



LE SUICIDE EN NORMANDIE

SEPTEMBRE 2021

En France hexagonale, le suicide est responsable d'un peu moins de 9 000 décès en moyenne annuelle sur la période 2014-2016, et représente 1,5 % de l'ensemble des décès. Le nombre de suicides est trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 6 655 et 2 104), ordre de grandeur qui se retrouve à travers les taux de décès standardisés par âge (respectivement 22,6 et 6,2 décès pour 100 000 habitants). Ces nombres se situent cependant en deçà de la réalité puisque certains travaux ont estimé à 10 % la sous-estimation des décès par suicide au niveau national, avec de fortes variations enregistrées selon les régions.

En 2016, la France, avec un taux standardisé de 17,7 pour 100 000 habitants d'après les estimations de l'Organisation mondiale de la santé, apparaît au dix-septième rang mondial pour son taux de suicide d'un classement comprenant 183 pays. Cette valeur situe la France loin de la Russie et de l'Ukraine avec des taux dépassant les 30 pour 100 000 habitants. C'est aussi un taux de l'ordre de ses voisins suisse et belge. Cependant, ce taux est de plus du double du taux d'autres pays voisins tels que l'Italie, l'Espagne ou la Grande-Bretagne.

En Normandie, 593 suicides (460 hommes et 133 femmes) ont été dénombrés en moyenne annuelle sur la période 2014-2016, situant la région au troisième rang des régions françaises présentant les plus forts taux de mortalité.

Les tentatives de suicide ne sont pas répertoriées de manière exhaustive dans le système d'information en place. Ainsi, le nombre de consultations de médecine générale ayant pour motif une tentative de suicide n'est pas connu. Cependant, l'étude des données médico-administratives fournies par les établissements de soins dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet d'avoir une idée du nombre de séjours dont l'origine est une tentative de suicide. Ainsi, en 2020, un peu plus de 80 000 séjours en milieu hospitalier ont été recensés en France hexagonale suite à une tentative de suicide, soit près de 220 personnes hospitalisées pour ce motif chaque jour en moyenne. Cette même année, en Normandie, un peu plus de 5 700 séjours liés à une tentative de suicide ont été dénombrés, soit 16 personnes hospitalisées chaque jour en moyenne, avec la même part de femmes qu'au niveau national. Si les suicides sont davantage le fait des hommes, les tentatives donnant lieu à une hospitalisation sont plus fréquentes chez les femmes : 60 % des cas.

L'objet de cette plaquette est de confronter certaines caractéristiques autour des suicides en Normandie en regard du niveau national et des autres régions françaises et à un niveau infra régional (territoires de démocratie sanitaire et de proximité). En cela, elle constitue un outil précieux d'aide à la priorisation des actions, tant envers les populations auxquelles accorder une attention particulière que pour les territoires à cibler dans le cadre du déploiement de la stratégie régionale de prévention du suicide.

Contexte.....	1
Méthode.....	2
Vue d'ensemble.....	3
Zoom par âge.....	4

Zoom par territoire de démocratie sanitaire.....	6
Zoom par territoire de proximité.....	8
Zoom par zone d'habitat.....	10
Modes de suicide.....	11
En résumé.....	12

Pour disposer d'une stabilité statistique suffisante, les indicateurs présentés dans ce document ont été calculés sur des périodes d'amplitude variable en fonction du niveau géographique considéré ou du détail par âge. 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. Hormis les taux présentés par tranche d'âge quinquennale qui sont des taux bruts, ceux calculés par grands groupes d'âge (15-34 ans, 35-54 ans, 55-74 ans et 75 ans et plus) ou pour tous âges sont des taux standardisés. Lorsqu'une surmortalité ou une sous-mortalité est mentionnée, elle repose sur une différence significative au seuil 5 % (voir ci-dessous) entre le taux standardisé observé sur un territoire donné et celui de la France hexagonale.

Le taux brut de mortalité est le rapport entre le nombre de décès et la population moyenne d'une zone donnée. Cet indicateur ne permet pas de comparer la mortalité sur des territoires caractérisés par des structures par âge ou par sexe différentes. Pour pallier cette situation, les taux de mortalité doivent être standardisés sur la structure par âge d'une population de référence (ici la population de la France hexagonale au RP 2015) et peuvent être présentés par sexe. Les comparaisons entre plusieurs périodes, suivant le sexe ou entre deux territoires sont ainsi possibles.

La population utilisée pour le calcul des taux par âge et sexe des territoires étudiés est une population estimée aux 1^{ers} julets de chaque année. Ces estimations s'appuient sur les données des recensements de 1975, 1982, 1990, 1999 et de 2006 à 2017, sur les données de naissances vivantes, des décès d'enfants de moins de un an survenus une année donnée « a » parmi les personnes nées cette même année « a » et à partir des quotients de mortalité (France hexagonale).

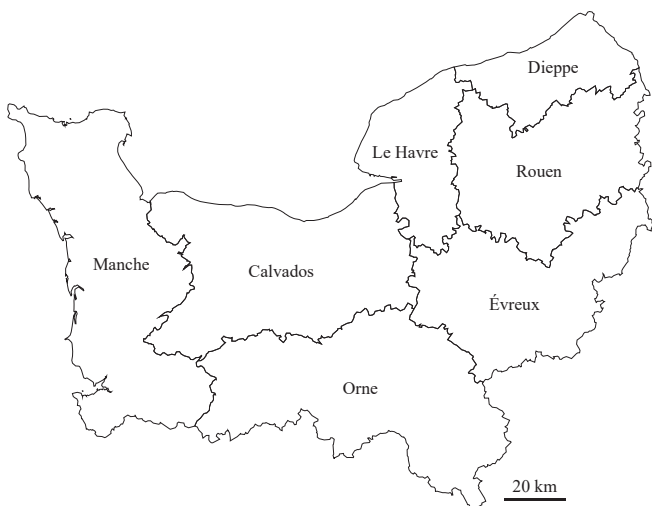
Afin d'affirmer l'existence d'une différence de mortalité significative entre une zone donnée et la France hexagonale, entre deux périodes ou entre hommes et femmes, des tests de significativité ont été réalisés. Le test, qui consiste à comparer deux taux standardisés, est fondé sur la loi normale. La 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.

La codification des causes des certificats de décès est une mission du CépiDc de l'Inserm. Elle se réfère depuis 2000 à la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim10), remplaçant la révision précédente (Cim9) utilisée depuis 1979. Les 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 pas provoqué de rupture de séries pour les décès par suicide, ce qui permet ainsi le suivi depuis 1979.

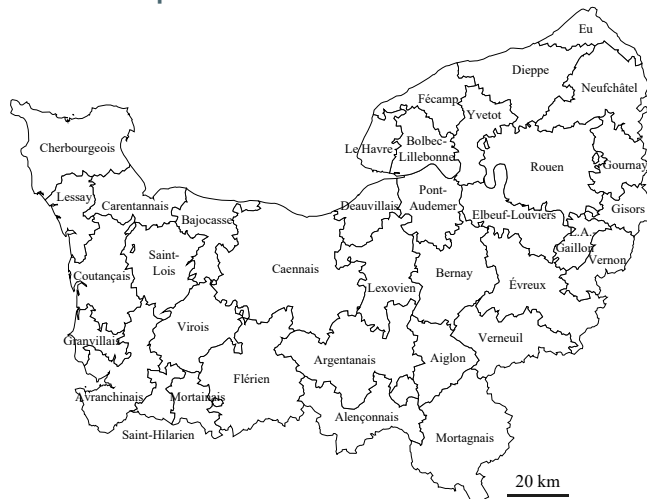
La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide, 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.

NIVEAUX GÉOGRAPHIQUES INFRA-RÉGIONAUX

Territoire de démocratie sanitaire



Territoire de proximité





Sur la période 2014-2016¹, 593 Normands se sont suicidés en moyenne chaque année. Ceci correspond à 1,8 % de l'ensemble des décès des personnes domiciliées dans la région pour cette période (1,5 % pour la France hexagonale). Les hommes sont davantage concernés que les femmes : 77,6 % des décès par suicide en Normandie et 76,0 % au niveau national.

Avec une mortalité comparable à celle de l'Hexagone, 137 décès auraient pu être évités chaque année

En 2014-2016, tous sexes confondus, la Normandie présente le troisième taux standardisé de mortalité par suicide le plus important des régions de France hexagonale (17,6 pour 100 000 habitants contre 13,6 en France), à égalité avec les Hauts-de-France et à un niveau assez proche des Pays de la Loire qui arrive en seconde position (la Bretagne présente le taux le plus élevé). Ce constat est retrouvé aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Par contre, le différentiel de mortalité observé avec la France est plus conséquent chez les hommes (taux standardisé de près de 35 % plus élevé que celui de la France) que chez les femmes (surplus de mortalité de 20 %). En outre, avec une mortalité équivalente à celle de l'Hexagone, ce sont 137 suicides de Normands qui ne seraient pas arrivés en moyenne chaque année : 114 pour les hommes et 23 pour les femmes.

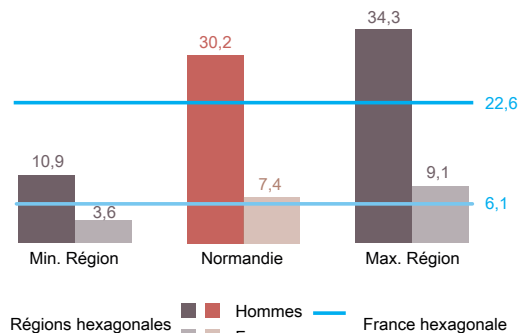
Depuis le début des années deux mille, un écart avec la France qui croît

Que ce soit dans la région ou au niveau national, chez les hommes comme chez les femmes, après une augmentation au début des années quatre-vingt, les taux de suicide se réduisent depuis la seconde partie des années quatre-vingt.

Entre 1990-1992 et 2005-2007, la mortalité par suicide a diminué de 32 % en Normandie (même ordre de grandeur pour les hommes et les femmes). En France, la diminution a été moins marquée, de l'ordre de -25 %.

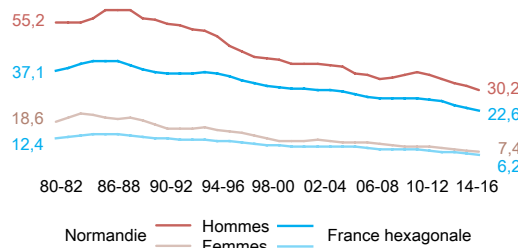
Ces tendances ont évolué depuis. La diminution relevée en région est plus proche de celle relevée en France, ne permettant plus de résorber la surmortalité observée avec la France, voire l'accentuant pour les hommes. En effet, si le surplus de mortalité par suicide de la Normandie au regard de la France est passé par un minimum de +25 % en 2006-2008, il a grimpé de près de 10 points sur la dernière période d'analyse (soit un différentiel de près de +35 % en 2014-2016).

Mortalité* par suicide en 2014-2016, selon le sexe



* taux standardisé suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes
Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

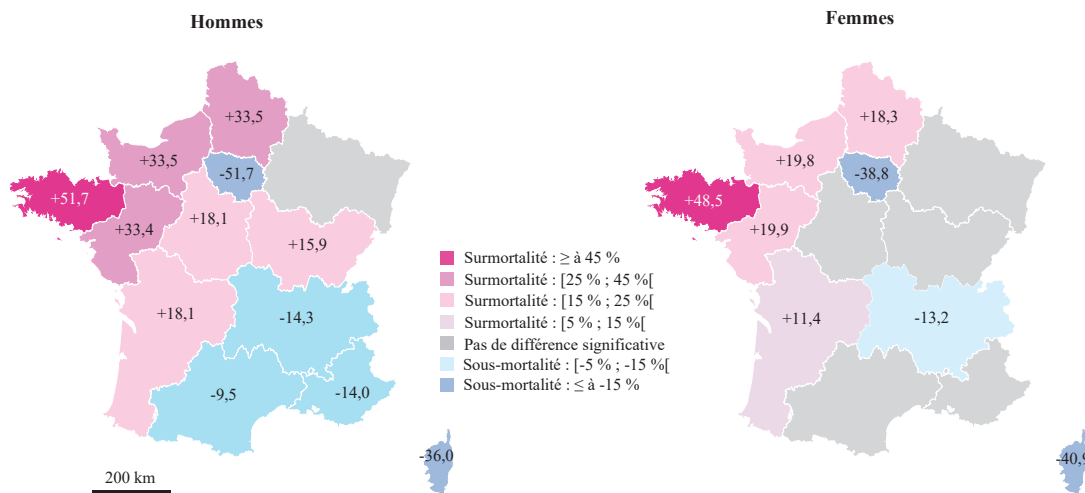
Évolution de la mortalité* par suicide, selon le sexe



* taux standardisés suivant l'âge calculés sur des périodes successives de trois années pour 100 000 hommes ou femmes
Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Il est également à noter que la mortalité féminine par suicide diminue davantage que la mortalité masculine ces dernières années : -32 % entre 2005-2007 et 2014-2016 chez les femmes domiciliées en Normandie (-30 % pour la France) et respectivement -15 % et -19 % chez les hommes.

Différentiel de mortalité* par suicide en regard de la France hexagonale en 2014-2016, selon le sexe

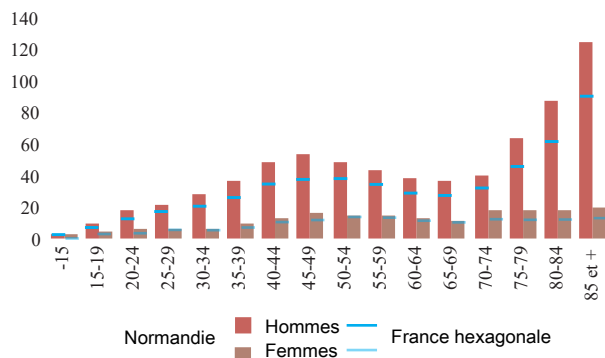


* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimé en pour 100

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

¹ les analyses effectuées au niveau régional tous âges confondus peuvent être menées en agrégeant trois années. Ceci permet d'affiner au mieux les tendances observées ces dernières années. Ce regroupement de trois années n'a pas pu être considéré dans le reste du document car il ne permet pas de disposer d'indicateurs robustes pour une analyse par groupe d'âge ou sur des zonages infra-régionaux (ce sont alors sept années qui ont été regroupées).

Mortalité* par suicide en 2010-2016, selon le sexe et l'âge

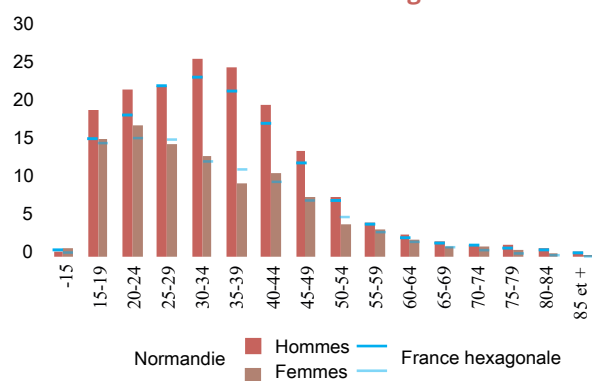


* taux brut pour 100 000 hommes ou femmes

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

en Normandie comme dans l'Hexagone. Hormis pour les moins de 15 ans (mais effectifs faibles en Normandie), la mortalité par suicide est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et, compte tenu d'une évolution différente par sexe, tout particulièrement chez les 80 ans et plus. Ainsi, en Normandie, ce différentiel augmente jusqu'au groupe des 30-34 ans : le taux de suicide chez les hommes est alors plus de cinq fois plus élevé que celui des femmes. De même dans l'Hexagone, le différentiel atteint son premier *maxima* pour les 30-34 ans, avec un taux de suicide 4,7 fois plus élevé chez les premiers par rapport aux secondes. Le *ratio* entre les taux de suicide masculin et féminin diminue ensuite avec l'avancée en âge jusqu'au groupe des 60-64 ans ; il est alors environ 2,5 fois plus important pour les hommes en Normandie comme en France hexagonale. Enfin, il augmente de nouveau fortement avec l'âge jusqu'à être 6,5 fois plus important en Normandie pour les hommes âgés de 85 ans et plus par rapport à leurs homologues féminines (même au-delà de sept fois dans l'Hexagone). Quel que soit le sexe, la mortalité par suicide est plus importante en Normandie qu'au niveau national. Chez les hommes, ce différentiel de mortalité ressort à tous les âges (de l'ordre de +30 %/+40% dans la plupart des groupes d'âge) alors que, chez les femmes, il se retrouve dans la majorité des groupes d'âge quinquennaux de l'ordre de +10 % mais est davantage marqué aux âges les plus élevés (70 ans et plus), de l'ordre alors de +50 %.

Part des décès par suicide en 2010-2016, selon le sexe et l'âge



* pour 100 décès du groupe d'âge des hommes ou femmes

Source : CépiDc Inserm - Exploitation OR2S

Sur la période 2010-2016, 649 Normands se sont suicidés en moyenne annuelle, soit 81 jeunes de 15-34 ans (12,5 %), 246 personnes âgées de 35 à 54 ans (37,9 %), 185 personnes âgées de 55 à 74 ans (28,5 %) et 135 personnes âgées de 75 ans et plus (20,8 %). À noter que deux suicides surviennent en moyenne chaque année chez les moins de 15 ans.

La mortalité par suicide est nettement plus importante chez les hommes de 75 ans et plus

Au niveau régional comme à l'échelon national, le taux de suicide varie fortement suivant l'âge ; il évolue de manière différente chez les hommes et les femmes, notamment aux âges les plus élevés. Sur la période 2010-2016, le taux de mortalité par suicide en Normandie augmente régulièrement jusqu'à 45-49 ans chez les hommes ainsi que chez les femmes (respectivement 45-49 ans et 50-54 ans en France hexagonale). Pour les femmes, il reste relativement stable au-delà de ces âges alors que, pour les hommes, il diminue légèrement jusqu'à 65-69 ans pour ensuite croître à nouveau, et de manière importante

Chez les hommes trentenaires, près d'un décès sur quatre est un suicide en Normandie

Si les hommes âgés (75 ans et plus) sont davantage concernés par la mortalité par suicide que les plus jeunes (cf. graphique ci-dessus), c'est toutefois chez ces derniers que la part de suicide parmi l'ensemble des décès est la plus importante. Ainsi, en Normandie, près d'un décès sur quatre chez les trentenaires est causé par un suicide, cette part étant un peu plus faible dans l'Hexagone.

Pour les femmes, la part des décès par suicide est maximale chez les 20-24 ans, un sixième des décès survenant dans cette tranche ayant pour cause un suicide.

En Normandie aux plus jeunes âges, chez les hommes de 15 à 34 ans, le suicide représente la première cause de décès devant les accidents de transport alors que, chez les femmes, c'est le cancer qui constitue la première cause de mortalité, devançant le suicide. Puis, entre 35 et 54 ans, le cancer devient la première cause de décès, pour ensuite laisser cette place aux pathologies cardiovasculaires aux âges plus élevés. De façon plus large à partir de 40 ans, tant chez les hommes que chez les femmes, la part des décès liés à un suicide ne cesse de diminuer compte tenu des décès liés aux pathologies diverses, et particulièrement les cancers et les maladies cardiovasculaires.



La Normandie présente la surmortalité la plus importante chez les femmes de 75 ans et plus

La surmortalité par suicide en Normandie par rapport à la France hexagone se retrouve pour chaque groupe d'âge chez les hommes comme chez les femmes (hormis chez les plus jeunes d'entre elles de moins de 35 ans).

Chez les hommes, cette surmortalité est relativement stable mais à un niveau élevé selon le groupe d'âge. Elle varie d'un peu moins de 30 % chez les 15-34 ans et les 55-74 ans à près de 40 % chez les 75 ans et plus, les 35-54 ans se situant entre les deux à 37 %.

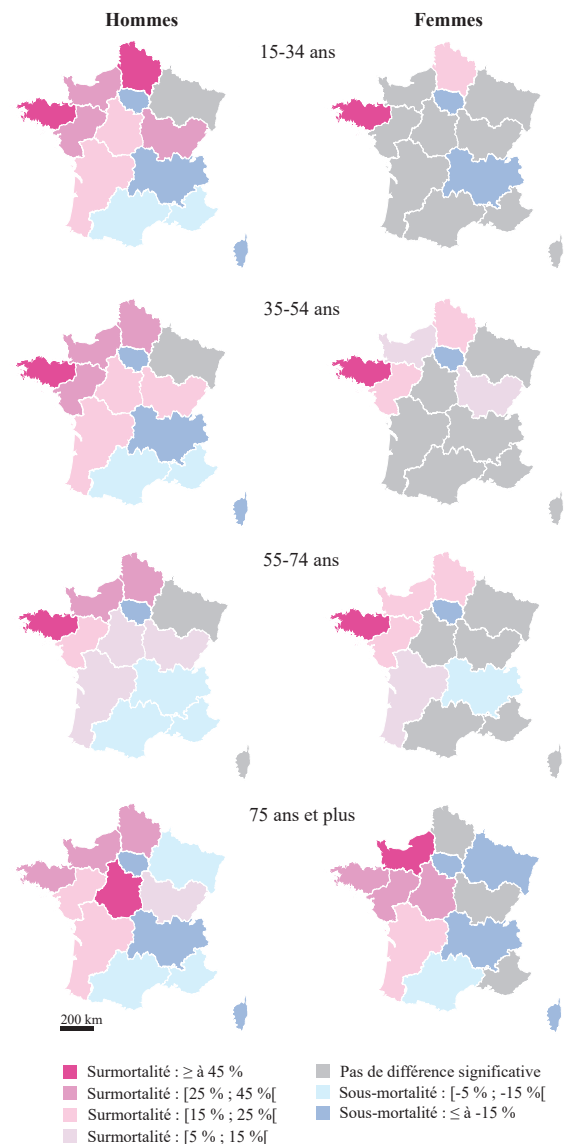
Chez les femmes de 75 ans et plus, cette surmortalité est plus élevée que celle des hommes du même âge approchant les 50 %. Elle est par contre de l'ordre de +15 % chez les 35-54 ans et les 55-74 ans.

La Normandie présente ainsi le deuxième taux standardisé le plus important des régions hexagonales chez les hommes de 55-74 ans (derrière la Bretagne) et chez ceux de 75 ans et plus (derrière Centre-Val de Loire). Chez les femmes de cette dernière classe d'âge, c'est en Normandie que la surmortalité au regard du niveau national est la plus élevée parmi les régions de l'Hexagone. Elle se trouve au quatrième rang pour les femmes de 55-74 ans, rang retrouvé également chez les 35-54 ans pour les hommes comme pour les femmes.

Une mortalité masculine qui reste à un niveau élevé ces dernières années quel que soit le groupe d'âge

Entre les périodes 1980-1986 et 2010-2016, la mortalité par suicide a diminué en Normandie, mais de façon différente selon le sexe et l'âge. Chez les femmes, le taux de suicide diminue de façon régulière et de façon plus marquée que chez les hommes. L'écart avec le niveau national s'est réduit sur l'ensemble de la période. Toutefois, cela n'est plus constaté dans la plupart des groupes d'âge ces dernières années, et tout particulièrement chez les 75 ans et plus, l'écart avec le niveau national approchant à nouveau les +50 %. Chez les hommes, sur l'ensemble de la période, le taux de suicide a diminué de façon plus soutenue qu'en France chez les 35-54 ans et les 55-74 ans. Toutefois, quel que soit le groupe d'âge, l'écart avec le niveau national reste à un niveau élevé comme mentionné dans le paragraphe précédent ces dernières années, au-delà des +30 % pour chacun des groupes d'âge hormis chez les 55-74 ans (mais toutefois toujours compris entre +25 % et +29 % depuis le début des années deux mille).

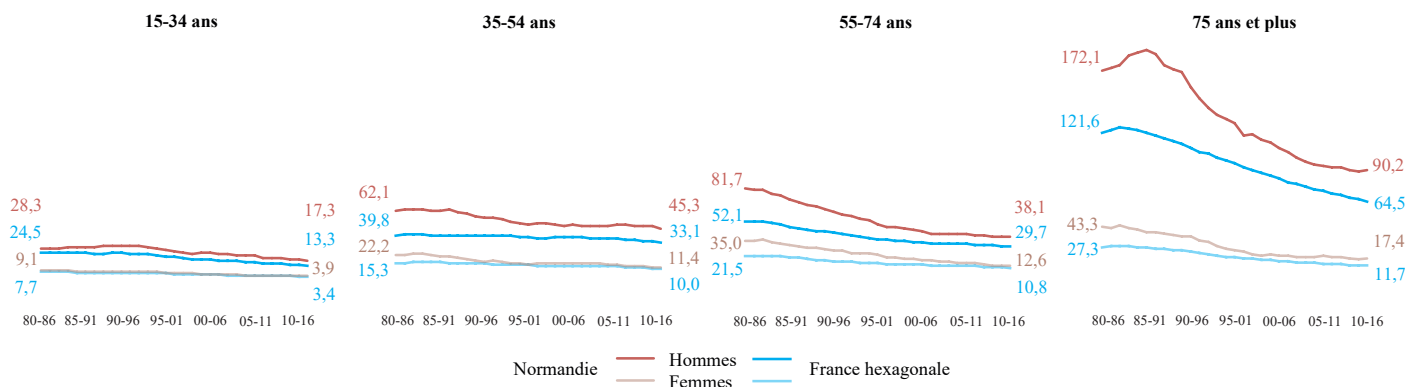
Différentiel de mortalité* par suicide en regard de la France hexagonale en 2010-2016, selon le sexe et l'âge



* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimé en pour 100

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Évolution de la mortalité* par suicide, selon le sexe et l'âge

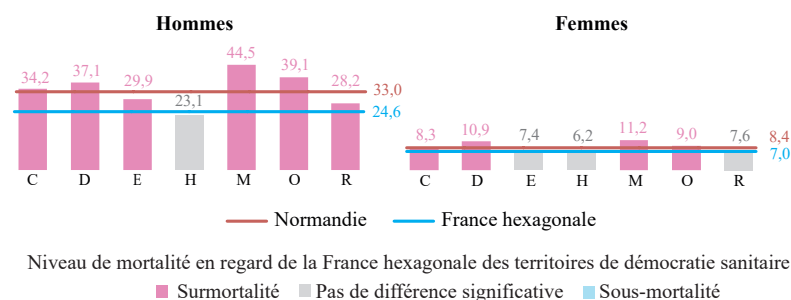


* taux standardisés suivant l'âge calculés sur des périodes successives de sept années pour 100 000 hommes ou femmes

À noter que l'échelle des 75 ans et plus est différente des trois autres groupes d'âge

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Mortalité* par suicide en 2010-2016, selon le sexe



* taux standardisés suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Tous sexes confondus, Le Havre présente une sous-mortalité par suicide

Si la Normandie présente tous âges et tous sexes confondus une surmortalité par suicide de l'ordre de 30 % par rapport à la France hexagonale pour la période 2010-2016, le territoire de démocratie sanitaire (TDS) du Havre se démarque avec un taux de mortalité inférieur à celui de l'Hexagone (-10 %). Les six autres territoires de démocratie sanitaire normands enregistrent, quant à eux, une surmortalité par rapport à l'Hexagone pour cette cause variant de +12 % (Rouen) à +79 % (Manche). Les six territoires en surmortalité par suicide (tous sexes confondus) en regard de l'Hexagone présentent également une

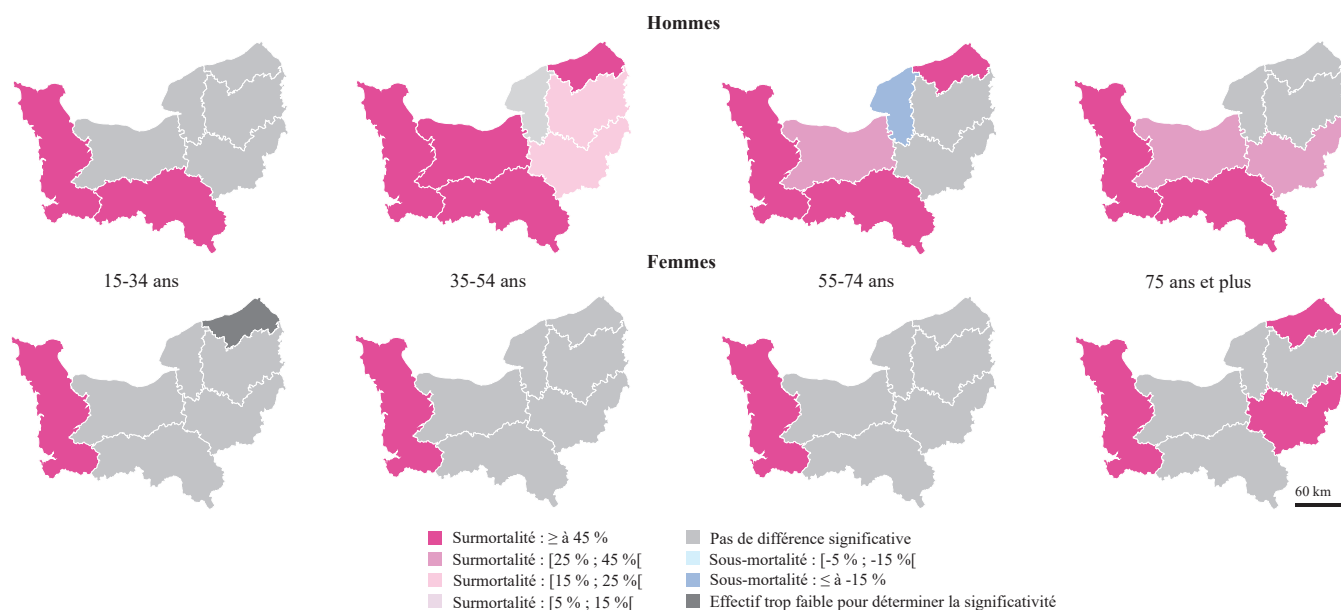
surmortalité masculine, celle-ci étant encore plus marquée pour les territoires de démocratie sanitaire Manche, Orne et Dieppe (respectivement +81 %, +59 % et +51 %). Chez les femmes, outre Le Havre, deux autres territoires de démocratie sanitaire n'enregistrent pas de différence significative avec le niveau national : Évreux et Rouen. Le territoire de démocratie sanitaire de Dieppe se démarque avec une surmortalité par suicide en regard de la France qui est un peu plus marquée pour les femmes (de l'ordre de +55 %) que pour leurs homologues masculins (+51 %). Comme pour les hommes, le territoire de démocratie sanitaire Manche est celui qui présente le taux féminin de suicide le plus élevé et, de fait, le différentiel en regard de la France le plus marqué (+60 %).

La forte surmortalité par suicide observée dans la Manche est retrouvée pour tous les groupes d'âges, tant chez les hommes que chez les femmes

Sur la période 2010-2016, en effectuant une analyse par groupe d'âge, deux territoires de démocratie sanitaire se démarquent avec des taux de suicide significativement plus élevés que ceux de la France pour les quatre groupes d'âges étudiés : Manche et Orne. Le territoire de démocratie sanitaire Manche présente une surmortalité en regard de l'Hexagone particulièrement marquée chez les 15-34 ans, tant chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Les taux standardisés y sont plus de deux fois plus élevés qu'en France : 31,3 pour 100 000 hommes de 15-34 ans pour la Manche contre 13,3 en France et 7,3 contre 3,4 pour les jeunes femmes. Concernant le TDS de l'Orne, la surmortalité observée en regard de la France est légèrement plus importante pour les 15-34 ans que celle des trois autres groupes d'âges : +65 % pour les plus jeunes et autour de +55 % pour les autres (tous sexes confondus). Concernant le territoire de démocratie sanitaire de Rouen, il est à noter que si une surmortalité tous âges en regard de la France est relevée, le taux standardisé de suicide des 15-34 ans est assez proche de celui relevé en France : 8,6 pour 100 000 jeunes de 15-34 ans et 8,3 pour la France. Le Calvados et Dieppe et, dans une moindre mesure, Évreux présentent des taux un peu plus élevés que celui de la France, mais les effectifs ne permettent pas de mettre en avant de différence significative. Toujours tous sexes confondus, le TDS Le Havre se démarque avec une sous-mortalité par suicide de l'ordre de 25 % chez les 15-34 ans.

Les TDS Dieppe et Évreux sont également à mentionner pour leurs taux standardisés de suicide particulièrement marqués chez les femmes de 75 ans et plus : respectivement 28,8 et 24,4 pour 100 000 femmes de 75 ans et plus contre 11,7 en France, soit un différentiel de mortalité dépassant les +100 % (respectivement +146 % et +108 %).

Différentiel de mortalité* par suicide en regard de la France hexagonale en 2010-2016, selon le sexe et l'âge



* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimé en pour 100

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

¹ Afin de faciliter la lecture des graphiques de cette double-page, le nom des territoires de démocratie sanitaire n'a pas été indiqué intégralement mais à l'aide d'abréviations. La correspondance est la suivante : C : Calvados ; D : Dieppe ; E : Évreux ; H : Le Havre ; M : Manche ; O : Orne ; R : Rouen.

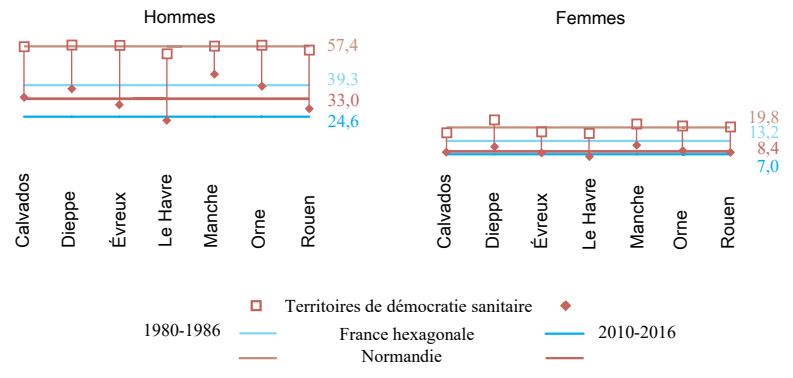


Chez les hommes, les diminutions les plus fortes sont constatées dans les territoires à plus faibles taux de suicide en 1980-1986

De manière générale, les territoires avec les plus faibles mortalités masculines par suicide en 1980-1986 ont vu leur taux diminuer de manière relativement conséquente. Ainsi, le territoire de démocratie sanitaire Le Havre présentait déjà en 1980-1986 le plus faible taux de suicide des territoires de démocratie sanitaire de Normandie (54,8 pour 100 000 hommes), mais il était cependant en situation de surmortalité en regard de la France (+40 %). Il s'agit du territoire de démocratie sanitaire normand qui enregistre la plus forte baisse du taux de suicide entre les périodes 1980-1986 et 2010-2016 : -58 % (contre -37 % pour la France hexagonale). Cette forte diminution lui permet depuis 2000-2002 de ne plus présenter de surmortalité masculine par suicide au regard de la France. À l'autre extrémité, le territoire de démocratie sanitaire Manche présentait déjà en 1980-1986 le plus fort taux de mortalité masculine par suicide (61,6 pour 100 000 hommes) et est celui qui a enregistré la plus faible baisse entre 1980-1986 et 2010-2016 : -28 %. Le différentiel de mortalité s'est donc accentué en regard de la France entre les deux périodes, passant de +56 % en 1980-1986 à près de +80 % en 2010-2016 ; cette augmentation de l'écart est observée de manière assez récente (+64 % en 2007-2013, puis +70 % pour la période suivante). En outre, ceci a pour conséquence une accentuation au cours du temps des écarts de mortalité masculine par suicide entre les territoires de démocratie sanitaire normands.

Sur les mêmes périodes de comparaison chez les femmes (1980-1986 *versus* 2010-2016), la diminution du taux de suicide a été un peu moins contrastée selon les territoires de démocratie sanitaire, variant de -49 % pour la Manche à -64 % pour Le Havre.

Évolution de la mortalité* par suicide entre 1980-1986 et 2010-2016, selon le sexe



* taux standardisés suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Le territoire de démocratie sanitaire Manche affiche un taux de mortalité masculin par suicide plus élevé en 2010-2016 que celui de l'Hexagone en 1980-1986

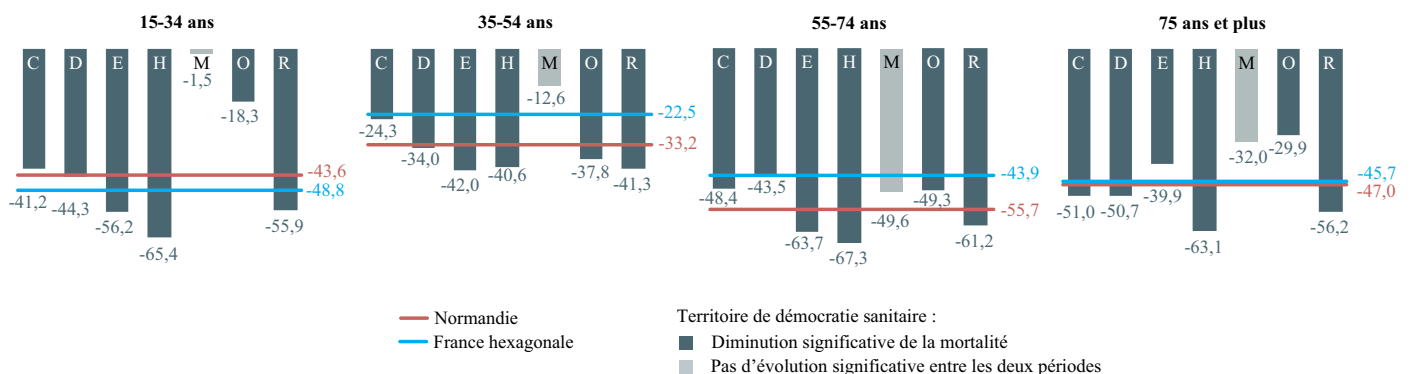
Si la plupart des territoires de démocratie sanitaire normands ont vu leur mortalité par suicide diminuer entre 1980-1986 et 2010-2016 de façon plus importante qu'au niveau national, certains d'entre eux affichent une mortalité par suicide qui demeure encore très élevée. Ainsi, sur la période 2010-2016, la mortalité masculine par suicide dans le territoire de démocratie sanitaire de la Manche, tous âges confondus, est plus élevée que celle de la France hexagonale en 1980-1986. Dans une moindre mesure, les territoires de démocratie sanitaire de l'Orne et de Dieppe enregistrent également une plus faible diminution de la mortalité masculine par suicide, avec des taux en 2010-2016 qui sont assez proches de celui observé en France trente ans plus tôt.

La mortalité par suicide n'a pas systématiquement diminué depuis les années quatre-vingt chez les jeunes

Comme souligné page 5, entre 1980-1986 et 2010-2016, la mortalité par suicide a évolué de manière hétérogène entre les groupes d'âge et suivant des tendances différentes pour la région et l'Hexagone. Les disparités sont encore plus marquées au sein de la région. En effet, si la Normandie et la France hexagonale observent une diminution significative de leur mortalité par suicide globalement, ceci n'est pas retrouvé dans tous les territoires de démocratie sanitaire pour chaque groupe d'âge.

Ainsi, le TDS Manche ne voit pas sa mortalité se réduire significativement chez les 15-34 ans et les 35-54 ans entre les deux périodes. Le territoire de démocratie sanitaire de l'Orne est également à mettre en avant pour les 15-34 ans, d'une part, et les 75 ans et plus, d'autre part, avec une moindre diminution de la mortalité entre les périodes 1980-1986 et 2010-2016 que celles observées dans ces groupes d'âges aux niveaux national et régional. Les évolutions de la mortalité par suicide sont plus favorables pour les territoires de démocratie sanitaire Le Havre et Rouen : ces TDS ont vu leurs taux de suicide se réduire de manière plus importante qu'en France et qu'en Normandie pour les quatre groupes d'âges considérés.

Évolution de la mortalité* par suicide entre 1980-1986 et 2010-2016, selon l'âge



* diminution calculée à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimée en pour 100

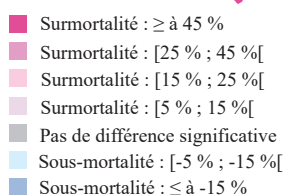
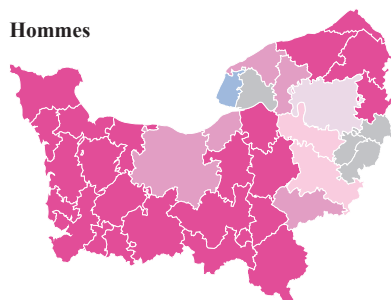
Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S



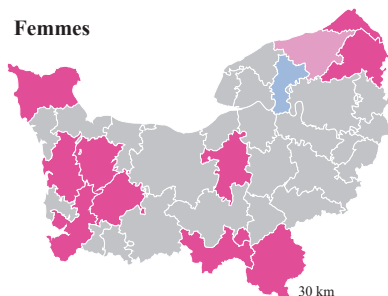
ZOOM PAR TERRITOIRE DE PROXIMITÉ

Mortalité* par suicide en 2010-2016, selon le sexe

Hommes



Femmes



30 km

* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimé en pour 100

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Une mortalité plus faible autour de la Seine

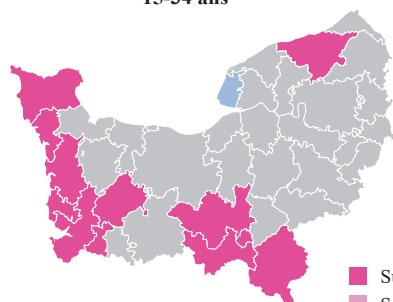
La Normandie présente de forts contrastes territoriaux concernant la mortalité par suicide, variant d'un facteur 2,7 pour les femmes et d'un facteur 4,4 pour les hommes (3,6 pour les deux sexes ensemble) selon le territoire de proximité en 2010-2016. Sur cette période, les territoires situés autour de l'axe de la Seine (à l'exception de Pont-Audemer pour les hommes) présentent une mortalité par suicide parmi les plus faibles de la région, quel que soit le sexe. De même, les territoires de proximité Caennais et Deauvillais présentent des taux de suicide relativement faibles bien que plus élevés que les précédents. À l'inverse, les territoires de proximité situés en dessous de l'axe Cherbourg-L'Aigle, autour de Risle-Perche et au nord de la Seine-Maritime (notamment limitrophes avec la Somme) sont ceux qui affichent la mortalité par suicide la plus élevée. Chez les hommes, les taux les plus élevés se concentrent au cœur de la Manche et dans l'est de l'Orne. Chez les femmes, le nord et le centre-sud de la Manche ainsi que le Perche se caractérisent par une forte mortalité par suicide. Le territoire du Havre chez les hommes et celui d'Yvetot chez les femmes sont les seuls à connaître une sous-mortalité par suicide.

Des contrastes locaux importants qui varient selon l'âge

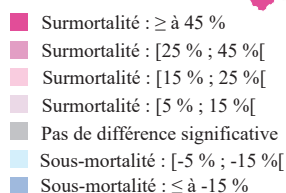
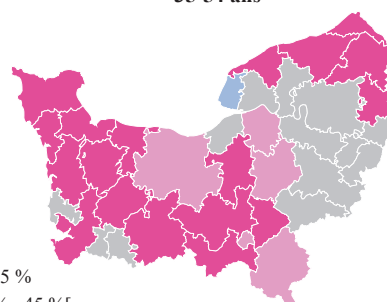
Les territoires de proximité présentant une faible mortalité par suicide tous âges confondus affichent globalement les taux les plus faibles pour chaque groupe d'âge à l'image du Havre en sous-mortalité pour chacun des quatre groupes d'âge. Parmi ceux-ci, les variations sont importantes, entre territoires de proximité, allant d'un facteur trois à un facteur six. C'est parmi les 15-34 ans que les écarts sont les plus importants mettant en exergue les territoires de proximité les plus concernés par une forte surmortalité par suicide, retrouvée le plus souvent dans les autres groupes d'âge.

Mortalité* par suicide en 2010-2016, selon l'âge

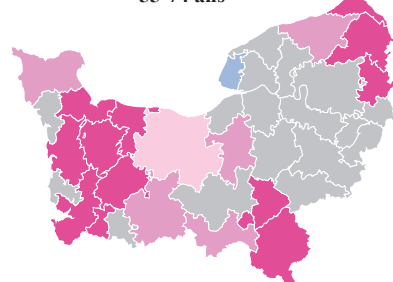
15-34 ans



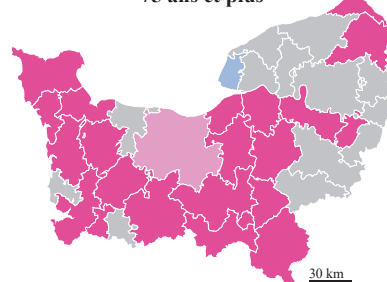
35-54 ans



55-74 ans



75 ans et plus



30 km

* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimé en pour 100

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S



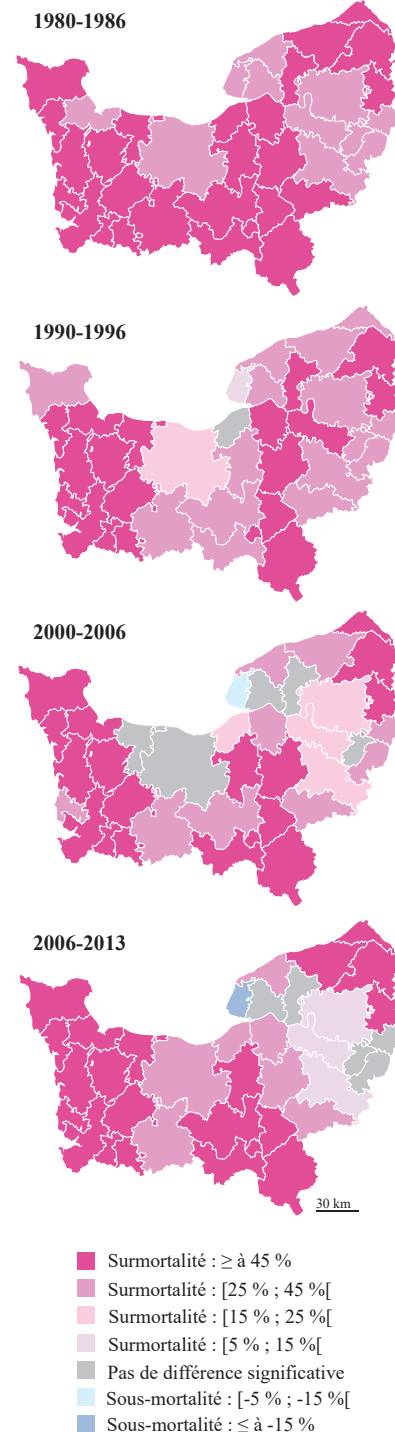
Les territoires ayant les plus faibles taux de suicide en 1980-1986 sont ceux qui enregistrent les diminutions les plus importantes

La mortalité par suicide a diminué sur l'ensemble des territoires de proximité de la région entre 1980-1986 et 2010-2016. Cette baisse a été particulièrement marquée pour le territoire de proximité Deauvillais (-50 %) et les territoires situés autour de l'axe de la Seine (diminution variant de -50 % à -70 %) à comparer à la diminution nationale inférieure à 40 %. Ces territoires se caractérisaient déjà par une mortalité par suicide en dessous de la moyenne de la Normandie en 1980-1986. La diminution de la mortalité par suicide a été relativement faible dans les territoires situés au cœur de la Manche (de l'ordre de -20 %). Ainsi, ces territoires de proximité, présentant une mortalité par suicide très proche de la moyenne régionale en 1980-1986, connaissent désormais les plus fortes mortalités en 2010-2016. Sur cette dernière période, ils montrent une mortalité par suicide juste en dessous des plus faibles mortalités observées il y a trente ans en Normandie. Enfin, certains territoires de proximité tels que ceux du sud de la Manche, de l'Orne et du nord de la Seine-Maritime, affichant une mortalité par suicide plutôt élevée en 1980-1986 et avec une diminution de celle-ci de l'ordre de 30 %/40 %, restent caractérisés encore aujourd'hui par un taux de mortalité élevé. Depuis la période 1997-2003, certaines zones locales n'enregistrent aucune ou qu'une très légère diminution de leur mortalité par suicide : c'est le cas des zones situées au centre de la Manche, au nord de la Seine-Maritime et dans le Perche.

Des écarts qui se creusent en trente ans

En 2010-2016, au niveau des territoires de proximité, les écarts entre les taux de mortalité par suicide les plus élevés varient du simple au double en les comparant aux taux de mortalité les plus faibles (de 16 à 31 pour 100 000 habitants), en faisant abstraction du Havre. En effet, ce territoire de proximité enregistre le taux de mortalité par suicide le plus faible (moins de 9 pour 100 000 habitants, inférieur à la moyenne nationale). Ce sont les territoires de proximité de Lessay et de Saint-Lois qui connaissent les taux supérieurs à 30 pour 100 000 habitants. Cette observation était moins prononcée en 1980-1986. Sur cette période, l'écart entre les taux de mortalité par suicide extrêmes variait d'un facteur 1,6. À noter que si Le Havre se trouvait parmi les taux les moins élevés (avec le Caennais) au début des années quatre-vingt, la valeur était moins différenciée des autres valeurs minimales que maintenant.

Évolution de la mortalité* par suicide



* différentiel calculé à partir des taux standardisés suivant l'âge, exprimé en pour 100

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

Point méthodologique sur le lissage des données

Pour garantir une stabilité statistique suffisante et réduire le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population), un lissage géographique a été mis en place pour prendre en compte l'information disponible dans le voisinage de chacun des territoires de proximité. Une matrice de voisinage reposant sur la notion de continuité géographique a ainsi été mise en place. Les communes considérées comme limitrophes aux territoires de proximité sont celles qui lui sont directement contiguës (communes voisines d'ordre un), mais également celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre un (il s'agit alors des communes voisines d'ordre deux); idem avec les communes voisines d'ordre trois. Un poids est ensuite donné à chaque commune; il décroît de manière relativement linéaire à mesure que les communes s'éloignent du territoire de proximité.

ZOOM PAR ZONE D'HABITAT

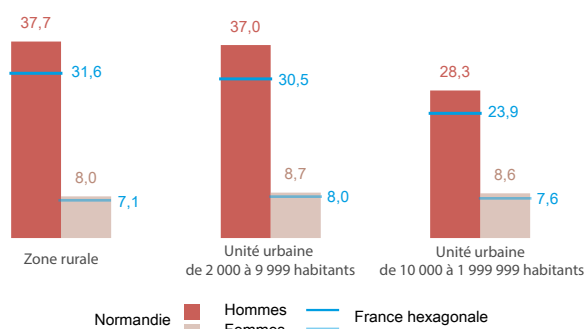
Sur la période 2010-2016, 649 Normands se sont suicidés en moyenne chaque année, répartis comme suit selon le contexte urbain : 260 dans les zones rurales, 109 dans les unités urbaines de 2 000 à 9 999 habitants et 280 dans les unités urbaines de 10 000 à 1 999 999 habitants.

Tant en région qu'au niveau national, une mortalité masculine par suicide plus élevée dans les zones rurales...

L'analyse de la mortalité par suicide suivant la zone d'unité urbaine permet de mettre en avant des taux standardisés particulièrement élevés dans les zones rurales et les unités urbaines de moins de 10 000 habitants chez les hommes, tant en Normandie que pour la France hexagonale. Ainsi, le taux de suicide relevé dans une zone rurale et dans une petite unité urbaine de Normandie est de l'ordre de +30 %/35 % plus élevé que ceux relevés dans une commune appartenant à une unité urbaine de 10 000 à 1 999 999 habitants (différentiel de l'ordre de +30 % pour la France).

Ce constat n'est pas retrouvé pour les femmes, les taux de suicide sont plus proches pour les trois groupes d'unités urbaines.

Mortalité* par suicide en 2010-2016, selon le sexe et l'unité urbaine



* taux standardisés suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes

Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S

...qui est plus particulièrement observée chez les hommes de 75 ans et plus

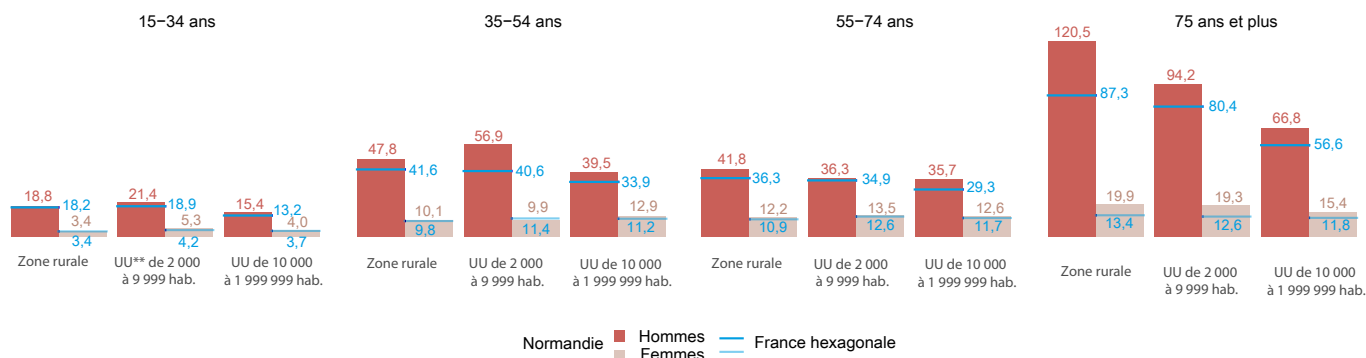
Par rapport aux zones urbaines, le taux de mortalité par suicide en milieu rural tend à être plus faible pour les femmes jusqu'à l'âge de 74 ans et plus élevé ensuite (à noter cependant des valeurs proches avec les unités urbaines de moins de 10 000 habitants). Pour les hommes, quel que soit le groupe d'âge, le taux de suicide dans les zones rurales, aux niveaux régional et national, est entre 20 % et 80 % plus élevé que dans les grandes zones urbaines. Les taux retrouvés dans les unités urbaines de moins de 10 000 habitants fluctuent entre les taux des zones rurales et des grosses unités urbaines.

Une évolution de la mortalité par suicide différente suivant la zone d'habitat

Il est possible d'observer qu'au cours des trente dernières années, l'évolution du rapport entre les taux de suicide masculin et féminin n'a pas été la même dans les trois contextes urbains considérés. Globalement, une légère tendance à la hausse est observée dans les zones urbaines et une plus nette dans les zones rurales. Ce qui ressort de ces dernières années, c'est une forte augmentation du différentiel de mortalité hommes/femmes pour la tranche d'âge des 35-54 ans dans les petites zones urbaines. Cela n'est pas seulement dû à une augmentation de la mortalité masculine dans ce contexte, mais aussi à une réduction concomitante de la mortalité féminine.

Par rapport à la France, l'écart s'est réduit pour tous les groupes d'âge et pour les deux sexes, sauf dans les zones rurales où les taux de mortalité des femmes de 15-34 et de 75 ans et plus ont augmenté. Dans ces mêmes zones rurales, le taux de suicide des hommes de 75 ans et plus est quant à lui stable depuis une décennie alors que celui de la France hexagonale continue de baisser. Toutefois, le taux de mortalité par suicide reste, quelle que soit la zone d'habitat, supérieur au niveau national.

Mortalité* par suicide en 2010-2016, selon le sexe, l'âge et l'unité urbaine



* taux standardisés suivant l'âge pour 100 000 hommes ou femmes

** unité urbaine

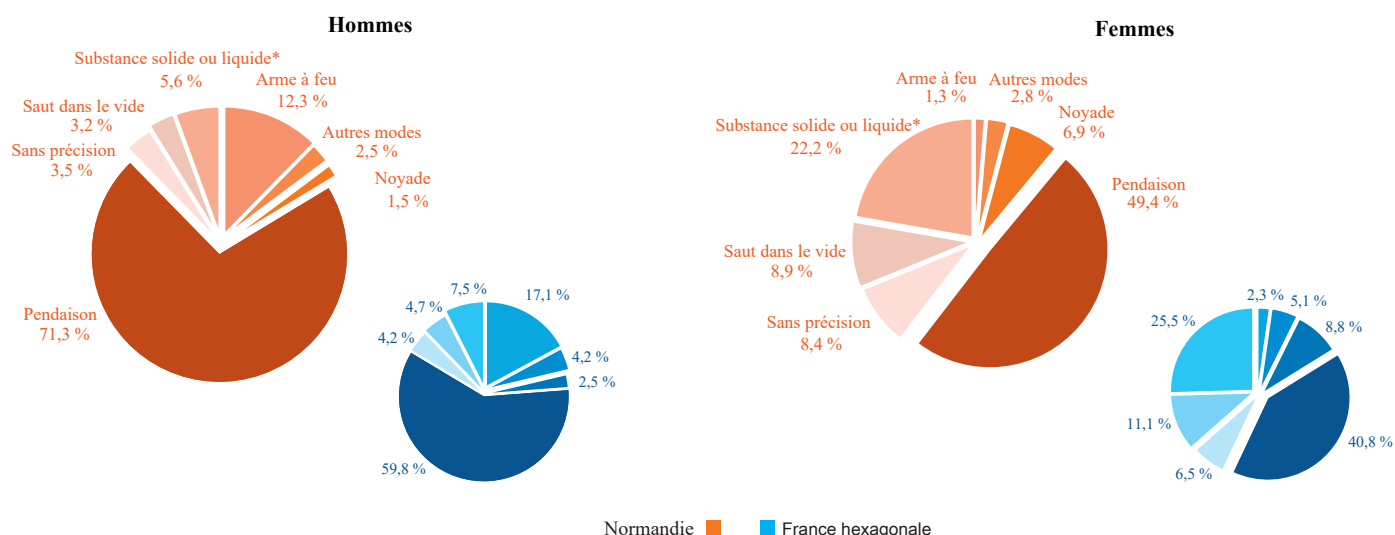
Sources : CépiDc Inserm, Insee - Exploitation OR2S



La pendaison, mode privilégié des Normands et Normandes, de dix points supérieur à leurs homologues nationaux tous âges confondus

La lecture des camemberts ci-dessous permet de constater quelques différences entre le mode de suicide utilisé par les Normands et l'ensemble des Français. La pendaison est ainsi de loin le moyen le plus utilisé pour le recours à l'acte ultime, quels que soient le niveau géographique et le sexe. Toutefois, tant chez les hommes que chez les femmes, une dizaine de points d'écart entre les parts régionales et nationales sont retrouvés, ce mode étant plus prisé en Normandie. Ils sont ainsi plus de 70 % à utiliser ce mode chez les Normands contre 60 % chez l'ensemble des Français, 50 % chez les Normandes contre 40 % pour leurs homologues nationales. Le mode de suicide arrivant en deuxième position diffère suivant le sexe. Les hommes privilégient ainsi l'arme à feu (un Normand sur huit, un Français sur six) et, les femmes, une substance solide ou liquide (près d'une femme sur quatre en région, une femme sur quatre en France). Si la prise d'une substance solide ou liquide arrive en troisième position côté masculin avec un suicide sur quatorze survenant avec ce mode, c'est le saut dans le vide qui se classe à ce rang pour la population féminine : une Normande sur onze, une Française sur neuf. Au niveau des groupes d'âge en Normandie, la pendaison est le mode le plus utilisé chez les 15-34 ans : trois hommes sur quatre et une femme sur deux. Le deuxième mode dans cette tranche d'âge chez les hommes est l'arme à feu (un sur quatorze) alors que, chez les femmes, c'est le saut dans le vide (une sur six). C'est le même classement au niveau national avec des valeurs proches. Chez les 35-54 ans, les hommes privilégient la pendaison dans trois cas sur quatre comme dans le groupe précédent. Elles sont moins d'une sur deux à utiliser ce mode, étant plus d'une sur quatre à avoir recours à une substance solide ou liquide. C'est aussi ce mode qui arrive en deuxième position chez les hommes de ce groupe d'âge mais de façon moindre que leurs homologues féminines : un homme sur douze. Là encore, c'est le même classement au niveau national avec une part moindre pour le premier mode et plus importante pour le second. Chez hommes de 55-74 ans, si la pendaison demeure le premier mode utilisé pour un suicide (deux tiers des suicides masculins), le recours à l'arme à feu arrive en deuxième position pour un sixième des suicides. Chez les femmes de ce groupe d'âge, les deux premiers modes sont identiques au groupe d'âge plus jeune à savoir une petite moitié des suicides féminins par pendaison, et un quart ayant recours à la prise d'une substance solide ou liquide. À noter que, chez les femmes de ce groupe d'âge, elles ne sont qu'un tiers à utiliser la pendaison au niveau national. Enfin, chez les 75 ans et plus, les deux premières causes sont les mêmes que chez le groupe d'âge précédent à savoir deux tiers ayant utilisé la pendaison et un sixième ayant eu recours à l'arme à feu chez les hommes et une moitié privilégiant la pendaison et un septième la prise d'une substance solide ou liquide chez les femmes. Au niveau national, les hommes sont moins d'un sur deux à avoir utilisé ce mode et trois sur dix ont eu recours à l'arme à feu. De même chez la femme, si le classement est le même, les parts sont sensiblement différentes, une Française de 75 ans et plus sur trois se suicidant par pendaison, une sur cinq prenant une substance solide ou liquide pour le faire.

Répartition des modes de suicide* en 2010-2016, selon le sexe



* pour 100 suicides d'hommes ou de femmes

Source : CépiDc Inserm - Exploitation OR2S



EN RÉSUMÉ

LE SUICIDE EN NORMANDIE

La Normandie, une région particulièrement touchée par le suicide

Avec 593 suicides enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2014-2016 parmi sa population résidente, la région affiche le troisième taux de mortalité par suicide le plus important des régions hexagonales, avec une surmortalité par rapport à la France hexagonale de près de 30 %. Ainsi, avec une mortalité au niveau de celle de l'Hexagone, 137 suicides auraient pu être évités en moyenne chaque année sur cette période. En termes d'évolution, le taux de mortalité par suicide a diminué de manière plus conséquente en région (-47 % en 35 ans entre les périodes 1979-1981 et 2014-2016) qu'en France (-38 %). Toutefois, ce constat global sur ces trente-cinq ans masque différentes phases, certaines périodes ayant vu une augmentation à l'exemple de la période entre 2007 et 2011.

Le suicide, un phénomène qui varie selon les caractéristiques démographiques de la population...

La mortalité par suicide n'est pas homogène selon le sexe, le groupe d'âge ou encore le contexte urbain. En Normandie comme en France hexagonale en 2014-2016, le taux de suicide des hommes est quatre fois plus élevé que celui des femmes (30,2 pour 100 000 hommes et 7,4 pour 100 000 femmes), résultant notamment d'une baisse plus marquée de la mortalité par suicide chez ces dernières (-57 % par rapport à 1979-1981 contre -46 %). Cette surmortalité masculine peut s'expliquer partiellement aussi par l'utilisation plus fréquente dans l'acte suicidaire de modes opératoires plus létaux (pendaison, arme à feu) chez les hommes que chez les femmes (prise de médicaments). Le suicide n'a pas le même poids au sein des différents groupes d'âge. En effet, si en Normandie, les suicides sont à l'origine de 2 % de l'ensemble des décès, ils en représentent un cinquième chez les 15-34 ans. Globalement, en région comme dans l'Hexagone, le taux de suicide croît avec l'âge jusqu'à 50 ans, il se stabilise ensuite pour les femmes et diminue légèrement pour croître de nouveau à partir de 65 ans pour les hommes. Chez ces derniers, la mortalité par suicide en Normandie est supérieure à celle observée dans l'Hexagone indépendamment de la tranche d'âge. Chez les femmes, la surmortalité en regard de la France est très marquée pour le groupe des 75 ans et plus, le taux de suicide dans cette tranche d'âge est le plus élevé des régions de France hexagonale.

...et qui est loin d'être homogène selon les territoires à un niveau infra-régional

L'analyse réalisée sur les territoires de démocratie sanitaire normands met en évidence de fortes hétérogénéités infra-régionales. Seul le territoire de démocratie sanitaire du Havre présente une sous-mortalité par suicide par rapport au niveau national chez les hommes et celui d'Yvetot chez les femmes. Chez les hommes, la surmortalité est particulièrement élevée dans les territoires de démocratie sanitaire de Dieppe, de l'Orne et de la Manche.

Par ailleurs, la Normandie a vu la mortalité par suicide se réduire au sein des territoires au cours des dernières décennies. Chez les hommes, les plus fortes diminutions ont été constatées dans les territoires de démocratie sanitaire à faible mortalité alors que, chez les femmes, la réduction de la mortalité par suicide a été moins contrastée selon les zones. Certains territoires n'ont pas vu leur mortalité par suicide diminuer depuis les années quatre-vingt. Ceci est notamment le cas de la Manche pour les 15-34 ans et les seuls hommes de 35-54 ans. Les territoires de démocratie sanitaire de Dieppe, de la Manche, de l'Orne et du Calvados affichent encore, en 2010-2016, une mortalité par suicide pour les hommes de 35-54 ans plus élevée que celle de l'Hexagone en 1980-1986.

Au niveau local (territoires de proximité), la mortalité par suicide varie dans un rapport de 1 à 3 pour les hommes et les femmes. Le taux de mortalité est proche de celui observé en France dans les zones situées autour de l'axe de la Seine. En revanche, les zones situées sous l'axe Cherbourg-L'Aigle, autour de Risle-Perche et au nord de la Seine-Maritime présentent les taux de suicide les plus élevés. Ces contrastes sont particulièrement marqués dans les classes d'âge les plus jeunes. La baisse de la mortalité par suicide a été plus marquée dans les zones qui présentaient un faible taux de mortalité en 1980-1986. En conséquence, les écarts entre ces zones se sont creusés au cours des trente dernières années.

Comme le montrent les résultats présentés dans ce document, le suicide reste un fléau pour la Normandie, non loin des niveaux constatés chez la voisine bretonne. Ce document met également en évidence la grande hétérogénéité au sein de la Normandie. En ce sens, il constitue un véritable outil d'accompagnement des politiques publiques, avec pour objectif la mise en avant des priorités tant démographiques que territoriales afin de soutenir les dynamiques partenariales existantes et de cibler au mieux les actions à prioriser et à mettre en place.



Ce document a été imprimé en 400 exemplaires en septembre 2021 par l'OR2S.
Il a été réalisé avec le soutien financier de l'agence régionale de santé de Normandie.
Il a été rédigé par Francesco Monti, Nadège Thomas et Alain Trugeon.
Il a été mis en page par Sylvie Bonin.
Directrice de la publication : Dr Élisabeth Lewandowski.



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
115, Boulevard de l'Europe - 76100 Rouen - Téléphone : 07 71 13 79 32 - Adresse Mail : infohn@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ DE NORMANDIE
Espace Claude Monnet - 2 place Jean-Nouzille - 14000 Caen - Téléphone : 02 31 70 96 96