



Reçu le :
8 décembre 2009
Accepté le :
24 mai 2010
Disponible en ligne
3 juillet 2010

Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence.

« Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? »

Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data

R. de Tournemire

Service de pédiatrie, centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye, 10, rue du Champ-Gaillard, BP 3082, 78303 Poissy cedex, France

Summary

This paper engages into a global assessment of statistics and their potential uses, ranging from 19th century accounts of “suicidal acts” by the central services of criminal justice in France, to European comparative data on suicide in the years 2000. The most recent facts and figures about teenagers' suicides in France are taken into account, thanks to the Inserm records on deaths by suicide and to public polls on suicidal attempts.

© 2010 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Résumé

Du relevé des « actes suicides » par l'administration française de la justice criminelle au XIX^e siècle à l'harmonisation des données européennes sur le suicide dans les années 2000, une réflexion sur ces statistiques et leur utilisation est proposée. À propos des adolescents, les données françaises les plus récentes sont rapportées, au travers de l'enregistrement des données de mortalité par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale pour le suicide et grâce aux enquêtes en population pour les tentatives de suicide.

© 2010 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Adolescence, Santé publique, Suicide, Tentative de suicide, Enquête en population

«There are three kinds of lies: lies, damned lies and statistics»
Mark Twain

1. Introduction

Le psychiatre André Haïm, dans son remarquable ouvrage intitulé *Les suicides d'adolescents*, avait pris le parti — pour titrer le chapitre de son ouvrage consacré à l'épidémiologie — de ne pas utiliser le terme « statistiques » [1]. Pourtant, des « statistiques » judiciaires ont été publiées dès 1825 par l'administration de la justice

criminelle et des « statistiques » sanitaires depuis 1906 (certificats de décès). Néanmoins, il avait préféré retenir les termes de « données numériques générales », estimant les statistiques officielles insuffisamment exactes. Depuis cette période, des progrès sensibles ont été enregistrés dans le recueil des données de mortalité, même s'il existe toujours des biais, tels les définitions utilisées, le regroupement par tranches d'âge de dix années, les présentations en effectifs ou en taux pour 100 000 sujets du même âge et du même sexe, ainsi que les sous-déclarations. De plus, la méconnaissance ou le mésusage de ces statistiques restent autant d'obstacles à une bonne représentation de cette problématique, tant pour les professionnels de santé que pour le « grand public ».

e-mail : rtournemire@chi-psg.com.

2. « Données numériques » sur le suicide en France

2.1. Définitions et enregistrement

Des données générales existent depuis 1825, mais il faudra attendre 1961 pour que l'administration de la justice criminelle veuille bien distinguer dans les « actes suicides », les « tentatives de suicide » et les « suicides aboutis ». L'étude de ces statistiques met en évidence une très nette augmentation des « actes suicides » tout au long du xix^e siècle. Bien que difficilement interprétable, cette augmentation est sans doute la résultante d'une collecte de plus en plus précise des données au fil du siècle. À partir de 1906, les services du ministère de l'Intérieur, grâce aux « certificats de décès », fournissent le nombre annuel de « suicide décès », en introduisant une distinction par sexe à compter de 1925. Ces données, proches de celles de la justice, corroborent l'hypothèse d'un très faible enregistrement des « tentatives de suicides » par l'administration judiciaire. Sur l'ensemble de la population française, on constate une relative stabilité du nombre des suicides au cours du xx^e siècle — avec deux « creux », au moment des deux guerres mondiales — et deux pics, pendant la crise de 1929 et dans les années 1970 [2,3]. Depuis 1968, le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Cette statistique est réalisée en collectant des informations à partir de deux documents : le certificat de décès et le bulletin de décès. Le serveur Internet du CépiDc, créé en 1997, permet à tout utilisateur d'obtenir des données assez détaillées sur l'ensemble des causes de décès observées en France depuis 1979 [4] : effectifs et taux de décès par sexe, classe d'âge, lieu de décès (région, département, grandes villes). À partir de 1999, le système de production a été transformé. Cette évolution a été rendue nécessaire par le passage à la 10^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10) qui constitue un changement complet par rapport à la révision précédente. Des données beaucoup plus précises sont maintenant consultables en utilisant les codes CIM [5]. Pour le suicide, outre l'année, la tranche d'âge, le nombre absolu de suicidés et son taux pour 100 000, il est également possible de connaître les modalités du suicide (pendaison, arme à feu, chute...) ainsi que son lieu précis (domicile, école, rue...).

2.2. Sous-déclarations

Le suicide est toujours pris en compte en tant que cause initiale — quelle que soit la codification médicale et la hiérarchie décidée par le médecin déclarant. Toutefois, il existe des biais provenant de la certification médicale. Le médecin peut ne pas vouloir mentionner le suicide sur le certificat de décès en raison,

par exemple, d'une pression familiale (ou d'une assurance décès chez l'adulte...). Le médecin peut ne pas déterminer, en examinant un corps, s'il est en présence d'un accident ou d'un suicide, par exemple lors d'une chute d'un lieu élevé. Dans ce cas, les décès sont codés sous la rubrique de la CIM intitulée « cause indéterminée quant à l'intention ». Enfin, la mort peut être suspecte. Dans ce dernier cas, le corps est examiné par un médecin légiste dans un institut médico-légal. Malheureusement, certains de ces instituts ne renvoient pas leurs informations médicales au CépiDc de l'Inserm. Le décès est alors codé en « cause inconnue ». Plusieurs enquêtes récentes ont mis en évidence qu'un quart des « causes inconnues » et des « traumatismes indéterminés quant à l'intention » étaient en réalité des suicides. En extrapolant ces données aux suicides des 15–24 ans, cela représenterait, par rapport aux statistiques officielles, une augmentation d'environ 20 % du nombre de suicides. Cependant, la stabilité des biais permet des comparaisons tant entre les différentes zones géographiques que dans le temps [6–10].

2.3. Année de publication

Plusieurs années sont nécessaires pour prendre connaissance des statistiques. Ainsi, entre l'enregistrement des décès réalisés par l'Inserm et leur publication dans un ouvrage, un délai de 4 à 5 ans est généralement constaté. Cet article a été finalisé quelques mois après la publication sur le site Internet de l'Inserm des données de mortalité de 2007. Ce décalage de temps oblige à respecter des règles de prudence dès l'instant que l'on se sert des dites données pour commenter l'actualité.

2.4. Présentation des statistiques en effectifs ou en taux

On privilégiera la présentation en taux brut (généralement pour 100 000 habitants). Ce taux est un meilleur indicateur que la présentation en effectif, notamment lorsque l'on procède à des comparaisons éloignées dans le temps, mais plus encore, lorsqu'il s'agit de comparer des régions entre elles ou les données de mortalité de différents pays. Dans ce dernier cas, on utilisera les taux de suicide standardisés selon l'âge tels qu'on les observerait si chacun des groupes de population étudiés avait la même structure d'âge qu'une population de référence identique pour tous. La présentation par effectif est cependant largement utilisée, apparaissant comme plus « concrète ». Ainsi, la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000–2005 (circulaire du 5 juillet 2001) a défini, comme objectif principal, de passer sous la barre symbolique des 10 000 décès par suicide par an [11].

2.5. Tranche d'âge

S'il est communément admis que le début de l'adolescence coïncide avec l'apparition des signes pubertaires — vers 11 ans chez les filles, 12–13 ans chez les garçons — la fin de l'adolescence est plus incertaine : fin de puberté, majorité civile,

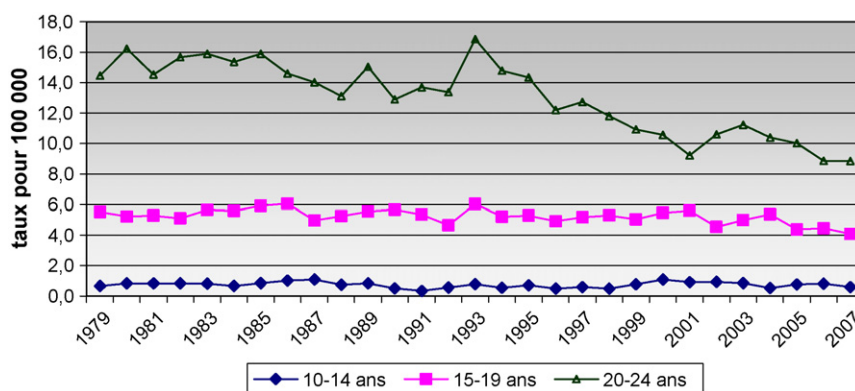


Figure 1. Évolution des décès par suicide chez les adolescents et jeunes adultes de 1980 à 2007. Source Inserm CépiDc

âge de l'autonomie financière. Elle est en tout état de cause différente selon que l'on est médecin, psychanalyste, juriste, épidémiologiste ou parent. La plupart des publications qui traitent du suicide des adolescents (ouvrages, articles scientifiques ou de « vulgarisation », médias) prend en compte une tranche d'âge allant de 15 à 24 ans. À cet égard, le serveur Internet du CépiDc propose des données par tranches de 10 années. La tranche 15–24 ans censée représenter les adolescents est souvent source de confusion. Concrètement, l'adolescence représente la période du collège et du lycée, soit les 12–18 ans, et non la période étudiante assimilable au jeune adulte. Cette différence mérite d'être soulignée tant il existe de caractéristiques propres selon qu'il s'agisse d'« adolescents » ou de « jeunes adultes ». Ainsi, la tranche des 15–19 ans compte deux fois moins de suicide que celle des 20–24 ans (fig. 1). Par ailleurs, la mortalité par suicide a moins diminué entre 1979 et 2007 dans la tranche des 15–19 ans, avec un taux de suicide passant de 5,5 à 4/100 000, que la tranche des 19–24 ans où le taux est passé de 15/100 000 au début des années 80 à 8,8/100 000 en 2007.

2.6. Données Inserm sur le suicide

Au cours de l'année 2007, en France métropolitaine, il y a eu 520 535 décès enregistrés toutes causes confondues. Le nombre de décès par suicide s'élève à 10 127, soit un taux de 16,4/

100 000 habitants [4]. Ces suicides concernent 7418 hommes (taux : 24,8/100 000) et 2704 femmes (taux : 8,5/100 000). Cette surreprésentation masculine est présente dans toutes les tranches d'âge. La phénoménologie suicidaire (fig. 2) commence à l'adolescence avec un taux de suicide chez les 15–19 ans de 4,1/100 000. Ce taux augmente régulièrement jusqu'à environ 45 ans pour se situer à 27,6/100 000 chez les 45–49 ans. Après une baisse relative des taux de suicide entre 45 et 75 ans il est noté, uniquement chez les hommes, une franche augmentation. Le taux de 136,3/100 000 est ainsi atteint chez les hommes de 90 à 94 ans. La figure 3 montre l'évolution du taux de mortalité par suicide en France métropolitaine depuis 1979. Après un pic atteint en 1985 avec un taux de 22,7/100 000, on observe une diminution régulière, de l'ordre de 1 % par an, jusqu'en 2007 (16,4/100 000).

2.7. Données 2007 Inserm et Eurostat sur le suicide de l'adolescent

Le tableau 1 et la figure 4 résument les données numériques concernant le suicide de l'adolescent en France par tranches d'âge de 5 années.

2.7.1. Le mode de suicide

Le mode de suicide a assez considérablement évolué au cours de ces 20 dernières années avec notamment une diminution

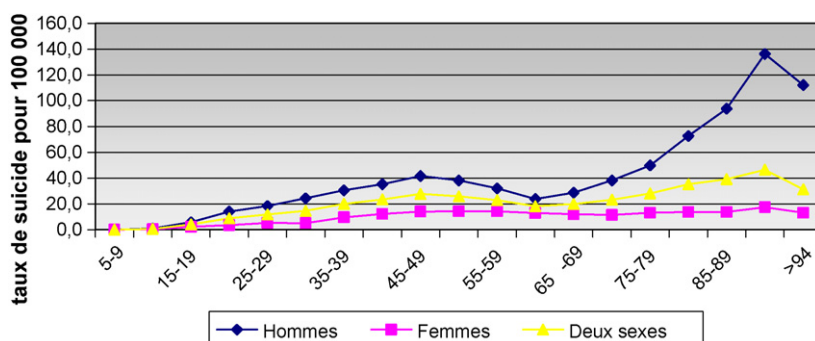


Figure 2. Taux de suicide pour 100 000 habitants selon le sexe et l'âge en 2007. Source Cépidc [4].

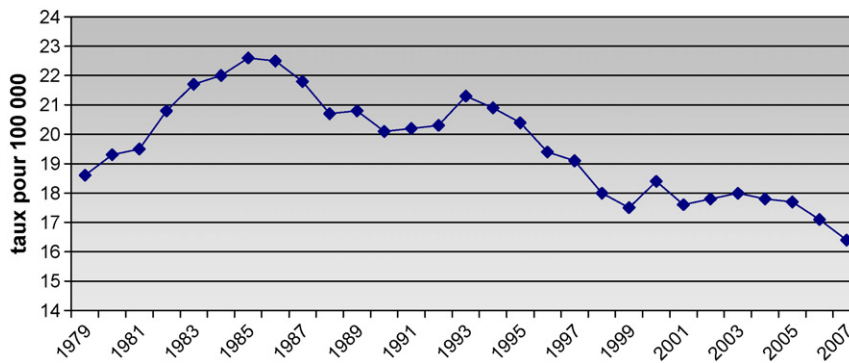


Figure 3. Evolution du taux de mortalité par suicide en France de 1979 à 2007.
Source CépiDc [4].

marquée de l'usage des armes à feu. En France, la pendaison devient plus que jamais le premier mode de suicide dans les deux sexes, notamment à l'adolescence.

Chez les garçons de 14 à 19 ans, les trois premiers modes de suicide sont la pendaison (54 %), l'utilisation d'armes à feu (16 %) et le saut d'un lieu élevé (7 %).

Chez les filles de 14 à 19 ans, on retrouve la pendaison (40 %), le saut d'un lieu élevé (20 %) et les intoxications (18 %). La mort par arme à feu concerne 9 % des adolescentes.

En 1987, la pendaison ne représentait que 33,2 % des modes de suicides chez les 15–24 ans, alors que les armes à feu étaient utilisées dans 34,2 % des cas.

La très grande majorité des suicides a lieu à domicile.

2.7.2. Comparaisons européennes – données Eurostat [12]

De grandes disparités existent. Sur les 25 pays européens ayant publiés en 2007 des statistiques sur le taux de mortalité par suicide dans la tranche d'âge 15–19 ans, la France avec un taux de 4,1/100 000 se trouve en-dessous de la moyenne européenne, proche de 5/100 000. Les taux les plus élevés

sont trouvés en Lituanie, en Finlande et en Pologne avec respectivement 15,9/100000, 11,9/100000 et 9,4/100000.

Les taux les plus bas sont en Espagne – 1,4/100000 – et en Grèce, 1,5/100000. Le Royaume-Uni a un taux de 3/100000. Entre 1999 et 2006, le taux de suicide chez les 15–19 ans (données sur 27 pays européens) a baissé de 20 % passant de 6/100000 à 4,8/100000.

2.8. Mésusage ou méconnaissance de ces données ?

Les données statistiques donnent parfois lieu de la part des professionnels ou des médias à des « raccourcis » qui entraînent des confusions ou des amplifications qui nuisent à la qualité de l'information quand elles ne privilégient pas le sensationnel. Voici quelques exemples d'erreurs habituelles conduisant à une désinformation.

2.8.1. Les professionnels

Revue du praticien 1998 : *Monographie sur les conduites suicidaires à l'adolescence* [13,14] : le premier article traite de l'épidémiologie du suicide de l'adolescent. Il est signé par trois collaborateurs de l'Inserm. On peut y lire que « sur une période de 15 ans, de 1980 à 1995, le taux de suicide des adolescents de

Tableau I
Effectif brut, taux pour 100 000 personnes du même âge et proportion de décès par suicide par rapport à l'ensemble des causes de décès ; France métropolitaine.

Année 2007	10–14 ans	15–19 ans	20–24 ans
<i>Sexe masculin</i>			
Effectif	16	117	280
Taux	0,8	5,8	14,1
Proportion (%)	6,9	12,4	17,7
<i>Sexe féminin</i>			
Effectif	6	45	69
Taux	0,3	2,3	3,5
Proportion (%)	3,9	12,5	14,4
<i>Deux sexes</i>			
Effectif	22	162	349
Taux	0,6	4,1	8,8
Proportion (%)	5,7	12,5	16,9

Source Inserm CépiDc.

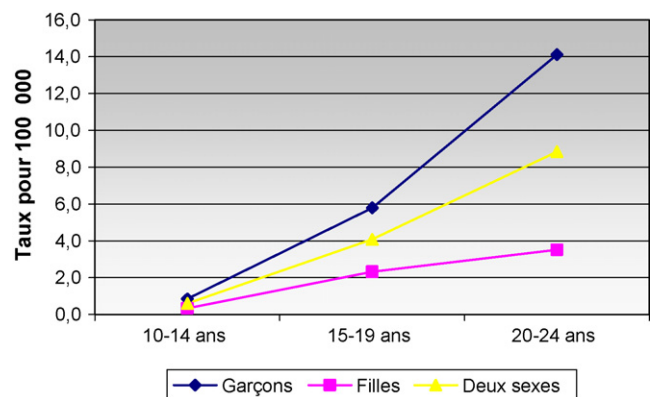


Figure 4. Taux de mortalité par suicide chez les adolescents et jeunes adultes en 2007.
Source Inserm CépiDc

15 à 24 ans est resté relativement stable, aux environs de 10/100 000 ». On y apprend qu'en France, pendant l'année 1995, on a enregistré 202 suicides chez les 15–19 ans (taux : 5,3/100 000) et 601 suicides chez les 20–24 ans (taux : 14,3/100 000). Quelques pages plus loin, Xavier Pommereau, pédopsychiatre reconnu dans ce domaine introduit son article sur « les approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent » par le propos suivant : « Avec près de 1000 suicides par an et au moins 30 fois plus de tentatives non mortelles, la France connaît une inquiétante progression du phénomène suicidaire chez les moins de 25 ans depuis le milieu des années 1970 ». Ici, dans une même revue, on constate la présence de deux opinions contradictoires sur l'évolution des suicides des adolescents.

2.8.2. Les médias

Dans l'*Humanité Hebdo* du 1^{er} octobre 2005, un psychiatre, président du groupement d'études et de prévention du suicide, était interrogé par Ludovic Tomas à la suite du suicide de deux jeunes filles à Ivry. Il coexistait des informations erronées avec un traitement journalistique de ces informations visant au sensationnel, voire au morbide... : le journaliste : « Le suicide est-il un phénomène fréquent chez les adolescents ? ». Réponse : « Le suicide chez les adolescents reste exceptionnel mais nous bouleverse toujours. [...] En France, le suicide recule régulièrement depuis 5–6 ans, même si on en parle davantage [...] En revanche, chez les plus jeunes, il semblerait qu'il y ait une augmentation [...] ». Il était ensuite plus longuement question des doubles suicides, du suivi des suicidants, de la prévention. Ces données épidémiologiques sont inexactes. Le journaliste titrait son interview d'un accrocheur « Le suicide augmente chez les plus jeunes » avec une taille de police à la mesure de l'effet recherché.

2.9. Interprétations erronées

2.9.1. Les professionnels dans les médias

Marianne en ligne. Propos recueillis par Anne Sophie Hojlo le 9 février 2007 auprès d'un psychiatre président de l'Union nationale pour la prévention du suicide à l'occasion des 11^{es} Journées pour la prévention du suicide : la journaliste : « Revenons sur les dernières données publiées par l'Inserm. Comment expliquer la hausse du nombre de suicidés chez les adultes alors qu'il est en baisse chez les jeunes ? ». Le psychiatre : « La prévention ces dernières années a été orientée en priorité vers les jeunes, et elle s'est révélée efficace. Le nombre de suicidés a été réduit de 36 % chez les 15–24 ans depuis 1993 : c'est une baisse insuffisante bien sûr, mais importante. Elle s'explique par l'accent mis sur la sensibilisation aussi bien en milieu scolaire qu'auprès des familles, qui sont sans doute plus vigilantes, et par la création de structures d'accueil et d'écoute comme les Maisons d'adolescents. » Au moment de cette interview, les dernières

statistiques de mortalité connues étaient celle de 2003. On rappelle que le projet pilote — terme utilisé par la fondation Hôpitaux de Paris–Hôpitaux de France — « La Maison de Solenn–Maison des adolescents » n'a ouvert qu'en décembre 2004 et que d'autres ouvertures dans d'autres départements ont suivi ou vont suivre. La Maison de l'adolescent du Havre, véritable pionnière, ouverte en 1999 ne peut évidemment expliquer à elle seule ces propos. Il s'agit là d'une erreur d'interprétation, conséquence probable d'une médiatisation spectaculaire lors de la création de cette structure parisienne.

2.9.2. Les médias

À la suite d'une double tentative de suicide de deux lycéennes à Ajaccio le 24 mai 2007, on pouvait également lire dans une dépêche de l'Agence France Presse, reprise sur de nombreux sites internet de grands quotidiens français (lefigaro.fr, nouvelobs.com...), les propos suivants : « Pour les adolescents et jeunes de 15 à 25 ans, le nombre de suicides a baissé depuis 1993, passant de 966 à 621 en 2004 (–36 %). Une baisse à mettre en relation avec la création de structures spécifiques à cette tranche d'âge, comme les “maisons des adolescents”, alliant le soin à l'écoute. ». Ici encore, les conclusions de l'article sont pour les moins rapides (voir ci-dessus les dates d'ouverture des « maisons d'adolescents »).

3. Tentatives de suicide et idées suicidaires

3.1. Définition(s)

La définition d'une tentative de suicide est sensiblement différente selon les auteurs. Ainsi, un acte suicidaire recouvre des réalités fort différentes.

3.1.1. Processus mortifère interrompu

Pour le sociologue Émile Durkheim, la tentative de suicide est un suicide arrêté avant que la mort ne survienne. Il définit le suicide comme « tout cas de mort qui résulte directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif, accompli par la victime elle-même et qu'elle savait devoir produire ce résultat » [15]. En 1998, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), dans ses recommandations concernant la prise en charge des adolescents après une tentative de suicide, définissait la tentative de suicide comme une « conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir » [16].

3.1.2. Attaque du corps

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une tentative de suicide est « tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à

ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. ».

3.1.3. Appel à l'aide

Pour de nombreux auteurs, en particulier au cours de l'adolescence, une tentative de suicide est un « appel à l'aide » et partant, une demande de vivre mieux et non pas une volonté réelle de mourir, comme nous le confirme notre pratique quotidienne [17].

3.1.4. Conduite à risque

Enfin, certaines conduites à risque sont considérées, parfois à raison, comme des équivalents suicidaires, la définition devenant alors plus aventureuse.

Comment donc, par exemple, interpréter la découverte de scarifications ? Selon l'OMS, les scarifications – geste de violence sur sa propre personne – répondent à la définition d'une tentative de suicide. Ce point de vue n'est pas celui du sociologue Durkheim pour qui il ne saurait s'agir d'un processus devant conduire à la mort. Le médecin clinicien sera plus nuancé (bien que beaucoup de médecins urgentistes assimilent les scarifications à une tentative de suicide) : il s'agit souvent d'un processus répétitif permettant de se soulager physiquement d'une douleur morale, de substituer des émotions par des sensations. Parfois, ces scarifications sont ostensiblement montrées, signifiant une volonté de confier son mal-être. Cette pratique peut alors être rapprochée d'une conduite suicidaire en tant qu'appel à l'aide [18]. Les enquêtes en population sur la thématique du suicide proposent en général une question du type « Avez-vous fait au cours de votre vie une tentative de suicide ? ». La prévalence de l'acte suicidaire dans une population donnée, selon ce type d'enquêtes, est donc fonction de l'idée que se fait la personne interrogée. L'idée que se fait un sujet de ce qu'est une tentative de suicide peut cependant varier avec le temps. Dès lors, il faut savoir rester prudent quant à l'interprétation de ces données épidémiologiques, même lorsque la méthodologie est restée identique.

3.2. « Données numériques françaises » focalisées sur l'adolescent

Concernant les tentatives de suicides, les données sont de deux types.

3.2.1. Enquêtes sur les lieux de soins, le plus souvent prospectives : hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux (réseau Sentinelle)

L'Inserm a recensé en 1973, dans trois régions françaises et sur une durée d'un an, toutes les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation dans les services hospitaliers publics ou privés [19] : 3422 tentatives de suicide ont été enregistrées sur des territoires totalisant 2 350 000 habitants, soit un taux de 145 tentatives de suicide pour 100 000 habi-

tants. Ce taux était maximal chez les jeunes filles entre 15 et 19 ans (taux de 547/100 000), puis décroissait régulièrement et rapidement. Outre que les données recueillies dans des zones pilotes ne sont nullement transposables à la France entière, ces résultats ne reflètent que la partie « émergée » du phénomène. En effet, les enquêtes en population ont montré, notamment chez l'adolescent, qu'une majorité de tentatives de suicide ne donnait lieu à aucune sorte de consultation auprès d'un professionnel de la santé.

Le réseau Sentinelles (Inserm unité 707) créé en 1984 a pour objectif la surveillance en temps réel de plusieurs maladies et indicateurs de santé en médecine générale. Il est actuellement composé de 2 % des médecins généralistes libéraux, déclarant chaque semaine par l'intermédiaire d'Internet les cas vus en consultation. Les suicides et tentatives de suicide sont surveillés depuis 1999 [20]. En 2008, 161 tentatives de suicide ont été déclarées, soit un taux extrapolé de 103/100 000 habitants. Le sex-ratio est de 1,2 et l'âge moyen 42 ans. Les 15-19 ans représentaient 10,2 % (15 cas) des déclarations !

3.2.2. Enquêtes en population, directement auprès de la population ciblée

3.2.2.1. Enquêtes Baromètre (tableau II)

Le Baromètre santé est une enquête téléphonique qui porte sur les connaissances, les attitudes et les comportements en matière de santé des personnes résidant en France. Sa répétition dans le temps permet de suivre les évolutions pour chaque thématique étudiée. Il a été conçu par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) devenu aujourd'hui l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes). Le premier Baromètre santé date de 1992 et ne concernait que les adultes. En 98/99, un premier Baromètre santé jeunes (12-19 ans) a été réalisé [21]. Les deux Baromètres suivants (2000 et 2005) sondaient dans le même temps les 12-75 ans [22,23]. La problématique du suicide, pour des raisons dites « éthiques », n'a été abordée qu'à partir de l'âge de 15 ans. Les données chez l'adolescent concernent donc les 15-19 ans. Les questions portent sur l'existence ou non d'idées suicidaires sur les 12 derniers mois, sur un éventuel antécédent de tentative de suicide au cours de la vie et sur la proportion d'hospitalisation en cas de tentative de suicide. Sur ce dernier point, il est à noter que la question posée était « Êtes-vous allé à l'hôpital » ce qui ne préjuge aucunement d'une hospitalisation. Dans le Baromètre 2005, seuls 25,5 % des 15-19 ans ayant fait une tentative de suicide sont allés à l'hôpital pour ce motif. Il est ainsi périlleux d'extrapoler à partir des données hospitalières une estimation de la fréquence des tentatives de suicide en France.

3.2.2.2. Enquêtes Inserm (tableaux III et IV)

La première grande enquête nationale concernant la santé des adolescents date de 1993, sous la direction de Marie

Tableau II
Idées suicidaires et tentatives de suicide chez les 15–19 ans.

Population des 15–19 ans	97/98 (%)	2000 (%)	2005 (%)
<i>Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois</i>			
Sexe masculin	7,5	3,7	5,7
Sexe féminin	13,7	12,0	11,3
Deux sexes	10,5	7,6	8,4
<i>Avoir effectué une tentative de suicide</i>			
Sexe masculin	2,1	1,9	2,0
Sexe féminin	5,4	7,0	7,9
Deux sexes	3,7	4,3	4,8

Sources Baromètre santé jeunes 98/99. Baromètre santé 2000, CFES, Baromètre santé 2005 Inpes [20–22].

Tableau III
Tentatives de suicide chez les 12–18 ans.

Population des 12–18 ans	1993 (%)	1999 (%)	2003 (%)	2007 (%) ^a
<i>Tentative de suicide (vie)</i>				
Sexe masculin	5,0	5,1	5,4	6,9
Sexe féminin	7,6	12,3	11,1	8,3
Deux sexes	6,4	8,9	8,3	7,7

Source : Choquet M., Hassler C., Inserm, U 669 (Paris).
^a Méthodologie différente.

Choquet et Sylvie Ledoux. Il s'agissait d'une enquête par autoquestionnaire auprès d'un échantillon représentatif des collégiens et lycéens français [24]. Par la suite, l'Inserm, coresponsable avec l'Observatoire français des drogues et des toximanies (OFTD) de la partie française des enquêtes européennes Espad (étude de la consommation d'alcool et autres toxiques auprès des jeunes en âge scolaire), a continué à surveiller d'autres paramètres de santé dont les tentatives de suicide. Ces enquêtes se déroulaient dans le cadre scolaire, par auto questionnaire, et la formulation des questions était la même que lors de l'enquête de 1993. Les enquêtes Espad sont quadriennales et ont débuté en 1999. La dernière enquête datée de 2007, a inclus les élèves dépendant du ministère de l'Agriculture. Par ailleurs, en raison de changements méthodologiques, seule la tranche d'âge des 16 ans est représentative. Il pourrait être tentant de mettre

Tableau IV
Tentatives de suicide enquête Espad 2007.

Espad 2007	Garçons (%)	Filles (%)	Deux sexes (%)
<i>Tentative de suicide (vie)</i>			
Échantillon global 12–18 ans	6,9	8,3	7,7
Élèves de 16 ans			
Total des 2 ministères	7,4	8,1	7,7
Ministère de l'éducation nationale	6,8	7,3	
Ministère de l'agriculture	12,9	15,3	

Source Hassler C. Inserm, U 669.

bout à bout, chronologiquement, les résultats des enquêtes de l'Inserm et celles de l'Inpes. Les modalités des enquêtes rendent cependant toute comparaison impossible. Chaque méthode d'interrogation a ses avantages et ses inconvénients. L'entretien téléphonique permet, par exemple, de toucher l'élève absent de l'école ou déscolarisé ; l'autoquestionnaire passé au collège garanti plus facilement l'anonymat vis-à-vis de la famille... Une question toute simple, concernant les idées suicidaires dans les 12 derniers mois, peut conduire à des résultats fort différents selon le libellé. Ainsi, les enquêtes de l'Inserm qui proposent plusieurs items pour décrire la fréquence de ces pensées suicidaires (jamais, rarement, assez souvent, très souvent) retrouvent une prévalence des idées suicidaires très supérieure à celle notée dans les enquêtes Baromètre où la réponse est binaire (oui/non).

4. Conclusion

L'amélioration des systèmes d'information et le développement d'enquêtes épidémiologiques répétées en population permettent de mieux appréhender l'incidence annuelle des suicides et la prévalence vie entière des tentatives de suicide. Ces dix dernières années, le taux de suicide chez l'adolescent est en baisse. Concernant la prévalence des tentatives de suicide, s'il est difficile de donner une tendance, il faut cependant retenir qu'il s'agit d'un évènement assez fréquent. Les sources de ces données épidémiologiques sont facilement disponibles dès lors que celles-ci sont repérées (site Internet CépiDc de l'Inserm, enquêtes Baromètre santé et Espad). La prévalence élevée des tentatives de suicide chez les adolescents avec en parallèle un taux de suicide relativement faible invite à penser que l'adolescent suicidant, le plus souvent, vient surtout dire bruyamment son envie de mieux vivre. La terminologie « tentative de suicide » est-elle alors adaptée ? Est-elle vraiment mobilisatrice ou bien paralysante et objet de secrets dans les familles et de désarroi chez les soignants ? Elle est en réalité volontairement retenue comme telle par nombre d'adolescents, afin de permettre ainsi une réponse adaptée de l'entourage et notamment des parents, avec l'aide du médecin.

« Je suis médecin, j'y vais »

Philippe Binder [25]

Conflit d'intérêt

Aucun.

Remerciements

Remerciements à Martine Bovet, CépiDc, Inserm ; Marie Choquet et C. Hassler Inserm, U669 ; Arnaud Gautier Inpes et Clément Turbelin, réseau Sentinelle UMR-S 707 pour leurs précisions concernant les données ici publiées.

Références

- [1] Haïm A. Les suicides d'adolescents. Paris: Payot; 1970.
- [2] Chesnais JC. Les morts violentes en France depuis 1826. Paris: PUF INED; 1976 [Cahier n° 75].
- [3] Nizard A. Les suicides et autres traumatismes en France depuis 1950. Comparaisons internationales. La population de la France Évolutions démographiques depuis 1946, Vol. II. INED; 2005. 621–648.
- [4] Serveur internet du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès : www.cepidc.vesinet.inserm.fr.
- [5] DIMDI : www.dimdi.de/static/en/klassi/diagnosen/icd10/.
- [6] Lecomte D, Hatton F, Renaud G, et al. Les suicides en Île-de-France chez les sujets de 15 à 44 ans. Résultats d'une étude coopérative. BEH 1994;2:5–6.
- [7] Tilhet-Coartet S, Hatton F, Lopez C, et al. Importance des données médico-légales pour la statistique nationale des causes de décès. Presse Med 2000;29:181–5.
- [8] Jougla E, Pequignot F, Chappert JL, et al. La qualité des données de mortalité sur le suicide. Rev Epidemiol Sante Publique 2002;50:49–62.
- [9] Chappert JL, Pequignot F, Pavillon G, et al. Évaluation de la qualité des données de mortalité par suicide. Biais et impact sur les données nationales en France, à partir des causes indéterminées quant à l'intention. CépiDc Inserm, Document de travail, [Série études, n° 30, 2003, Drees].
- [10] Mouquet MC, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. In: Études et Résultats n° 488. Drees; 2006.
- [11] Circulaire DGS/SD 6 C n° 2001-318 du 5 juillet 2001 relative à la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000–2005 : actions prioritaires pour 2001.
- [12] Serveur internet Eurostat de la commission européenne : www.epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/main_tables.
- [13] Facy F, Jougla E, Hatton F. Épidémiologie du suicide de l'adolescent. Rev Prat 1998;48:1409–14.
- [14] Pommereau X. Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent. Rev Prat 1998;48:1435–9.
- [15] Durkheim E. Le suicide. Paris: Presses Universitaires de France; 1930.
- [16] ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Rapport de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Paris : Anaes, novembre 1998.
- [17] Alvin P. L'envie de mourir, l'envie de vivre. In: Un autre regard sur les adolescents suicidants. Paris: Doin-Lammarre; 2009.
- [18] Richard B. Les comportements de scarification chez l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 2005;53. 13P.
- [19] Davidson F, Choquet M. Le suicide de l'adolescent. Paris: Éditions ESF; 1982.
- [20] Serveur internet du réseau sentinelle. <http://websenti.b3e.jussieu.fr/sentiweb/>.
- [21] Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètre Santé Jeune 97/98 CFES ; 1999.
- [22] Baromètre santé 2000. Vanves : INPES : Volume 1. Méthode. Guilbert P, Baudier F, Gautier A, et al. ; Volume 2. Résultats. Guilbert P, Baudier F, Gautier A. www.inpes-sante.fr, 2001
- [23] Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. In: Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007. coll. Baromètres santé.
- [24] Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Paris: Éditions Inserm; 1994.
- [25] Binder P. Le mal-être des adolescents mobilise. Rev Prat MG 2007;21:1117.