

2.2.1.2 Suicidalité au cours du temps

La suicidalité comprend, à côté des suicides, également les tentatives de suicide, les pensées de suicide et, en partie, les comportements agressifs envers soi-même. La prévalence des tendances suicidaires représente une mesure de ceux potentiellement à risque du suicide.

Dans le cadre d'une étude multicentrique de l'OMS/EURO sur le parasuicide, il a été estimé, qu'en Suisse, environ 10'000 tentatives de suicide étaient traitées médicalement chaque année, les femmes significativement plus souvent (environ 6'000 femmes contre environ 4'000 hommes) (D De Leo & Evans, 2004). La prévalence sur la durée d'une vie des tentatives de suicide se monte en conséquence à 10 %. La prévalence des tentatives de suicide, dans la mesure où elle repose sur des données hospitalières, est cependant sous-estimée (Evans, Hawton, Rodham, & Deeks, 2005). Le recensement de la Swiss Multicenter Adolescent Survey (SMASH) de 1992 et 2002 (Francoise Narring et al., 2004; Narring et al., 1994) donne une prévalence plus élevée des tentatives de suicide et révèle une divergence concernant l'assistance médicale après les tentatives de suicide qui ont eu lieu. Les différences entre les sexes sont prononcées en ce qui

Tableau 3 Tendances suicidaire chez les 15–20 ans en Suisse en 1992 et 2002 (proportion des réponses par oui)

	1992		2002	
	Femmes (%) N=3993	Hommes (%) N=5275	Femmes (%) N=3380	Hommes (%) N=4040
Dans les 12 derniers mois: Avez-vous pensé au suicide ?	37,3	27,3	21,4	15,4
Y a-t-il des moments durant lesquels vous vouliez vous suicider ?	21,9	13,6	16,7	9,8
Vous seriez-vous suicidé si vous en aviez eu l'occasion ?	5,4	4,2	4,9	3,2
Avez-vous songé à une méthode vous suicider ?			22,4	17,9
Avez-vous tenté de de vous suicider ?	3,9	2,3	3,4	1,6
Avez-vous communiqué la tentative de suicide à des amis ou aux parents ?	39	38,3	34	29
Dans votre vie, avez-vous déjà commis une tentative de suicide ?			8,2	3,2

Source: SMASH 1992 et 2002 (Francoise Narring et al., 2004; Narring et al., 1994)

concerne les tendances suicidaires: pensées de suicide, intentions momentanées de suicide, pensées sur une méthode de suicide et tentatives de suicide sont indiquées plus fréquemment par les femmes de 15 à 20 ans que par les hommes du même âge (tableau 3) (Francoise Narring et al., 2004). Les auto-agressions, avec ou sans intention mortelle, sont généralement plus fréquentes chez les jeunes filles (Fortune & Hawton, 2005; Hawton et al., 2003; Portzky & van Heeringen, 2007; Sourander et al., 2006).

Entre 1992 et 2002, on distingue différentes fréquences en ce qui concerne les tendances suicidaires: alors que les pensées de suicide ont régressé de presque moitié chez les jeunes en général, la prévalence des tentatives de suicide n'a que peu reculé, de façon un peu plus prononcée chez les jeunes hommes. De plus, en 2002, plus de jeunes femmes que d'hommes ont indiqué qu'elles auraient communiqué la tentative de suicide à des ami(e)s ou aux parents, que ce n'était le cas lors de la précédente recherche (Francoise Narring et al., 2004; Narring et al., 1994).

Pour les différences entre les sexes dans le cas de suicides réussis et de tentatives de suicide, le choix de la méthode est proposé et discuté comme explication. Les femmes choisissent plus souvent que les hommes, également en Suisse, les méthodes dites « douces », qui, pendant un certain laps de temps permettent au personnel médical d'intervenir avec une plus grande chance de succès. C'est

le cas de l'empoisonnement (24.5 %/9.4 % des suicides réussis dont la majorité par ingestion de médicaments). Les autres méthodes fréquentes de suicide chez les femmes sont: la noyade (17.7 % versus 5.6 %) ou se jeter d'une hauteur (17 % versus 7.4 %). Les hommes, par contre, optent plutôt pour des méthodes « dures », qui, de par leur dangerosité immédiate, rendent plus difficile une intervention extérieure efficace susceptible de les sauver. Les armes à feu en est une (32 % des hommes contre 3.9 % des femmes) ou la pendaison (28 %/19 %), mais ils peuvent aussi choisir de se jeter d'une hauteur (Office de la santé publique 2005). Du fait du choix de la méthode lors de tentatives de suicide, l'intention suicidaire des tentatives de suicide des femmes a été occasionnellement remise en question (Beautrais 2002). Souvent cependant, les suicidants ne sont pas à même d'estimer l'effet de la méthode. En Asie et en Amérique du Sud disposant de soins d'urgence en comparaison plus mauvais, les suicides chez les jeunes filles et les jeunes hommes sont de la même fréquence (Beautrais, 2002; Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001). L'étude multicentrique OMS/EURO met en exergue que le choix de la méthode est plutôt une affaire de culture. Une augmentation partielle, à surveiller, des suicides chez les jeunes filles par le biais de méthodes « masculines » signifie que le lien culturel associé au sexe est en mutation (Beautrais 2003). De plus, le choix

des méthodes est dépendant de leur disponibilité et de l'acceptation socioculturelle inégale pour les hommes et les femmes des méthodes de suicide (Ajdacic-Gross, communication personnelle, Olten 2007). Ce phénomène est également en train de subir une mutation.

Des études réalisées aux Etats-Unis ont montré que le comportement suicidaire des femmes et des hommes est jugé différemment (Moller-Leimkuhler, 2003). Les hommes ayant commis une tentative de suicide étaient moins respectés par ceux de la même classe d'âge que les hommes après un suicide réussi, car ces derniers étaient considérés comme davantage en accord avec le rôle masculin traditionnel. Ces jugements socio-moraux, sexospécifiques différents des suicides pourraient aussi expliquer une partie des différences entre les sexes en ce qui concerne les comportements suicidaires et les méthodes de suicide (Beautrais 2002). L'influence des normes sociales se perçoit aussi dans l'influence du chômage. Pour les hommes, celui-ci représente un plus grand risque de suicide que pour les femmes qui peuvent mieux justifier leur chômage par leur rôle traditionnel de femmes, alors que les hommes sont beaucoup plus fortement secoués dans leur image (Hawton 2000). En outre, pour expliquer la différence entre les sexes dans la fréquence du suicide, des différences en psychopathologie¹ sont avancées, de même que la tendance plus grande des femmes à chercher de l'aide (Beautrais 2002) (voir aussi chapitre sur la santé psychique).

Si l'on considère les suicides et les tentatives de suicide séparément, la forte surmortalité par suicide des hommes frappe par rapport à celle des femmes. En ce qui concerne les tentatives et les pensées de suicide, et la morbidité élevée qui en résulte, on remarque que les femmes sont davantage touchées. La prise en considération globale des suicides et de la suicidalité, ne présente que peu de différences entre les sexes.

2.2.1.3 Déterminants des suicides et leur évolution dans le temps

Les suicides sont des événements multifactoriels et reposent sur différents déterminants (tableau 4). Selon la situation actuelle des données, les déterminants pour les suicides et les tentatives de suicide ne se distinguent pas essentiellement les uns des autres. Chez les hommes et

les femmes dans tous les groupes d'âge, ce sont les psychopathologies qui représentent les facteurs de risque les plus fréquents du suicide et de la tentative de suicide (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). Des facteurs psychosociaux ont également été mis en évidence (Hawton 2000). Les facteurs de risque de suicide spécifiques aux femmes ont été rarement examinés en comparaison, car les femmes, vu le petit nombre de suicides réussis, sont sous-représentées dans les études post-mortem. Les quelques rares études indiquent des facteurs de risques spécifiques aux femmes qui sont liés à la reproduction, par exemple événements traumatiques comme l'avortement, la fausse-couche le décès d'un enfant à la naissance ou le syndrome prémenstruel (Appleby, Mortensen, & Faragher, 1998; David M. Fergusson, Horwood, & Ridder, 2006; Saunders & Hawton, 2006). De plus, il y a une série de facteurs de risque psychosociaux, auxquels les femmes sont plus souvent exposées, par exemple, la violence sexuelle ou domestique (Beautrais 2006) ou l'accueil en foyer en période de vieillesse (voir chapitre vieillissement/besoins de soins). Le développement sexuel par définition représente une phase de vie instable. Les écarts dans le temps du développement sexuel « normal » sont associés à des tendances suicidaires pour les deux sexes (Kaltiala-Heino, Kosunen, & Rimpela, 2003; Michaud, Suris, & Deppen, 2006; Wichstrom, 2000). L'homosexualité également, en particulier chez les jeunes hommes, est associée à des tendances suicidaires dans l'adolescence (Silenzio, Pena, Duberstein, Cerel, & Knox, 2007).

Les différences spécifiques au genre et à l'âge des déterminants de suicide reposent avant tout sur des différences dans le degré des associations ou dans les prévalences. Le tableau 4, se fondant sur la littérature internationale, rassemble de manière synoptique les déterminants de suicide établis par sexe pour différentes tranches d'âge. Une grande partie des déterminants sont soumis à une mutation temporelle et sociale. Quelques-unes de ces tendances indiquent un accroissement du risque: ainsi, en comparaison à 1990, la proportion de personnes seules a tendance à être plus importante en 2005 (de par des mariages plus tardifs; plus significativement chez les femmes) ainsi que la part de personnes divorcées et veuves (plus fréquent chez les femmes). Chez les hommes, cette proportion reste stable, du fait de leur taux de remariage plus élevé. Les taux d'activités chez les hommes montrent une tendance au recul depuis 1990, plus prononcée chez les jeunes adultes et après 50 ans. Le taux de

¹ Différences dans la prévalence des troubles affectifs, consommation de produits de dépendance et comportement antisocial (Beautrais 2002)

Tableau 4 Déterminants de suicide selon les groupes d'âge et le sexe

		Femmes	Hommes
15–25 ans Jeunes	Diagnostic psychiatrique	Précédente tentative de suicide (prév. >F) Dépression (prév. >F) Troubles de compulsion/alimentaires	Précédente tentative de suicide Dépression Maladie de dépendance (prév.>M)
	Environnement social	Facteurs de risque: Problèmes relationnels (ass. >F) Problèmes familiaux Mauvaises prestations scolaires Comportement de dépendance/Alcool (ass.>F) Facteurs de protection: Soutien social (prév >F) Utilisation d'aides professionnelles (prév. >F)	Facteurs de risque: Problèmes relationnels Problèmes familiaux Bas revenus (apprentissage) Comportement de dépendance/alcool (prév.>M) Facteurs de protection: Soutien social Utilisation d'aides professionnelles
	Expérience de violence:	Facteurs de risque: Violence sexuelle (ass. >F, prév. >F) Violence physique	Facteurs de risque: Violence sexuelle/Violence physique humiliation (ass. >M, prév. >M)
	Développement de la puberté	Facteurs de risque: Puberté précoce (ass. >F)	Facteurs de risque: Puberté précoce Homosexualité (ass. >M)
26–64 ans Adultes	Diagnostic somatique	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses, caractéristiques reproductives	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses
	Diagnostic psychiatrique	Précédente tentative de suicide Dépression, troubles névrotiques Troubles de la personnalité/de compulsion Comportement de dépendance/ alcool (ass.>F) Troubles alimentaires (prév. >F)	Précédente tentative de suicide Dépression Troubles de la personnalité/ de compulsion Comportement de dépendance (prév. >M) Maladies de dépendance (prév. >M)
	Facteurs sociaux/familiaux	Facteurs de risque: Crises: séparation/divorce Aspects du travail professionnel Haut degré d'urbanisation Facteurs de protection: Parenté (pour F protection plus longue) Soutien social (prév. >F) Utilisation d'aide professionnelle (prév. >F)	Facteurs de risque: Crises: séparation/divorce (ass. >M) Aspects du travail professionnel Chômage (ass. >M) Facteurs de protection: Parenté (pour M protection plus courte) Soutien social (prév. <M !) Haut degré d'urbanisation Utilisation d'aide professionnelle
>64 ans Age de la retraite/ grande vieillesse	Diagnostic somatique	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses	Maladies chroniques somatiques/ maladies cancéreuses
	Facteurs psychiatriques	Dépression, état anxieux Troubles des fonctions cognitives Prise de tranquillisants	Dépression, état anxieux Troubles des fonctions cognitives Prise de tranquillisants
	Facteurs sociaux	Facteurs de risque: Veuvage (prév. >F) Placement dans une institution (prév.>F)	Facteurs de risque: Veuvage Placement dans une institution

Légende:

ass.=association avec tendance suicidaire; prév.=prévalence dans la population;

prév.> M: la prévalence chez les hommes est plus grande prév. >F:

la prévalence est plus grande chez les femmes; <: plus petite

Source: (Beautrais, 2002, 2006; D De Leo & Evans, 2004; D. De Leo et al., 1999; D. M. Fergusson, Beautrais, & Horwood, 2003; D. M. Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005; Franko & Keel, 2006; Hawton, 2000; Hawton & Van Heeringen, 2002; Holtkamp & Herpertz-Dahlmann, 2001; Mean, Righini, Naring, Jeannin, & Michaud, 2005; Moller-Leimkuhler, 2003; Pitkala, Isometsa, Henriksson, & Lonnqvist, 2000; Qin, Agerbo, Westergaard-Nielsen, Eriksson, & Mortensen, 2000; Ruckebauer, Yazdani, & Ravalgia, 2007; Scocco, Meneghel, Caon, Dello Buono, & De Leo, 2001; Silenzio, Pena, Duberstein, Cerel, & Knox, 2007; Steinhausen & Metzke, 2004; Wichstrom, 2000)

chômage des 14 à 25 ans des deux sexes a augmenté d'un bon 2 % à quelque 5 %. Chez les femmes, par contre, le taux d'activités a augmenté (voir aussi chapitre 2.1), car le recul accompagnant la fondation de la famille respectivement le fait d'être parents, a diminué, et les femmes reprennent significativement plus souvent une activité professionnelle après la pause familiale. Cependant l'activité professionnelle se trouve en pleine mutation, de sorte que, sans de nouvelles analyses, également à propos des aspects liés au risque et à la protection de l'activité professionnelle, il n'est pas possible de juger des effets de cette tendance sur la fréquence du suicide. Depuis 1986, les comportements à risque favorisant le suicide, par exemple la consommation d'alcool, sont en augmentation chez les jeunes de 15 à 16 ans, alors qu'ils sont en régression chez les 11–12 ans. Entre 1986 et 2002, la différence entre les sexes quant à la consommation d'alcool s'est amoindrie: d'environ 2.4 %/1 % (jeunes hommes/jeunes filles), la proportion est passée à 1.5 %/1 % (Francoise Narring et al., 2004). Chez les adultes, il y a un recul général de la consommation d'alcool, mais les changements dans le temps sont hétérogènes dans les groupes de formation et d'âge séparé (Office fédéral de la statistique 2005c).

D'autres déterminants indiquent une amélioration du profil de risque des hommes et des femmes. Alors que les prestations ambulatoires pour le traitement de problèmes psychiques n'ont pas changé essentiellement (pas de changement chez les femmes, augmentation de 1 % chez les hommes), il y a une augmentation des taux d'hospitalisation en 2004 par rapport à 1998. (de 5 à 8/100'000). Dans les groupes d'âge, pour lesquels les taux d'hospitalisation sont les plus élevés nous trouvons une augmentation particulièrement significative (de 8 à 11/100'000 habitants et de 5 à 9/100'000 habitantes) (Schuler, Rüesch, & Weiss, 2007). On ne sait pas si et dans quelle mesure ces tendances-ci et d'autres concernant les déterminants psychosociaux contribuent au développement des taux de suicide et spécialement à la dynamique des différences entre les sexes: cet aspect-là n'a en effet pas fait l'objet, jusqu'ici, de recherche en Suisse. De tels liens au niveau individuel devraient être analysés dans des études longitudinales.

Rapport d'approfondissement Genre et Santé



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP



Impressum

Elaboré à la demande de l'Office fédéral de la santé publique
Bâle, janvier 2008

Institut de Médecine Sociale et Préventive Université de Bâle
Steinengraben 49, 4051 Bâle
Téléphone 061 267 60 66, Fax 061 267 61 90
www.ispm-unibasel.ch

Direction du projet: Elisabeth Zemp Stutz

Elaboration du projet/Direction des groupes de travail:

Julia Dratva (suicide, violence)

Paola Coda Berteza (santé psychique)

Katharina Staehelin (vieillesse en santé/besoin de soins)

Carine Weiss (collaboration scientifique)

Commissions d'accompagnement:

– Groupe de travail suicide, violence, accidents: Monique Aeschbacher,
Vladeta Ajdacic-Gross, Conrad Frey, Barbara Jeltsch,
Susanne Hablützel, Christian Ludwig, Aïha Zemp

– Groupe de travail santé psychique: Christin Achermann,
Daniela Schuler, René Setz, Doris Summermatter, Anita Testa Mader,
Hans Wydler

– Groupe de travail vieillesse en santé/besoin de soins:
Pasqualina Perrig-Chiello, Silvia Strub, Felix Gurtner, Katharina Meyer,
François Höpflinger, Brigitte Santos-Eggimann, Anne Bardet Blochet

Traduction: Sylvie Guggenheim

Distribution:

OFSP, Unité de direction Politique de la santé
Division Projets multisectoriels, projet gender health
E-Mail genderhealth@bag.admin.ch

Cette publication paraît également en allemand.

Numéro de publication OFSP: 7.08 1'000 d 500 f GP 20EXT0806