

# Evolution de la mortalité par suicide en Région bruxelloise 1998 - 2017

**Mise à jour décembre 2020**

**Personne de contact** : Déogratias Mazina ([dmazina@ccc.brussels](mailto:dmazina@ccc.brussels); Tél : 02/552 01 65)

## 1. Introduction

Le suicide représente un problème de santé publique important dans le monde. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime, en effet, tout en rappelant les limites des chiffres disponibles sur les suicides et la sous-estimation de la problématique par ceux-ci, que plus de 800 000 personnes mettent fin à leurs jours chaque année dans le monde. Le taux mondial de mortalité par suicide, standardisé pour l'âge est de 10,5 cas pour 100 000 habitants en 2016<sup>1</sup>. En 2017, on a recensé 11,2 décès par suicide pour 100 000 habitants dans les pays de l'OCDE<sup>2</sup>.

L'OMS estime par ailleurs, que pour chaque suicide, on compte également de nombreuses tentatives de suicide chaque année<sup>3</sup>. Selon l'OMS, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15-29 ans dans le monde en 2016, après les accidents de route<sup>4</sup>.

Au niveau européen, les derniers chiffres publiés par Eurostat montrent qu'en 2016, le taux de mortalité par suicide, standardisé pour l'âge, est de 10,8 cas pour 100 000 habitants dans l'Europe des 28. Ce taux est de 17,1 pour 100 000 habitants en Belgique, un taux largement supérieur à celui de l'Europe. En comparaison avec les autres pays de l'Europe des 28, la Belgique occupe la 5<sup>ème</sup> place pour l'année 2016, en terme de taux de mortalité par suicide, standardisé pour l'âge, après la Lituanie, la Lettonie, la Slovénie et la Hongrie(Figure 1)<sup>5</sup>.

Selon Eurostat, ces chiffres doivent cependant, être interprétés avec précaution, surtout en ce qui concerne l'évolution et la comparaison entre pays, car les méthodes d'enregistrement des suicides varient beaucoup entre les pays et dans le temps. De plus, ces chiffres n'incluent pas les décès liés aux événements d'intention non déterminée (dont une partie devrait être considérée comme des suicides), ni les tentatives de suicide qui n'ont pas engendré de décès<sup>6</sup>.

---

1 World Health Organization (2019). <https://www.who.int/publications/i/item/suicide-in-the-world>.

2 OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>.

3 Organisation mondiale de la Santé (2014). Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778\\_fre.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf)

4 Organisation mondiale de la Santé (2019) - Suicide: Principaux faits. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

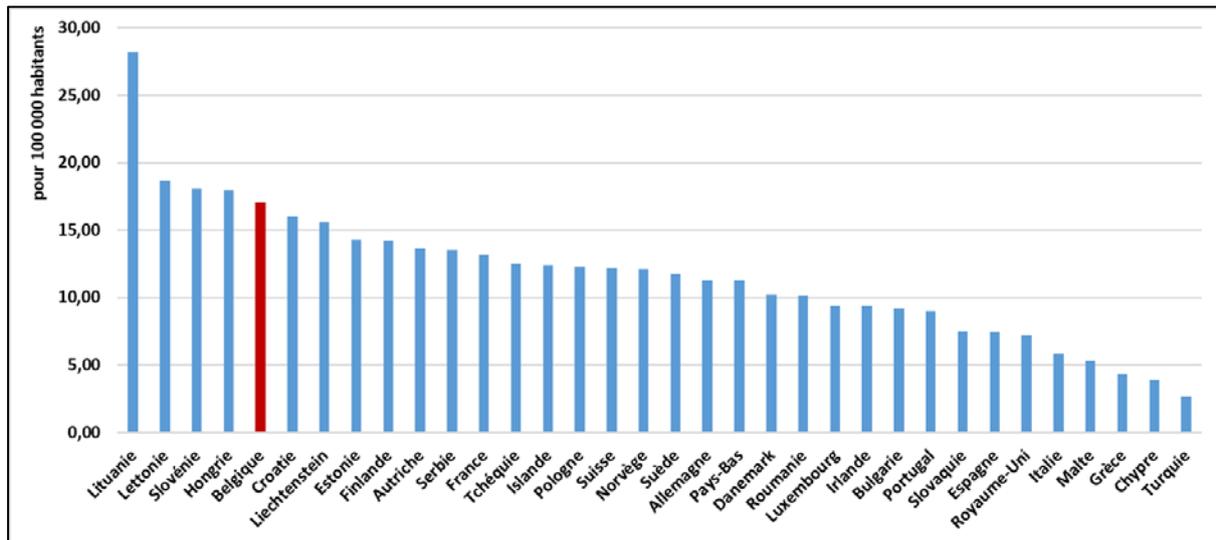
5 Eurostat. Décès dus au suicide, par sexe (Octobre 2020).

<https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=fr&pcode=tps00122&plugin=1>

6 Eurostat. Taux de mortalité par suicide par groupe d'âge (Octobre 2020).

<https://ec.europa.eu/eurostat/fr/web/products-datasets/-/TPS00202>

**Figure 1: Taux de mortalité par suicide, standardisés pour l'âge, Eu-28, 2016 (Total hommes et femmes)**



*Eurostat: Décès dus au suicide: Taux de mortalité standardisé pour 100 000 habitants (mise à jour: 21.10.2020)*

Selon Sciensano<sup>7</sup>, le suicide est, en Belgique, la 3<sup>ème</sup> cause de décès prématurés (décès avant 75 ans) parmi les causes les plus fréquentes de décès chez les hommes en 2016. Cependant, il arrive en premier lieu en termes d'années potentielles de vie perdues, avant le cancer des poumons, les cardiopathies ischémiques et les accidents de transport.

Chez les femmes, il occupe la 6<sup>ème</sup> place parmi les causes de décès prématurés (décès avant 75 ans) les plus fréquentes, et la 3<sup>ème</sup> place en termes d'années potentielles de vie perdues, après le cancer du sein et le cancer des poumons.

## 2. Les facteurs de risques associés aux suicides et aux tentatives de suicide

En ce qui concerne les facteurs de risque associés aux suicides et aux tentatives de suicide, il convient de rappeler que le suicide est un phénomène assez complexe, déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs, notamment ceux en relation avec l'individu, son histoire, son environnement immédiat, son milieu social, et tout cela composent une trame dont il est presque impossible de défaire les entrelacs<sup>8</sup>.

Il convient également de souligner que lorsqu'on aborde la problématique du suicide, il faut tenir compte du fait que celle-ci ne se limite pas à l'acte mortel uniquement. Il existe une série de comportements décrivant ce que l'on appelle le **processus suicidaire**, qui représente les différentes phases par lesquelles passe la personne avant de passer à l'acte. Ainsi parmi les « **comportements suicidaires** », on retrouve le « **suicide complété** » ou comportement suicidaire fatal, mais aussi les comportements suicidaires non fatals (**tentatives de suicide**),

<sup>7</sup> Sciensano: Mortalité prématurée par cause de décès - <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-prematuree-par-cause-de-deces#readmore>

<sup>8</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec. *Stratégie québécoise d'action face au suicide - S'entraider pour la vie. 1999 CANADA.*  
[https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97\\_237.pdf](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_237.pdf)

les intentions suicidaires (**plan de suicide**), les comportements suicidaires indirects (**comportements limites, style de vie risqué**) et les idéations suicidaires<sup>9</sup>.

Les spécialistes du phénomène suicidologique précisent par ailleurs, qu'au-delà de cette distinction, il est difficile de donner aux différents étapes du processus suicidaire des frontières bien tranchées, car chaque individu suit un cheminement qui lui est propre et dont les expressions sont loin d'être standardisées<sup>10</sup>.

Plusieurs facteurs de risque ont été décrits dans la littérature (plus d'une soixantaine, en plus d'une dizaine de facteurs de protection selon Maris R.W., Berman A.L. et Silverman M.M. (2000) dans leur livre "*Comprehensive textbook of suicidology*")<sup>11</sup>. D'autres facteurs sont encore à l'étude, comme les facteurs génétiques et biologiques. Force est de constater que toutes les catégorisations se font en général en fonction de leur utilisation en terme de prévention.

Dans ce document, nous nous limitons à la catégorisation présentée par Senterre C., Bantuelle M., et Levêques A. (2006) dans leur recherche sur la prévention des suicides en Communauté française de Belgique, où ils classent ces facteurs de risque selon une approche dite "**classique**" et une approche dite "**dynamique**"<sup>12</sup>.

**L'approche dite classique** distingue généralement:

- **Les facteurs de risque associés aux prédispositions individuelles** comme les comportements suicidaires antérieurs, les facteurs psychiatriques comme les troubles mentaux, la dépression, le désespoir (hopelessness), les troubles de l'alimentation (anorexie, boulimie), l'abus de substances (alcoolisme et drogue), une tendance impulsive et/ou agressive, et les facteurs biologiques et génétiques, comme les prédispositions héréditaires à certains problèmes de santé mentale, certaines maladies physiques majeures, etc.
- **Les facteurs de risque socioculturels, environnementaux et circonstanciels**, comme l'isolement social, l'histoire familiale, les antécédents d'abus sexuels, les environnements familiaux dégradés, les comportements suicidaires dans la famille, le divorce ou autres situations de séparation (deuil, veuvage), certaines situations socio-économiques telles que la perte de travail ou de revenu (chômage, instabilité professionnelle et précarité), la perte de rôle social, le fait de subir un échec qui peut être source d'humiliation et/ou de stress, la perte de parents pendant l'enfance ou d'une autre relation sociale importante, le manque de soutien social, l'accès facile aux moyens mortels (arme à feu, gaz toxiques, etc.).

**L'approche dite dynamique** distingue quatre catégories, à savoir les **facteurs prédisposant**, les **facteurs contribuant**, les **facteurs précipitants**, et les **facteurs de protection**. Au niveau de l'approche dynamique (que nous n'allons pas détailler dans ce document), les facteurs de risque sont presque semblables à ceux de l'approche classique, mais avec une notion de

---

<sup>9</sup> Mishara B.L. et Tousignant M. *Comprendre le suicide. Les Presses Universitaires de Montréal*, 2004, Canada.

<sup>10</sup> Ibidem Mishara B.L. et Tousignant M. (2004)

<sup>11</sup> Senterre C., Bantuelle M., Levêques A. Prévention des suicides. Aperçu général des connaissances en suicidologie et Situation en Communauté française de Belgique. CERESP - ESP, ULB- 2006.

<sup>12</sup> Ibidem Senterre C., Bantuelle M., Levêques A.

"**continuum intégratif**", chacun étant en interrelation complexe et dynamique avec l'autre (une matrice de croisement de ces facteurs et leur liste sont repris dans le rapport mentionné ci-dessus)<sup>13</sup>.

Cette analyse montre combien le risque de suicide est certainement accru dans des situations de précarité, de vulnérabilité et d'inégalité socioéconomique et de santé.

### 3. Mortalité par suicide en Région de Bruxelles-Capitale

En 2017, on a enregistré, via les bulletins statistiques de décès, 140 décès par suicide parmi les Bruxellois (y compris les Bruxellois décédés en Flandre et en Wallonie), parmi lesquels 90 sont des hommes et 49 sont des femmes (pour une personne, l'information sur le sexe était manquante).

Le taux de mortalité par suicide standardisé<sup>14</sup> pour l'âge est de 13,2 décès pour 100 000 habitants en Région bruxelloise (18,3/100 000 pour les hommes et 9,2/100 000 pour les femmes). Ce taux est supérieur à celui pour l'Europe des 28 en 2016 (10,5/100 000 habitants), mais largement inférieur à celui pour la Belgique pour la même année (17,1/100 000 habitants).

### 4. Evolution des taux de mortalité par suicide en Région de Bruxelles-Capitale

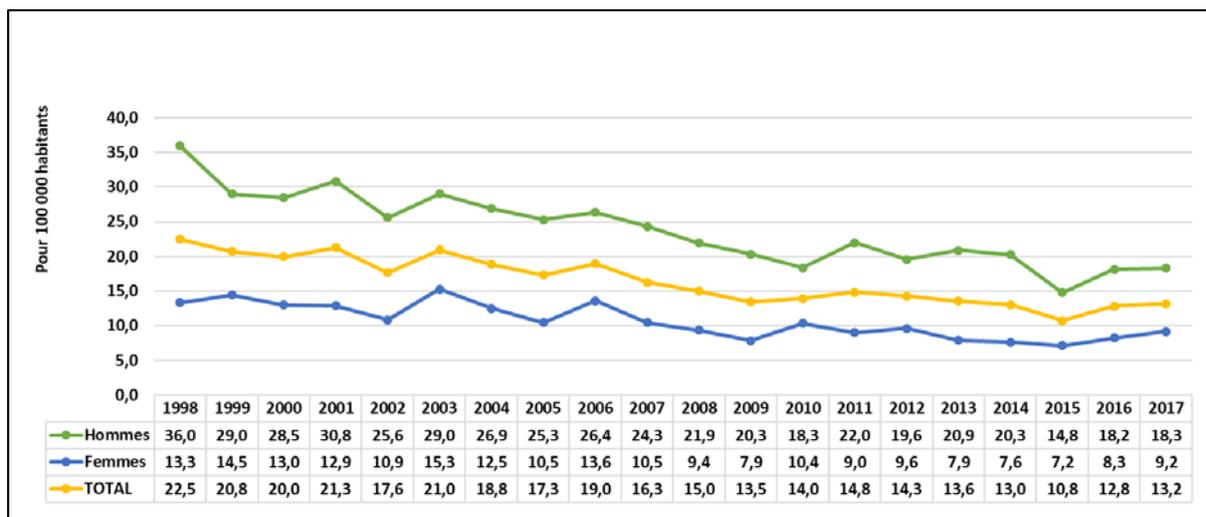
Les taux de mortalité par suicide en Région de Bruxelles-Capitale fluctuent d'une année à l'autre, mais globalement la tendance est à la diminution, tant chez les hommes que chez les femmes. Le taux de mortalité par suicide des bruxellois est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et ce ratio est resté stable pendant toute la période analysée. Depuis 1998, le taux de suicide à Bruxelles a été réduit de près de moitié, passant de 22,5 en 1998 à 13,2 décès par suicide pour 100 000 habitants en 2017. Cette diminution est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (Figure 2).

---

<sup>13</sup> Ibidem Senterre C., Bantuelle M., Levêques A

<sup>14</sup> Pour pouvoir comparer les chiffres de mortalité entre les différents groupes (Régions, Pays, etc.), une standardisation en fonction de l'âge et du sexe est nécessaire, afin de neutraliser toute influence qui résulterait d'une éventuelle différence dans les structures d'âge. La standardisation directe utilisée ici est réalisée en appliquant les taux de mortalité spécifiques par âge de la population concernée à une population de référence (ici la Population européenne Standard - EUROSTAT 2013).

**Figure 2: Evolution des taux de mortalité par suicide, standardisés pour l'âge\*, parmi les Bruxellois, 1998-2017**



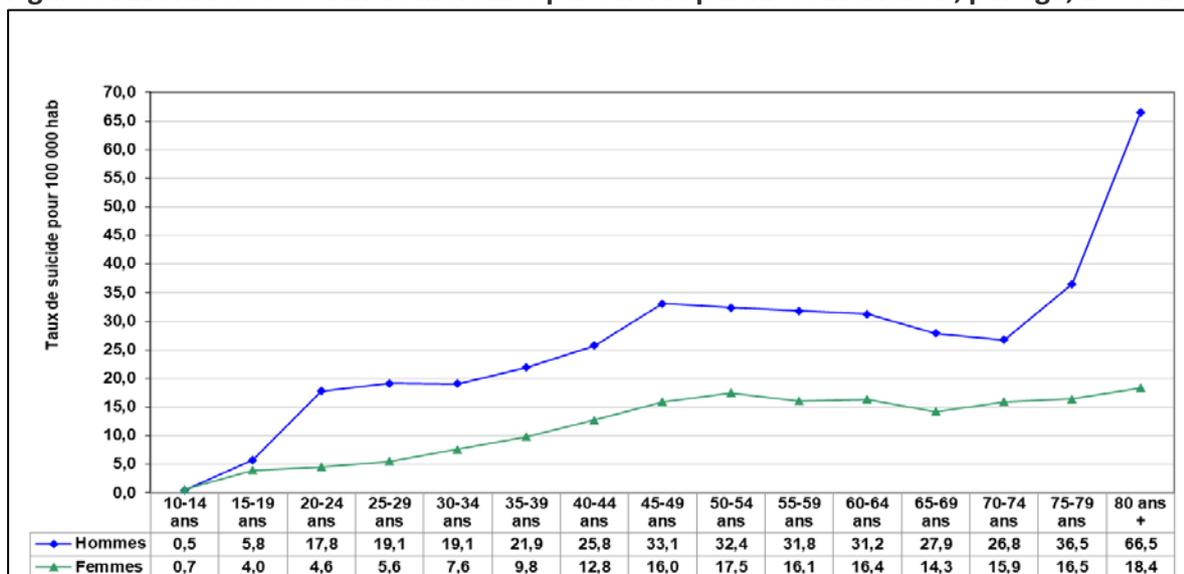
*Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale*  
 \* Standardisation pour l'âge: population de référence = European Standard Population, Eurostat, 2013.

## 5. Evolution des taux de mortalité par suicide selon l'âge

Pour analyser les taux de mortalité par suicide en fonction de l'âge, nous avons regroupé les données sur la période 2007-2017, afin de disposer d'effectifs suffisants.

Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, autant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, on observe une nette augmentation dès l'âge de 20 ans, avec un plateau entre 45 et 70 ans, et une très forte augmentation à partir de 70 ans. Cette augmentation est, par contre, moins marquée et plus progressive chez les femmes (Figure 3).

**Figure 3: Evolution des taux de mortalité par suicide parmi les Bruxellois, par âge, 1998-2017**



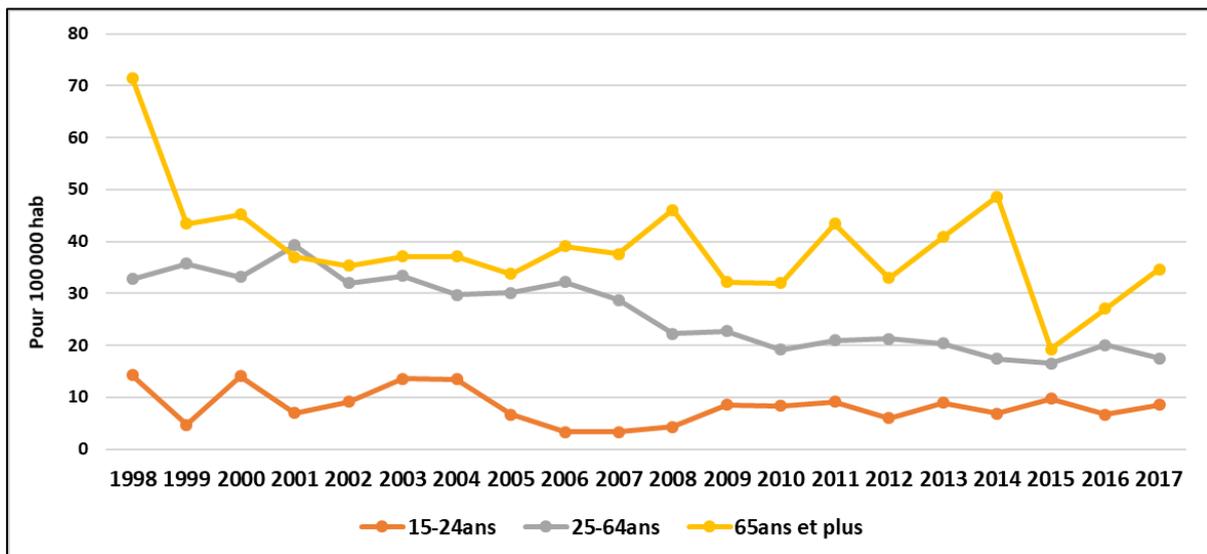
*Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale*

En termes d'évolution dans le temps, la tendance à la baisse s'observe globalement dans les différents groupes d'âge.

On note cependant chez les hommes de 65 ans et plus, de grandes fluctuations et une légère augmentation depuis 2015, et chez les hommes de 15-24 ans, on observe une légère fluctuation avec une moindre tendance à la diminution.

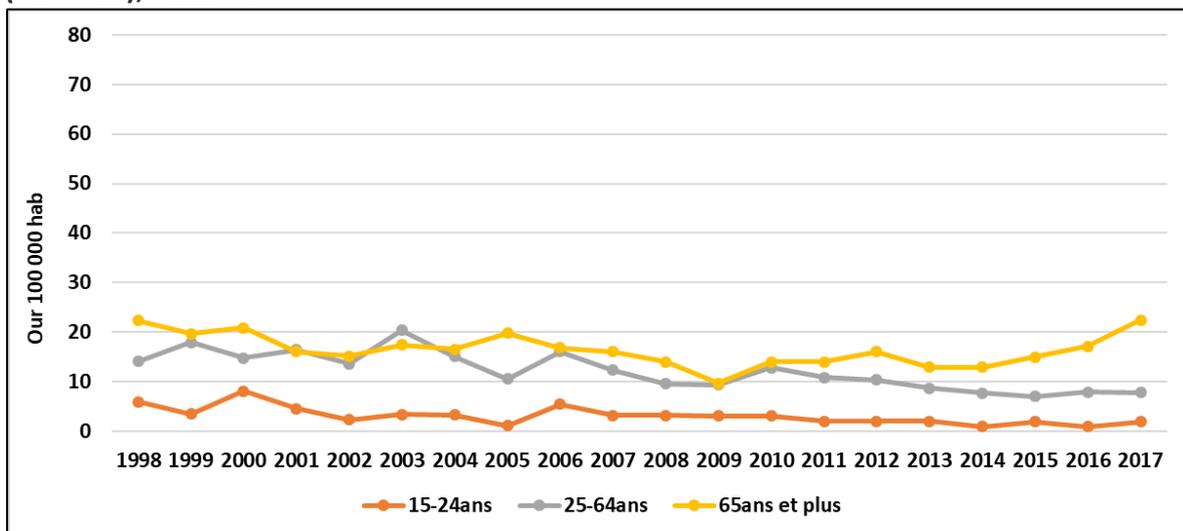
Chez les femmes, on observe également une légère augmentation à partir de 2014, surtout dans la catégorie des 65 ans et plus.

**Figure 4a: Evolution des taux de mortalité par suicide parmi les Bruxellois, par âge, (Hommes), 1998-2017**



Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

**Figure 4b: Evolution des taux de mortalité par suicide parmi les Bruxellois, par âge, (Femmes), 1998-2017**



Source: Bulletins statistiques de décès, Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale

## 6. La Région de Bruxelles-Capitale par rapport aux autres Régions

Pour comparer les Régions, nous avons utilisé les taux de mortalité standardisés calculés par Sciensano (ancien Institut de Santé Publique) via le module SPMA (Standardized Procedures for Mortality Analysis) <sup>15</sup>.

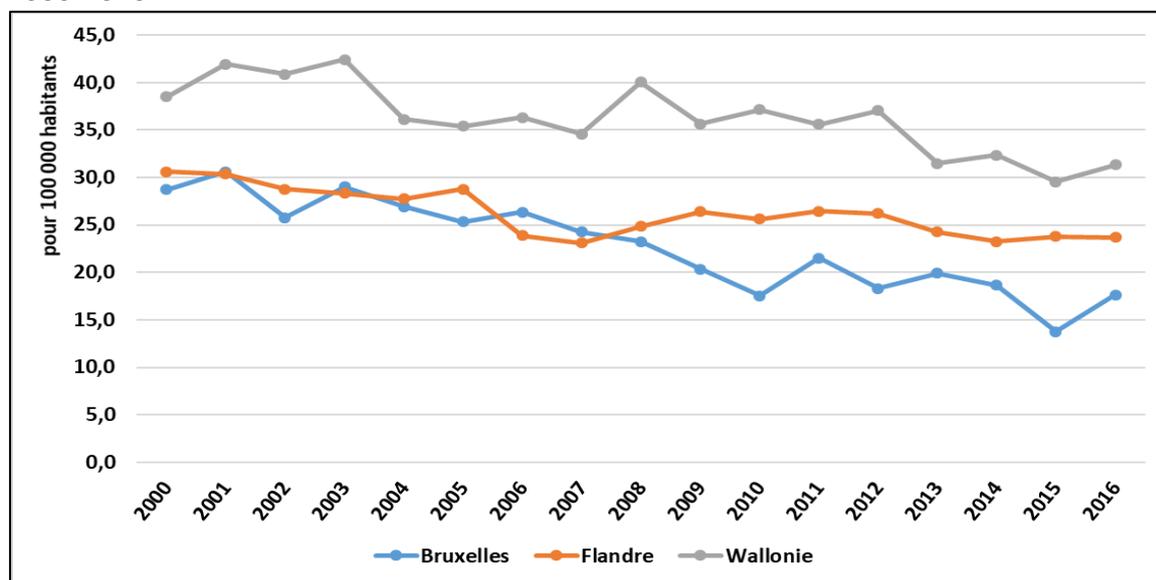
En 2016, le taux de mortalité par suicide standardisé pour l'âge en Région de Bruxelles-Capitale est de 12,2 pour 100 000 habitants (17,6 décès pour 100 000 habitants pour les hommes et 7,5 décès pour 100 000 habitants pour les femmes).

Les taux bruxellois sont près de deux fois moins élevés que ceux observés en Wallonie (20,6 décès pour 100 000 habitants, 31,4/100 000 pour les hommes et 11,3/100 000 pour les femmes).

Les taux en Flandre se situent entre les taux bruxellois et les taux wallons, avec un taux de 16,0 décès pour 100 000 habitants (23,7/100 000 pour les hommes et de 8,8/100 000 pour les femmes).

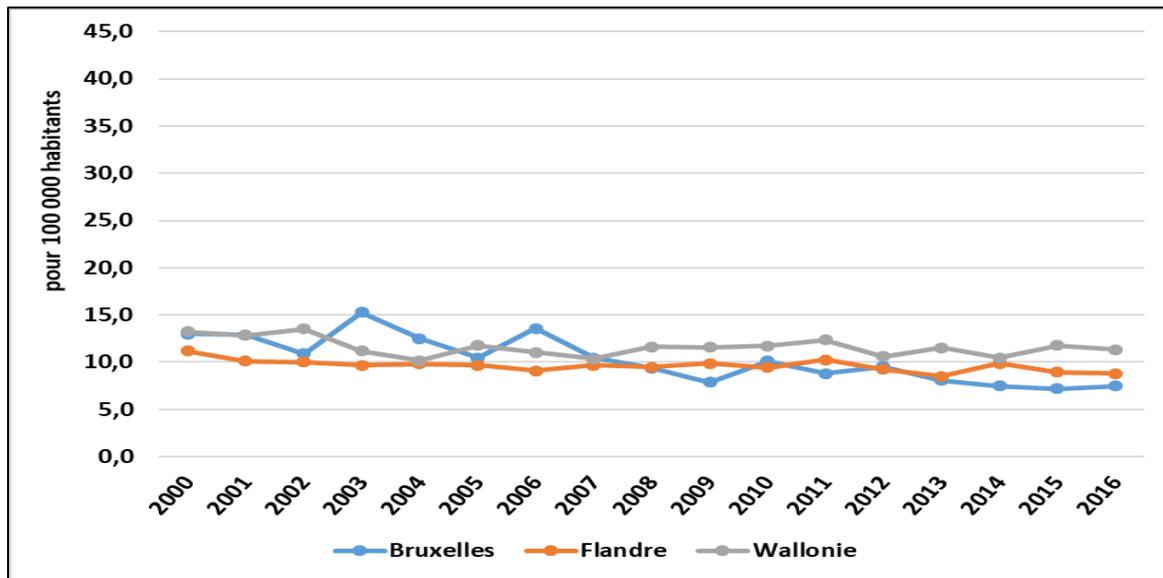
Comme pour la Région bruxelloise, les taux de mortalité par suicide ont, d'une manière générale, diminué dans les deux autres régions au cours de ces 20 dernières années, mais pas au même rythme. C'est à Bruxelles que la diminution semble avoir été la plus marquée. De même que pour Bruxelles, la diminution est également plus marquée chez les hommes que chez les femmes dans les deux autres régions.

**Figure 5a: Evolution des taux standardisés de mortalité par suicide, par Région, Hommes, 2000-2016**



<sup>15</sup> Source: Sciensano 2018. SPMA: Standardized Procedures for Mortality Analysis – Belgium. <https://spma.wiv-isp.be/SitePages/Home.aspx>

**Figure 5b: Evolution des taux standardisés de mortalité par suicide, par Région, Femmes, 2000-2016**



## 7. Quelques points d'attention

- Les chiffres de mortalité par suicide présentés dans ce document sont basés sur les informations issues des bulletins statistiques de décès, qui sont des formulaires obligatoirement remplis à chaque décès sur le territoire belge. Il s'agit des documents officiels utilisés pour signaler chaque décès et sur lesquels le médecin constatant le décès en mentionne la cause. Les causes de décès sont encodées selon la Classification Internationale des Maladies 10<sup>ème</sup> édition (CIM-10) et les analyses sont effectuées sur base des causes initiales de décès.
- Le parquet dispose également de données sur les suicides issues de leurs enquêtes judiciaires, et ces chiffres sont parfois utilisés par les médias. Ces données sont souvent incomplètes car elles ne reflètent pas tous les cas de suicide, comme par exemple ceux qui n'ont pas nécessités une intervention du parquet. En outre, les données du Parquet ne se limite qu'aux suicides qui se sont produits sur le territoire bruxellois, et ne prennent pas en compte les suicides des résidents bruxellois qui se produisent dans les autres régions. Or, la prise en compte de ceux-ci permet de calculer le vrai taux de suicide en utilisant la population bruxelloise comme dénominateur.
- Les chiffres de mortalité par suicide, issus principalement des bulletins de décès, peuvent sous-estimer le nombre réel de suicide pour différentes raisons : l'intentionnalité de l'acte n'est pas toujours aisée à déterminer avec certitude. Certains accidents peuvent en réalité être des suicides « masqués ». Il peut être problématique dans certains cas de déclarer que la cause d'un décès est un suicide (une cause naturelle ou un accident sont déclarés à la place). Pour certains décès, la cause étant incertaine, ceux-ci sont alors considérés comme des décès de « cause mal définie »<sup>16</sup>
- Les chiffres présentés dans ce document n'abordent pas les tentatives de suicide, car cette information ne figure pas sur les bulletins statistiques de décès.

<sup>16</sup> Ibidem. Senterre C. et al.

Pour plus d'informations sur les tentatives de suicides et les idées suicidaires, le lecteur peut se référer à l'**Enquête Nationale de Santé 2018** (Sciensano 2020)<sup>17</sup>.

Une analyse plus approfondie et commentée sur les suicides peut également être trouvée dans le dossier de l'Observatoire "**Dossier 2003/1 : Le suicide en région de Bruxelles-Capitale, situation 2000**". <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/dossier-20031-le-suicide-en-region-de-bruxelles-capitale-situation-2000>

---

<sup>17</sup> Gisle L, Drieskens S, Demarest S, Van der Heyden J. Santé mentale. Enquête de santé 2018. Bruxelles, Belgique: Sciensano ; Numéro de rapport : D/2020/14.440/3. Disponible en ligne : [www.enquetesante.be](http://www.enquetesante.be)