que la Bourgogne, l'Auvergne et la région Centre. Ces

1. À partir de la statistique nationale des causes médicales de décès : CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) ; Site Internet <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

disparités régionales s'observent pour les hommes et les femmes. Les modes de décès les plus fréquents sont les pendaisons (46 %), les armes à feu (15 %), la prise de médicaments (15 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %). Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe. Pour les hommes, les modes les plus utilisés sont la pendaison (52 % des suicides) et les armes à feu (20 %). Pour les femmes, deux modes sont prépondérants avec une même fréquence : la pendaison (32 %) et la prise de médicaments (30 %). Les modes de décès varient selon les régions (la pendaison est plus fréquente dans le nord et l'utilisation d'armes à feu dans le sud). Parmi les pays d'Europe de l'Ouest, la France se situe dans le groupe des pays européens à fréquence élevée de suicide (avec la Finlande, la Belgique et l'Autriche).

Dans le cadre de recherches en santé publique et sur la base d'un accord préalable de la Cnil (Commission nationale de l'informatique et des libertés), des enquêtes complémentaires sur le contexte d'un décès précis sont possibles. En effet, même si le nom de la personne décédée ne figure pas sur le certificat de décès reçu par l'Inserm, les données du fichier national sont indirectement nominatives. En utilisant un certain nombre de variables (date de naissance, date de décès, commune du domicile, commune du décès), on peut identifier la cause de décès d'une personne donnée. Cette procédure permet alors de préciser les caractéristiques du décès ou d'étudier l'histoire clinique d'une maladie en contactant le médecin qui a certifié le décès et en lui adressant un questionnaire d'enquête. Ce type d'investigations a récemment été réalisé par le CépiDc sur le sida, les décès liés à la pratique anesthésique ou les décès dus aux hépatites B et C. L'objectif final de ces études est souvent d'évaluer le caractère « évitable » de chaque décès. De telles procédures d'enquêtes pourraient s'appliquer au suicide dans le contexte de la mise en place de protocoles d'autopsie psychologique. Cependant, une investigation menée sur la base d'autopsies psychologiques se distingue de l'approche générale décrite précédemment dans la mesure où cette méthode nécessite une rupture du secret médical sur la cause d'un décès auprès des parents ou proches de la victime. Dans les exemples précédents, l'enquête réalisée restait dans un cadre hospitalier et ne nécessitait pas la connaissance de l'identité de la personne décédée. De tels protocoles de recherches impliqueraient ainsi des autorisations plus spécifiques de la Cnil. Ce type d'autorisation a déjà été obtenu précédemment, par exemple dans le cas d'une enquête sur la mort subite du nourrisson.

Les certificats de décès reçus par l'Inserm peuvent contenir une information médicale insuffisante ou imprécise sur la cause médicale du décès ou même, dans certains cas, ne pas du tout inclure la cause médicale (le décès est connu de la statistique mais sans cause documentée). Ces situations sont plus fréquentes pour les morts violentes, et en particulier pour les décès par suicide que pour les autres causes de décès. Des études menées par le CépiDc (Jouglà et coll., 2001, 2002a et b ; Péquignot et coll., 2004) font ainsi état d'une sous-estimation d'environ 20 % de la connaissance des suicides à

partir de la base nationale des causes de décès. En appliquant cette proportion, on passerait ainsi en 2005 d'un nombre annuel de décès de 10 713 à un effectif corrigé de 12 856 décès. Cette sous-estimation s'explique par deux facteurs principaux. Le premier, qui a le plus grand poids, est lié au manque de retour d'informations après enquête médico-légale. Certains instituts médico-légaux (IML) ne renvoient aucune information au CépiDc (pas de certificat médical rempli). Le décès est alors codé en cause inconnue. Le deuxième facteur concerne les cas de morts violentes rapportées sur le certificat médical de décès sans information sur l'origine de l'acte (chute d'un lieu élevé sans autre indication...). Ces cas sont codés en morts violentes de causes indéterminées quant à l'intention. À cet égard, un certain nombre de chercheurs souhaiteraient l'élaboration de critères précis permettant de conclure d'une manière fiable à un diagnostic de suicide (par exemple, nécessité de retrouver une trace écrite de la décision de passage à l'acte ou existence d'un état dépressif documenté). La méthode de l'autopsie psychologique est souvent évoquée en tant qu'aide à l'établissement du diagnostic du décès dans ces cas indéterminés.

Un premier indicateur permettant de mesurer « indirectement » l'impact de l'absence de retour d'informations à la suite d'une enquête médico-légale est le nombre et la proportion de décès de causes inconnues dans la statistique ainsi que leur distribution dans différents sous-groupes de population (par sexe, âge, lieu géographique de décès...). En 2005, le nombre total de causes inconnues dans la statistique nationale était de 10 400 (5 700 chez les hommes et 4 700 chez les femmes). Rapportées à l'ensemble des décès (527 000), les causes inconnues représentent ainsi 2,0 % des décès (2,1 % chez les hommes et 1,8 % chez les femmes). Mais cette proportion varie sensiblement selon l'âge des sujets. Elle est nettement plus élevée chez les jeunes : 6 % avant 24 ans et 8 % entre 25 et 44 ans, alors qu'elle représente moins de 2 % des décès après 65 ans. Cette différence s'explique par le poids important des décès par morts violentes chez les jeunes. La proportion de causes inconnues diffère également fortement selon le lieu de décès (régions, départements, grandes villes...). Elle atteint un maximum à Paris : 10 % pour la population tous âges et 39 % pour les 25-44 ans.

Les informations précédentes sur les biais potentiels qui affectent les données de la statistique nationale sur le suicide doivent être précisément prises en compte préalablement à l'élaboration de protocoles visant la mise en place de procédures d'autopsie psychologique fondées sur ces données (échantillonnage des cas...). Elles devront être également prises en compte lors de l'élaboration des recommandations issues de la présente expertise. Ainsi, un meilleur retour d'informations de la part de certains IML constituerait une avancée importante rendant plus efficace le type d'investigations envisagées.

Les données définitives issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès sont actuellement disponibles avec un certain délai, ce qui rend difficile leur utilisation pour un repérage rapide des cas dans le

contexte de la mise en place d'autopsies psychologiques. Ceci nécessite d'identifier d'autres sources potentielles pour un repérage plus rapide : police, gendarmerie, services médicosociaux ou judiciaires enregistrant des conduites violentes...

Les analyses épidémiologiques régulièrement effectuées indiquent cependant une stabilité des caractéristiques démographiques et géographiques de la mortalité par suicide en France (Facy et coll., 2006 ; Mouquet et coll., 2006). Ceci permet de définir a priori la constitution d'échantillons suivant le niveau de représentativité souhaité et de construire des plans d'observation entre cas et témoins, en contrôlant certains paramètres. La base de données des causes médicales de décès apparaît alors essentielle pour fixer les bases d'échantillonnage avant l'organisation des recueils de données et, par la suite, pour l'extrapolation des résultats de recherches en fonction des populations.

Depuis l'année 2007, le CépiDc, avec l'appui de la Direction générale de la santé (DGS), met en place un système de certification électronique des causes médicales de décès. Les médecins peuvent transmettre les causes de décès par Internet à partir d'un ordinateur. Les objectifs de ce nouveau système sont l'amélioration de la qualité des informations et la réduction des délais de connaissance des décès. Une retombée importante est la possibilité de suivre au jour le jour la survenue de certaines pathologies et morts violentes (par exemple, grippe, infections spécifiques...). Le suicide est une des causes de décès dont l'amélioration de la connaissance et du suivi pourra bénéficier du nouveau système. On pourra ainsi avoir connaissance de sa survenue pratiquement en temps réel. Les protocoles envisagés concernant la mise en place d'autopsies psychologiques devront intégrer cette évolution technologique essentielle du système de collecte des causes médicales de décès en France.

À cet égard, le groupe de travail recommande qu'après enquête médico-légale, un certificat de décès indiquant les causes du décès soit rempli et systématiquement transmis au CépiDc de l'Inserm.

## BIBLIOGRAPHIE

FACY F, DEBOUT M, LE TESSIER C. Mesures et indicateurs : quelles sont les spécificités en suicidologie ? In : Acteurs et chercheurs en suicidologie. FACY F, DEBOUT M (eds). Édition EDK, Paris, 2006 : 64-86

JOUGLA E, ROSSOLIN F, NIYONSENGA A, CHAPPERT JL, JOHANSSON LA, PAVILLON G. Comparability and quality improvement of European causes of death statistics - Final report. European Commission, DG Sanco, July 2001 : 191p

JOUGLA E, PÉQUIGNOT F, CHAPPERT JL, ROSSOLIN F, LE TOULLEC A, PAVILLON G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Rev Epidémiol Santé Publique* 2002a, 50 : 49-62

JOUGLA E, SALEM G, GANCEL S, MICHEL V, KURZINGER ML, et coll. Atlas de la mortalité dans l'Union européenne. Commission Européenne, Statistiques de la santé, Eurostat, Thème 3, Population et conditions sociales, 2002b : 119p

MOUQUET MC, BELLAMY V, CARASCO V. Suicides et tentatives de suicide en France. Études et résultats, Drees, 488, mai 2006

PÉQUIGNOT F, LE TOULLEC A, BOVET M, MELLAH M, JOUGLA E. Données sur la mortalité par arme à feu en France. Convention d'étude Inserm-Dgs (6-22/11/02), mars 2004 : 74p