

Le suicide des jeunes en France

À l'adolescence, les tentatives de suicide sont nombreuses. Le passage à l'acte suicidaire est bien souvent précédé par des pensées suicidaires qui ne sont pas rares pendant cette période de la vie. La part du suicide dans la mortalité des jeunes est inférieure à 1% avant 15 ans et atteint son maximum entre 25 et 34 ans. C'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance des décès par suicide est la plus forte, relativement aux autres causes de mortalité. L'analyse des réponses aux différentes tensions de la vie montre de fortes disparités selon le genre : la dépression et les tentatives de suicide concernent davantage les femmes ; le suicide accompli et les consommations de produits psychoactifs sont principalement masculins. Cette distinction s'observe dans la quasi totalité des pays européens.

« Se donner la mort » reste considéré comme un acte de transgression absolue qui demeure d'ailleurs toujours condamné par les religions et les morales philosophiques. Le suicide semble a priori essentiellement personnel, lié à des facteurs psychologiques propres à l'individu plutôt qu'à une influence du monde social environnant. Depuis la publication de Durkheim sur le sujet, l'étude du suicide relève aussi du champ de la sociologie. Le suicide interroge l'ensemble de la société lorsqu'il est perpétré par un jeune censé avoir « l'avenir devant lui ». En effet, cet acte est révélateur du mal-être social vécu par les individus, ce qui ne dispense pas de l'étude des facteurs de causalité individuelle abondamment

décrits dans la littérature. Le mal être social peut s'expliquer par un environnement défavorable, comme des conditions économiques éprouvantes (pauvreté, perte d'emploi, perte de logement, chute de revenus, conditions de travail...), des persécutions (politiques, raciales, ethniques, religieuses, sexistes, homophobes...) etc. (Beck *et al.*, 2010).

Données de cadrage sur le suicide des jeunes en France

Chaque année, plus de 10400 personnes se suicident en France (tous âges confondus), près de 600 d'entre elles sont âgées de moins de 25 ans (et environ 1000 ont entre 25 et

encadré 1

La sous-évaluation du nombre de suicides et de tentatives de suicide

L'ensemble des enquêtes soulignent que l'on estime à environ 9,4 % la sous-évaluation du nombre de suicides en France*. Les statistiques sur les causes de décès souffrent d'une sous déclaration lors de l'enregistrement légal de la cause du décès et l'on dispose rarement d'informations pertinentes sur les raisons du suicide. Pour rendre compte dans son ensemble du phénomène de suicide, il paraît pertinent de prendre également en compte les tentatives de suicide (TS) et les pensées suicidaires. (Beck *et al.*, 2010). En France, les TS ne font pas l'objet d'enregistrement systématique et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital (ce qui serait le cas de 80 % des TS par intoxication médicamenteuse, mais serait moins souvent le cas pour d'autres formes de tentatives n'ayant pas eu recours à un moyen léthal). Les limites sont là aussi importantes puisque toutes les TS ne donnent pas lieu à une prise en charge médicale et que les pratiques divergent d'une région à une autre, notamment lorsque les conséquences de la tentative sont jugées peu graves sur le plan somatique (Beck *et al.*, 2010).

* http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7696

34 ans). Même s'il faut tenir compte des limites de l'estimation de la mortalité par suicide, il est nécessaire de souligner que contrairement à une idée fort répandue, ce n'est pas chez les jeunes que le taux de mortalité par suicide est le plus élevé. Il croît en réalité avec l'âge et touche principalement les adultes de 35 à 54 ans et les personnes âgées. Les 45-54 ans sont les plus touchés par le suicide, ils représentent plus de 22% des suicides, suivis par les 35-44 ans (près de 17% des suicides) et les 55-64 ans (près de 17% des suicides) (source : INSERM, CépiDc, 2010). Étant donné que les décès par maladie sont rares avant 25 ans, le suicide représente à cet âge la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation, soit 16,3% du total des décès.

Les tentatives de suicide et le suicide des jeunes en France

En France, les tentatives de suicide (TS) ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques (encadré 1), toutefois les données fournies par le Baromètre santé 2010 permettent d'éclairer la situation des jeunes. Ainsi, on constate que la prévalence des TS au cours des douze derniers mois varie en fonction du sexe (les femmes plus concernées que les hommes) et de l'âge. Elle est plus élevée entre 20 et 25 ans chez les hommes (0,6%) et entre 15 et 19 ans chez les femmes (2%), le taux de TS ayant tendance à diminuer avec l'âge (Beck *et al.*, 2011). Et si près d'un jeune sur deux ayant fait une TS est allé à l'hôpital à la suite de sa dernière tentative, on sait par contre que plus d'un tiers des jeunes suicidants n'ont

eu recours ni à une structure ni à un professionnel de santé (INSERM). Enfin notons que l'hospitalisation pour TS concerne quatre fois plus de jeunes femmes que de jeunes hommes. On constate ainsi que si les TS suivent globalement une courbe descendante avec l'âge, c'est l'inverse pour la courbe des taux de mortalité. Le ratio observé entre suicides accomplis et TS augmente avec l'âge.

Globalement, la part du suicide dans la mortalité générale est faible. Pour les hommes comme pour les femmes, elle varie très fortement avec l'âge. Inférieure à 1% avant 15 ans, elle atteint son maximum entre 25 et 34 ans (23% chez les hommes, 18% chez les femmes). Si le nombre absolu de suicides est plus important pour les hommes de 45-54 ans, c'est pour la classe d'âge des 25-34 ans que l'importance des décès par suicide, relativement aux autres causes de mortalité, est la plus forte (Aouba *et al.*, 2009).

Hommes et femmes : des manières distinctes de faire face au mal être

Trois suicidés sur quatre sont de sexe masculin, alors que les rescapés de tentatives de suicide sont des filles dans une proportion inverse. Cette surmortalité masculine s'explique en partie par le fait que les garçons de 15-24 ans, comme les hommes en général, utilisent plus souvent des moyens violents et radicaux (pendaison ou usage d'une arme à feu) (Choquet, 2001).

L'écart des taux de suicide entre les sexes ne provient pas d'une éventuelle immunité féminine, quelle que soit la raison

tableau 1

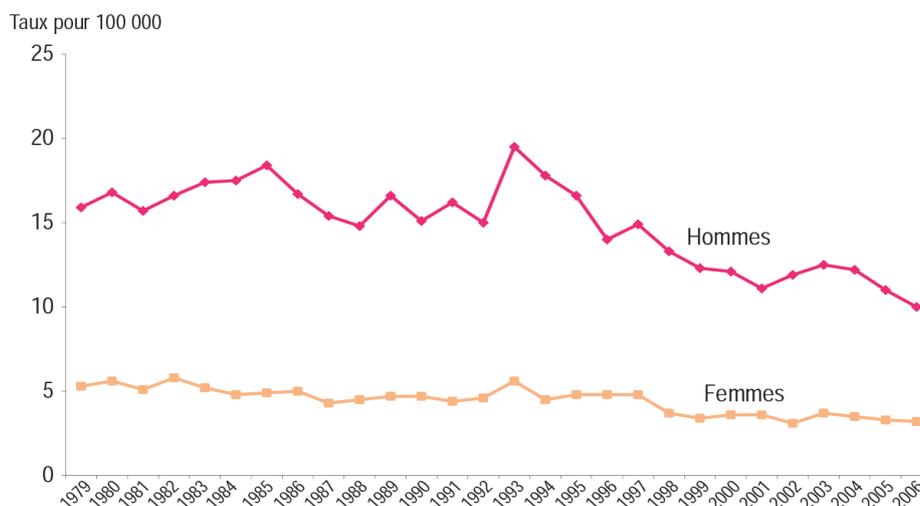
Décès par suicide en France entière entre 2005 et 2011

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 5-14 ans (en effectifs) Hommes | 20 | 25 | 18 | 20 | 28 | 26 | 27 |
| 15-24 ans (en effectifs) Femmes | 11 | 8 | 7 | 6 | 13 | 18 | 14 |
| 15-24 ans (en effectifs) Hommes | 448 | 410 | 407 | 445 | 415 | 397 | 378 |
| 5-14 ans (en effectifs) Femmes | 131 | 126 | 117 | 112 | 124 | 124 | 130 |
| Ensemble tous âges | 10 856 | 10 569 | 10 266 | 10 522 | 10 644 | 10 509 | 10 524 |

Source : INSERM - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) 2005-2011.

graphique 1

Évolution du taux de mortalité par suicide des 15-24 ans entre 1919 et 2006, selon le sexe



Source : INSERM - CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Champ : France métropolitaine

avancée pour expliquer celle-ci. En raison de la socialisation différentielle lors de l'enfance, des places assignées et des rôles attribués aux deux sexes, il provient davantage du fait que chaque genre a sa propre façon de répondre aux différentes tensions de la vie (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008). Autrement dit, la dépression et les TS touchent davantage les femmes, alors que le suicide accompli et les consommations de produits psychoactifs, en particulier l'alcool, sont principalement masculins, ce qui indiquerait que chaque genre emprunte des voies d'expression différentes du mal-être. (Beck *et al.*, 2010.)

Précarité, discriminations, faible estime de soi... les risques de basculement vers des comportements suicidaires

Les déterminants du suicide sont nombreux et la nature des liens est complexe. Toutefois, il est possible de repérer trois facteurs récurrents : les signes d'intentions suicidaires, les manifestations psychiques telles que les troubles anxieux, dépressifs ; la consommation de produits psychoactifs (tabac, alcool, drogues illicites) et enfin les conditions de vie (précarité, relations interpersonnelles...).

Les études épidémiologiques ne permettent pas d'établir un profil type du jeune suicidé, mais on observe une sur-représentation d'individus issus de régions rurales et/ou en situation de difficultés socio-familiales. Parmi les principaux facteurs de risque, la revue de la littérature montre qu'il est important de prendre en compte également les indicateurs

suivants : déscolarisation précoce, qualification professionnelle faible, absence d'emploi stable, chômage connu/vécu par des membres de la famille, maladie... mais également la consommation d'alcool, la dépression, le fait d'avoir subi récemment une agression, d'avoir subi des abus ou des violences durant l'enfance, et d'avoir une faible estime de soi. Discriminations, harcèlement, événements douloureux durant l'enfance ou situations de stress économique peuvent donc constituer des facteurs de risque de survenue d'épisodes dépressifs ou de basculement vers des comportements suicidaires. Les phénomènes d'exclusion, de mépris et de stigmatisation, peuvent conduire à une perte d'estime de soi, une perte de confiance dans l'avenir et les autres.

Une enquête récente met en évidence le fait que par rapport à d'autres types de discriminations, les discriminations homophobes se caractérisent par la faiblesse du soutien familial. La non-conformité de genre peut conduire à une grande détresse qui favorise les symptômes suicidaires, en particulier chez les garçons, groupe confronté à une homophobie avérée. Les jeunes, confrontés aux difficultés liées à la découverte et à la construction de leur identité sexuelle/identité de genre/identité sexuée, sont particulièrement sensibles à l'image que les autres perçoivent d'eux, ce qui fragilise leur estime d'eux-mêmes, sans qu'ils disposent toujours d'un soutien suffisant pour affronter ces questions difficiles à partager avec leurs proches. À ce titre les discriminations dont sont victimes certains d'entre eux peuvent constituer un facteur de risque important dans le passage à l'acte suicidaire (Beck *et al.*, 2010).

La consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, polyconsommations...) aurait un lien avec les pensées suicidaires, les TS et les suicides accomplis ; on sait que leur effet désinhibiteur facilite le passage à l'acte, et que les personnes en détresse peuvent s'autotrainer en y recourant pour atténuer leur souffrance (Beck *et al.*, 2010).

À l'inverse, des liens forts avec la famille, l'écoute et le soutien d'enseignants ou d'adultes, l'engagement dans une relation de couple constituent des facteurs de protection à l'égard du suicide (Beck *et al.* 2010).

Conclusion

L'analyse de la littérature a souligné l'importance des différences hommes/femmes face au suicide, en population générale comme dans la population jeune. Les hommes comme les femmes sont tributaires des places sociales qui leurs sont assignées et la forme de la réponse aux tensions dépend des valeurs propres à chaque sexe. S'attacher au seul sui-

cide comme indicateur de mal-être des individus ou comme révélateur du « bonheur social » et de « l'état de santé » du système social conduit toutefois à une vision partielle et à des conclusions parfois erronées, en particulier dans la comparaison hommes/femmes (Cousteaux, Pan Ké Shon, 2008), et les travaux disponibles soulignent l'imbrication des problématiques rencontrées par les individus.

Le premier rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) insiste d'ailleurs sur une meilleure connaissance des facteurs de risque et une meilleure compréhension du mal être des jeunes notamment sur le « rôle des difficultés vécues dans l'enfance et l'adolescence (violence physique, sexuelle ou psychologique, difficultés familiales, abus de substances toxiques, etc.) sur les comportements suicidaires de ces tranches d'âge, mais aussi tout au long de la vie, en raison des fragilités qu'elles sont susceptibles de générer. » (ONS, 2014, p.33.)

Yaëlle Amsellem-Mainguy



Bibliographie

- Aouba A., Péquignot F., Camelin L., Laurent F., Jouglà E., « La mortalité par suicide en France en 2006 », *Études et résultats*, n° 702, septembre 2009 (www.drees.sante.gouv.fr/la-mortalite-par-suicide-en-france-en-2006,4208.html).
- Beck F., Guilbert P., Gautier A., *Baromètre santé*, INPES, 2005.
- Beck F., Firdion J.-M., Legleye S., Schiltz M.-A., *Les minorités sexuelles face au risque suicidaire*, Paris, INPES, 2010.
- Beck F., Guignard R., du Roscoët E., Saias T., « Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010 », *BEH. Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 47-48, numéro thématique « Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France », décembre 2011 (www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf).
- Chappert J.L., Pequignot F., Pavillon G., Jouglà 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 », DREES, série Études, n° 30, avril 2003.
- Choquet M., *Rapport sur la santé des jeunes 14-20 ans de la PJJ (secteur public) sept ans après*, INSERM pour le ministère de la justice, 2005.
- Cousteaux A.S, Pan Ké Shon J.-L., « Le mal-être a-t-il un genre ? Suicide, risque suicidaire, dépression alcoolique, *Revue française de sociologie*, vol. XLIX, 2008, p. 53-92.
- Mouquet M.C., Bellamy V., « Suicides et tentatives de suicides en France », *Études et résultats*, n° 488, mai 2006 (www.drees.sante.gouv.fr/suicides-et-tentatives-de-suicide-en-france,4433.html).
- Observatoire national du suicide, *Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. 1^{er} rapport/2014*, novembre 2014 (http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_ONS_2014.pdf).