Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité

Grégory Michel
Éric Aquaviva
Valérie Aubron
Diane Purper-Ouakil

INTRODUCTION

En 2003, le nombre de personnes s'étant donné la mort en France est estimé à 10 660 **[1]**. Les pays ayant la prévalence de suicides la plus élevée sont les pays d'Europe de l'Est (plus de 25/100 000 par an) ; ceux où la prévalence est la plus faible sont les pays musulmans et d'Amérique latine **[2]**. Au niveau européen, la France occupe une position assez défavorable. En effet, pour 2001, selon les données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la France se classait au troisième rang de l'Europe des Quinze en termes de taux suicides standardisés selon l'âge (16,1 décès par suicide pour 100 000 personnes), derrière, respectivement, la Finlande et l'Autriche (22 et 16,3 pour 100 000 personnes) **[1]**.

Une des caractéristiques soulignées par les études concerne la surmortalité masculine qui s'observe dès l'adolescence et qui augmente avec l'âge. Par exemple, le taux de suicides des hommes âgés est dix fois plus élevé que celui des jeunes hommes **[3]**. De plus, la répartition par sexe est très différenciée : les suicides identifiés ont concerné 7 720 hommes et 2 912 femmes en 2002. Le suicide représentait ainsi près de 3 % de l'ensemble des décès masculins et 1 % des décès féminins, et l'incidence était de 26,6 pour 100 000 hommes et 9,5 pour 100 000 femmes **[1]**. Cette surmortalité masculine relativement stable depuis les années 1980 et la surreprésentation des femmes dans les tentatives de suicide sont l'indice d'enjeux spécifiques selon le sexe. Ces deux constats doivent conduire les professionnels de la santé à tenir compte du sexe dans leur analyse de la suicidalité.

Rappelons que le suicide reste la première cause de décès chez les 25-34 ans et la deuxième pour les 15-24 ans, juste après les accidents de la route. Si le phénomène du suicide est aujourd'hui une priorité de santé publique, force est de constater que sa préven-

tion est extrêmement périlleuse. Au-delà du fait que les déterminants sont nombreux et que la nature de leurs liens est complexe, il reste parfois difficile à travailler, tant avec l'entourage qu'avec les professionnels de la santé étant donné les enjeux que le suicide soulève. Aussi, en reprenant les recommandations de la conférence de consensus (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé **[4]**, devenue depuis la Haute Autorité de santé) et bien qu'il n'existe pas de critères diagnostiques de la crise suicidaire, il apparaît nécessaire de repérer trois types de signes : les signes d'intentions suicidaires ; les manifestations psychiques telles que les troubles anxieux, dépressifs ; la consommation nocive de toxiques : tabac, alcool, drogues ; les conditions de vie (statut matrimonial, professionnel). Aussi, les facteurs reliés aux comportements suicidaires sont globalement de deux ordres : une vulnérabilité individuelle du sujet et l'existence de stress environnementaux. Le repérage de signes précliniques et de leurs liens s'avère très utile pour la mise en place de programmes de prévention.

Concernant les manifestations affectives, les études montrent que, dans 90 % des suicides, il existe des arguments en faveur d'un trouble psychiatrique. Les troubles de l'humeur, principalement l'épisode dépressif majeur et le trouble bipolaire, sont mis en évidence dans 60 % des suicides **[5-7]**. Par ailleurs, le risque de suicide sur la vie entière dans la dépression majeure serait de 15 % **[8]**.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons aux tentatives de suicide mais aussi aux pensées suicidaires, en tenant compte de leurs évolutions depuis 2000 **[9]**. Les données du Baromètre santé 2005 sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont des données autodéclarées par les personnes ayant participé à l'étude. Concernant les tentatives de suicide, la question était : « *Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?* » Les tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois étaient évaluées grâce à la prise en compte du mois et de l'année de la dernière tentative de suicide. Concernant les pensées suicidaires, elles ont été étudiées à partir d'une question portant sur l'année écoulée : « *Au cours des douze derniers mois, avez-vous pensé au suicide ?* » Rappelons que l'idéation suicidaire désigne un ensemble de cognitions allant de pensées transitoires telles que « *La vie ne vaut pas la peine d'être vécue* » jusqu'à des idées envahissantes d'autodestruction. Cette idéation est associée à une probabilité significative de gestes suicidaires planifiés **[10]**. Nous examinerons, dans le cadre multithématique, les liens entre tentatives de suicide, idées suicidaires et recours aux soins. Les comportements suicidaires étant compris comme de réelles conduites à risques, nous analyserons ensuite leurs liens avec d'autres comportements dangereux pour la santé (exemples : usage de toxiques, troubles boulimiques, actes violents subis et agis). Nous rechercherons enfin les variables associées aux idées suicidaires et aux tentatives de suicide, de façon à identifier des axes pertinents dans une perspective de prévention.

RÉSULTATS

PRÉVALENCE DES IDÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE EN 2005

Les données du Baromètre santé 2005 pour l'ensemble de l'échantillon ayant répondu au module « santé mentale » (n=16 883) montrent une prévalence de 5,5 % (n=1 016) pour les idées suicidaires, une prévalence de 0,24 % (n=53) pour les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois et de 5,0 % (n=958) sur la vie entière.

Les effets de l'âge

La survenue, au cours des douze derniers mois, de pensées suicidaires varie suivant l'âge **[figure 1]**. Très élevées au moment de l'adolescence pour la tranche d'âge des 15-19 ans (8,5 %), elles diminuent rapidement à partir de 20 ans. Elles restent ensuite relativement stables entre 20-25 ans (5,3 %) et 55-64 ans (5,4 %), pour diminuer à nouveau nettement jusqu'à 75 ans (2,9 %).

Concernant les tentatives de suicide durant cette même période, les proportions sont plus stables tout au long de la vie que celles observées pour les pensées suicidaires **[figures 1** et **2]**, hormis pour les femmes de 15-19 ans pour qui le pourcentage est le plus important (1,3 %). Ce sont les 15-19 ans qui déclarent le plus de tentatives de suicide (0,9 %). Cette proportion diminue progressivement avec l'avancée en âge, pour devenir nulle à 75 ans.

Les effets du sexe

Outre l'âge, le sexe est une variable déterminante dans l'analyse des idées suicidaires **[figure 3]**. Sur l'ensemble des personnes ayant eu des pensées suicidaires, 55,4 % étaient des femmes et 44,6 % des hommes. De plus, il existe une plus grande fluctuation selon l'âge des idées suicidaires chez ces dernières. Ce sont surtout les adolescentes entre 15 et 19 ans qui ont déclaré avoir pensé au suicide, avec un taux de 11,4 % *versus* 5,9 % pour les garçons. Alors que, chez les hommes, le taux de prévalence diminue de 20 ans à 54 ans (de 6,1 à 5,6 %), celui des femmes augmente au cours de cette même période, passant de 4,5 % à 7,0 %. À partir

FIGURE 1

Idées suicidaires et tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon l'âge (en pourcentage)

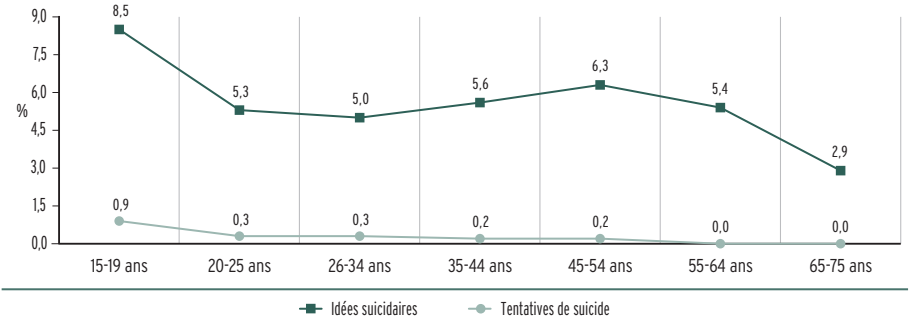


FIGURE 2

Tentatives de suicide au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge (en pourcentage)

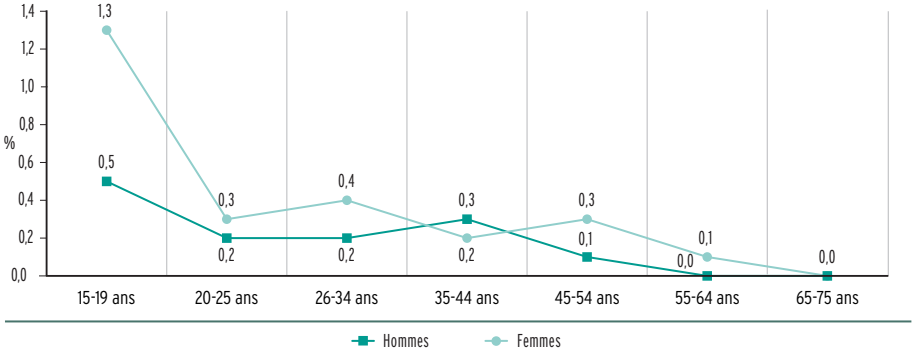
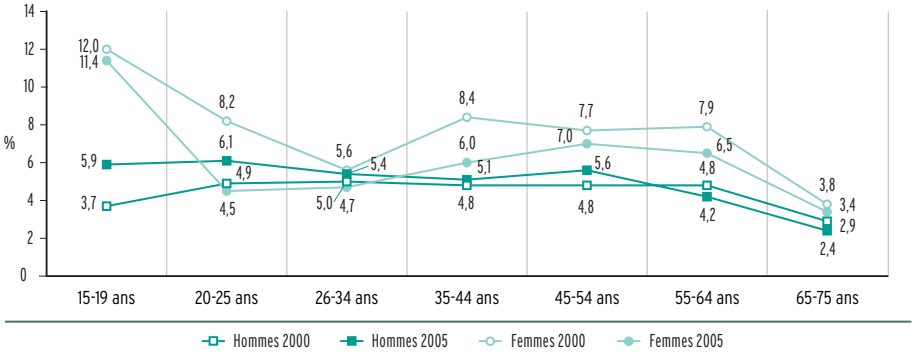


FIGURE 3

Idées suicidaires au cours des douze derniers mois, selon le sexe et l'âge : évolution entre 2000 et 2005 (en pourcentage)



de 55 ans, les idées suicidaires diminuent pour les deux sexes.

Concernant les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois **[figure 2]**, nous observons des différences entre les hommes et les femmes, puisque ces dernières sont près de deux fois plus nombreuses à déclarer avoir fait une tentative de suicide dans l'année (66,0 % sont des femmes et 34,0 % des hommes). Cette différence est encore plus forte pour les tentatives de suicide sur la vie entière (71,9 % sont des femmes et 28,1 % des hommes), alors qu'il existe une forte surmortalité masculine. Les différences selon le sexe portent essentiellement sur les 15-19 ans, puisque le pourcentage des tentatives de suicide chez les femmes est plus élevé (1,3 %) que chez les hommes (0,5 %). Alors que les comportements suicidaires diminuent avec l'âge chez les hommes, ils sont beaucoup plus fluctuants chez les femmes, avec parfois

des taux plus faibles que ceux des hommes. À partir de 45 ans, les tentatives sont de nouveau nettement supérieures chez les femmes et ils disparaissent plus tardivement (75 ans pour les femmes *vs* 64 ans pour les hommes).

ÉVOLUTION DES IDÉES SUICIDAIRES ET DES TENTATIVES DE SUICIDE ENTRE 2000 ET 2005

Idéations suicidaires

La comparaison des taux de prévalence des idées suicidaires entre 2000 et 2005 montre une évolution **[figure 3]**. Les résultats indiquent une diminution des pensées suicidaires déclarées chez les femmes sur l'ensemble des tranches d'âge, et plus nettement pour les 20-25 ans (8,2 % en 2000 *vs* 4,5 % en 2005) et les 35-44 ans (8,4 % en 2000 *vs* 6,0 % en 2005). En revanche, pour les hommes, la tendance est inverse, puisque les idées suicidaires sont en augmentation, notamment chez les 15-19 ans (3,7 % en 2000 *vs* 5,9 % en 2005) et les 20-25 ans (4,9 % en 2000 *vs* 6,1 % en 2005). En 2000, les adolescentes étaient environ trois fois plus nombreuses que les garçons à présenter des idées suicidaires, alors qu'elles ne sont que deux fois plus nombreuses en 2005.

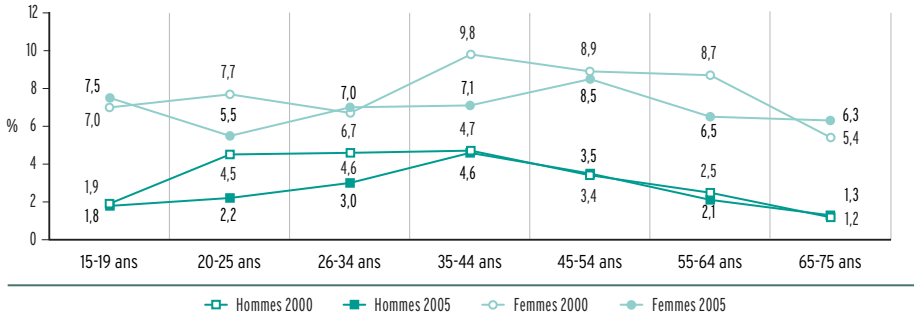
Tentatives de suicide sur la vie entière

Concernant le nombre de tentatives de suicide au cours de la vie, on constate globalement que les proportions diminuent chez les femmes comme chez les hommes **[figure 4]**. Chez les femmes, en 2000, le pic se situait entre 35 et 44 ans, alors qu'en 2005 ce sont les femmes entre 45 et 54 ans qui déclarent avoir fait le plus de tentatives de suicide au cours de leur vie.

Chez les hommes, la proportion la plus élevée correspond toujours à la même tranche d'âge, soit les 35-44 ans, mais on observe une diminution importante pour les tranches d'âge 20-25 ans et 26-34 ans. L'écart entre les filles et les garçons pour les 15-19 ans reste stable depuis 2000 : les filles sont toujours quatre fois plus nombreuses parmi les suicidants. Cet écart se réduit entre 20 et 35 ans (femmes 1,5 fois plus nombreuses que les hommes), puis augmente à nouveau pour atteindre un écart approximativement similaire à celui retrouvé à l'adolescence.

FIGURE 4

Proportion des personnes ayant fait au moins une tentative de suicide au cours de la vie, selon le sexe et l'âge : évolution entre 2000 et 2005



SUICIDALITÉ ET TROUBLES DÉPRESSIFS

Prévalence annuelle des troubles dépressifs

Les données issues du Baromètre santé 2005 relatives aux épisodes dépressifs caractérisés (EDC) montrent que 1 404 personnes de l'échantillon ont eu ce type d'épisode[1] au cours des douze derniers mois, soit 7,8 % **[tableau I]**. Pour plus de 40 %, il s'agit d'un épisode d'intensité sévère. Les dépressions d'intensité légère sont les moins représentées dans le groupe des déprimés (5,4 % de l'ensemble des EDC – pour une définition de ces différents épisodes, il convient de se référer au chapitre sur la dépression).

Idéations suicidaires, tentatives de suicide et troubles dépressifs

Sur l'ensemble de l'échantillon, 5,5 % ont déjà pensé au suicide et 0,24 % a déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de l'année précédant l'interview. Les prévalences sont environ cinq fois plus élevées chez les sujets ayant eu un épisode dépressif dans l'année. En effet, 28,4 % des sujets ayant connu un épisode dépressif au cours de l'année déclarent avoir eu des pensées suicidaires et 1,3 % avoir fait une tentative de suicide **[tableau II]**. La proportion de déprimés ayant pensé au suicide croît avec la sévérité de l'épisode dépressif (10,2 % des EDM légers *vs* 39,5 % des déprimés sévères). La proportion de déprimés ayant fait des tentatives de suicide augmente également avec la sévérité de l'épisode dépressif.

Notons que la majorité des tentatives de suicide (55,4 %) et des idées suicidaires (59,5 %) qui ont eu lieu au cours des douze derniers mois se produisent chez des sujets n'ayant pas connu d'épisode dépressif caractérisé. Cela peut être le fait d'une association avec d'autres types de manifestations psychopathologiques mais aussi être lié à l'existence de dépressions mineures, subsyndromiques, pouvant s'accompagner d'idées suicidaires et de tentatives de suicide **[11]**.

1. Au moins EDC léger.

TABLEAU I

Épisodes dépressifs caractérisés (EDC) : fréquence et intensité (n=16 883)

Épisode dépressif caractérisé (n=1404)	7,8 %
dont sévérité de l'EDC	
EDC léger (n=76)	5,4 %
EDC moyen (n=733)	53,9 %
EDC sévère (n=595)	40,7 %

TABLEAU II

Tentatives de suicide, idées suicidaires et dépression au cours des douze derniers mois

	Idées suicidaires	Tentatives de suicide
Épisode dépressif caractérisé (n=1404)	28,4 %	1,3 %
EDC léger (n=76)	10,2 %	0,0 %
EDC moyen (n=733)	21,9 %	1,0 %
EDC sévère (n=595)	39,5 %	2,0 %

Recours aux soins et tentatives de suicide

Les données du Baromètre santé indiquent que 39,5 % des personnes ayant eu un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois, quelle que soit sa nature (*voir le chapitre sur la dépression*), n'ont pas eu de recours aux soins dans la même année **[tableau III]**.

Sur les 53 tentatives de suicide déclarées au cours des douze derniers mois, 26 suicidants ont été hospitalisés et 36 ont été suivis par un médecin ou un « psy ». Ce qui signifie que 58 % des personnes interrogées ayant fait une tentative de suicide n'ont pas été hospitalisées et que 38 % n'ont été suivies ni par un médecin, ni par un psychologue ou par un psychiatre.

Si l'on étudie les liens entre tentatives de suicide, dépression et comportements de soins, on constate que la majorité des déprimés ayant fait une tentative de suicide au cours de l'année ont eu recours à des soins au cours des douze derniers mois (92 %).

SUICIDALITÉ ET CONDUITES À RISQUES ASSOCIÉES

Les données du Baromètre santé 2005 nous ont permis d'étudier les liens entre idées suicidaires, tentatives de suicide et certains comportements à risques à partir d'une analyse bivariée. Compte tenu des données de la littérature scientifique, nous avons examiné la consommation de substances psychoactives, les conduites alimentaires, les comportements agressifs et les antécédents de violences physiques et sexuelles **[tableau IV]**. Tous ces comportements se définissent comme des conduites à risques **[12, 13]**.

Usage de substances psychoactives

L'étude des facteurs de risques nous montre que l'usage de toxiques est associé significativement aux tentatives de suicide ainsi qu'aux idées suicidaires, mais de façon élective. En effet, alors que la consommation tabagique est reliée aux idées suicidaires, elle ne semble pas associée aux tentatives de suicide déclarées. Pour l'alcool, seule une alcoolisation problématique (abus, dépendance : *cf.* test de Deta) intervient dans la suicidalité, avec un risque multiplié par trois (OR=2,8) pour les idées suicidaires et par sept (OR=7,5) pour les tentatives de suicide. L'alcoolisation problématique est le facteur qui est le plus associé au passage à l'acte suicidaire parmi les différentes conduites de consommation et à risques. Concernant les drogues, nous constatons que l'usage régulier du cannabis est aussi fortement associé au fait d'avoir des idées suicidaires (OR=3,2) et des comportements suicidaires (OR=3,9). Pour les autres drogues illicites, le risque n'intervient que pour l'apparition

TABLEAU III

Recours aux soins chez les sujets déprimés en 2005 au cours des douze derniers mois

	Ont eu recours aux soins	N'ont pas eu recours aux soins
Épisode dépressif caractérisé (n=1404)	60,5 %	39,5 %
EDC et tentative de suicide au cours des douze derniers mois (n=28)	92,3 %	7,7 %
EDC et pensées suicidaires au cours des douze derniers mois (n=417)	53,8 %	46,2 %

TABLEAU IV

Consommation de substances psychoactives, perturbation des conduites alimentaires et violences, en lien avec les idées suicidaires et tentatives de suicide en 2005

	Idées suicidaires (n=916)		Tentatives de suicide (n=40)	
	OR	IC à 95 %	OR	IC à 95 %
Tabac				
Consommation quotidienne	1,3	1,2 ; 1,5	1,5 (ns)	0,9 ; 2,3
Alcool				
Consommation quotidienne	1,0 (ns)	0,9 ; 1,2	0,6 (ns)	0,2 ; 1,7
Test Deta positif	2,8	2,3 ; 3,4	7,5	2,5 ; 22,1
Usage régulier de cannabis	3,2	2,4 ; 4,1	3,9	1,4 ; 11,1
Drogues illicites[1]	2,3	1,7 ; 3,0	1,1 (ns)	0,1 ; 9,7
Conduites alimentaires				
Symptômes boulimiques	2,3	2,0 ; 2,6	3,1	1,6 ; 6,1
Violences				
sexuelles (vie entière)	5,6	4,7 ; 6,7	5,6	2,1 ; 14,9
physiques (douze derniers mois)	3,4	2,6 ; 4,4	4,7	1,5 ; 15,0
agies (douze derniers mois)	2,3	1,7 ; 3,1	5,7	2,2 ; 15,0

1. Drogues illicites : usage au moins une fois au cours de la vie d'une drogue illicite autre que le cannabis.

d'idées suicidaires. Ainsi, ce sont l'alcoolisation problématique et la consommation de cannabis qui sont le plus associées à la suicidalité. Rappelons aussi que les tentatives de suicide sont surtout présentes à l'adolescence, or c'est aussi à cet âge que l'usage du cannabis et les conduites d'ivresse sont les plus fréquents. Il semble donc exister des facteurs partagés dans la suicidalité et les conduites à risques. Dans la mesure où il existe une forte co-occurrence de ces phénomènes chez les personnes interrogées, nous pouvons nous demander si celle-ci ne serait pas l'expression d'une même souffrance psychique.

Symptômes boulimiques

Sont repérés comme souffrant de symptômes boulimiques les sujets ayant déclaré avoir « *très souvent* » ou « *assez souvent* » mangé énormément, avec de la peine pour s'arrêter ou en se faisant vomir volontairement, ou redouter de commencer à manger de peur de ne pas pouvoir s'arrêter.

Selon les résultats du Baromètre 2005, le fait de souffrir de symptômes boulimiques est fortement associé aux pensées suicidaires (OR=2,3), ainsi qu'aux tentatives de suicide (OR=3,1). La présence de symptômes boulimiques chez des sujets est donc fortement à risques en termes de suicidalité.

Violences subies et agies

Les résultats du Baromètre 2005 montrent clairement que les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont davantage déclarées par les personnes ayant été victimes d'agression sexuelle au cours de leur vie. Dans les deux cas, le risque est multiplié par cinq. L'agression sexuelle se définit par le fait d'avoir subi un acte sexuel contre sa volonté. Les violences physiques sont également reliées à la suicidalité. En effet, le fait d'avoir subi une agression physique au cours des douze derniers mois est fortement associé aux pensées suicidaires (OR=3,4), ainsi qu'aux tentatives de suicide (OR=4,7). Pour la violence agie (avoir agressé et/ou blessé

une personne au cours de l'année), nous retrouvons la même tendance, avec un lien encore plus fort en ce qui concerne les tentatives de suicide. Le fait d'être violent multiplie par deux le risque (OR=2,3) de penser au suicide, et par plus de cinq (OR=5,7) le risque de faire une tentative de suicide.

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION, ÂGE LORS DE LA PREMIÈRE PRISE ET SUICIDALITÉ

Les consommations de substances psychoactives, telles que le tabac, l'alcool et les drogues, ont souvent été associées aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide. Cependant, la quantité de substance consommée quotidiennement ainsi que l'âge d'initiation aux dites substances pourraient également jouer un rôle dans les conduites suicidaires. Le nombre de cigarettes et le nombre de verres d'alcool consommés par jour sont fortement corrélés aux idées suicidaires mais aussi aux tentatives de suicide. Plus précisément, en comparant les seuils de significativité, nous observons que la quantité de cigarettes consommées par jour est surtout reliée aux idées suicidaires, alors que les tentatives de suicide sont surtout associées à la quantité d'alcool ingérée par jour **[tableau V]**.

Les données du baromètre santé montrent aussi que, plus les individus consomment jeunes — que ce soit du tabac, de l'alcool ou du cannabis —, plus le nombre de pensées suicidaires et de tentatives de suicide est élevé.

Ainsi, tous ces résultats soulignent qu'une consommation précoce et importante de substances telles que le tabac, l'alcool et les drogues semble être le marqueur de difficultés psychologiques associées aux tentatives de suicide.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX IDÉES SUICIDAIRES ET AUX TENTATIVES DE SUICIDE AU COURS DE L'ANNÉE

À la suite de nos analyses bivariées, nous avons cherché à dégager un modèle général regroupant des facteurs de risques pour les tentatives de suicide, et un second pour les idées suicidaires. Aussi, nous avons effectué une analyse logistique utilisant un procédé pas à pas ascendant (*stepwise*), afin de tester le poids de chacune des variables les unes par rapport aux autres.

Les idées suicidaires

Dans le modèle de régression logistique, les principaux facteurs qui interviennent de

TABLEAU V

Relation entre l'intensité des consommations de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis), l'âge lors de la première prise et les idées suicidaires et tentatives de suicide au cours des douze derniers mois

	Pensées suicidaires (n=1016) (r de Spearman)	Tentatives de suicide (n=53) (r de Spearman)
Nombre de cigarettes par jour	0,05***	0,02**
Nombre de verres d'alcool par jour	0,02*	0,03***
Âge lors de la première cigarette	–0,07***	–0,03***
Âge lors de la première ivresse alcoolique	–0,04***	–0,02***
Âge lors de la première prise de cannabis	–0,03*	–0,03**

* : p<0,05 ; ** : p<0,01; *** : p<0,001.

façon significative dans les pensées suicidaires se regroupent autour des facteurs de santé mentale (anxiété, dépression et boulimie), des facteurs liés à la violence (antécédents de violences sexuelles et physiques subies), des facteurs liés à l'usage de toxiques (cannabis et autres drogues), des facteurs liés aux conditions de vie (vivre seul, chômage) et au sexe.

Concernant les facteurs de santé mentale, le risque de souffrir d'idées suicidaires se trouve multiplié par cinq pour les symptômes anxieux (OR=5,3) et par plus de trois pour la dépression (OR=3,7) **[tableau VI]**. La consommation régulière de cannabis est présente (OR=2,5), ainsi que la symptomatologie boulimique mais avec un risque plus faible (OR=1,5).

Parmi les facteurs relatifs aux violences subies, les antécédents d'agressions sexuelles et physiques prédisent fortement l'apparition d'idées suicidaires, avec des OR respectifs de 3,1 et 2,1.

Les facteurs liés aux conditions de vie sont aussi des paramètres vulnérabilisants vis-à-vis des idées suicidaires, comme le fait de vivre seul (OR=1,8) et d'être au chômage (OR=1,3).

Les tentatives de suicide

Les analyses menées par régression logistique ne valident pas l'existence d'un effet de la dépression sur les tentatives de suicide. En effet, le facteur qui prédit le plus les tentatives de suicide est la présence de symptômes anxieux. Les symptômes anxieux multiplient le risque de faire une tentative de suicide par vingt-huit (OR=28,4) **[tableau VII]**. Ce résultat est à considérer avec précaution, dans la mesure où la variable d'anxiété générale se situe à l'entrée du questionnaire santé mentale évaluant la dépression. Cela pourrait induire un biais de sélection. Par ailleurs, les effectifs des tentatives de suicide sont restreints (n=53). D'autre part, ce modèle pour les tentatives de suicide a retenu deux autres facteurs liés aux conditions de vie. En effet, le fait de vivre seul (suite à un veuvage, un divorce ou être célibataire...) et d'être au chômage multiplie par trois le risque de faire une tentative de suicide.

Cette analyse ouvre aussi la voie à une interprétation qui lie les tentatives de suicide aux comportements violents et agressifs. En effet, parmi les variables

TABLEAU VI

Modèle des idées suicidaires (n=1016)

	OR	IC à 95 %
Symptômes anxieux[a]	5,3***	4,3 ; 6,4
Épisode dépressif majeur	3,7***	3,1 ; 4,4
Violences sexuelles	3,1***	2,3 ; 4,2
Consommation régulière de cannabis	2,5***	1,8 ; 3,4
Violences physiques	2,1***	1,5 ; 3,1
Vivre seul	1,8***	1,5 ; 2,2
Consommation de toxiques (autre que cannabis)	1,6**	1,1 ; 2,4
Symptômes boulimiques	1,5***	1,2 ; 1,8
Chômage	1,3***	1,1 ; 1,7
Sexe féminin	1,3***	1,1 ; 1,5

** : p<0,01 ; *** : p<0,001.

a. Patients considérés comme ayant des symptômes anxieux : patients ayant eu, au cours des douze derniers mois, une période d'au moins un mois où ils étaient très soucieux, tendus ou anxieux la plupart du temps ou qui, dans une situation donnée, avaient le sentiment de se faire plus de soucis que la plupart des gens dans la même situation.

TABLEAU VII

Modèle des tentatives de suicide (n=53)

	OR	IC à 95 %
Symptômes anxieux[a]	28,4***	6,2 ; 130,5
Violences agies	5,8**	2,2 ; 30,7
Vivre seul	3,1**	1,9 ; 7,8
Chômage	2,7*	1,0 ; 5,1

* : p<0,05 ; ** : p<0,01; *** : p<0,001.
a. Sujets considérés comme ayant des symptômes anxieux : sujets ayant eu, au cours des douze derniers mois, une période d'au moins un mois où ils étaient très soucieux, tendus ou anxieux la plupart du temps ou qui, dans une situation donnée, avaient le sentiment de se faire plus de soucis que la plupart des gens dans la même situation.

discriminantes se trouve le fait d'avoir été violent et/ou d'avoir blessé quelqu'un au cours des douze derniers mois. À la différence des pensées suicidaires, ce ne sont pas les antécédents de violences sexuelles ou physiques qui augmentent le risque de passer à l'acte suicidaire mais le fait d'avoir commis des actes violents : violence agie (OR=5,8). Ce résultat confirme bien le lien entre auto-agressivité et hétéro-agressivité.

Tous ces facteurs de risques (psychologiques, sociaux) ne doivent pas s'interpréter indépendamment les uns des autres. C'est l'interaction et le cumul de ces facteurs qui inscrivent l'individu dans une vulnérabilité vis-à-vis des idées suicidaires et/ou des conduites suicidaires.

DISCUSSION

Prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide : une surreprésentation des femmes

Les données du Baromètre santé 2005 ont montré qu'environ 5 % des personnes interrogées ont pensé au suicide au cours des douze derniers mois et que 0,2 % a fait une tentative de suicide. Ces deux prévalences sont légèrement en baisse depuis 2000. En comparant ces taux avec ceux rapportés par les études internationales, nous observons des différences interculturelles. L'étude multinationale de Weissman **[14]**, réalisée auprès de 8 098 personnes de diverses nationalités âgées de 15 à 54 ans, a montré des taux importants selon les pays. Le taux de prévalence variait de 2,09 % (Liban) à 18,51 % (Nouvelle-Zélande) pour les idées suicidaires, et de 0,72 % (Liban) à 5,93 % (Puerto Rico) pour les tentatives de suicide au cours de l'année. Concernant l'échantillon français de cette étude, les prévalences respectives étaient de 14,2 % et de 4,95 %, avec une surreprésentation des femmes : 7,02 % *versus* 2,7 % pour les hommes. Ce résultat est confirmé tant dans les données du Baromètre 2005 que sur le plan international dans de nombreuses études **[14-16]**. Une enquête réalisée en population générale entre 1999 et 2003 par le Centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé (CCOMS) et la Drees (enquête en santé mentale en population générale) a montré que 9 % des femmes et 6 % des hommes avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie **[1]**. En revanche, on constate que le nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes **[17, 18]**.

La suicidalité : un phénomène qui touche surtout les adolescents

Cette étude confirme que les pensées et les tentatives de suicide concernent surtout les adolescents. Les personnes ayant pensé au suicide sont trois fois plus nombreuses entre 15 et 19 ans qu'entre 65 et 75 ans, et cet écart se retrouve encore plus nettement pour les tentatives de suicide. En effet, celles-ci sont quatre fois plus nombreuses à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Cependant, chez les plus de 65 ans, 3,4 % des hommes et 2,4 % des femmes ont des idées suicidaires. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude australienne de J.-J. Pfaff et O.P. Almeida **[19]**. Selon eux, 5,8 % des personnes âgées de plus de 60 ans ont des idées suicidaires. Précédemment, T.R. Lynch *et al.* **[20]** avaient montré que le nombre d'idées suicidaires et de tentatives de suicide décroissait avec l'âge. Le réseau Sentinelles estime que les médecins généralistes, sur la période 2000-2004, ont vu, selon les années, entre 60 000 et 73 000 personnes ayant accompli un geste suicidaire, la majorité d'entre elles ayant entre 15-19 ans. Ce phénomène est confirmé par de nombreuses études. Par exemple, aux États-Unis, 33,4 % des filles ont pensé au suicide et 10,3 % ont déjà fait une tentative de suicide ; pour les garçons, la proportion s'élève respectivement à 20,5 % et 6,2 % **[21]**. Une étude suisse plus récente rapporte des taux similaires : 25,6 % ont déjà pensé au suicide, 15 % ont eu des projets suicidaires et environ 3 % ont tenté de se suicider **[22]**. D'autres études françaises rapportent des taux plus faibles, comme celle de V. Belloc **[23]** pour laquelle les idées suicidaires dans l'année ont concerné 15,6 % des filles et 12,3 % des garçons.

En comparant les données du Baromètre santé 2005 avec les études françaises antérieures, nous constatons qu'elles sont assez proches de celles rapportées en 1993 et qui montraient que 10,7 % de filles et 7,2 % de garçons avaient eu des idées suicidaires, et que 3,3 % des filles et 1,6 % des garçons avaient fait une tentative de suicide dans l'année **[24]**.

En revanche, lorsque nous étudions le taux de mortalité selon l'âge, nous constatons que le nombre de suicides augmente avec l'âge, surtout chez les hommes **[20]**. Par exemple, le taux de décès par suicide des hommes est dix fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 24 ans **[1]**. Ceci tend à montrer que le geste suicidaire à un âge avancé n'a pas la même signification du fait de sa mortalité que lorsqu'il est réalisé à un âge plus jeune (tentative de suicide). Ajoutons aussi que bon nombre de décès chez les personnes âgées ne sont pas répertoriés comme des suicides du fait que ceux-ci sont consécutifs à un syndrome de glissement **[1]**.

Les manifestations dépressives interviennent dans le processus suicidaire

Les données du Baromètre santé 2005 ont permis de souligner une relation entre dépression et suicidalité (idées suicidaires et tentatives de suicide). Dans une étude longitudinale sur un an conduite en Finlande, J. Hintikka *et al.* **[25]** ont montré que des scores élevés de dépression étaient prédictifs de l'apparition d'une idéation suicidaire dans l'année. Globalement, la persistance des idées suicidaires au cours de la période d'un an était de 69 % chez les hommes et de 59 % chez les femmes. Chez un tiers des sujets, l'idéation suicidaire persistait même lorsque les scores de dépression s'amélioraient, comme si les idées suicidaires étaient une conséquence de la dépression pouvant évoluer de façon chronique en un état mental indépendant de l'humeur dépressive. En outre, l'intensité de l'idéation suicidaire est en relation avec le nombre de tentatives

de suicide antérieures **[26]**, ainsi qu'avec les tentatives de suicide futures **[15]** et les suicides **[27]**. Outre l'intensité et la durée de l'idéation suicidaire, il a été montré récemment que le caractère fluctuant des idées suicidaires a une valeur prédictive importante vis-à-vis des tentatives de suicide ultérieures **[28]**. Cette donnée est à rapprocher des notions de défaillance affective **[29]** et de perte de contrôle **[30],** associées toutes deux au concept de bipolarité (exemple : trouble de l'humeur bipolaire), impliqué dans le passage à l'acte suicidaire.

Comme nous l'avons souligné précédemment, la suicidalité connaît un pic à l'adolescence ; or il a été montré que les troubles et les symptômes dépressifs augmentent à partir de 13 ans environ, et cela particulièrement chez la femme **[31, 32]**. De plus, les dépressions subsyndromiques (en dessous du seuil des critères de dépression majeure) sont fréquentes et associées à une suicidalité (idées suicidaires et/ou tentatives de suicide) significative. Or ces dépressions mineures sont sous-diagnostiquées et sous-traitées. Une étude récente montre que seulement 1,7 % de ces adolescents a reçu des soins **[11]**.

L'association entre dépression et suicidalité suscite un recours aux soins plus fréquent

Les résultats des données du Baromètre santé 2005 montrent clairement que les personnes déprimées ayant présenté des idées suicidaires ou fait une tentative de suicide dans l'année ont, dans leur grande majorité, consulté un professionnel de la santé (81,8 % *vs* 18,2 %). Cette observation tend à prouver que la présence d'une suicidalité favorise une demande de soins chez les déprimés. L'étude de R. Mojtabai **[33]** avait déjà montré ce lien avec la dépression, mais aussi avec les troubles anxieux et la suicidalité. Dans une étude américaine, ce sentiment subjectif de demande de soins psychiatriques ou psychologiques est estimé à 12 % dans un échantillon représentatif **[33]**. À l'inverse, la proportion de sujets répondant aux critères diagnostiques pour un trouble mental sans avoir pour autant une demande de soins est de 8,8 %. De plus, 50 % des sujets ayant identifié chez eux un besoin de soins ont envie de s'aider par eux-mêmes **[34]**. Chez les adultes et les adolescents, l'envie de « s'en sortir seul » est associée au sexe masculin, à une image peu positive des professionnels de santé, à une tendance à banaliser la dépression (« *Ça va passer tout seul* »), tout comme à la croyance que l'usage de substances peut améliorer le vécu émotionnel. Les adultes qui ne recherchent pas d'aide associent le plus souvent la dépression à une faiblesse personnelle **[35]**.

Dans un échantillon de 1 593 sujets suivis longitudinalement, 41 % des hommes et 46 % des femmes ayant des idées suicidaires à la première évaluation ont consulté dans l'année un professionnel de santé pour motifs psychologiques. Les proportions sont similaires chez les sujets ayant une idéation suicidaire persistante (44 % d'hommes, 50 % de femmes) **[36]**. Cependant, plus de 80 % des suicidés n'ont pas de traitement médicamenteux au moment du passage à l'acte **[37]**. Ces données sont à rapprocher de celles du traitement des troubles dépressifs, qui sont à la fois sous-diagnostiqués et sous-traités **[8]**. De plus, l'adéquation des prescriptions n'est pas toujours optimale puisque, en France, 25 % des sujets recevant des antidépresseurs n'ont pas de troubles psychiatriques avérés **[38]**.

Selon les données du réseau Sentinelles, le médecin généraliste serait d'abord sollicité dans près de trois tentatives de suicide sur dix ayant donné lieu à un recours aux soins. Il aurait décidé l'hospitalisation du patient dans environ 80 % des cas et le maintien au domicile dans 20 %.

La suicidalité comme marqueur d'autres conduites à risques

Les conduites à risques rendent compte d'un large spectre de comportements, parmi lesquels nous pouvons citer la consommation de substances psychoactives, les troubles des conduites alimentaires, la prise de risques sexuelle, la prise de risques en véhicules motorisés, les conduites antisociales et violentes, etc. **[12]**. D'après les données de la littérature, les conduites à risques semblent être fréquemment reliées aux pensées suicidaires et aux tentatives de suicide, mais également à la dépression, notamment vis-à-vis des conduites de consommation **[39, 40]** et des troubles des conduites alimentaires **[41, 42]**. Pour ces derniers, les données du Baromètre santé 2005 montrent que la symptomatologie boulimique est associée tant aux pensées suicidaires qu'aux passages à l'acte suicidaire. Certains travaux confirment le lien entre suicidalité et boulimie, plus particulièrement chez les femmes boulimiques **[43-46]**. Selon D.L. Franko **[47]**, 25 à 30 % des boulimiques feraient des tentatives de suicide, alors que les suicides sont rares.

Une analyse multivariée a aussi permis de montrer, à partir des données du Baromètre santé 2005, que les violences agies ou subies (physiques et sexuelles) sont reliées à la suicidalité. Le fait d'avoir vécu des actes de maltraitance durant la vie (notamment l'enfance) est un facteur prédisposant aux tentatives de suicide répétées **[48-50]**. Dans l'étude de S. Riggs **[48]**, parmi les 13 % d'enfants maltraités, 5,2 % avaient subi des violences physiques, 5,4 % des abus sexuels et 2,7 % les deux. Dans cette étude, les enfants maltraités physiquement avaient trois fois plus de risques de consommer de l'alcool et du tabac, deux fois plus de risques de consommer des drogues illicites, six fois plus de risques de souffrir de troubles alimentaires, et cinq fois plus de risques de faire des tentatives de suicide. Pour les enfants ayant été abusés sexuellement, le risque vis-à-vis des tentatives de suicide était multiplié par trois et demi. Selon T. E. Joiner *et al.* **[51]**, que la nature de l'abus soit de l'ordre d'une violence sexuelle ou physique, le risque suicidaire est le même. Car, selon eux et d'autres auteurs **[52]**, un enfant ayant été abusé sexuellement subit presque toujours d'autres violences d'ordres physique et psychologique.

L'autre aspect de la violence que les données du Baromètre santé 2005 ont mis en évidence concerne la violence agie. Le fait d'avoir blessé volontairement une personne durant l'année multiplie par six le risque de faire une tentative de suicide. Ce type de lien confirme les résultats retrouvés à partir des données du Baromètre santé 2000, qui avaient surtout mis en évidence cette association chez les moins de 25 ans **[53]**. Ce résultat suggère que l'agressivité utilisée contre autrui peut aussi se retourner contre la personne elle-même, ce qui remet en question la distinction entre hétéro-agressivité et auto-agressivité. Cette observation a été retrouvée dans d'autres études, dans lesquelles les comportements agressifs et impulsifs ont été identifiés comme des facteurs de risques des comportements suicidaires **[54, 55]**. Plus récemment, L. O'Donnell *et al.* **[56]** ont mis en évidence le lien entre agression et suicidalité, essentiellement chez les femmes. Celles présentant un niveau d'agression élevé avaient davantage tendance à penser au suicide et à passer à l'acte.

L'impulsivité est une caractéristique commune de la symptomatologie boulimique, du mésusage de l'alcool (*cf.* dépendance/conduites d'ivresse), des comportements violents et, bien entendu, des conduites suicidaires. Cette constatation souligne le rôle de facteurs infracliniques tels que la personnalité et/ou le tempérament dans la survenue d'une psychopatho-

logie ou de comportements à risques **[57]**. En effet, un cluster de traits de personnalité associant un niveau de réactivité émotionnelle élevé, une forte impulsivité et un faible contrôle comportemental pourra, à la suite d'un événement traumatogène, vulnérabiliser la personne vis-à-vis des tentatives de suicide. Toutes ces caractéristiques individuelles ont, de la même façon, une incidence sur l'expression sémiologique de la dépression et des conduites associées. Aussi, en matière de prévention, la prise en compte du profil tempéramental de la personne souffrante par les professionnels de la santé pourrait s'avérer importante tant pour la mise en place d'une prise en charge spécifique selon le type clinique de dépression que pour l'évaluation du risque de la suicidalité.

L'alcoolisation pathologique comme facteur de risques majeur des tentatives de suicide

Concernant la consommation de substances psychoactives, les données ont souligné la forte implication de l'usage d'alcool à risque (*cf.* test Deta). Ce résultat est concordant avec les travaux s'intéressant à deux comportements : abus d'alcool et comportements suicidaires **[58-60]**. L'abus d'alcool et les comportements suicidaires sont surtout reliés lorsque les sujets sont dépressifs **[61]**. L'abus d'alcool au travers des conduites d'ivresse serait utilisé à des fins d'automédication, dans le but de mettre momentanément à distance les affects dépressifs. Or l'abus d'alcool semble surtout relié aux tentatives de suicide, signifiant que l'effet désinhibiteur de l'alcool faciliterait les passages à l'acte suicidaire, ce qui souligne la mise en échec de l'automédication. Selon les travaux de K.P. Pages **[62]**, des niveaux élevés de consommation d'alcool ou de drogues sont associés à de fortes pensées suicidaires, ce qui signifie que plus les personnes pensent au suicide, plus elles fument ou boivent de l'alcool, ou inversement. La quantité de substances prises serait corrélée aux pensées suicidaires. Dans les données du Baromètre santé, les fréquences de consommation d'alcool et de cigarettes ont, elles aussi, été corrélées significativement avec le nombre de pensées suicidaires et le nombre de tentatives de suicide.

La précocité de la consommation de substances a également été étudiée en lien avec les tentatives de suicide et les pensées suicidaires. Dans l'étude de H.C. Wilcox **[63]**, seules les consommations précoces de cannabis chez les filles induisaient un risque élevé à plus long terme de pensées suicidaires et de tentatives de suicide, alors que l'âge de début de consommation de tabac et d'alcool n'avait aucune influence. En revanche, les données du Baromètre santé 2005 montrent que, bien que l'âge d'initiation au cannabis soit un facteur de risques dans l'apparition de pensées et de conduites suicidaires, c'est l'âge du premier usage de cigarettes et de la première ivresse alcoolique qui apparaît comme le déterminant le plus fort. En effet, la significativité des corrélations est plus élevée pour les ivresses et le tabac que pour le cannabis. Ce résultat est d'autant plus intéressant que l'âge d'initiation de ces deux comportements est plus précoce que celui de la prise de cannabis.

Les comportements à risques associés à la suicidalité : expression de conduites de rupture

De nombreuses études soulignent l'existence d'un *continuum* de gravité croissante entre les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Les données du Baromètre santé 2005 montrent, elles aussi, cette relation par la mise en évidence de facteurs communs. Cependant il est difficile, pour une

étude épidémiologique, de saisir la vulnérabilité du processus suicidaire tant celle-ci est complexe et spécifique à chaque personne. On ne saurait réduire les relations entre idées suicidaires et passage à l'acte suicidaire à un lien de causalité, car les pensées suicidaires n'induisent pas toutes des tentatives de suicide et toutes les tentatives de suicide n'ont pas été précédées d'idéations suicidaires. Il nous semble essentiel, en matière de prévention, de dégager les mécanismes impliqués dans la suicidalité. Aussi nous nous sommes appuyés, selon les recommandations de l'Anaes **[4],** sur un certain nombre de facteurs dits « primaires » — comme la dépression, les troubles anxieux, la prise de toxiques, la symptomatologie boulimique, les comportements violents — ; dits « secondaires » — comme le chômage, l'isolement, les événements de vie (*cf.,* antécédents de violences subies...) — ou encore dits « tertiaires » tels que l'âge et le sexe.

Les différentes analyses effectuées ont permis de montrer que la suicidalité est associée à un certain nombre de facteurs de risques au travers de facteurs affectifs et thymiques, de conduites à risques et de facteurs environnementaux.

Tous ces facteurs reliés les uns aux autres semblent s'inscrire dans l'expression d'un profond malaise psychique où la problématique de la rupture semble se tisser en toile de fond. En effet, que ce soit la dépression au travers de sa sémiologie (exemples : émoussement affectif, anhédonie physique, sociale, etc.), la boulimie (exemples : cognitions alimentaires...), l'alcoolisation, la consommation de cannabis, ou d'autres drogues illicites (exemples : dépendance, perte de contrôle etc.), les attitudes agressives et violentes (exemples : tendances antisociales, etc.), tous ces comportements peuvent s'analyser comme des conduites de rupture. De même, les antécédents de violences subies (sexuelles et physiques) induisent eux aussi souvent des comportements de rupture, des conduites à risques. Par exemple, les antécédents familiaux et plus particulièrement les antécédents psychologiques personnels (placement précoce, suivi psychiatrique antérieur), sont significativement plus fréquents chez les récidivistes et s'avèrent d'authentiques facteurs de risques d'un nouveau geste suicidaire **[64]**. Cette problématique de la rupture est renforcée par le fait que, dans nos analyses, deux autres facteurs interviennent de façon significative : le fait de vivre seul et celui d'être au chômage. Rappelons que la situation matrimoniale ne doit pas s'interpréter de façon déterministe, car une séparation aura d'autant plus d'impact sur une personne que celle-ci éprouve déjà des difficultés personnelles (exemples : problématique identitaire en questionnement, vécu dépressif, antécédents d'événement de vie négatifs, etc.). Aussi, pour l'Anaes **[4],** le fait de vivre seul tout comme le chômage sont considérés comme des circonstances aggravantes et non prédictives de la suicidalité. Nous pouvons dès lors nous interroger : dans quelle mesure la co-occurrence de tous ces comportements de rupture n'est-elle pas annonciatrice de la plus expressive des conduites de rupture, la tentative de suicide ?

CONCLUSION

Bien que les données épidémiologiques soulignées par de nombreuses études ne permettent pas de dresser un profil type du candidat au suicide, elles fournissent des informations importantes en matière de prévention tant « universelle » que « sélective » ou « indiquée ». Que ce soient les données du Baromètre santé 2005 ou celles de 2000, toutes soulignent que la plupart des personnes déprimées déclarant avoir présenté des pensées suicidaires ont consulté un professionnel de la santé. Ce résultat montre combien, en matière de prévention, le rôle du professionnel de la santé sera important dans le repérage des facteurs de risques de suicide. Les facteurs de risques soulignés par cette étude sont l'indice, tant d'un profond malaise psychique pouvant être dépressif et/ou anxieux, que de comportements de rupture au travers de la prise de toxiques, des troubles du comportement alimentaire, de conduites violentes, mais aussi au travers du fait de vivre seul et d'être au chômage. Tous ces facteurs ne peuvent pas s'interpréter les uns indépendamment des autres, car l'influence d'un facteur dépend aussi et surtout de la présence d'un autre facteur, ce qui rend compte du caractère mutifactoriel et dynamique du processus suicidaire. Aussi la reconnaissance par les professionnels de la santé de symptômes anxieux ou dépressifs, associés à des conduites de rupture, peut constituer l'une des étapes préliminaires de la prévention du suicide.

Remerciements

Nous souhaitons remercier, pour leur aide à la rédaction de ce chapitre :

Silvia Orejanera (pédopsychiatre, service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Robert-Debré, Paris),

Floriane Dutrop (psychologue clinicienne, département de psychologie, Université François-Rabelais de Tours),

Badiâa Bouazzaoui (docteur en psychologie, ingénieur d'étude, département de psychologie, Université François-Rabelais de Tours).

Relecteurs

Christophe Léon (INPES)
Stéphane Legleye (OFDT)

Bibliographie

Les sites mentionnés ont été visités le 10/07/2007

[1] Mouquet M.C., Bellamy V.
Suicides et tentative de suicide en France.
Études et résultats 2006 ; 488 : 1-8.
En ligne : http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er488/er488.pdf

[2] World Health Organization (WHO).
Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours – SUPRE-MISS: protocol of SUPRE-MISS.
Geneva: Department of Mental Health and Substance Dependence, WHO, 2002: 79p.

[3] CépiDc – IFR69.
Interrogation des données (1979 - 2004) [Banque de données en ligne].
Le Vésinet : Inserm ; dernière mise à jour 18 juin 2007.
En ligne : http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr

[4] Anaes.
La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Texte du consensus.
Paris : Anaes, 2001 : 45 p.

[5] Isometsä E., Henriksson M., Marttunen M, *et al.*
Mental disorders in young and middle aged men who commit suicide.
BMJ 1995; 310(6991): 1366-7.
En ligne : http://www.bmj.com/cgi/content/full/310/6991/1366

[6] Shaffer D., Gould M.S., Fisher P., *et al.*
Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide.
Archives of General Psychiatry 1996; 53(4): 339-48.

[7] Bertolote J.M., Fleischman A., DeLeo D., Wasserman D.
Suicide and mental disorders: do we know enough?
The British Journal of Psychiatry 2003; 183: 382-3.
En ligne : http://bjp.rcpsych.org/cgi/reprint/183/5/382.pdf

[8] Oquendo M.A., Lizardi D., Greenwald S., Weissman M.M., Mann J.J.
Rates of lifetime suicide attempt and rates of lifetime major depression in different ethnic groups in the United States.
Acta Psychiatrica Scandinavica 2004; 110(6): 446-51.

[9] Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.).
Baromètre santé 2000 : Résultats. Volume 2.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé ; 2001 : 480 p.

[10] 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; 56(7): 617-26.

[11] Sihvola E., Keski-Rahkonen A., Dick D.M, *et al.*
Minor depression in adolescence: Phenomenology and clinical correlates.
Journal of Affective Disorders 2007; 97(1-3): 211-18.
En ligne : http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=16843533

[12] Michel G. *La prise de risque à l'adolescence.*
Pratique sportive et usage de substances psychoactives.
Paris : Masson, coll. Les Âges de la vie ; 2001.

[13] Michel G., Purper-Ouakil D., Mouren M.-C.
Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2006 ; 54 (1) : 62-76.

[14] Weissman M.M., Bland R.C., Canino G.J., *et al.*
Prevalence of suicidal ideation and suicide attempts in nine countries.
Psychological Medecine 1999; 29(1): 9-17.

[15] Lewinsohn P.M., Seeley J.R., Hibbard J., Rohde P., Sack W.H.
Cross-sectional and prospective relationships between physical morbidity and depression in older adolescents.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996; 35(9): 1120-9.

[16] Botega N.J., Barros M.B.A., Oliviera H.B., Daigalarrondo P., Marin-Léon L.
Suicidal behavior in the community: Prevalence and factors associated with suicidal ideation.
Revista brasileira de psiquiatria 2005; 27(1): 45-53.
En ligne : http://www.scielo.br/pdf/rbp/v27n1/23712.pdf

[17] Andrews J.A., Lewinsohn P.M.
Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992; 31(4): 655-62.

[18] Marttunen M.J., Henriksson M.M., Aro HM., *et al.*
Suicide among female adolescent: characteristic and comparaison with males in the age group 13 to 22 years.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1995; 34(10): 1297-307.

[19] Pfaff J.J., Almeida O.P.
Detecting suicidal ideation in older patients: identifying risk factors within the general practice setting.
The British Journal of General Practice 2005; 55(513): 269-73.

[20] Lynch T.R., Johnson C.S., Mendelson T., *et al.*
Correlates of suicidal ideation among an elderly depressed sample.
Journal of Affective Disorders 1999; 56(1): 9-15.

[21] Centers for Disease Control (CDC).
Attempted suicide among high school students United-States.
Morbidity and Mortality Weekly Report 1991; 40(37): 633-35.

[22] Rey C., Michaud P.-A., Narring F., Ferron C.
Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins.
Archives de Pédiatrie 1997 ; 4 (8) : 784-92.

[23] Belloc V., Leichsenring F., Chabrol H.
Relations entre les symptomatologies dépressive et limite et les idées suicidaires dans un échantillon de lycéens.
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence 2004 ; 52 (4) : 219-24.

[24] Choquet M., Ledoux S.
Adolescents : enquête nationale.
Paris : Inserm, coll. Analyses et prospective, 1994 : 350 p.

[25] Hintikka J., Pesonen T., Saarinen P., Tanskanen A., Lehtonen J., Viinamaki H.
Suicidal ideation in the Finnish general population. A 12-month follow-up study.
Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2001; 36(12): 590-94.

[26] Joiner T.E. Jr, Rudd M.D.
Intensity and duration of suicidal crises vary as a function of previous suicide attempts and negative life events.
Journal of Consulting and Clinical Psychology 2000; 68(5): 909-16.

[27] Beck A.T., Brown G.K., Steer R.A., Dahlsgaard K.K., Grisham J.R.
Suicide ideation at its worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients.
Suicide & Life-threatening Behavior 1999; 29(1): 1-9.

[28] Witte T.K., Fitzpatrick K.K., Joiner T.E. Jr, Schmidt N.B.
Variability in suicidal ideation: a better predictor of suicide attempts than intensity or duration of ideation?
Journal of Affective Disorders 2005; 88(2): 131-6.

[29] Harvey P.D., Greenberg B.R., Serper M.R.
The affective lability scales: development, reliability, and validity.
Journal of Clinical Psychology 1989; 45(5): 786-93.

[30] Orbach I., Stein D., Shan-Sela M., Har-Even D.
Body attitudes and body experiences in suicidal adolescents.
Suicide & Life-threatening Behavior 2001; 31(3): 237-49.

[31] Angold A., Costello E.J., Worthman C.M.
Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing.
Psychological Medicine 1998; 28(1): 51-61.

[32] Hankin B.L., Abramson L.Y.
Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory.
Psychological Bulletin 2001; 127(6): 773-96.

[33] Mojtabai R., Olfson M., Mechanic D.
Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders.
Archives of General Psychiatry 2002; 59(1): 77-84.

[34] Sareen J., Cox B.J., Afifi T.O., Clara I., Yu B.N.
Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample.
Canadian Journal of Psychiatry 2005; 50(10): 643-51.

[35] Jorm A.F., Kelly C.M., Wright A., *et al.*
Belief in dealing with depression alone: Results from community surveys of adolescents and adults.
Journal of Affective Disorders 2006; 96(1-2): 59-65.

[36] Rhodes A.E., Bethell J., Bondy S.J.
Suicidality, depression, and mental health service use in Canada.
Canadian Journal of Psychiatry 2006; 51(1): 35-41.

[37] Henriksson S., Boethius G., Isacsson G.
Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jamtland county, Sweden 1985-95.
Acta Psychiatrica Scandinavica 2001; 103(4): 301-6.

[38] Rouillon F., Blachier C., Dreyfus J.P., Bouhassira M., Allicar M.P.
Étude pharmaco-épidémiologique de la consommation des antidépresseurs en population générale.
Encéphale 1996 ; 22 (1) : 39-48.

[39] Brown R., Lewinson P., Seeley J., Wagner E.
Cigarette smoking, major depression, and other psychiatric disorders among adolescents.
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996; 35(12): 1602-10.

[40] Jarvelaid M.
Adolescent tobacco smoking and associated psychosocial health risk factors.
Scandinavian Journal of Primary Health Care 2004; 22(1): 50-53.

[41] Woodside B.D., Staab R.
Management of psychiatric comorbidity in anorexia nervosa and bulimia nervosa.
CNS Drugs 2006; 20(8); 655-63.

[42] O'Brien K.M., Vincent N.K.
Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationships.
Clinical Psychology Review 2003; 23(1): 57-74.

[43] Favaro A., Santonastaso P.
Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates.
Acta Psychiatrica Scandinavica 1997; 95(6): 508-14.

[44] Milos G., Spindler A., Hepp U., Schnyder U.
Suicide attempts and suicidal ideation: links with psychiatric comorbidity in eating disorder subjects.
General Hospital Psychiatry 2004; 26(2): 129-35.

[45] Youssef G., Plancherel B., Laget J., *et al.*
Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders.
European Psychiatry 2004; 19(3): 131-9.

[46] Guilbert P., Choquet M., Arwidson P., *et al.*
Disturbed eating behavior and suicide thoughts among adolescents: results of a national telephone survey.
Santé Publique 2001 ; 13 (2) : 113-23.

[47] Franko D.L., Keel P.K.
Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications.
Clinical Psychology Review 2006; 26(6): 769-82.

[48] Riggs S., Alario A.J., McHorney C.
Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment.
The Journal of Pediatrics 1990; 116(5): 815-21.

[49] Andrews G., Corry J., Slade T., Issakidis C., Swanston H.
Comparative risk assessment: Child sexual abuse. Final report.
Sydney: WHO Collaborating Centre on Evidence and Health Policy in Mental Health, St. Vincent's Hospital, 2002.

[50] Ystgaard M., Hestetun I., Loeb M., Mehlum L.
Is there a specific relationship between childhood sexual and physical abuse and repeated suicidal behavior ?
Child Abuse & Neglect 2004; 28(8): 863-75.

[51] Joiner T.E., Sachs-Ericsson N.J., Wingate L.R., Brown J.S., Anestis M.D., Selby E.A.
Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship.
Behaviour Research and Therapy 2007; 45(3): 539-47.

[52] Coll X., Law F., Tobias A., Hawton K.
Child sexual abuse in women who take overdoses: I. A study of prevalence and severity.
Archives of Suicide Research 1998 ; 4 : 291-306.

[53] Lagrange H.
Échanges de coups, prises de risque, rapports sexuels forcés. In : Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (dir.).
Baromètre santé 2000 : Résultats. Volume 2.
Vanves : CFES, coll. Baromètres santé, 2001 : 189-209.

[54] US Public Health Service.
Office of the Surgeon General, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Mental Health Services. National Strategy for Suicide Prevention: Goals and Objectives for Action.
Rockville : US Public Health Service. Office of the Surgeon General, 2001.

[55] Gould M.S., Kramer R.A.
Youth suicide prevention.
Suicide & Life-threatening Behavior 2001 ; 31 (Suppl) : 6 –31.

[56] O'Donnell L., Stueve A., Wilson-Simmons R.
Aggressive behaviors in early adolescence and subsequent suicidality among urban youths.
The Journal of Adolescent Health 2005; 37(6); 517.

[57] Michel G., Purper-Ouakil D.
Personnalité et développement du normal au pathologique.
Paris : Dunod, 2006.

[58] Kelly T.M., Cornelius J.R., Clark D.B.
Psychiatric disorders and attempted suicide among adolescents with substance use disorders.
Drug and Alcohol Dependence 2004; 73(1): 87-97.

[59] Wagner B.M., Cole R.E., Schwartzman P.
Comorbidity of symptoms among junior and senior high school suicide attempters.
Suicide & Life-threatening Behavior1996; 26(3): 300-7.

[60] Chatterji P., Dave D., Kaestner R., Markowitz S.
Alcohol abuse and suicide attempts among youth.
Economics and Human Biology 2004; 2(2): 159-80.

[61] Darke S., Ross J., Lynskey M., Teesson M.
Attempted suicide among entrants to three treatment modalities for heroin dependence in the Australian Treatment Outcome Study (ATOS): prevalence and risk factors.
Drug and alcohol dependence 2004; 73(1): 1-10.

[62] Pages K.P., Russo J.E., Roy-Byrne P.P., Ries R.K., Cowley D.S.
Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders.
The Journal of Clinical Psychiatry 1997; 58(11): 510–5, quiz 516–7.

[63] Wilcox H.C., Anthony J.C.
The development of suicide ideation and attempts: an epidemiologic study of first graders followed into young adulthood.
Drug and Alcohol Dependence 2004 ; 76S : S53-S57.

[64] Chastang F., Dupont I., Rioux P., Kovess V., Zarifian E.
Récidive suicidaire chez les jeunes de moins de 30 ans : rôle des facteurs familiaux.
European Psychiatry 1998; 13(4): 278-9.

37

SIRI HUSTVEDT • TOUT CE QUE J'A
Bernard Werber L'Encyclopédie du savoi
Junichiro Tanizaki
Dictionnaire des MYTHOLOGIES
LES ÉDITIONS DE MINUIT
INTRODUCTION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE EXPÉRIMENTALE
Ernest Hemingway
Le vieil homme et la mer
20004
Tarquinia
187
Fictions
614
mon Leys
OLOGIE

20Bad... 15/06/02