

L'essentiel

Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans

Selon les données du Baromètre santé 2010, 0,9 % des 15-30 ans (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes) ont fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Ces données positionnent ainsi cette tranche d'âge comme la plus concernée, en particulier pour les femmes. Cette proportion apparaît relativement stable depuis 2000. À l'échelle de la vie entière, 5,0 % des 15-30 ans (2,7 % des hommes et 7,3 % des femmes) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide.

Les facteurs associés aux tentatives de suicide au cours des douze derniers mois sont, pour les jeunes hommes, le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie ou d'autres types de violences au cours des douze derniers mois. Parmi les jeunes femmes, les violences subies sont également liées aux tentatives de suicide, auxquelles s'ajoutent des facteurs sociodémographiques, tels qu'un jeune âge (15-19 ans) ou un bas niveau de revenu, qui semblent avoir relativement plus de poids chez les femmes que chez les hommes.

Concernant les pensées suicidaires, 3,4 % des 15-30 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois. À la différence des tentatives de suicide, c'est entre 46 et 60 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (4,4 % chez les hommes et 5,6 % chez les femmes). Les jeunes femmes sont en proportion plus

nombreuses (4,0 %) que les jeunes hommes (2,8 %) à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes ou les plus élevées (4,0 % des femmes de 61-75 ans contre 1,9 % des hommes de la même tranche d'âge).

Si les facteurs associés aux pensées suicidaires sont relativement similaires à ceux observés sur les tentatives de suicide (en particulier le fait d'avoir subi des violences), il existe néanmoins quelques spécificités. Le fait de vivre seul (OR = 1,4), ainsi que, chez les femmes, un bas niveau de revenu et la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,7) sont associés positivement aux pensées suicidaires, y compris après contrôle des effets de structure.

La consommation d'alcool à risque et, pour les hommes seulement, le chômage, s'avèrent également associés à la survenue de pensées suicidaires, mais ces liens ne restent pas significatifs après contrôle des effets de structure. Par ailleurs, au sein de la classe des 15-30 ans, la survenue des pensées suicidaires, contrairement aux tentatives de suicide, ne semble pas différente en fonction de l'âge.

Parmi les jeunes ayant pensé à se suicider, 68 % déclarent qu'ils ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre, cette proportion n'étant pas significativement différente selon le

sexe, l'âge ou la situation professionnelle. Quant à ceux ayant déclaré une tentative de suicide, 23 % ont rapporté qu'ils étaient « vraiment déçus à mourir » (contre 34 % parmi les 31-75 ans), 17 % qu'ils « souhaitaient mourir, [tout en sachant] que le moyen n'était pas le plus efficace » et 60 % que leur tentative de suicide était plutôt « un appel à l'aide ».

Concernant la prise en charge, près d'un jeune suicidant sur deux (46 %) est allé à l'hôpital suite à sa dernière tentative de suicide. Parmi ces derniers, huit sur dix ont été hospitalisés. Globalement, 49 % des jeunes suicidants déclarent avoir été suivis par un médecin ou un psychologue après leur dernière tentative de suicide. Toutefois, 38 % n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé. Ces chiffres montrent la nécessité de la sensibilisation de la population à ce problème et l'intérêt du dépistage du risque suicidaire lors des consultations médicales. En effet, pour l'OMS, les médecins généralistes représentent un élément clé dans le dépistage et la prise en charge des personnes à risque suicidaire. Une tentative de suicide chez un adolescent ne doit jamais être banalisée, elle doit conduire à une triple évaluation somatique, psychologique et sociale, et tout jeune ayant fait une tentative de suicide devrait être conduit aux urgences de l'hôpital.

Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans

FRANÇOIS BECK
ROMAIN GUIGNARD
MATHILDE HUSKY
ENGUERRAND DU ROSCOËT
THOMAS SAÏAS
GRÉGORY MICHEL
CHRISTINE CHAN CHEE

INTRODUCTION

Chaque année, le suicide entraîne la mort d'environ un million de personnes dans le monde, ce chiffre étant en hausse constante depuis plusieurs décennies [1]. Selon les données d'Eurostat, la France se situe parmi les pays d'Europe occidentale à forte mortalité par suicide, après la Finlande, les trois pays baltes, la Hongrie, la Belgique et la Slovaquie. En France, le nombre de suicides et de tentatives de suicide reste en effet particulièrement préoccupant avec, chaque année, environ 10 500 décès et plus de 200 000 personnes qui font une tentative de suicide, ces tentatives donnant lieu à environ 90 000 hospitalisations dans des établissements de courte durée, en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

De plus, le nombre de décès par suicide serait sous-estimé d'environ 10 à 20 % du fait d'un défaut de déclaration, de l'existence de suicides « cachés » ou dont l'intentionnalité de l'acte n'est pas clairement établie, ces décès étant déclarés comme intoxications

ou accidents ou encore inscrits comme décès indéterminés [2-4].

En France, le nombre de décès par suicide dans la population générale, après avoir connu une augmentation importante, a baissé entre le début des années 1990 et les années 2000, avant de se stabiliser sur la dernière décennie. Cette tendance est également observée parmi les jeunes adultes. Au-delà de la médiatisation récente de la question du suicide des enfants [5], le suicide des jeunes reste une préoccupation de santé publique majeure. En effet, bien que ce soit chez les personnes âgées que les taux de suicide soient les plus élevés, le suicide constitue la seconde cause de mortalité des 15-30 ans selon les données du CépiDc de l'Inserm, et les tentatives de suicide une des principales causes d'hospitalisation des jeunes femmes vers 30 ans hors maternité [6].

Le nombre de tentatives de suicide obtenu par les statistiques sanitaires est estimé à

partir de l'activité hospitalière, mais toutes les tentatives de suicide ne donnent pas lieu à un passage aux urgences et encore moins à une hospitalisation en médecine ou en chirurgie. Une partie des suicidants (entre 15 % et 20 %) sont directement dirigés vers un service psychiatrique après leur passage aux urgences [7] et n'entrent pas dans l'estimation des 90 000 hospitalisations pour tentatives de suicide en médecine somatique.

Dans la mesure où les tentatives de suicide ne sont comptabilisées que lorsque leur auteur (ou suicidant) a été hospitalisé ou est passé par les services des urgences d'un hôpital, celles ne donnant pas lieu à un recours aux soins n'apparaissent pas dans les bases de données médico-administratives. Par ailleurs, les données collectées dans ces bases rendent peu compte des facteurs associés et des conditions socio-économiques de ces patients.

Le Baromètre santé 2010 permet de recueillir des informations approfondies sur les pensées suicidaires et les tentatives de suicide par le biais d'enquêtes déclaratives en population générale. Il permet de caractériser les populations les plus exposées au risque suicidaire, d'étudier les facteurs qui y sont associés ainsi que d'investiguer la question du lien existant entre pensées suicidaires, tentatives de suicide et suicide accompli en population adulte [8] comme adolescente [9, 10]. Les données du Baromètre santé constituent ainsi un complément indispensable à la surveillance médicale et administrative des actes suicidaires enregistrés dans les hôpitaux. Il permet notamment de suivre les indicateurs disponibles sur le phénomène dans des populations considérées comme prioritaires pour la prévention du suicide telles que les adolescents et jeunes adultes.

RÉSULTATS

TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE

Parmi les 15-30 ans, 5,0 % (n = 315) déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie, plus souvent les femmes (7,3 %) que les hommes (2,7 %, $p < 0,001$). Cette proportion est relativement stable depuis 2000 (5,6 % en 2000, 4,9 % en 2005). La proportion d'individus déclarant avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie apparaît maximale entre 31 et 60 ans [figure 1].

Au sein de la population des 15-30 ans, les tentatives de suicide au cours de la vie apparaissent plus fréquentes parmi les jeunes de 26-30 ans : 6,0 % contre 4,9 % des 20-25 ans et 4,0 % des 15-19 ans ($p < 0,05$), mais cela est principalement dû à un effet de stock [figure 2]. Parmi les jeunes ayant déclaré une tentative de suicide, 67 % déclarent une seule tentative de suicide,

19 % déclarent avoir fait deux tentatives de suicide et 14 % plus de deux.

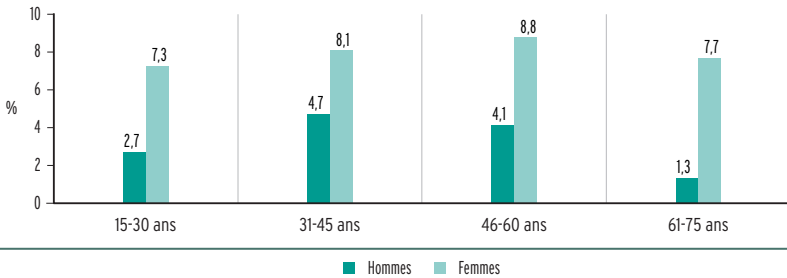
On peut ici souligner les importantes différences liées au genre : la proportion de tentatives de suicide augmente peu avec l'âge pour les filles, tandis qu'il double pour les garçons (de 1,4 % parmi les 15-19 ans à 3,1 % parmi les 20-25 ans) [figure 2]. Ainsi, l'écart selon le genre qui est très important pour les 15-19 ans (4 fois plus de tentatives parmi les filles) diminue pour les 20-30 ans (2 fois plus). On retrouve cette tendance sur les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois.

TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

La prévalence des tentatives de suicide au cours des douze derniers mois est de 0,9 %

FIGURE 1

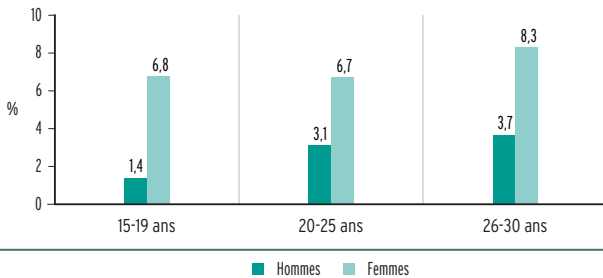
Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 2

Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

($n = 52$) parmi les 15-30 ans, plus souvent les femmes (1,3 %) que les hommes (0,5 %, $p < 0,01$). Cette proportion est stable depuis 2000 (1,1 % en 2000, 0,7 % en 2005, écarts non significatifs¹). Sur l'ensemble de la population, les jeunes de 15-30 ans sont les plus nombreux à déclarer une tentative de suicide au cours des douze derniers mois, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes [figure 3]. Les taux les plus élevés sont observés chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans [figure 4].

Le fait d'être une femme se trouve associé aux tentatives de suicide, mais il faut noter

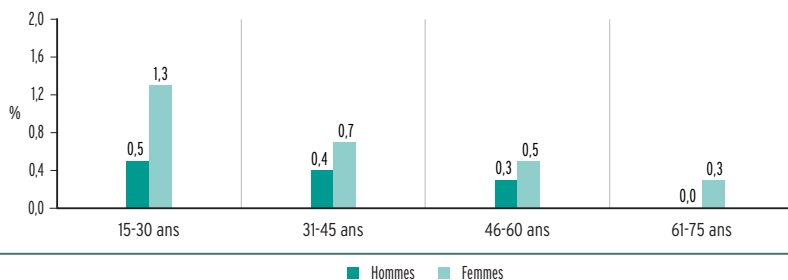
que ce lien est atténué par le contrôle des autres variables du modèle (âge, situation professionnelle, revenu par UC, fait de vivre seul, violences subies dans les douze derniers mois hors violences sexuelles, violences sexuelles au cours de la vie, tabagisme quotidien, consommation à risque d'alcool).

Parmi les facteurs mesurés [tableau 1], ceux associés à la survenue d'une tentative de suicide au cours des douze derniers

1. Le module suicide n'était posé qu'aux détenteurs de ligne fixe en 2005. La différence entre 2005 et 2010 n'est pas significative, que l'on considère l'ensemble de l'échantillon (0,9 %) ou seulement les détenteurs de ligne fixe en 2010 (0,7 %).

FIGURE 3

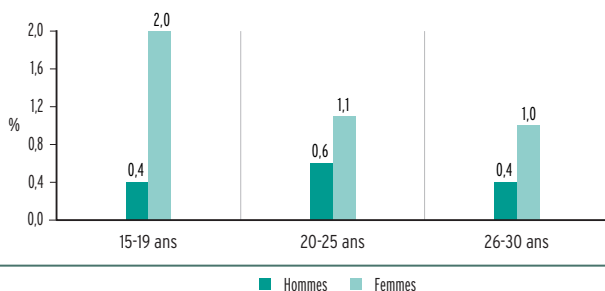
Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 4

Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

mois chez les jeunes hommes et par ordre d'importance sont : le fait d'avoir subi des violences sexuelles au cours de la vie (OR = 6,8) ou des violences (hors violences sexuelles) au cours des douze derniers mois (OR = 4,9). Aucune des variables sociodémographiques n'apparaît liée à la survenue d'une tentative de suicide chez les hommes.

Parmi les jeunes femmes, les facteurs socio-démographiques semblent avoir relativement plus de poids, même si les violences subies (violences sexuelles au cours de la vie (OR = 3,3) et violences autres que sexuelles subies au cours des douze derniers mois (OR = 2,1))

sont également liées à la tentative de suicide. Un bas niveau de revenu (1^{er} tercile) se révèle associé chez elles à un risque plus élevé de tentative de suicide. Enfin, contrairement à ce qui est observé sur les 15-75 ans [11], le tabagisme n'apparaît pas lié à la survenue d'une tentative de suicide, alors que la consommation d'alcool à risque chronique (au sens du test Audit-C) [12] des jeunes femmes l'est (4,7 % contre 1,1 % parmi les consommatrices d'alcool sans risque et 1,2 % parmi les non-consommatrices, $p < 0,05$), même si ce lien disparaît après contrôle des effets de structure dans le modèle.

TABLEAU I

Facteurs associés aux tentatives de suicide dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010

	Effectif	Ensemble (N = 5 942)			Hommes (N = 2 828)			Femmes (N = 3 114)		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe **										
Homme (réf.)	2 861	0,5	1							
Femme	3 136	1,3	1,9	1,0; 3,6						
Âge										
15-19 ans	1 579	1,2	3,7*	1,4; 9,9	0,4	0,9	0,1; 6,2	2,0	5,8**	1,8; 18,5
20-25 ans	2 273	0,8	1,3	0,6; 2,9	0,6	1,3	0,3; 5,3	1,1	1,2	0,5; 3,2
26-30 ans (réf.)	2 145	0,7	1		0,4	1		1,0	1	
Situation professionnelle										
Travail (réf.)	2 863	0,6	1		0,5	1		0,8	1	
Études	2 276	1,0	0,7	0,3; 1,7	0,5	1,2	0,3; 5,2	1,4	0,6	0,2; 1,7
Chômage/inactif	850	1,4	1,1	0,5; 2,7	0,4	1,0	0,2; 5,4	2,2	1,1	0,4; 3,2
Revenu par UC * * *										
Moins de 1 100 euros (réf.)	2 294	1,4	1		0,6	1		2,1	1	
1 100 à moins de 1 800 euros	1 930	0,5	0,4*	0,2; 0,9	0,5	0,5	0,1; 2,0	0,5	0,3*	0,1; 0,9
1 800 euros et plus	1 181	0,7	0,5	0,2; 1,2	0,4	0,5	0,1; 2,4	1,0	0,5	0,2; 1,5
Manquant	592	0,5	0,3	0,1; 1,1	0,3	0,6	0,1; 4,7	0,6	0,3	0,1; 1,2
Vit seul										
Non (réf.)	4 722	0,8	1		0,4	1		1,2	1	
Oui	1 275	1,6	1,1	0,5; 2,4	1,0	1,0	0,3; 3,7	2,2	1,1	0,4; 2,8
Violences subies au cours des 12 mois hors violences sexuelles ***										
Non (réf.)	4 069	0,5	1		0,2	1		0,9	1	
Oui	1 927	1,7	2,6**	1,5; 4,7	1,1	4,9**	1,5; 16,0	2,3	2,1*	1,0; 4,1
Violences sexuelles au cours de la vie ***										
Non (réf.)	5 539	0,7	1		0,4	1		1,0	1	
Oui	455	3,9	3,7***	1,9; 7,2	4,5	6,8**	1,7; 27,4	3,7	3,3**	1,5; 7,0
Fumeur quotidien										
Non (réf.)	3 797	0,8	1		0,5	1		1,0	1	
Oui	2 168	1,1	1,1	0,6; 2,0	0,4	0,6	0,2; 2,1	2,0	1,4	0,7; 2,9
Consommation d'alcool (Audit-C) *										
Non-buveur (réf.)	963	0,9	1		0,4	1		1,2	1	
Sans risque	2 069	0,8	1,0	0,4; 2,5	0,4	0,7	0,1; 4,1	1,1	1,2	0,4; 3,1
À risque ponctuel	2 338	0,8	1,1	0,4; 2,6	0,5	0,9	0,2; 4,6	1,1	1,0	0,3; 2,9
À risque chronique	616	1,5	1,4	0,5; 4,3	0,5	0,5	0,1; 4,5	4,7	2,0	0,5; 7,7

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques). Entre parenthèses figurent les effectifs.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

CIRCONSTANCES DES TENTATIVES DE SUICIDE

Parmi les jeunes de 15 à 30 ans ayant déclaré une tentative de suicide, 23 % déclarent qu'ils étaient « vraiment décidé[s] à mourir et [que] c'est seulement par chance qu'[ils ont] survécu », 17 % qu'ils « souhaitaient mourir » tout en sachant que « le moyen n'était pas le plus efficace », et 60 % déclarent que leur tentative de suicide était un « appel à l'aide », mais qu'ils n'avaient pas « l'intention de mourir ». Ces proportions ne sont pas significativement différentes selon le sexe, l'âge ou la situation professionnelle des jeunes ayant répondu à l'enquête [tableau II]. En revanche, les 31-75 ans sont plus nombreux à déclarer qu'ils étaient vraiment décidés à mourir (34 %).

Concernant les raisons évoquées comme étant à l'origine de la tentative de suicide parmi les 15-30 ans, les raisons familiales prédominent (citées par 61 % des suicidants), devant les raisons sentimentales (49 %), « d'autres raisons »² (33 %), les raisons professionnelles (11 %) et enfin les raisons de santé (8 %). Les femmes déclarent plus souvent des raisons familiales (67 %) que les hommes (45 %, $p < 0,01$) [tableau III].

RECOURS AU SOIN APRÈS UNE TENTATIVE DE SUICIDE

À la suite de la dernière tentative de suicide, près d'un jeune suicidant sur deux (46 %) est allé à l'hôpital, sans différence significative selon le sexe, mais moins fréquemment chez les plus jeunes (29 % des 15-19 ans vs 52 % des 21-30 ans, $p < 0,01$). Parmi ces derniers, 8 sur 10 – soit plus du tiers (37 %) des suicidants – ont été hospitalisés pendant au moins une nuit, sans différence significative selon le sexe ou l'âge. Après leur tentative, 49 % ont été suivis par un médecin ou un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute et 73 % en ont parlé à une autre personne. Le recours à un hôpital en raison d'une tentative de suicide concerne ainsi 2,3 % de l'ensemble des 15-30 ans. Les médecins, psychiatres, psychologues ou psychothérapeutes sont consultés pour leur part par 2,5 % des 15-30 ans. Il convient toutefois de noter que près de 4 jeunes suicidants sur 10 (38 %) n'ont eu recours à aucune structure ou professionnel de santé après leur dernière tentative.

La cartographie des tentatives de suicide au cours de la vie montre une France au sein

2. Il n'était pas demandé aux suicidants de préciser la raison de leur dernière tentative de suicide quand ils répondaient positivement à la modalité « autre raison ».

TABLEAU II

Degré d'intention de mourir lors de la dernière tentative de suicide parmi les 15-75 ans en 2010, selon l'âge (en pourcentage)

	15-19 ans (n = 71)	20-25 ans (n = 125)	26-30 ans (n = 116)
Vous étiez vraiment décidé à mourir et c'est seulement par chance que vous avez survécu	23	26	19
Vous souhaitiez mourir, mais vous saviez que le moyen n'était pas le plus efficace	20	18	15
Votre tentative de suicide était un appel à l'aide, mais vous n'aviez pas l'intention de mourir	57	56	66

TABLEAU III

Raisons invoquées pour la dernière tentative de suicide parmi les 15-30 ans en 2010 (n = 315; en pourcentage)^a

	Effectif	Professionnelles	Sentimentales	Familiales	Santé	Autre raison
Ensemble	315	11	49	61	8	33
Sexe		ns	ns	**	ns	ns
Hommes	80	10	56	45	13	34
Femmes	235	12	46	67	7	32
Âge		*	ns	ns	ns	ns
15-19 ans	71	6	54	64	2	29
20-25 ans	125	7	40	68	12	35
26-30 ans	119	18	53	51	10	34
Situation professionnelle		ns	ns	ns	ns	ns
Travail	142	10	43	58	7	32
Chômage	57	17	59	63	9	31
Études	99	9	48	64	10	31
Autres inactifs	17	10	49	50	11	66

a. Les pourcentages sont à prendre comme des ordres de grandeur vu les faibles effectifs. Plusieurs réponses étaient possibles.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

de laquelle aucune région ne se distingue significativement des autres [figure 5]. Néanmoins, les proportions de suicidants vont de 2 % en Alsace à 7 à 8 % dans la plupart des régions de l'ouest et du centre de la France. Ces différences dans la prévalence des suicidants se révèlent assez cohérentes avec les données des décès par suicide, qui identifient la Bretagne parmi les régions les plus touchées, et avec celles d'hospitalisations en population générale, qui indiquent des taux supérieurs parmi les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire [7].

PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DES DOUZE DERNIERS MOIS

Parmi les 15-30 ans, 3,4 % (n = 207) déclarent avoir pensé à se suicider au cours des douze derniers mois, plus souvent les jeunes femmes (4,0 %) que les jeunes hommes (2,8 %, $p < 0,05$). C'est entre 46 et 60 ans que l'on observe la plus forte prévalence de pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (4,4 % pour les hommes et 5,6 % pour les femmes) [figure 6]. Les différences entre hommes et femmes ne sont observées que dans les tranches d'âge les plus jeunes et les plus élevées (4,0 % des femmes de 61-75 ans contre 1,9 % des hommes de la même tranche d'âge). Chez les 15-30 ans, les jeunes femmes sont les plus nombreuses à avoir pensé au suicide parmi les 15-19 ans, alors que cette prévalence augmente avec l'âge parmi les jeunes hommes [figure 7].

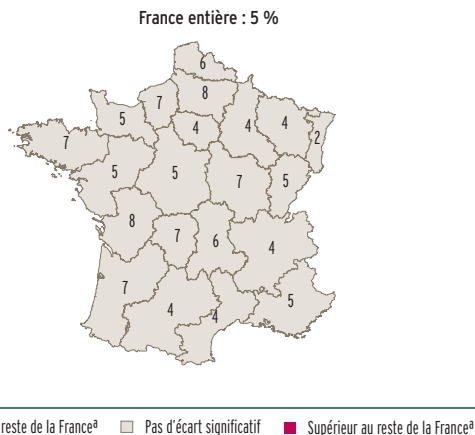
Il est difficile de comparer ces données avec celles du Baromètre santé 2005, dans la mesure où la question posée était alors moins spécifique. En 2005, les personnes

Ensemble 15-30 ans (n = 312)	31-45 ans (n = 466)	46-60 ans (n = 502)	61-75 ans (n = 261)
23	28	37	39
17	12	9	9
60	60	54	52

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 5

Pourcentage de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de la vie parmi les 15-30 ans en 2010 par région, comparé au taux standardisé du reste de la France



a. Différences significatives pour la comparaison des taux standardisés. Chaque région est comparée au reste de la France. Standardisation directe sur la structure croisée par sexe et âge de la population nationale.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

étaient interrogées sur le fait d'avoir « pensé au suicide » (tandis que la question en 2010 précise « pensé à vous suicider »), ce qui concernait 6 % de la population âgée de 15 à 30 ans.

Si les facteurs associés aux pensées suicidaires sont relativement similaires à ceux observés sur les tentatives de suicide (en particulier le fait d'avoir subi des violences), il existe néanmoins quelques spécificités [tableau IV]. Le fait de vivre seul (OR = 1,4), ainsi que, chez les femmes, un bas niveau de revenu et la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,7) sont associés aux pensées suicidaires, y compris après contrôle des effets de structure. Chez les hommes comme chez les femmes, la consommation à risque d'alcool et, pour les hommes seulement, le chômage, s'avèrent également associés à la survenue de pensées suicidaires, mais ces

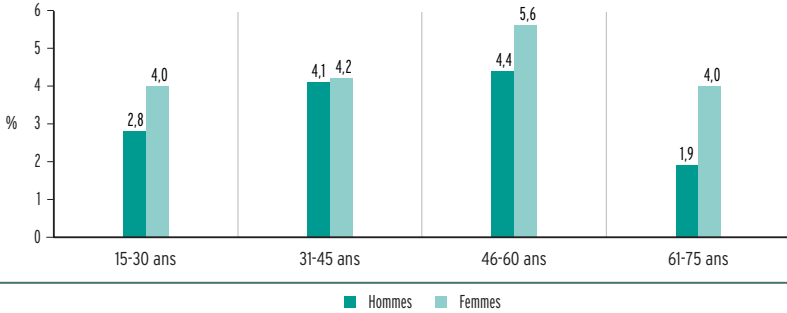
liens ne sont plus significatifs après contrôle des effets de structure dans le modèle. En revanche, les classes d'âge ne semblent pas significativement associées avec les pensées suicidaires.

Parmi les jeunes de 15 à 30 ans ayant pensé à se suicider, 68 % déclarent qu'ils ont été jusqu'à imaginer comment s'y prendre (73 % parmi les 31-75 ans, écart non significatif), les hommes (73 %) autant que les femmes (65 %, écart non significatif, $p = 0,3$). Cette proportion n'est pas significativement différente selon l'âge ou la situation professionnelle.

Plus de la moitié (54 %) des 15-30 ans ayant pensé à se suicider déclarent qu'ils en ont parlé à quelqu'un (48 % des 31-75 ans, écart non significatif), sans différence significative selon le sexe, l'âge ou la situation professionnelle. Soulignons ici que

FIGURE 6

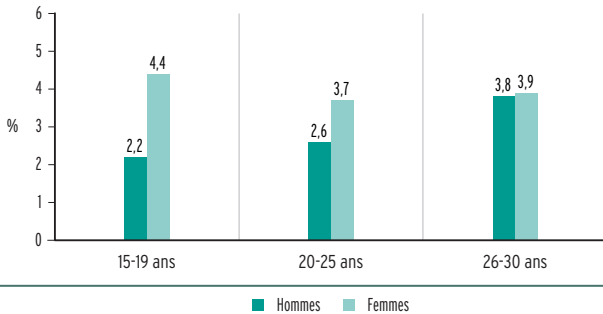
Proportion de personnes présentant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-75 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

FIGURE 7

Proportion de personnes présentant des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010, par âge et par sexe (en pourcentage)



Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

l'absence d'écart significatif observée ne doit pas être interprétée hâtivement, pouvant être due à la faiblesse des effectifs.

Parmi les raisons proposées, la « vie personnelle » apparaît comme une raison majeure des pensées suicidaires (citée par 91 % des jeunes concernés), suivie par la scolarité parmi les étudiants ou personnes scolarisés (38 %), la situation profession-

nelle parmi les actifs (24 %) et enfin la santé ou la maladie (4 %), plus fréquemment invoquée parmi les inactifs (21 %) **[tableau V]**.

3. Cette répartition tient compte du recodage des réponses ouvertes à la question « Était-ce plutôt en rapport avec autre chose ? ». La santé ou la maladie n'était pas directement proposée aux répondants.

TABLEAU IV

Facteurs associés aux pensées suicidaires dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010

	Effectif	Ensemble (n = 5948)			Hommes (n = 2828)			Femmes (n = 3120)		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
Sexe *										
Homme (réf.)	2 861	2,8	1							
Femme	3 142	4,0	1,4	1,0; 1,9						
Âge										
15-19 ans	1 580	3,3	1,1	0,6; 1,8	2,2	0,7	0,3; 1,7	4,4	1,5	0,7; 2,8
20-25 ans	2 274	3,1	0,8	0,5; 1,1	2,6	0,7	0,4; 1,2	3,7	0,8	0,5; 1,3
26-30 ans (réf.)	2 149	3,8	1		3,8	1		3,9	1	
Situation professionnelle *										
Travail (réf.)	2 866	3,4	1		2,9	1		4,0	1	
Études	2 276	2,9	1,0	0,6; 1,6	2,1	1,2	0,6; 2,4	3,8	0,9	0,5; 1,6
Chômage/inactif	853	4,5	1,3	0,9; 2,0	4,8	1,9	1,0; 3,5	4,2	1,0	0,6; 1,8
Revenu par UC **										
Moins de 1100 euros (réf.)	2 296	4,0	1		2,9	1		5,1	1	
1100 à moins de 1800 euros	1 931	4,0	0,8	0,6; 1,2	4,0	1,2	0,7; 2,1	4,0	0,7	0,4; 1,1
1800 euros et plus	1 183	2,3	0,5*	0,3; 0,9	2,0	0,6	0,3; 1,3	2,6	0,5*	0,3; 1,0
Manquant	593	1,3	0,4*	0,2; 0,9	0,8	0,5	0,2; 1,8	1,6	0,4*	0,2; 0,9
Vit seul **										
Non (réf.)	4 725	3,1	1		2,4	1		3,8	1	
Oui	1 278	5,1	1,4*	1,0; 2,0	5,1	1,3	0,8; 2,2	5,2	1,3	0,8; 2,1
Violences subies au cours des 12 mois hors violences sexuelles ***										
Non (réf.)	4 073	1,7	1		1,8	1		1,7	1	
Oui	1 929	6,9	3,1***	2,3; 4,2	5,0	2,0**	1,3; 3,2	8,8	4,1***	2,8; 6,1
Violences sexuelles au cours de la vie ***										
Non (réf.)	5 543	2,9	1		2,3	1		3,6	1	
Oui	457	9,8	2,4***	1,7; 3,5	22,3	7,2***	3,8; 13,6	6,8	1,7*	1,1; 2,6
Fumeur quotidien ***										
Non (réf.)	3 799	2,4	1		2,0	1		2,7	1	
Oui	2 172	5,1	1,7***	1,2; 2,3	4,1	1,6	0,9; 2,6	6,4	1,7**	1,2; 2,6
Consommation d'alcool (Audit-C) **										
Non-buveur (réf.)	963	1,9	1		1,1	1		2,4	1	
Sans risque	2 072	2,9	1,1	0,7; 1,9	1,7	1,2	0,4; 3,9	3,6	1,1	0,6; 1,9
À risque ponctuel	2 339	4,6	1,6	1,0; 2,6	3,9	2,3	0,8; 6,6	5,7	1,3	0,8; 2,4
À risque chronique	618	3,3	1,2	0,7; 2,3	3,0	1,6	0,5; 5,1	4,3	1,0	0,4; 2,4

* : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001. Résultats obtenus par le test du Chi² de Pearson pour la colonne pourcentage (pourcentages pondérés issus des tris bivariés pour les croisements entre chacune des covariables et la variable dépendante) et par le test de Wald pour la colonne OR (odds-ratios issus des régressions logistiques). Entre parenthèses figurent les effectifs.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

TABLEAU V

Raisons invoquées pour les pensées suicidaires dans les 12 derniers mois parmi les 15-30 ans en 2010 (n = 207) en pourcentage^a

	Situation professionnelle (si actif)		Scolarité (si étudiant)		Vie personnelle		Santé, maladie	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Ensemble	125	24	71	38	207	91	207	4
Sexe	ns		ns		ns		ns	
Hommes	56	24	22	41	81	90	81	8
Femmes	69	25	49	36	126	91	126	2
Âge	ns		ns		ns		*	
15-19 ans	7	0	41	42	50	91	50	0
20-25 ans	45	23	29	30	74	94	74	10
26-30 ans	73	30	1	–	83	87	83	2
Situation professionnelle	*		ns		*		*	
Travail	94	31		–	94	90	94	3
Chômage	31	9		–	31	88	31	11
Études		–	71	38	71	92	71	1
Autres inactifs		–		–	11	94	11	21

a. Les pourcentages sont à prendre comme des ordres de grandeur vu les faibles effectifs. * : p<0,05; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

Source : Baromètre santé 2010, Inpes.

DISCUSSION

Cinq pour cent de la population âgée de 15-30 ans résidant en France métropolitaine déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie, avec une différence significative selon le genre (7,3 % des femmes contre 2,7 % des hommes). Au cours des douze derniers mois, 0,9 % des jeunes déclarent avoir fait une tentative (0,5 % des hommes et 1,3 % des femmes), et 3,4 % (4,0 % des femmes et 2,8 % des hommes) avoir présenté des idées suicidaires. Toutefois, dans le cadre d'une étude rétrospective telle que le Baromètre santé, nous ne pouvons pas exclure l'existence possible de biais de mémorisation et de déclaration, qui ont pu entraîner une sous-estimation de ces taux déclarés, en particulier dans ce cas imposant la remémoration d'un événement douloureux.

Les différences entre hommes et femmes mises en évidence ici sont en accord avec

les nombreuses observations de la prévalence plus élevée des tentatives de suicide et de l'idéation suicidaire chez les femmes, tandis que le taux de mortalité par suicide est significativement plus élevé chez les hommes que chez les femmes [4, 13, 14]. La différence dans la mortalité par suicide selon le genre s'expliquerait en partie par les méthodes suicidaires utilisées, qui sont plus souvent létales chez l'homme, qui privilégie la pendaison et les armes à feu, tandis que les femmes ont plus souvent recours à l'intoxication médicamenteuse [7]. En ce qui concerne la différence des taux de tentatives de suicide selon le genre, des hypothèses explicatives impliqueraient notamment l'appréhension différentielle des modes d'expression de la souffrance psychique, de l'accès aux soins psychologiques, du soutien social et des rôles traditionnels [15]. Cependant, le lien entre la tentative

de suicide et le fait d'être une femme est atténué par le contrôle des autres variables de notre modèle (telles que l'âge, la situation professionnelle, le revenu, le fait de vivre seul, les violences, le tabagisme quotidien, la consommation à risque d'alcool), au point même de devenir non significatif. Cette disparition du lien pourrait être interprétée comme le signe que le caractère féminin de la tentative de suicide relèverait en grande partie de facteurs socio-économiques ou liés au parcours de vie. D'après une revue récente de la littérature, dans toutes les études, les tentatives de suicide augmentent rapidement au moment de la puberté et cette augmentation est nettement plus importante parmi les jeunes filles que parmi les jeunes hommes. Les explications avancées pour une fréquence importante des tentatives de suicide à ces âges seraient l'émergence d'une période particulièrement vulnérable du développement neuropsychique, avec une augmentation concomitante de troubles émotionnels et de prise de risque, les adolescents et jeunes adultes étant particulièrement sensibles à l'ostracisme, à l'image négative qu'ils pensent renvoyer et au stress engendré par d'éventuelles difficultés sociales, scolaires et professionnelles. Chez les jeunes, les tentatives de suicide seraient par ailleurs liées à l'introduction de l'activité sexuelle, à l'existence de symptômes dépressifs et d'abus d'alcool [16].

Pour plus d'un tiers des répondants, la tentative de suicide a été faite avec une intention de se donner la mort. Dans notre échantillon, 46 % des jeunes suicidants sont allés à l'hôpital et 49 % ont été suivis par un médecin ou un psychiatre, psychologue ou psychothérapeute. Ces chiffres sont relativement similaires à ceux observés sur les adolescents et jeunes adultes dans la littérature internationale [14]. Des travaux nord-américains récents montrent par ailleurs que plus de la moitié des adolescents suici-

dants suivaient un traitement psychiatrique avant leur tentative [17]. En parallèle, la proportion élevée de jeunes qui déclarent ne pas avoir eu réellement l'intention de mourir (60 % des tentatives de suicide) pourrait évoquer une revendication existentielle et un appel à l'aide [18-21]. Toutefois, quelle que soit la raison invoquée *a posteriori* de l'acte suicidaire, les recommandations en France [22, 23] sont claires et indiquent qu'une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence ». Elle ne doit jamais être banalisée et doit conduire à une triple évaluation somatique, psychologique et sociale. Tout jeune ayant fait une tentative de suicide doit être conduit aux urgences de l'hôpital afin de débiter cette évaluation et une prise en charge adéquate.

En ce qui concerne les disparités géographiques observées, bien que les prévalences de tentatives de suicide déclarées ne soient pas significativement différentes selon la région, il est intéressant de noter que ces tendances régionales sont proches des différences régionales des hospitalisations pour TS et des décès par suicide. En effet, nous retrouvons le contraste Nord-Ouest *vs* Sud-Est avec un phénomène suicidaire plus marqué dans les régions du Nord et de l'Ouest, à l'exception de l'Île-de-France. Ces observations illustrent le lien entre tentatives de suicide et décès par suicide, par conséquent elles plaident également en faveur du développement d'actions de prévention du suicide.

Les premiers travaux de sociologie sur le suicide d'Émile Durkheim à la fin du XIX^e siècle, prolongés par ceux de Maurice Halbwachs dans les années 1930, ont montré que les variations des taux de suicide étaient dépendantes du degré d'intégration des individus dans leur milieu social, expliquant ainsi le suicide en termes de régulation et de cohésion sociales [24]. Plus qu'un déterminisme social, ces auteurs insistent

surtout sur la prise en compte de dimensions sociales dans la compréhension de ce geste, qui paraît, de prime abord, relever du libre arbitre.

Les facteurs de risque des tentatives de suicide et pensées suicidaires mis en évidence parmi les 15-30 ans dans le Baromètre santé 2010 sont avant tout les événements de vie traumatiques, tels que les violences subies lorsqu'elles sont récentes, ainsi que les violences sexuelles au cours de la vie. L'isolement social et la précarité sociale, qui apparaissent comme des facteurs de risque importants sur l'ensemble de la population [11], se révèlent relativement moins liés aux tentatives et pensées suicidaires parmi les jeunes. Il est possible que ces facteurs pèsent de façon moins lourde au cours de la jeunesse qu'aux âges plus avancés de la vie, lorsque les perspectives d'une évolution favorable sont compromises.

Les données présentées dans cet ouvrage examinent certains facteurs de risque et non l'ensemble des facteurs ayant un impact sur la survenue d'actes suicidaires. Notamment, une tentative de suicide antérieure, une détresse psychologique importante, ou encore la présence de dépression, d'anxiété, ou encore de trouble lié à la consommation de substances augmentent le risque de tentative de suicide [14, 25]. Il convient ici de rappeler que le Baromètre santé de l'Inpes a vocation à fournir des données de cadrage quantitatives, et d'isoler certains facteurs de risque, mais pas forcément à expliquer le détail des mécanismes d'un phénomène aussi complexe que le risque suicidaire.

Une proportion importante (46 %) des 15-30 ans ayant pensé à se suicider ont déclaré n'en avoir parlé à personne et l'enquête a été donc l'occasion pour eux de verbaliser cet événement. L'expression d'un souvenir dramatique pouvant dès lors générer une situation délicate, les enquêteurs du Baromètre santé avaient

été préparés à de telles circonstances et pouvaient, le cas échéant, renvoyer ces personnes sur des numéros de lignes spécialisées sur le suicide.

Une attention spécifique doit être portée à certaines populations particulièrement vulnérables au risque suicidaire, comme les personnes ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle [26], les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide, les proches de victimes de suicide, ou encore les personnes qui souffrent de troubles psychiatriques. Des instruments de repérage ou de dépistage⁴ efficaces existent [10, 27]. Ils permettent notamment l'expression plus fréquente des pensées suicidaires ou des tentatives que lors d'un entretien sans grille structurée [28], même si la concordance avec le diagnostic posé par des cliniciens ne s'avère pas toujours optimale [27]. En termes d'actions de prévention, l'OMS a identifié de grandes catégories d'interventions efficaces telles que la restriction d'accès aux moyens létaux (notamment substances toxiques et armes à feu); le repérage et la prise en charge précoce des personnes souffrant de troubles psychiatriques; l'amélioration de l'accès aux services sanitaires et sociaux; ou encore un traitement distancié et responsable du suicide par les médias [1]. Les médecins généralistes et pédiatres se trouvent dans une position clé pour repérer les jeunes à risque de suicide et proposer un dépistage du risque suicidaire à un grand nombre de jeunes [14].

Une revue récente des interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide, considérant la réduction des suicides accomplis, des tentatives de suicide ou des pensées suicidaires, a permis de conclure que quatre approches préventives

4. Le dépistage fait référence à l'utilisation de grilles et questionnaires généralement administrés par un professionnel. Le repérage est la reconnaissance des signes de détresse ou signes avant-coureurs du suicide.

au moins ont démontré leur intérêt sur des populations jeunes (moins de 25 ans) [29]. Il s'agit de la formation d'adultes susceptibles d'intervenir dans le cadre scolaire (repérage des jeunes les plus à risque et prise en charge au sein même de l'établissement) avec éventuellement des cours pédagogiques à destination des élèves sur les signes et les moyens de faire face à la dépression et au suicide ; des lignes d'appel et de soutien pour les personnes en état de souffrance psychologique ; du maintien d'un contact initié par les équipes hospitalières avec les jeunes sortis des urgences suite à une tentative de suicide ainsi que de la continuité de la prise en charge (notamment psychothérapeutique) à la sortie de l'hôpital.

Des efforts de prévention sont également possibles en amont de l'apparition des états

de mal-être, dans une logique de promotion de la santé mentale. Si ces programmes sont principalement développés en Amérique du Nord, des initiatives récentes menées en partenariat avec l'Inpes tentent de les adapter, de les implanter et de les évaluer sur le territoire français. Il s'agit essentiellement d'actions visant à développer les compétences psychosociales chez l'enfant (estime de soi, compétences de communication, sens critique, gestion des émotions...) et à soutenir et développer les compétences parentales (encadrement, communication, gestion des conflits...). Par ailleurs, l'Inpes mène d'autres actions plus ciblées, telles que des actions de lutte contre l'homophobie, qui constitue un facteur de risque suicidaire majeur pour les personnes qui en sont victimes [26].

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 17/04/2013.

- [1] World Health Organization. *Public Health Action for the Prevention of Suicide*. Genève : World Health Organization, 2012 : 26 p. En ligne : www.who.int/mental_health/publications/prevention_suicide_2012/en/index.html
- [2] Jougla E., Pequignot F., Chappert J.-L., Rossollin F., Le Toulec A., Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. *Revue d'Épidémiologie et de Santé publique*, 2002, vol. 50, n° 1 : p. 49-62.
- [3] Chappert J.-L., Pequignot F., Pavillon G., Jougla E. *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*. Paris : Drees, série Études, 2003 : 45 p.
- [4] Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Jougla E. Évaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48 : p. 497-500.
- [5] Cyrulnik B. *Quand un enfant se donne « la mort »*. Paris : Odile Jacob, 2011 : 155 p.
- [6] Philippe A. Épidémiologie du suicide. *La Revue du praticien*, 2011, vol. 61, n° 2 : p. 175-183.
- [7] Chan-Chee C., Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48 : p. 492-496.
- [8] Kessler R. C., Borges G., Walters E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 1999, vol. 56, n° 7 : p. 617-626.
- [9] Hawton K., Arensman E., Wasserman D. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. *Journal of Epidemiology Community Health*, 1998, vol. 52, n° 3 : p. 191-194.
- [10] Pettit J. W., Garza M. J., Grover K. E., Schatte D. J., Morgan S. T., Harper A., Saunders A. E. Factor structure and psychometric properties of the Modified Scale for Suicidal Ideation among suicidal youth. *Depression and Anxiety*, 2009, vol. 26, n° 8 : p. 769-774.
- [11] Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, décembre 2011, n° 47-48 : p. 488-492.
- [12] Bush K., Kivlahan D. R., McDonell M. B., Fihn S. D., Bradley K. A. The Audit Alcohol Consumption Questions (Audit-C) : an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine*, 1998, n° 158 : p. 1789-1795.
- [13] Chan Chee C., Gourier-Fréry C., Guignard R., Beck F. État des lieux de la surveillance de la santé mentale en France. *Santé publique*, 2011, n° 6 : p. S13-S30.
- [14] Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide : epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatric Drugs*, 2003, vol. 5, n° 4 : p. 243-265.

- [15] Mojtabai R. Americans' attitudes toward mental health treatment seeking : 1990-2003. *Psychiatric Services*, 2007, vol. 58, n° 5 : p. 642-651.
- [16] Hawton K., Saunders K. E., O'Connor R. C. Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 2012, vol. 379, n° 9834 : p. 2373-2382.
- [17] Nock M. K., Green J. G., Hwang I., McLaughlin K. A., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., Kessler R. C. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents : results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 2013, n° 9 : p. 1-11.
- [18] Pommereau X. *L'Adolescent suicidaire*. Paris : Dunod, 1996 : 238 p.
- [19] Haim A. *Les Suicides d'adolescents*. Paris : Payot, 1969 : 303 p.
- [20] Alvin P. *L'Envie de mourir, l'Envie de vivre. Un autre regard sur les adolescents suicidants*. Paris : Doin, 2009 : 246 p.
- [21] Alvin P. Les adolescents ont besoin d'être écoutés, mais cela ne suffit pas : il faut s'engager. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2012, n° 422 : p. 7-9. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-422.pdf
- [22] 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, 1998 : 44 p.
- [23] Fédération française de psychiatrie, Anaes. *La Crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris : Conférence de consensus de l'Anaes, 2000 : 31 p.
- [24] Baudelot C., Establet R. *Durkheim et le Suicide*. Paris : Presses Universitaires de France, coll. Philosophies, 1990 : 128 p.
- [25] Harris E. C., Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 1997, n° 170 : p. 205-228.
- [26] Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A. *Les Minorités sexuelles face au risque suicidaire : acquis des sciences sociales et perspectives*. Saint-Denis : Inpes, coll. Santé en action, 2010 : 110 p.
- [27] Holi M. M., Pelkonen M., Karlsson L., Tuisku V., Kiviruusu O., Ruuttu T., Marttunen M. Detecting suicidality among adolescent outpatients : evaluation of trained clinicians' suicidality assessment against a structured diagnostic assessment made by trained raters. *BMC Psychiatry*, 31/12/2008, n° 8 : p. 97.
- [28] Klimes-Dougan B. Screening for suicidal ideation in children and adolescents : methodological considerations. *Journal of Adolescence*. 1998, vol. 21, n° 4 : p. 435-444.
- [29] Du Roscoät E., Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *La Santé de l'homme*, novembre-décembre 2012, n° 422 : p. 41-42. En ligne : www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/sante-homme-422.pdf