



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,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4148466>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4148466>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)