



LE SUICIDE EN HAUTE-NORMANDIE

En France hexagonale, le suicide est responsable d'un peu moins de 10 400 décès en moyenne annuelle sur la période 2008-2010 (7 650 chez les hommes et 2 727 chez les femmes), soit 1,9 % de l'ensemble des décès. Ces nombres sous-estiment cependant la réalité puisque le service du CépiDc de l'Inserm a évalué, en 2002, à 20 % la « sous-déclaration » des suicides¹. Une enquête réalisée plus récemment par le même service a cependant réévalué cette sous-estimation à 10 % (résultats non publiés)².

Avec ce nombre de décès, la France hexagonale détient l'un des taux de suicide les plus élevés des pays européens. Ainsi, d'après Eurostat, elle se classe au neuvième rang des vingt-huit pays de l'Union européenne ayant la plus forte mortalité par suicide en 2009, après des pays de l'Est (Lituanie, Hongrie, Lettonie, Slovaquie, Estonie, Croatie), la Belgique et la Finlande. La France détient le sixième taux le plus important chez les femmes et le dixième chez les hommes. Par ailleurs, la diminution de la mortalité par suicide depuis 2000 a été moindre en France hexagonale que dans bon nombre de pays européens : dixième diminution la moins conséquente sur les vingt-cinq pays dont le taux était connu en 2000.

En Haute-Normandie, 366 décès par suicide (284 hommes et 82 femmes) ont été dénombrés en moyenne annuelle sur la période 2008-2010, ce qui situe la région au huitième rang des régions françaises présentant les plus fort taux de mortalité.

Les tentatives de suicide³ ne sont pas toutes répertoriées par les systèmes de recueil de données. Ainsi, les tentatives vues en consultation de médecine générale ne sont pas dénombrées. Cependant, l'étude des données fournies auprès des établissements de soins dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)⁴ permet d'avoir une approche des séjours dont l'origine est une tentative de suicide. Ainsi, en 2011, 282 séjours sont dus chaque jour en France hexagonale à une tentative de suicide. À l'inverse des décès, le ratio hommes-femmes se fait au détriment de ces dernières puisqu'elles représentent 62 % de ces séjours hospitaliers. En Haute-Normandie cette même année, 14 séjours en moyenne journalière ayant pour origine cette même cause ont été dénombrés, dont 61 % concernaient des femmes.

La journée mondiale de prévention du suicide est organisée chaque année le 10 septembre. C'est à l'occasion de la 12^e journée qu'est réalisé ce document qui a vocation à confronter certaines caractéristiques épidémiologiques autour des suicides en Haute-Normandie et à comparer la situation régionale tant aux données nationales qu'à celles des autres régions françaises. Il constitue un outil précieux d'aide à la priorisation des actions, tant envers les populations à cibler que pour les zonages à cibler.

¹ Jouglé E., Péquignot F., Chappert J.-L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. (2002). « La qualité des données de mortalité sur le suicide ».

² Rey G. « Données de décès par suicide. Stress au travail et santé - Situation chez les indépendants ».

³ Ce document ne traite toutefois pas des tentatives de suicide.

⁴ Fournies par l'Agence de traitement de l'information hospitalière (Atih).

Contexte	p. 1	Zoom par territoire de santé	p. 6-7
Méthodologie	p. 2	Zoom par pays	p. 8-9
Découpages géographiques infra-régionaux	p. 2	Zoom par état matrimonial	p. 10-11
Vue d'ensemble	p. 3	Modes de suicide	p. 12
Zoom par âge	p. 4-5	En résumé, le suicide en Haute-Normandie c'est...	p. 12

MÉTHODE

Ce document a été réalisé à partir des données établies annuellement par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. Il fait un état des lieux de la situation de la mortalité par suicide au niveau régional, mais également à deux niveaux géographiques infra-régionaux, les territoires de santé et les pays¹, et intègre systématiquement des comparaisons avec le niveau national (France hexagonale).

Pour permettre une stabilité statistique suffisante, les indicateurs figurant dans ce document ont été calculés sur différentes périodes en fonction du niveau géographique considéré ou du détail par âge. Aussi, d'un chapitre à l'autre, des chiffres différents peuvent être présentés pour un même indicateur pour la France et la région du fait qu'ils ne font pas référence à la même période.

Les taux présentés par tranches d'âge quinquennales sont des taux bruts de mortalité et ceux relatifs aux grands groupes d'âge (15-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus) ou tous âges sont des taux standardisés. Lorsqu'une surmortalité ou une sous-mortalité est mentionnée, il s'agit systématiquement d'un différentiel de mortalité significatif (cf. paragraphe « test de significativité » ci-dessous) entre le taux standardisé de mortalité par suicide observé sur un territoire donné (région, territoire de santé ou pays) et celui de la France hexagonale.

Taux standardisés

Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population d'un territoire donné. Son défaut est lié au fait que certains facteurs comme la structure par âge et par genre ne sont pas pris en compte. Il n'est pas pertinent de façon générale de comparer des taux bruts de territoires qui ont des structures par âge ou par genre différentes. Pour pallier cette situation, les taux de mortalité présentés dans ce document sont standardisés sur la structure d'âge d'une population de référence (ici la population de la France hexagonale au RP 2006) et sont le plus souvent présentés par genre. Les comparaisons entre plusieurs périodes, suivant le genre ou entre deux ou plusieurs unités géographiques sont ainsi possibles.

La population utilisée pour le calcul des taux par âge et genre des pays, territoires de santé, régions et France est une population qui a été estimée aux 1^{ers} juillet de chaque année. Ces estimations ont été réalisées à partir des données de population des recensements de 1990, 1999, 2006, 2007, 2008 et 2009, des données de naissances vivantes, des décès d'enfants de moins de 1 an survenus une année donnée « a » parmi les personnes nées cette même année « a » et des quotients de mortalité (France hexagonale). Elles ont ensuite été redressées. Pour ce faire, les données ont été agrégées par département afin de calculer un coefficient de redressement à partir des estimations définitives de l'Insee fournies chaque année par département, âge et genre. Les tranches d'âge considérées pour effectuer la standardisation sont les suivantes : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, etc., jusqu'à 85 ans et plus.

Test de significativité

Afin d'affirmer l'existence d'une sous-mortalité ou d'une surmortalité significative dans un territoire donné par rapport à la France hexagonale, d'une diminution de la mortalité et d'une différence de mortalité entre les hommes et les femmes, des tests de significativité ont été réalisés. Le test, qui consiste à comparer deux taux standardisés, est fondé sur la loi normale. La significativité prend en compte la taille des populations, ce qui explique par exemple que certains territoires peuvent avoir un test non significatif par rapport à la France alors que leurs taux sont plus élevés que ceux d'autres territoires qui enregistrent pourtant un test significatif.

Certificats de décès

La codification des certificats de décès est la première des missions du CépiDc de l'Inserm. La codification des causes médicales a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim10) remplaçant la neuvième révision (Cim9) utilisée depuis 1979. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage et donc de l'interprétation des causes de décès. Toutefois, ces changements n'ont eu que très peu d'influence sur les décès par suicide, ce qui permet ainsi le suivi dans le temps.

Limites quant à la certification d'un décès comme étant un suicide

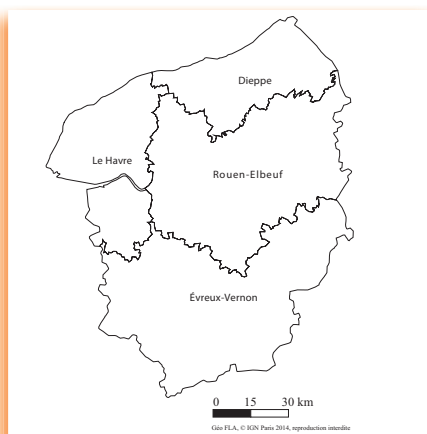
La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide, dont une partie peut se trouver notamment parmi les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical sur lequel doit figurer la cause de décès n'est pas rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

¹ Les zones géographiques situées en Haute-Normandie et appartenant au pays Drouais du département d'Eure-et-Loir ne peuvent pas être traitées comme pays à part entière compte tenu de la faiblesse des effectifs. Par conséquent, les résultats ne peuvent pas être présentés pour ces zones. Par ailleurs, le pays Interrégional Bresle - Yères, n'est considéré que dans sa partie Haute-Normande dans ce document.

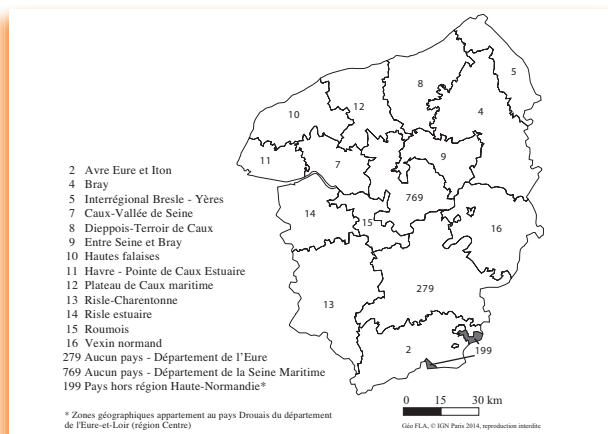
Les pays ne couvrant pas la totalité de la région Haute-Normandie, la zone sans pays a été divisée en deux parties selon le découpage départemental.

DÉCOUPAGES GÉOGRAPHIQUES INFRA-RÉGIONAUX

Territoires de santé



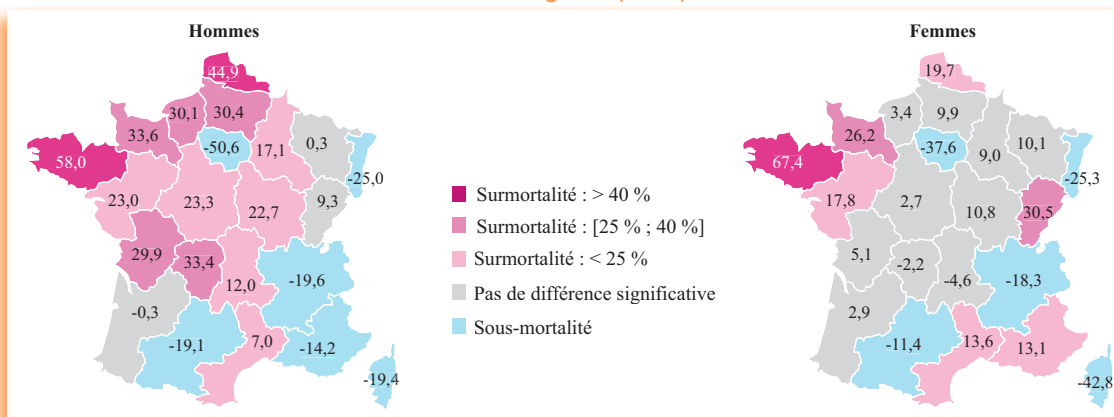
Pays



VUE D'ENSEMBLE

Sur la période 2008-2010, 366 Haut-Normands se sont suicidés en moyenne chaque année. Ceci correspond à 2,2 % de l'ensemble des décès des personnes domiciliées dans la région pour cette période (1,9 % des décès pour la France hexagonale). Les hommes sont davantage concernés que les femmes : 78 % des décès par suicide en Haute-Normandie et 74 % au niveau national.

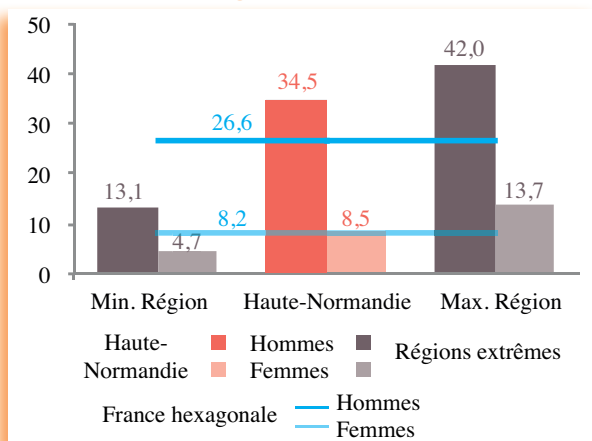
Différentiel de mortalité par suicide en regard du taux* de la France hexagonale en 2008-2010, selon le genre (en %)



* standardisé suivant l'âge.

Sources : Inserm CépiDc, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

Mortalité* par suicide en 2008-2010, selon le genre (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

Avec une mortalité comparable à celle de la France, chaque année, 65 Haut-Normands n'auraient pas fait le geste ultime

En 2008-2010, tous genres confondus, la Haute-Normandie présente le huitième taux standardisé de mortalité par suicide le plus important des régions de France : 20,2 pour 100 000 habitants contre 16,5 au niveau national, soit un surplus de mortalité de 23 %. Avec une mortalité équivalente à celle de la France hexagonale, c'est plus de 65 suicides de Haut-Normands qui auraient été évités en moyenne chaque année sur cette période.

Ce résultat global masque des disparités suivant le genre. En effet, le taux standardisé de suicide des haut-normandes ne diffère pas de celui observé au niveau national (8,5 pour 100 000 femmes en Haute-Normandie et 8,2 en France). Pour les hommes, le surplus de mortalité par rapport à la France hexagonale est de 30 %. La région présente le sixième taux de mortalité masculin par suicide le plus important des régions hexagonales juste derrière la Bretagne et le Nord - Pas-de-Calais et se situe à un niveau proche de la Basse-Normandie, du Limousin et de la Picardie.

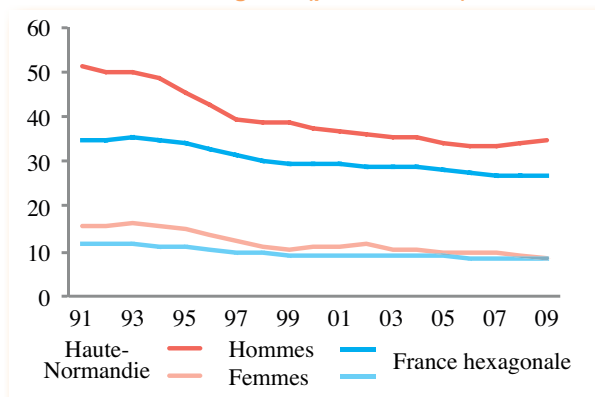
Depuis le début des années deux mille, le taux de suicide des femmes Haut-Normandes est comparable à celui du niveau national

Que ce soit dans la région ou au niveau national, pour les hommes ou pour les femmes, la mortalité par suicide a diminué depuis le début des années quatre-vingt-dix. Tous genres confondus, entre 1990-1992 et 2008-2010, elle a diminué de 35 % en Haute-Normandie et de 24 % en France hexagonale. Entre le début et la fin des années quatre-vingt-dix, cette diminution a été plus marquée en Haute-Normandie que dans l'Hexagone (46 % versus 32 %). Au cours de cette même période, cette diminution a également été plus marquée chez les femmes en Haute-Normandie (29 % versus 23 % chez les hommes).

Chez les femmes, durant la première moitié des années quatre-vingt-dix, la région présentait une surmortalité par suicide en regard du niveau national de l'ordre de 40 %. Ce différentiel s'est ensuite restreint, et les taux de suicide féminin en Haute-Normandie et en France hexagonale sont devenus comparables depuis 2002-2004.

Chez les hommes, depuis le début des années quatre-vingt-dix, le taux de suicide en région est resté plus important que celui observé dans l'Hexagone avec un différentiel de mortalité proche de 20 % entre 2003 et 2007. Une légère augmentation du taux de mortalité par suicide est observée pour la dernière période triennale (2008-2010). Cette tendance à la hausse reste cependant à confirmer dans les années à venir.

Évolution de la mortalité* par suicide, selon le genre (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge et lissé sur 3 ans.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

ZOOM PAR ÂGE

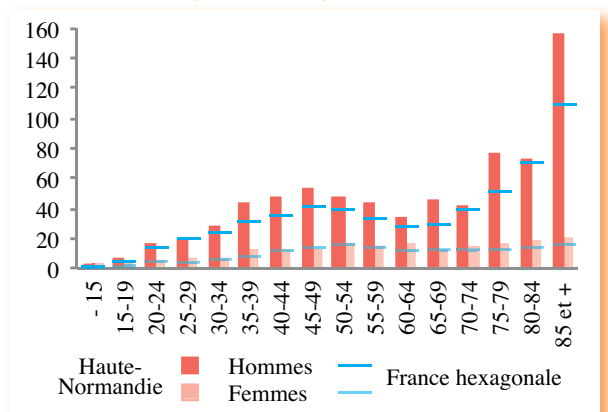
Sur la période 2006-2010, 361 Haut-Normands se sont suicidés en moyenne annuelle, soit 50 jeunes de 15-34 ans (14 % des suicides), 152 personnes âgées de 35 à 54 ans (42 %), 94 personnes âgées de 55 à 74 ans (26 %) et 63 personnes âgées de 75 ans et plus (17 %). À noter que deux suicides surviennent chaque année chez les moins de 15 ans.

Le taux de suicide est nettement plus important pour les hommes de 75 ans et plus...

Aussi bien au niveau régional qu'au niveau national, le taux de suicide varie fortement suivant l'âge, de manière différente entre les hommes et les femmes, notamment aux âges les plus élevés. Quel que soit le genre, le taux de mortalité par suicide sur la période 2006-2010 augmente régulièrement jusqu'à 45-54 ans. Puis, pour les femmes il reste relativement stable avec l'avancée en âge alors que, pour les hommes, il diminue légèrement jusqu'au groupe des 60-64 ans pour ensuite augmenter à nouveau, et de manière très importante.

Par ailleurs, quel que soit le groupe d'âge, la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais suivant un rapport plus ou moins marqué. Ainsi, en région comme en France, le taux de suicide masculin est deux fois plus important que le taux féminin chez les moins de 15 ans. Ce différentiel augmente ensuite jusqu'au groupe des 30-34 ans : le taux de suicide chez les hommes est alors cinq fois plus élevé que celui des femmes en Haute-Normandie. Le ratio entre les taux de suicide masculin et féminin diminue ensuite avec l'avancée de l'âge jusqu'au groupe des 60-64 ans ; il est alors à nouveau deux fois plus important pour les hommes. Enfin, ce ratio réaugmente fortement avec l'âge pour être près de huit fois plus important en région et près de sept fois plus élevé dans l'Hexagone pour les personnes âgées de 85 ans et plus.

Mortalité* par suicide en 2006-2010, selon le genre et l'âge (pour 100 000)



* taux brut.

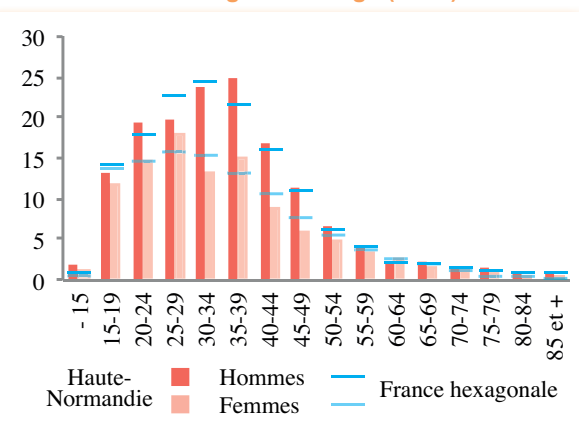
Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

...de manière encore plus marquée en Haute-Normandie qu'en France hexagonale

Chez les hommes, quel que soit le groupe d'âge, à quelques exceptions près et notamment chez les moins de 30 ans, le taux de suicide est plus important en Haute-Normandie qu'au niveau national, mais avec un différentiel plus ou moins marqué suivant l'âge. Ce différentiel est davantage marqué chez les personnes âgées de 85 ans et plus.

Chez les femmes de moins de 75 ans, la mortalité par suicide en Haute-Normandie est proche du niveau national. À l'inverse, chez les femmes de 75 ans et plus, comme chez les hommes, le taux de suicide est plus important dans la région.

Part des décès par suicide en 2006-2010, selon le genre et l'âge (en %)



Source : CépiDc Inserm - Exploitation OR2S

Un cinquième des décès de Haut-Normands de 15-34 ans est un suicide

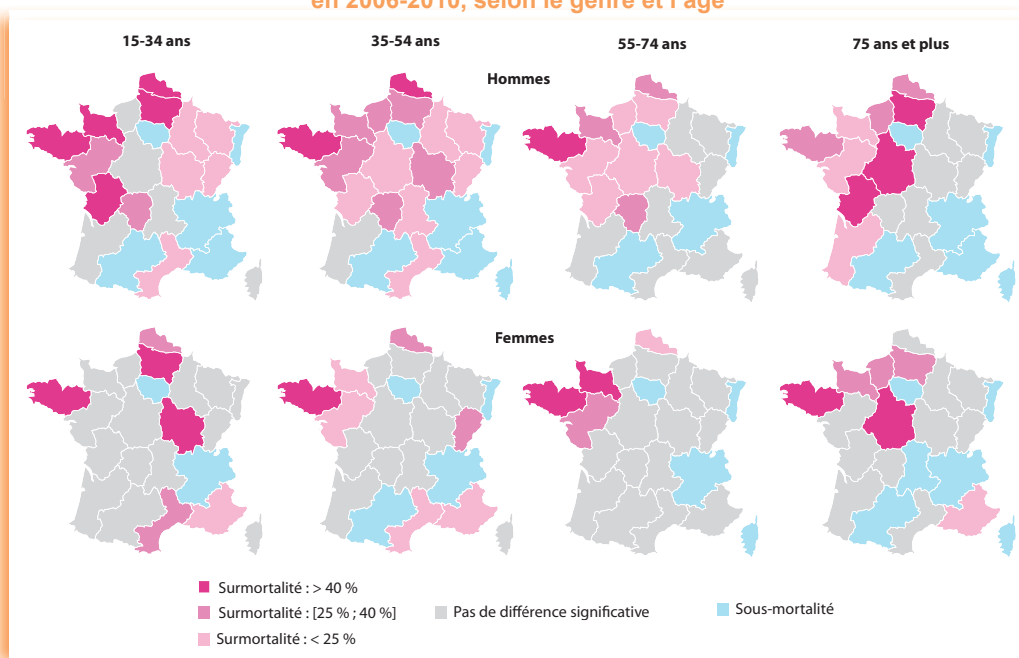
En termes de taux, les personnes plus âgées sont davantage concernées par le suicide que les plus jeunes. Toutefois, en termes de proportion parmi l'ensemble des décès pour chaque classe d'âge, les jeunes voient le suicide prendre une part importante parmi les causes de décès. Ainsi, chez les 15-34 ans, le suicide constitue la première cause de décès, à égalité avec les accidents de la circulation : près d'un cinquième des décès des jeunes haut-normands de 15-34 ans pour chacune de ces causes en 2006-2010, niveau voisin de celui de la France hexagonale.

Chez les 15-34 ans, la part des décès par suicide est plus importante chez les hommes que chez les femmes : 20 % des décès masculins et 14 % des décès féminins pour les Haut-Normands et respectivement 21 % et 15 % au niveau national. Ce sont chez les hommes de 30-39 ans que la part de suicide parmi l'ensemble des décès est la plus élevée. Elle constitue alors à nouveau la première cause de mortalité. Cela représente plus du double des décès par accidents de la circulation qui constituent la deuxième cause de décès pour ce groupe.

Pour chacun des deux genres, surmortalité importante chez les 75 ans et plus...

La surmortalité par suicide en Haute-Normandie au regard du niveau national est plus marquée chez les hommes et les personnes de 75 ans et plus, tous genres confondus. Ainsi, les taux standardisés de mortalité par suicide masculin des 35-54 ans et des 55-74 ans sont respectivement 30 % et 25 % plus élevés en Haute-Normandie que ceux observés au niveau national. Il s'agit du sixième taux le plus important des régions de France hexagonale pour les hommes de 35-54 ans et du cinquième taux pour ceux de 55-74 ans. Les taux de mortalité par suicide masculin et féminin des 75 ans et plus sont de 32 % plus élevés en Haute-Normandie qu'au niveau national. Il s'agit du troisième taux le plus important des régions de France hexagonale pour les femmes de 75 ans et plus, derrière la région Centre et la Bretagne et du sixième taux pour les hommes de ce même groupe d'âge. Concernant les autres groupes d'âge, la mortalité féminine par suicide ne diffère pas de façon significative avec le niveau national. Il est également à noter que le taux de suicide masculin des Haut-Normands de 15-34 ans ne diffère pas du niveau national.

Différentiel de mortalité par suicide en regard du taux* de la France hexagonale en 2006-2010, selon le genre et l'âge



* standardisé suivant l'âge.

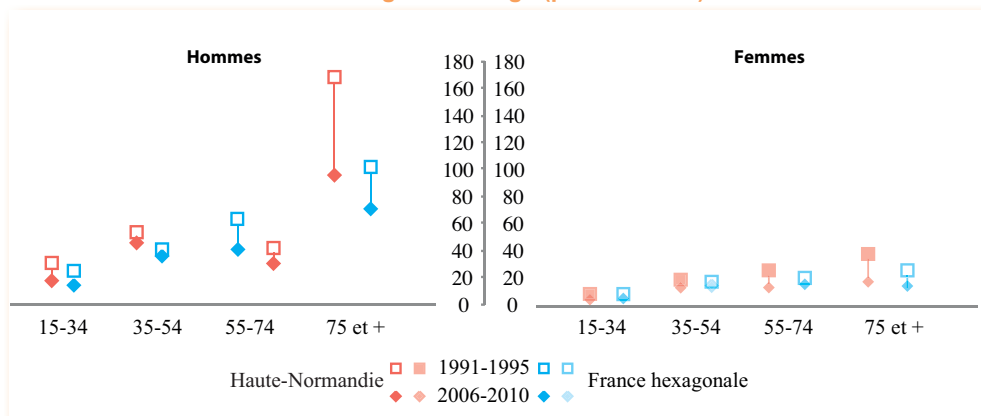
Sources : CépiDe Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

...mais une diminution du taux de suicide entre 1991-1995 et 2006-2010 plus importante que pour l'Hexagone

La mortalité par suicide a diminué globalement chez les hommes comme chez les femmes entre le début des années quatre-vingt-dix et la fin de la première décennie des années deux-mille. Cette baisse a été plus marquée en Haute-Normandie qu'au niveau hexagonal tous genres confondus, quel que soit le groupe d'âge. Au niveau national, quel que soit le genre, ce sont les plus jeunes (15-34 ans) qui ont vu leur taux de mortalité par suicide le plus diminuer en pourcentage : de près de 40 % entre 1991-1995 et 2006-2010 (ce constat est retrouvé pour les hommes jeunes comme pour leurs homologues féminines). Dans la région, cette diminution a été similaire (43 %) tous genres confondus.

L'autre groupe d'âge qui a vu sa mortalité diminuer de manière importante est celui des 75 ans et plus avec une mortalité féminine qui a diminué davantage (-53 % en Haute-Normandie et -42 % en France hexagonale) que celle des hommes (-44 % en Haute-Normandie et -30 % en France hexagonale). Seuls les hommes âgés de 35-54 ans en Haute-Normandie n'ont pas vu leur mortalité diminuer significativement entre 1991-1995 et 2006-2010. Le taux de suicide régional pour ce groupe demeure plus important en 2006-2010 (47,4 pour 100 000 hommes de 35-54 ans) que le taux enregistré en France en 1991-1995 (40,6).

Évolution de la mortalité* par suicide, selon le genre et l'âge (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

Sources : CépiDe Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

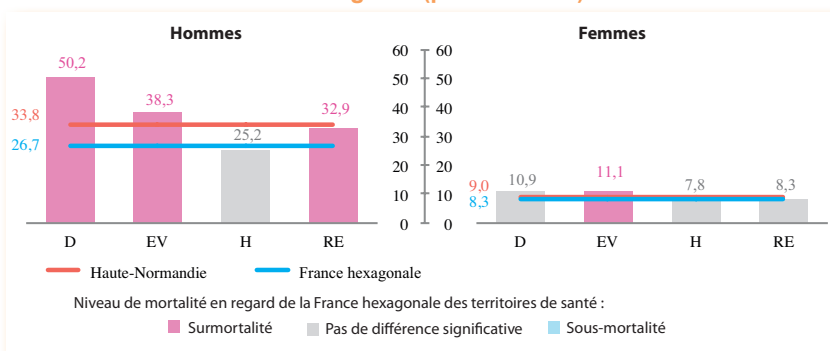
ZOOM PAR TERRITOIRE DE SANTÉ²

Seul le territoire de santé Le Havre ne présente pas de surmortalité par suicide...

Si la Haute-Normandie présente globalement une surmortalité par suicide de 20 % par rapport à la France hexagonale pour la période 2006-2010, le territoire de santé Le Havre se démarque avec une mortalité qui lui est comparable. Les trois autres territoires de santé haut-normands enregistrent un surplus de mortalité pour cette cause variant de 17 % (TS Rouen-Elbeuf) à 72 % (TS Dieppe).

Ces trois territoires de santé présentent également une surmortalité masculine. En revanche, chez les femmes, la mortalité par suicide ne se différencie par du niveau hexagonal dans les territoires de santé Le Havre, Dieppe et Rouen-Elbeuf.

Mortalité* par suicide en 2006-2010, selon le genre (pour 100 000)

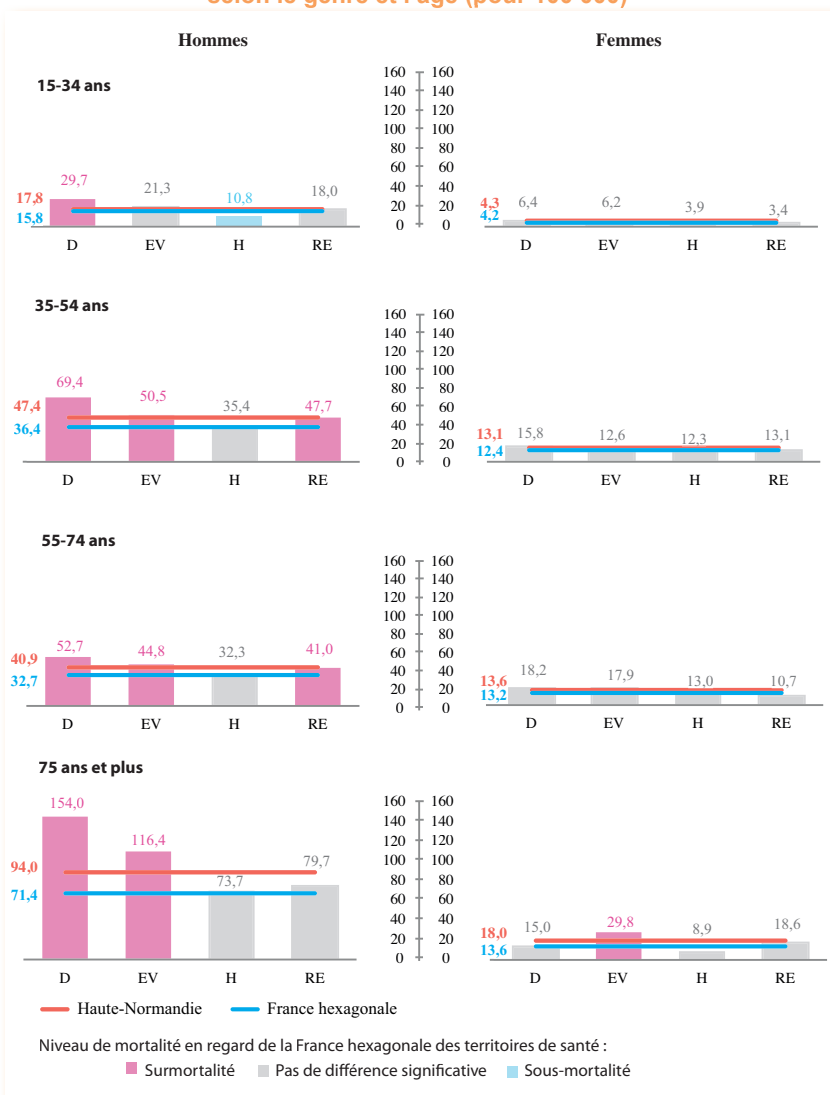


* taux standardisé suivant l'âge. Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

...et est même en sous-mortalité chez les hommes de 15-34 ans

Le territoire de santé Le Havre ne présente pas de surmortalité par suicide en regard du niveau national tous âges confondus et ce pour chacun des genres. Chez les hommes de 15-34 ans, la mortalité par suicide de ce territoire de santé est même significativement moins importante que celle de l'ensemble de l'Hexagone (-6 %). C'est le seul cas où ce constat est porté.

Mortalité* par suicide en 2006-2010, selon le genre et l'âge (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge. Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

Le territoire de santé de Dieppe présente une surmortalité par suicide, quel que soit l'âge

Le territoire de santé Dieppe présente le taux de mortalité masculin par suicide le plus important des territoires de santé de Haute-Normandie, et ce pour les quatre groupes d'âge considérés dans cette analyse. Ainsi en 2006-2010, le taux standardisé de mortalité par suicide des hommes de 35-54 ans de ce territoire de santé est de 91 % plus important que celui observé au niveau hexagonal (69,4 pour 100 000 contre 36,4) et il est 116 % plus important pour les 75 ans et plus (154,0 pour 100 000 contre 71,4). À l'exception des 15-34 ans, le taux de mortalité masculin par suicide est également plus élevé dans le territoire de santé Évreux-Vernon qu'au niveau hexagonal et plus particulièrement chez les hommes de 75 ans et plus (+63 %). Il est également à noter que ce territoire de santé présente un taux de mortalité par suicide pour les femmes de 75 ans et plus qui est plus de deux fois plus élevé que celui observé dans l'Hexagone (+119 %). Quelle que soit la tranche d'âge, c'est le seul cas de surmortalité retrouvé chez les femmes au niveau des territoires de santé.

² Afin de faciliter la lecture des graphiques de cette double page, le nom des territoires de santé n'a pas été indiqué intégralement mais à l'aide de sigles. La correspondance est la suivante : D : TS Dieppe ; EV : TS Évreux-Vernon ; H : TS Le Havre ; RE : TS Rouen-Elbeuf.

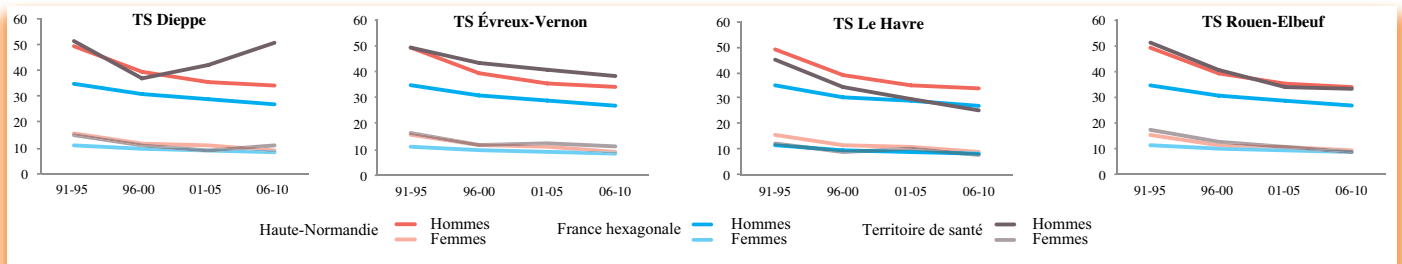
Une remontée importante sur le territoire de santé Dieppe depuis la fin des années quatre-vingt-dix...

À l'exception du territoire de santé Dieppe, la mortalité par suicide a diminué entre le début des années quatre-vingt-dix et la fin de la première décennie des années deux-mille, tous genres et tous âges confondus, mais suivant un degré plus ou moins important selon les territoires. Ainsi, le territoire de santé Évreux-Vernon enregistre une diminution deux fois moindre (-22 % entre 1991-1995 et 2006-2010) que les territoires de santé Le Havre et Rouen-Elbeuf (respectivement -43 % et -39 % ; cette diminution est de -33 % pour la Haute-Normandie et -24 % pour la France).

Le territoire de santé Dieppe a vu sa mortalité par suicide diminuer entre le début et la fin des années quatre-vingt-dix pour augmenter depuis et atteindre en 2006-2010 un taux identique à celui qu'il enregistrait en 1991-1995, tous genres et tous âges confondus (30,8 pour 100 000 en 1991-1995 et 28,5 pour 100 000 en 2006-2010).

Tous âges et tous genres confondus, le territoire de santé Le Havre est le seul à avoir vu sa mortalité par suicide diminuer significativement entre 2001-2005 et 2006-2010 (de -18 % contre -7 % pour la France hexagonale et -7 % pour la Haute-Normandie).

Évolution de la mortalité* par suicide, selon le genre (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

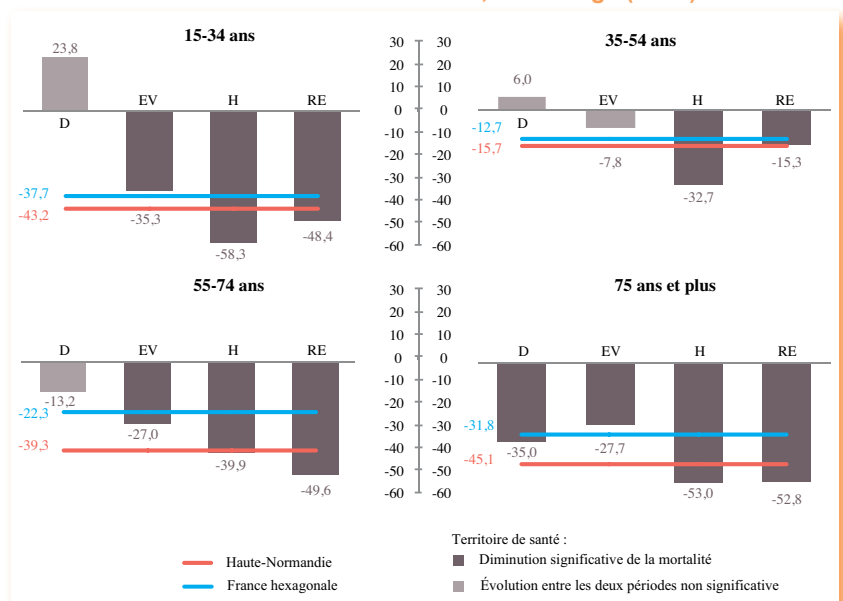
...tout particulièrement chez les 15-34 ans

Comme souligné p. 5, entre 1991-1995 et 2001-2006, la mortalité par suicide a évolué de manière hétérogène entre les groupes d'âge et suivant des tendances différentes en région et dans l'Hexagone. Ces disparités sont encore plus marquées au sein de la région. En effet, si, pour la Haute-Normandie et la France hexagonale, une diminution significative des taux standardisés de mortalité par suicide est relevée globalement pour chacun des grands groupes d'âge, ceci n'est pas retrouvé dans tous les territoires de santé.

Celui de Dieppe, qui présente le taux de mortalité par suicide le plus important des territoires de santé de la région, a quasiment le même taux en 2006-2010 qu'au début des années quatre-vingt-dix par groupe d'âge, exception faite pour les 75 ans et plus dont le taux de mortalité a diminué significativement (-35 %).

A *contrario*, les territoires de santé Le Havre et Rouen-Elbeuf qui présentent les taux de mortalité par suicide les plus bas des quatre territoires de santé de la région, ont vu leur taux enregistrer les plus fortes diminutions pour chaque groupe d'âge (en particulier les plus jeunes et les plus âgés) entre les deux périodes d'analyses.

Accroissement de la mortalité* par suicide entre 1991-1995 et 2006-2010, selon l'âge (en %)



* calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

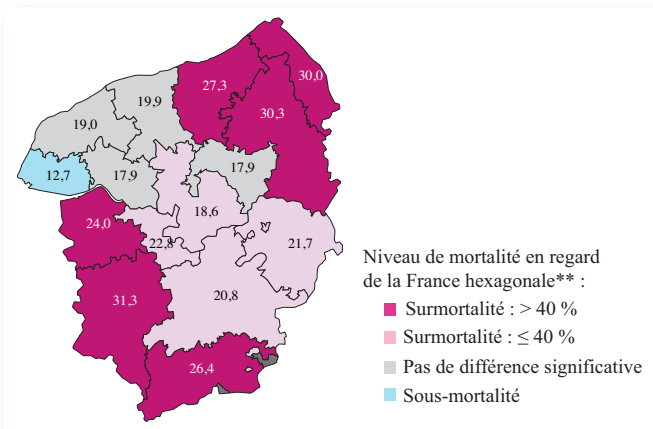
ZOOM PAR PAYS

Une mortalité proche de l'Hexagone autour de l'axe Fécamp-Rouen-Vernon

En 2004-2010, les pays formant une zone autour de l'axe Fécamp-Rouen-Vernon, ont un taux de mortalité par suicide équivalent à celui du niveau national tous âges et tous genres confondus. Le pays du Havre - Pointe de Caux Estuaire se démarque avec un taux de mortalité par suicide moindre que celui observé en France hexagonale : 12,7 pour 100 000 habitants contre 16,9, soit une sous-mortalité de près de 25 %.

À l'inverse, les pays situés au nord-est et au sud-ouest de la région présentent les taux de mortalité par suicide les plus importants de la région (surplus de mortalité par rapport à la France hexagonale dépassant les 40 %). Le pays du Risle-Charentonne présente le taux de mortalité féminin le plus élevé des pays haut-normands, avec une surmortalité de 61 % par rapport à la France hexagonale.

Mortalité* par suicide en 2004-2010 (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

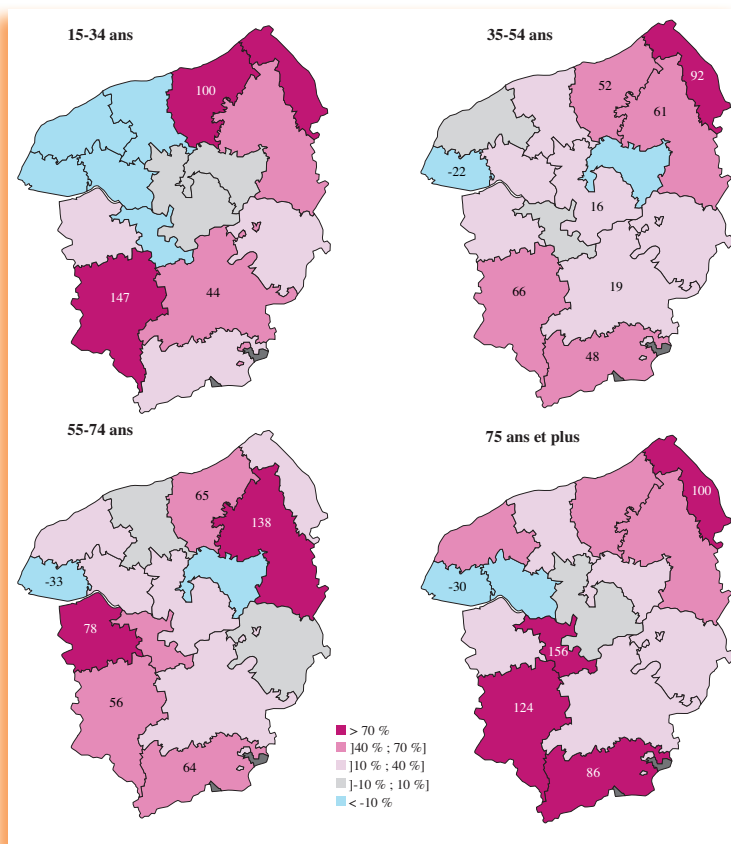
** attention, le découpage en classes n'est pas fait sur la valeur des taux présentés dans la carte mais sur le différentiel de mortalité par rapport à la moyenne hexagonale.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

Une surmortalité chez les 15-34 ans dans trois pays

Chez les jeunes de 15-34 ans, en regard du niveau national, une surmortalité est constatée pour seulement trois pays haut-normands. Ainsi, les pays Risle-Charentonne et Dieppois-Terroir de Caux enregistrent des taux standardisés de mortalité en 2004-2010 plus de deux fois plus importants que celui constaté en France hexagonale. La zone sans pays du département de l'Eure quant à elle, présente un niveau de mortalité de l'ordre de 1,4 fois plus élevé pour ce groupe d'âge. Cependant, pour cette classe d'âge, le différentiel de mortalité par suicide en regard du niveau national est le moins marqué : +16 % pour l'ensemble de la région pour la période 2004-2010 ; il est respectivement de +20 % et +19 % pour les 35-54 ans et 55-74 ans et de +25 % pour les 75 ans et plus.

Différentiel* de mortalité par suicide en regard des taux de la France hexagonale en 2004-2010, selon l'âge (en %)



Suicide plus important dans le nord-est et sud-est de la région par rapport à l'Hexagone notamment pour les personnes de 75 ans et plus

Concernant la mortalité par suicide des personnes de 35-54 ans et des personnes de 55-74 ans, ce sont les pays du nord-ouest et du sud-est de la région qui sont davantage concernés, mais avec un surplus de mortalité en regard du niveau national un peu moins marqué que ce qui est observé pour les 15-34 ans.

Pour les personnes de 75 ans et plus, une forte surmortalité est constatée pour quatre pays de la région (Risle-Charentonne, Roumois, Avrre Eure et Iton et Interrégional Bresle - Yères) avec des taux standardisés de mortalité jusqu'à 2,5 fois plus importants que celui constaté en France hexagonale pour le Roumois.

Le pays Havre - Pointe de Caux Estuaire présente une sous-mortalité par suicide pour chaque groupe d'âge à l'exception des 15-34 ans. Par contre, le Risle-Charentonne présente, par rapport à l'Hexagone, une mortalité par suicide 2,5 fois plus importante pour les 15-34 ans et 2,2 fois plus importante pour les 75 ans et plus.

* la valeur de l'écart entre le taux standardisé (suivant l'âge) du pays avec celui de la France hexagonale est mentionnée (en pourcentage) lorsqu'il y a une différence significative entre les deux taux. Si la valeur est positive, il y a une surmortalité dans le pays en regard de la France et, si elle est négative, il y a une sous-mortalité. Si la valeur n'est pas indiquée sur le pays, c'est qu'aucune différence significative entre le taux standardisé du pays et celui du niveau national n'a été relevée.

Sources : CépiDc Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

Une diminution quasi nulle dans les zones du nord-est et sud-ouest

Entre les périodes 1990-1996 et 2004-2010, la mortalité par suicide a diminué de manière un peu plus conséquente dans la région qu'au niveau national : -31 % contre -21 % pour l'Hexagone. Cependant, le taux standardisé de mortalité par suicide observé en 2004-2010 en Haute-Normandie (20,3 pour 100 000 habitants) est proche de celui observé en France hexagonale sur la première partie de la décennie des années quatre-vingt-dix (21,5 pour 100 000 en 1990-1996).

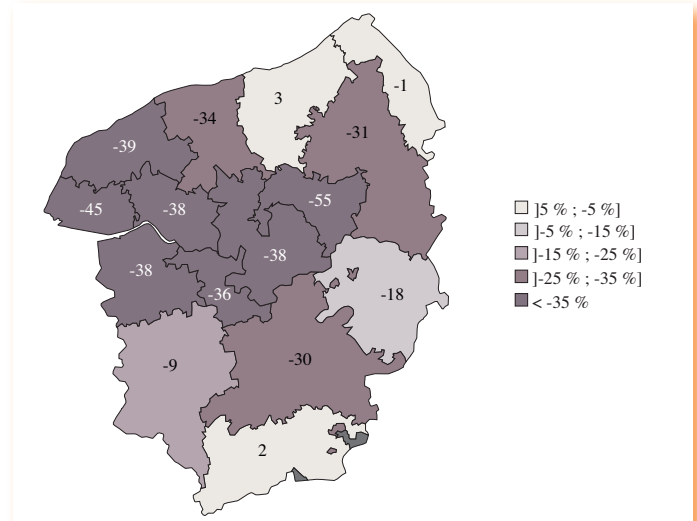
Au sein de la région, cette évolution est très inégale, certains pays voyant même leur taux de suicide stagner entre les deux périodes. Aussi, la région peut être divisée en trois zones. La première, regroupant les pays autour de l'axe Le Havre-Rouen, enregistre la diminution de la mortalité par suicide entre les deux périodes étudiées la plus conséquente, variant de l'ordre de -35 % à -55 % pour le pays Entre Seine et Bray. La deuxième zone, regroupant trois pays limitrophes de la première zone, enregistre également une diminution significative de taux de suicide entre les deux périodes, mais qui est un peu moins conséquente (de l'ordre de -30 %). La troisième zone regroupe les pays situés aux extrémités nord-est et sud-ouest de la région, à savoir : le pays Interrégional Bresle - Yères, le Dieppois-Terroir de Caux, le Risle-Charentonne, Avre Eure et Iton et le Vexin normand. Ces territoires n'ont pas vu leur taux de suicide diminuer de manière significative entre 1990-1996 et 2004-2010. Pour trois pays (Interrégional Bresle - Yères, Dieppois-Terroir de Caux et Avre Eure et Iton), il est même resté quasiment identique entre les deux périodes étudiées.

Les plus fortes diminutions constatées dans les pays à forte mortalité en 1990-1996

De manière générale, les pays qui connaissaient une forte mortalité par suicide en 1990-1996 ont vu celle-ci diminuer de manière relativement conséquente en 2004-2010 : d'au moins 30 % pour six des huit pays qui enregistraient un taux standardisé supérieur à 30 pour 100 000 habitants en 1990-1996 (pour les deux autres pays, elle est de l'ordre de -9 % et -1 %). Toutefois, en regard de la France hexagonale, cinq de ces huit pays sont toujours en surmortalité par suicide.

Concernant les pays qui avaient, sur la première partie de la décennie des années quatre-vingt-dix, les taux de suicide les plus faibles, la diminution de la mortalité entre les deux périodes étudiées a été très hétérogène d'un pays à l'autre. Ainsi, trois des sept pays qui avaient un taux de suicide inférieur à 30 pour 100 000 habitants en 1990-1996 affichent une des plus grandes diminutions de la mortalité des pays haut-normands. Parmi ces sept pays, le Dieppois-Terroir de Caux et Avre Eure et Iton ont quasiment le même taux standardisé pour les deux périodes étudiées.

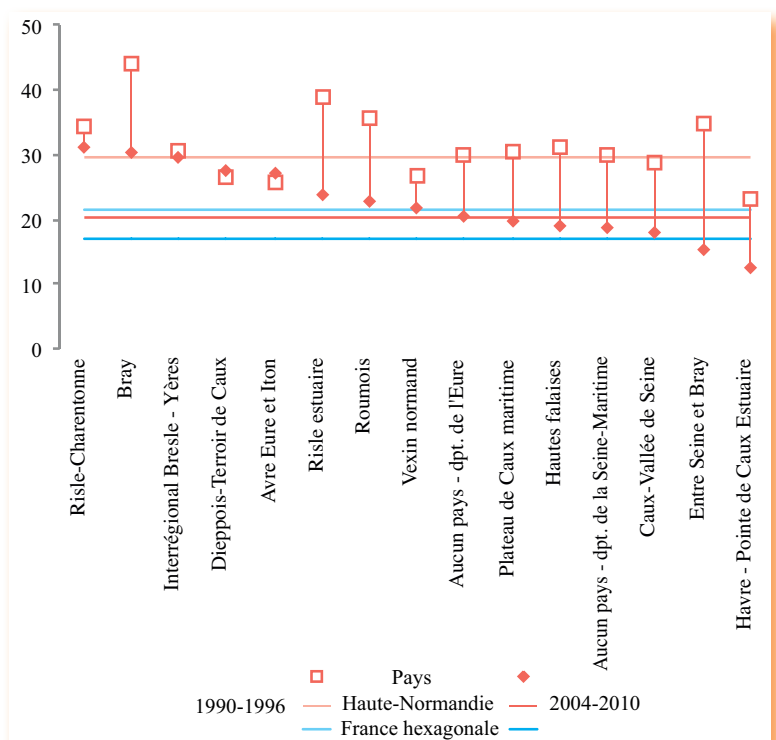
Accroissement de la mortalité* par suicide entre 1990-1996 et 2004-2010 (en %)



* calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge.

Sources : CépiDe Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

Évolution de la mortalité* par suicide (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

Sources : CépiDe Inserm, Insee, OR2S - Exploitation OR2S

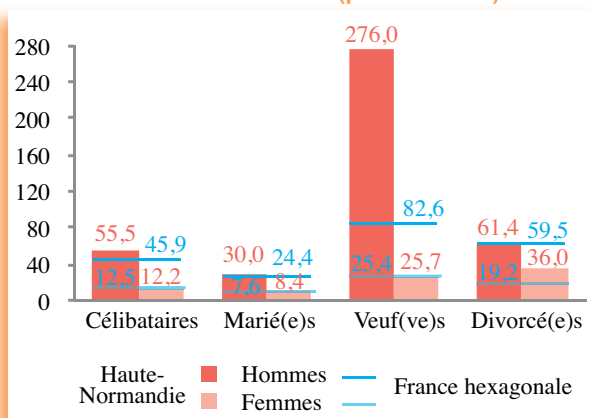
Seuls cinq pays ont un taux de suicide plus faible en 2004-2010 que celui de la France hexagonale en 1990-1996

Si la mortalité par suicide de la Haute-Normandie en 2004-2010 est à peine inférieure à celle qui était observée en France hexagonale en 1990-1996, certains pays ont un taux standardisé de mortalité qui demeure encore plus important. Il s'agit des pays situés au nord-est et au sud-ouest de la région. À l'inverse, seuls cinq pays, situés au centre de la région et à l'ouest, ont un taux de suicide en 2004-2010 significativement plus faible que celui observé en France hexagonale sur la première partie de la décennie des années quatre-vingt-dix (Havre - Pointe de Caux Estuaire, Entre Seine et Bray, Caux-Vallée de Seine, Hautes falaises et la zone sans pays du département Seine-Maritime). Un seul de ces pays, le premier, présente une sous-mortalité significative avec la France hexagonale de 2004-2010.

ZOOM PAR ÉTAT MATRIMONIAL

Sur la période 2001-2010, 366 Haut-Normands de 15 ans et plus se sont suicidés en moyenne chaque année. Leur état matrimonial révèle que 163 étaient marié(e)s (45 %), 108 célibataires (29 %), 46 divorcé(e)s (13 %) et 49 veuf(ve)s (13 %).

Mortalité* par suicide des 15 ans et plus en 2001-2010, selon le genre et l'état matrimonial (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Différentiel entre état matrimonial plus marqué chez les hommes que chez les femmes

Le taux de suicide varie fortement selon le statut matrimonial. Les taux les plus faibles sont relevés chez les personnes mariées, et ce, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, en Haute-Normandie comme au niveau national. En revanche, si, chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par suicide est nettement plus important pour les veufs que pour les trois autres statuts matrimoniaux, le différentiel entre état matrimonial est moins marqué chez les femmes. Au niveau hexagonal, chez les femmes, ce sont les veuves qui enregistrent le taux de suicide le plus élevé (25,4 pour 100 000), suivi des divorcées (19,2), des célibataires (12,5) et des mariées (7,6).

Des taux différents du niveau national pour les hommes célibataires et les hommes mariés

Chez les hommes de 15 ans et plus, les taux de suicide chez les célibataires et les mariés sont significativement différents de ceux de la France hexagonale. Pour les hommes veufs, le surplus de mortalité observé dans la région en regard du niveau national est très marqué : le taux de mortalité par suicide pour la période 2001-2010 est trois fois plus élevé

en Haute-Normandie que dans l'Hexagone (276,0 contre 82,6). La Haute-Normandie présente le premier taux de suicide des hommes veufs le plus important des régions hexagonales mais sans différence significative avec le taux de suicide observé dans l'Hexagone.

Chez les femmes de 15 ans et plus, le surplus de mortalité observé dans la région en regard du niveau national est plus marqué chez les femmes divorcées. La Haute-Normandie présente le deuxième taux de suicide le plus important des régions hexagonales derrière la Basse-Normandie. Cependant, aucune différence significative n'est relevée avec le niveau national pour chacun des statuts matrimoniaux retenus dans cette analyse³.

³ L'absence de différence significative entre le taux de suicide en Haute-Normandie et le taux de suicide en France hexagonale peut s'expliquer par un manque de puissance statistique.

État matrimonial et point méthodologique

Contrairement au reste du document, la population utilisée pour le calcul du taux par âge, genre et état matrimonial présentée dans cette page et la suivante est celle du 1^{er} janvier 2006. Elle correspond à la population au milieu de la période 2001-2010, et a donc été multipliée par dix pour effectuer les calculs.

Les taux figurant sur cette page et la suivante ne sont pas des taux par âge mais font référence aux personnes de 15 ans et plus. Par ailleurs, comme pour le reste du document, les taux relatifs aux grands groupes d'âge (15-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus) sont des taux standardisés. Les tranches d'âge considérées pour effectuer la standardisation sont les suivantes : 15-19 ans, 20-24 ans etc., jusqu'à 80 ans et plus.

Les parts des personnes veuves et divorcées sont très faibles chez les 15-34 ans (respectivement 0,1 % et 1,4 % en Haute-Normandie comme en France hexagonale, tous genres confondus), de même que celles des veuf(ve)s chez les 35-54 ans (1,9 % en Haute-Normandie et 1,6 % en France). Quand les effectifs ne permettent pas de calculer des taux suffisamment stables en Haute-Normandie, seuls les taux hexagonaux sont présentés pour ces groupes.

Répartition de la population par état matrimonial au 1^{er} janvier 2006, selon le genre et l'âge (en %)

	Hommes		Femmes	
	Haute-Normandie	France hexagonale	Haute-Normandie	France hexagonale
15-34 ans				
Célibataires	82,6	82,7	75,3	75,2
Marié(e)s	16,4	16,3	22,9	22,9
Veuf(ve)s	0,0	0,1	0,2	0,2
Divorcé(e)s	1,0	1,0	1,7	1,8
35-54 ans				
Célibataires	25,6	27,1	19,8	21,5
Marié(e)s	64,2	62,6	65,1	63,3
Veuf(ve)s	0,8	0,7	2,9	2,5
Divorcé(e)s	9,5	9,6	12,1	12,7
55-74 ans				
Célibataires	7,9	9,3	6,8	7,7
Marié(e)s	78,9	77,5	63,5	63,5
Veuf(ve)s	4,5	4,2	19,9	17,9
Divorcé(e)s	8,7	9,0	9,8	10,9
75 ans et plus				
Célibataires	5,5	7,4	6,3	7,8
Marié(e)s	71,0	70,6	27,6	28,3
Veuf(ve)s	20,9	19,2	62,0	60,0
Divorcé(e)s	2,7	2,8	4,1	3,9

Source : Insee - Exploitation OR2S

Suicide moindre chez les personnes mariées, mais qui diffère également selon l'âge et le genre

Pour chacun des groupes d'âge analysés, ce sont les personnes mariées qui enregistrent les taux standardisés de mortalité par suicide les plus faibles pour la période 2001-2010, et ce, pour chacun des genres, en Haute-Normandie comme en France hexagonale. Cependant, à l'instar de ce qui est observé tous statuts matrimoniaux confondus, le taux de suicide des personnes mariées diffère suivant le genre et l'âge. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et ce quel que soit l'âge, et est maximal chez les hommes de 75 ans et plus.

Quel que soit l'âge, le suicide plus présent chez les hommes veufs...

En France hexagonale, pour chacun des grands groupes d'âge analysés, le taux de suicide des hommes veufs est plus important que ceux observés pour les trois autres statuts matrimoniaux. Par contre, ce constat ne se retrouve pas chez les femmes de 15-34 ans. Ce sont les veuves qui enregistrent le taux de suicide le plus important devant les divorcées et ceci n'est pas retrouvé aux âges plus élevés. En effet, chez les femmes de 55-74 ans et de 75 ans et plus, ce sont les divorcées qui enregistrent les taux de suicide les plus importants, devant ceux enregistrés pour les veuves. Dans l'Hexagone, chez les femmes de 35-54 ans, le taux de suicide des veuves et des divorcées est du même ordre de grandeur, à un niveau plus important que celui des célibataires et des femmes mariées. Toutefois, en Haute-Normandie, des tendances proches de celles relevées au niveau hexagonal sont observées même si la faiblesse des effectifs pour certains groupes ne permet pas d'effectuer toutes les comparaisons nécessaires⁴.

...mais à un niveau encore plus important pour ceux de 75 ans et plus

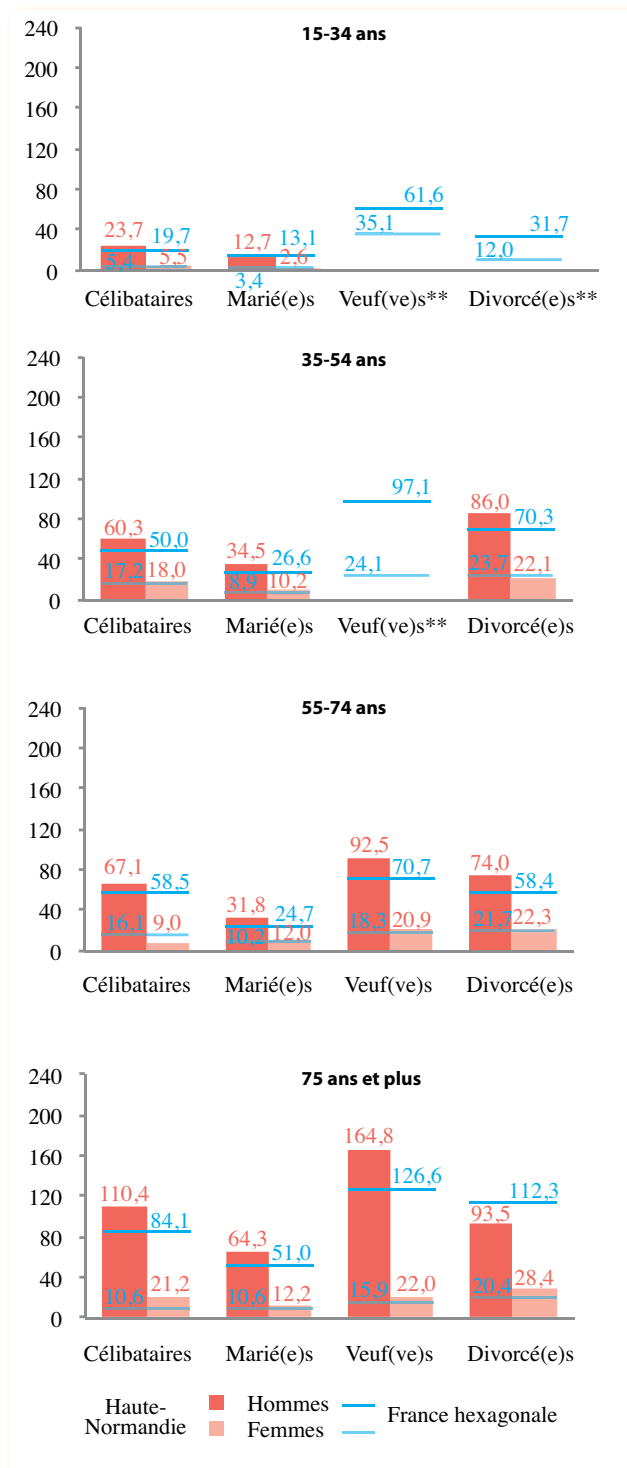
Parmi les personnes veuves, le taux standardisé de mortalité par suicide est maximal chez les hommes de 75 ans et plus. De plus, quel que soit le genre, le taux de suicide est plus important dans la région que dans l'Hexagone chez les veuf(ve)s de 75 ans et plus. En revanche, toujours parmi les personnes veuves, les taux masculins et féminins relevés pour ces deux niveaux géographiques ne diffèrent pas chez les 55-74 ans.

Chez les plus âgés, le taux de suicide des personnes divorcées est également important

En France hexagonale, si quel que soit le groupe d'âge, le taux de suicide des hommes veufs reste plus important que ceux des trois autres statuts matrimoniaux, celui des hommes divorcés est également important aux âges plus élevés. Ainsi, le différentiel entre les taux standardisés de mortalité par suicide des divorcés par rapport aux veufs se réduit fortement avec l'avancée en âge (passant de -49 % chez les 15-34 ans sur la période 2001-2010 à -28 % pour les 35-54 ans, puis à -17 % pour les 55-74 ans et à -11 % pour les 75 ans et plus).

En Haute-Normandie, les taux de suicide masculins de ces deux statuts matrimoniaux diffèrent uniquement chez les 75 ans et plus.

Mortalité* par suicide des 15 ans et plus en 2001-2010, selon le genre, l'âge et l'état matrimonial (pour 100 000)



* taux standardisé suivant l'âge.

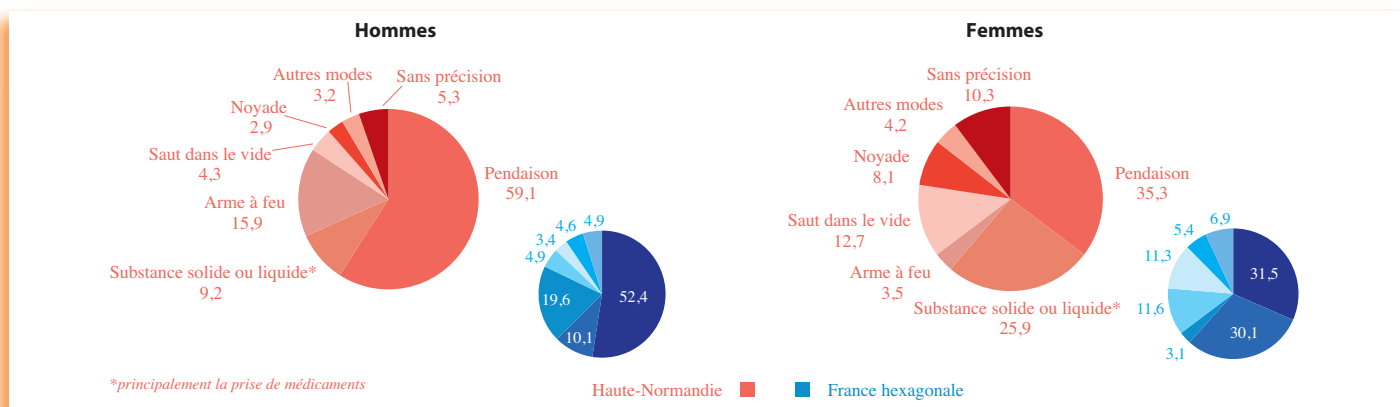
** taux régionaux non présentés du fait de l'instabilité engendrée par la faiblesse de l'effectif ; cf. encadré page ci-contre.

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

⁴ Cf. encadré page ci-contre.

MODES DE SUICIDE

Répartition des modes de suicide en 2001-2010, selon le genre (en %)



Source : CépiDe Inserm - Exploitation OR2S

Plus de la moitié des suicides est le fait d'une pendaison

En Haute-Normandie comme en France hexagonale, la pendaison est le mode de suicide le plus fréquent avec plus de la moitié des décès par suicide dans la région (53,1 %) et un peu moins de un sur deux dans l'Hexagone (46,9 %) sur la période 2001-2010. Si, en région, la prédominance des suicides par pendaison est observée pour les deux genres, elle est nettement plus marquée chez les hommes : trois décès sur cinq pour les Haut-Normands contre un décès sur trois pour les Haut-Normandes.

Au niveau national, chez les femmes, les parts de suicide par pendaison et par prise de substance solide ou liquide (principalement de médicaments) sont très proches, avoisinant les 30 % sur la période 2001-2010. En Haute-Normandie, sur la même période, chez les femmes, cette répartition s'avère plus nuancée : la part de suicide par pendaison devance de près de dix points celle par prise de substance solide ou liquide. Le saut dans le vide et la noyade sont les troisième et quatrième moyens les plus courants utilisés par les femmes pour mettre fin à leur jour. Ces quatre modes de suicide représentent un peu plus de 80 % des suicides féminins survenus en 2001-2010, dans la région comme en France.

Chez les hommes, cette répartition diffère. Trois modes de suicide sont principalement utilisés. Outre la pendaison, l'utilisation d'une arme à feu constitue le deuxième mode de suicide, responsable de près d'un décès par suicide sur six devant l'ingestion d'une substance solide ou liquide, qui représente environ un décès sur dix, en Haute-Normandie comme en France.

En résumé, le suicide en Haute-Normandie c'est...

Trois nombres clés en 2008-2010

- 366 Haut-Normands se sont suicidés en moyenne chaque année, soit un suicide chaque jour.
- La Haute-Normandie présente le 8^e taux de mortalité par suicide le plus important des régions de France hexagonale.
- Avec un niveau de mortalité par suicide comparable à la France hexagonale, 65 Haut-Normands ne seraient pas décédés en moyenne chaque année.

Des différences démographiques

- Pour les femmes, le taux de suicide régional ne diffère pas significativement du taux national, contrairement à celui des hommes, même si le taux de suicide est particulièrement élevé chez les femmes de 75 ans et plus (3^e taux le plus important des régions hexagonales).
- En regard de la France hexagonale, la Haute-Normandie enregistre un taux de mortalité par suicide plus important chez les hommes de plus de 35 ans (5^e taux le plus important des régions de France hexagonale pour les hommes de 55-74 ans).

Des contrastes selon le statut matrimonial

- Le taux de suicide est plus important chez les personnes veuves et est moindre chez celles qui sont mariées.
- En Haute-Normandie, la mortalité par suicide des hommes veufs est nettement plus importante que celle observée dans l'Hexagone.
- Chez les 55-74 ans, la mortalité par suicide des divorcé(e)s est également importante, proche de celle des veuf(ve)s.

Des disparités infra-régionales

- Les pays, situés sur l'axe Fécamp-Rouen-Vernon sont moins concernés par le suicide que le reste de la région.
- Au niveau des territoires de santé, seul le TS Le Havre n'est pas en surmortalité par rapport à la France hexagonale. À un niveau géographique plus fin, le pays Havre - Pointe de Caux-Estuaire est le seul à présenter une sous-mortalité pour les personnes de 35 ans et plus.
- En termes d'évolution, la diminution du taux de suicide entre 1990-1996 et 2004-2010 a été inégale au sein de la région : les pays situés au nord-est et sud-ouest de la Haute-Normandie étant ceux qui enregistrent les diminutions les plus faibles, voire pour certains, des taux restés quasiment identiques.

Ce document a été imprimé à 400 exemplaires en septembre 2014 par l'OR2S.

Il a été réalisé avec le soutien financier de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie et de la Région Haute-Normandie.

Il a été rédigé par Olivia Guérin, François Michelot, Nadège Thomas et Alain Trugeon.

Il a été mis en page par Sylvie Bonin.

Directrice de la publication : Dr Élisabeth Lewandowski.