

Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres ?

Enquête auprès de 3 800 adolescents

Par **Philippe Binder**, Médecin généraliste, service « Info-Relais 17 », 17430 Lussant.

Résumé

Objectif : Dépister les adolescents suicidants ne sollicitant pas de prise en charge mais consultant par ailleurs un généraliste. Ils seraient plus de 2/3 de tous les jeunes suicidants et méritent du médecin une attention particulière.

Méthode : Enquête auprès de 3 749 jeunes scolarisés en classe de troisième et de seconde ou assimilée, toutes filières confondues, sur l'ensemble de la Charente-Maritime (14-17 ans).

Résultats : 415 adolescents (soit 11 %) ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide. Parmi eux, 32 % ont consulté un médecin ou ont été hospitalisés en raison de cet acte. De façon différente selon le sexe, leur démarche de prise en charge semblait plus liée à un déficit relationnel familial, un échec scolaire et une impulsivité qu'à une intensité dépressive. Victimes d'agressions, influençables, ils géraient déjà leurs angoisses avec des médicaments ou de l'alcool ou encore des drogues. Soixante pour cent n'ont pas été pris en charge pour cet acte mais ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année de l'enquête ; ils avaient moins de problèmes relationnels et de difficultés scolaires. Dans ce groupe, les garçons se déclaraient moins agressifs ou excessifs dans leurs consommations et se situaient moins dans l'illégalité ; cependant ils étaient pratiquement autant à avoir récidivé dans leur tentative de suicide. Les adolescentes étaient moins impulsives et moins médicalisées mais autant dépressives. Huit pour cent n'ont eu aucune occasion de consulter. La gravité de leur comportement semblait moindre : peu de récidives, d'accident ou de passage à l'acte, mais ils étaient plus nombreux dans ce groupe à « se trouver mal dans leur peau », dans leur famille ou à l'école.

Conclusion : Pour améliorer le dépistage des adolescents suicidants ne demandant pas de prise en charge, la formation des généralistes devrait être adaptée à ces observations et moins dépendre des études hospitalières.

Rev Prat Med Gen 2001 ; 15 (545) : 1507-12.

Les tentatives de suicide (TS) sont nombreuses à l'adolescence. Leur fréquence culmine entre 15 et 19 ans pour les filles, avec un décalage plus tardif de 5 ans pour les garçons [1, 2]. Grevées d'une mortalité qui n'est pas négligeable [3], elles restent peu médicalisées : près des trois quarts des jeunes ayant effectué un ou des gestes suicidaires n'auraient

pas été pris en charge [4]. Une récente étude norvégienne [5] évoque une différence de profil entre les adolescents selon le type de prise en charge : ceux qui sont hospitalisés ont plus fréquemment une mésestime de soi, un soutien relationnel plus faible et sont plus dépressifs que ceux qui ont eu des gestes auto-agressifs en population générale.

Ce type d'études auprès des adolescents est rare en France, surtout celles utilisant des auto-questionnaires. Les études cliniques sont en revanche nombreuses mais développées à partir de la médicalisation hospitalière [6-8], aussi un grand nombre de jeunes suicidants échapperait trop souvent à l'observation et ce, dans une proportion mal déterminée. En effet, si certains sont examinés ultérieurement par les généralistes pour d'autres motifs, d'autres ne le sont par aucun médecin.

Les psychiatres considèrent actuellement que la plupart des adolescents suicidants ont une symptomatologie dépressive et des tendances impulsives [7, 9]. Cette affirmation s'applique-t-elle à ceux qui ne demandent aucune prise en charge au dispositif médical pour leur tentative de suicide mais qui consultent pour d'autres motifs un généraliste? Les études montrent que les généralistes savent en majorité associer signes dépressifs et tentative de suicide [10], mais qu'ils semblent cependant méconnaître les signes avant-coureurs des passages à l'acte [11]. Serait-ce parce que cette population de suicidants serait finalement assez différente de celle qui sollicite une prise en charge?

On peut aussi se demander si les critères qui amènent à la prise en charge sont liés à la gravité du geste ou à d'autres facteurs indépendants. Il est important pour un généraliste de savoir si la clinique enseignée (issue des observations hospitalières) est applicable aux adolescents qui consultent en ambulatoire mais ne sollicitent pas de prise en charge pour leur tentative de suicide. Si cette sous-population de suicidants s'avérait être différente des hospitalisés, cela pourrait remettre en cause les critères de dépistage, d'identification et de prise en charge des adolescents ayant fait une tentative de suicide et vus en médecine générale.

Dans cette optique, la présente étude propose d'analyser la répartition des types de prise en charge et de vérifier trois hypothèses :

- la première serait que les jeunes suicidants qui ne sont pas « médicalisés » lors de leur tentative de suicide, mais qui par ailleurs consultent un (ou des) généraliste(s) pour d'autres motifs, auraient des situations objectives différentes de celles des autres ;
- la seconde, qu'ils se différencient des autres suicidants par des comportements identifiables ;
- la troisième, que le caractère dépressif de ceux qui ne sont pas pris en charge serait moins prononcé.

**MÉTHODOLOGIE :
320 QUESTIONS À 4 000 ADOLESCENTS**

La présente analyse est issue de l'enquête LYCOLL. Cette étude fut réalisée auprès de 3 749 jeunes scolarisés en classe de troisième et de seconde ou assimilée, du 2 au 7 mai 1999, dans le département de la Charente-Maritime, dans l'ensemble des établissements scolaires publics et privés, ainsi que les centres d'apprentissage professionnels.

Échantillon

Le recrutement fut celui d'un échantillon de plus de 4 000 adolescents sélectionnés par un double tirage au sort pour éviter les biais d'interprétation : un premier tirage de 67 établissements selon un plan de sondage permettant une comparaison des groupes d'adolescents vivant dans des environnements différenciés (zone géographique, statut de l'établissement, filière d'étude) et un second tirage au sort au sein de chaque établis-

sement afin d'éviter un « effet de grappe », conséquence classique du recrutement des classes entières. En effet, enquêter auprès de classes entières est plus pratique mais donne des résultats par « grappes » d'élèves avec les biais des sélections qui les ont amenés dans ces classes.

Autoquestionnaire

Le questionnaire de 320 questions a été construit à partir de celui utilisé pour l'enquête nationale de 1993 et mis à disposition par convention par l'unité Inserm U472 (Choquet et Ledoux). La méthode de passation fut celle d'une enquête épidémiologique déclarative et anonyme effectuée par autoquestionnaire et réalisée dans les conditions standardisées des plus rigoureuses : passation simultanée dans tous les établissements à la fois, dans une salle regroupant les élèves tirés au sort avec la seule présence d'un intervenant médical extérieur à l'établissement, un seul élève par table, questionnaire scellé et remis dans une urne.

Analyse des données

La saisie et la validation de l'ensemble des données d'enquête ont été réalisées par l'observatoire régional de santé (ORS)

ANNEXE 1

ÉLÉMENTS DU QUESTIONNAIRE

Les questions d'analysant les sous-groupes sont 5 questions parmi les 320 du questionnaire.

① Au cours de ma vie j'ai fait une tentative de suicide.

- Non
- Oui 1 fois
- Oui plusieurs fois

② Avez-vous vu un médecin pour cela ?

- Non
- Oui 1 fois
- Oui plusieurs fois

③ S'agissait-il d'un généraliste ?

- Oui Non
- d'un psychiatre
- Oui Non
- autre
- Oui Non

④ Avez-vous été hospitalisés pour cela ?

- Non
- Oui 1 fois
- Oui plusieurs fois

⑤ Depuis 1 an j'ai consulté

- (combien de fois) un médecin généraliste
- (combien de fois) d'un autre professionnel de santé

ANNEXE 2

SCORE DE KANDEL

échelle de symptomatologie dépressive allant de 0 à 12, basée sur une combinaison de réponses des questions à 5 échelles progressives (jamais, rarement, assez souvent, très souvent) concernant les difficultés d'endormissement, les veils nocturnes, l'ennui, le sentiment d'être nerveux, de manquer d'énergie, de se trouver déprimé ou d'être désespéré quant à l'avenir.

On relève classiquement : 0 à 4 = pas de signe ; 5 à 7 = peu de signes ; 8 à 10 = dépressivité ; 11 à 12 = dépression.

TABIEAU I – TENTATIVES DES SUICIDES (N = 415)

Questionnaires incomplets n = 11	Questionnaires exploitables n = 404		
	N'ont eu aucune occasion de consulter (n = 33)	ont consulté un médecin quel qu'en soit le motif (n = 371)	
		n'ont pas sollicité de prise en charge au titre de la TS (n = 242)	ont été prise en charge au titre de la TS n = 129
			En ambulatoire (n = 48)
« NI » Garçons n = 16 Filles n = 17	« VU » Garçons n = 78 Filles n = 164	« SO » Garçons n = 42 Filles n = 87	

Poitou-Charentes sur le logiciel epi-info version 6.01bfr et transférées sur le progiciel statistique SAS, mis à disposition par l'université de Poitiers.

Cette rigueur a permis d'obtenir une très bonne participation tant qualitative que quantitative, aboutissant à une excellente représentativité de l'ensemble des jeunes de 3^e et de 2nde avec une fraction de sondage élevée : un jeune sur 7 environ. Cette enquête a fait l'objet de plusieurs travaux. Cette présente analyse a été conduite avec les relectures de Marie Choquet, Francis Chabaud, Daniel Marcelli et Isabelle Ferrand.

RÉSULTATS

Parmi l'échantillon total (n = 3 749) ont été isolés des jeunes ayant déclaré avoir fait une ou des tentatives de suicide (n = 415) soit 11 %.

La population cible, constituée de jeunes de 3^e et de 2nde, était âgée de 14 à 17 ans avec un maximum d'adolescents ayant entre 15 et 16 ans.

Trois types de groupes

Les suicidants ayant suffisamment répondu à tous les items recherchés (n = 404) ont pu être répartis selon plusieurs petits sous-groupes (annexe 1):

- 8 % ont été hospitalisés et ont déclaré ne pas avoir vu de médecin à l'occasion de leur geste ;
- 12 % ont été hospitalisés et ont vu un médecin ;
- 12 % n'ont pas été hospitalisés mais ont été pris en charge par un médecin (généraliste ou psychiatre) ;
- 60 % n'ont pas eu de prise en charge mais ont consulté un généraliste dans l'année (de l'enquête) ;
- 8 % n'ont eu aucune occasion de consulter (tableau I).

Ces groupes ont ensuite été répartis dans trois sous-groupes :

- le groupe dit « SO » qui réunit les 32 % d'adolescents qui ont reçu des soins à l'occasion de leur tentative de suicide, soit par un médecin en ambulatoire soit lors d'une hospitalisation ;
- le groupe « VU » qui inclut les 60 % qui n'ont pas été pris en charge pour cet acte mais qui ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année ;
- et enfin le groupe « NI » des 8 % qui n'ont pas consulté, ni pour leur tentative de suicide ni pour un autre motif.

Ces groupes ont fait l'objet d'analyses bi-variées deux à deux et selon le sexe afin de dégager des différences de fréquence selon les variables étudiées. Les écarts calculés ont ensuite été testés

et n'ont été retenus comme significatif que ceux pour lesquels p était inférieur à 0,05.

Spécificité des adolescents pris en charge pour leur TS par rapport à ceux qui n'ont consulté qu'ultérieurement et pour un autre motif

Une première analyse a décrit les différences significatives observées entre les suicidants ayant eu une prise en charge (groupe « SO ») et ceux n'en ayant pas reçu mais ayant consulté un (ou des) généraliste(s) pour d'autres motifs que leur acte depuis un an (groupe « VU »).

Ceux qui ont été pris en charge pour leur tentative de suicide ne se distinguaient des autres ni par le sexe ni par le lieu géographique ni par la filière scolaire choisie.

En revanche, ces adolescents étaient dans un certain isolement : ils étaient élevés par une mère seule au foyer, surtout les filles. Ces dernières étaient plus nombreuses que les autres à être enfant unique et à avoir redoublé 2 ou 3 fois.

Un certain nombre de comportements caractérisaient ces adolescents qui ont été

pris en charge pour leur tentative de suicide. La vie de famille leur était davantage désagréable. Les garçons vivaient mal la pression maternelle et les filles avaient moins confiance que les autres dans les membres de leur famille. Ils étaient moins nombreux à trouver un adulte pour les accueillir au retour de l'école (tableau II) – les garçons passant alors plutôt chez des amis alors que les filles dinaient plus souvent seules le soir.

Les filles adoptaient des comportements plus impulsifs, avec consommation de drogue ou absentéisme scolaire ; elles étaient plus nombreuses à avoir des rapports sexuels. Les suicidantes prises en charge étaient plus nombreuses à se faire des reproches et à avoir des idées suicidaires. Si elles faisaient autant de crises « de nerf » ou d'angoisse que les autres, elles étaient plus nom-

TABIEAU I – UN ADULTE EST À LA MAISON À SON RETOUR D'ÉCOLE		
	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	24	53
	**	*
« VU » (n = 242)	66	121
	**	ns
« NI » (n = 33)	12	13

La significativité des écarts entre les effectifs de la ligne supérieure et de la ligne inférieure sont notés : * = 0,05 < p > 0,001. ** = p < 0,001. ns = non significatifs.

TABIEAU II – FAIT SOUVENT DES CRISES DE NERF OU D'ANGOISSES

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	18	59
	ns	ns
« VU » (n = 242)	27	96
	ns	ns
« NI » (n = 33)	4	12

TABIEAU IV – DÉPRESSIFS, DÉPRESSIVITÉ ET DÉPRESSION (SCORE DE KANDEL = 8 À 12)

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	20	47
	ns	ns
« VU » (n = 242)	25	90
	ns	ns
« NI » (n = 33)	6	10

La significativité des écarts entre les effectifs de la ligne supérieure et de la ligne inférieure sont notés : ns = non significatifs.

breuses à prendre des traitements pour ces crises, qu'ils aient été prescrits ou non (tableau III). Cependant, au niveau maximal de l'échelle de dépressivité (score de Kandel entre 8 et 12 [annexe 2]), l'écart entre les trois groupes ne montrait pas plus de déprimées dans ce groupe de filles (tableau IV).

Les garçons se situaient plus dans des attitudes d'entraînement ou d'influence : ils étaient plus nombreux à avoir été souvent ivres, à accepter d'être entraînés à l'interdit, et beaucoup plus se décrivaient victimes d'agressions physiques ou sexuelles, celles-ci étant très fréquemment incestueuses (tableau V) – deux fois plus fréquentes que dans les observations hospitalières – [8]. Les garçons pris en charge pour leur tentative de suicide étaient beaucoup plus insatisfaits de la vie scolaire et plus proches de la vie active : ils étaient plus nombreux à avoir fait un travail saisonnier rémunéré et à posséder une carte bancaire. En revanche, ils étaient pratiquement autant récidivistes quant à leur geste suicidaire que ceux qui avaient consulté un généraliste dans l'année (tableau VI).

Spécificités des suicidants n'ayant sollicité aucun médecin par rapport à ceux qui ont consulté ultérieurement pour un autre motif que leur TS

Parmi les suicidants n'ayant pas demandé de prise en charge, certains n'ont jamais consulté de généraliste ou de psychiatre dans l'année (groupe « NI »). Ils sont 8 % de tous les suicidants (13 % en Suisse) [4]. Seraient-ils différents de ceux qui ont consulté ?

Ce groupe, où il y avait plus de filles « internes », se distinguait par des éléments d'échec scolaire. Stressés par le travail et insa-

tisfaits de l'emploi du temps et de l'orientation, ces adolescents avaient un absentéisme plus fréquent et un taux de redoublement répété plus important (tableau VII).

Au niveau des relations, comme dans le groupe précédent, ils étaient plus nombreux à ne pas se trouver bien en famille, les garçons disaient même vouloir la fuir. Les garçons étaient plus nombreux à se sentir bien avec une copine mais cette relation ne semblait pas compter vraiment pour eux.

D'autres différences évoquaient cependant une moindre gravité du passage à l'acte : ainsi ils n'étaient pratiquement pas victimes d'accidents (de circulation, sport, ateliers ou autres). Aucun, par exemple, n'avait eu d'accident de la route alors que l'on en trouvait un quart dans chacun des deux autres groupes (tableau VIII).

D'autre part, les adolescentes de ce groupe n'étaient quasiment pas des récidivistes (tableau VI), et même si elles se décrivaient plus impatientes, elles entraînaient moins, ne participaient pas aux bagarres à la différence des garçons. Elles étaient plus nombreuses que les autres à aller au culte régulièrement.

Bien que les filles de ce groupe soient plus nombreuses que les autres à se sentir en mauvaise santé, à avoir des idées suicidaires (tableau IX) et à se plaindre de maux de tête, on observait cependant chez l'ensemble de ces adolescentes un niveau de dépressivité ou de dépression semblable voire supérieur à celui des autres groupes (tableau IV).

DISCUSSION

L'échantillon ne concernait que les jeunes scolarisés et l'on sait que les non scolarisés sont plus susceptibles d'avoir un tel comportement. Cependant, en fin de 3^e (moitié de l'effectif), le taux de scolarisation était, en 1998, de 99,5 %. On peut penser que, par rapport à cet effectif, inclure les quelques adolescents non scolarisés aurait peu modifié les résultats. Nous rappelons que cette enquête a inclus les jeunes des CFA qui sont rarement répertoriés pour plus de commodité.

Onze pour cent de l'ensemble des jeunes ont déclaré avoir fait une ou des tentatives de suicide. Ce taux est déjà nettement au-dessus des moyennes des autres études françaises comparables à ces âges, environ 7 % [3].

Un tiers des hospitalisés a déclaré ne pas avoir vu de médecin

Sur cet échantillon, parmi les 20 % qui ont été hospitalisés après leur tentative de suicide, plus du tiers a déclaré ne pas avoir rencontré de médecin pour leur acte. Était-ce l'impression de ne pas avoir identifié de médecin à l'hôpital ou bien, pour certains, l'expression d'un attachement à une représentation du médecin en cabinet ? Ce détail mériterait une réflexion plus développée mais dépasse les questions posées.

L'hospitalisation ne semble pas être synonyme de gravité de la tentative de suicide

On pourrait croire que l'hospitalisation signe la gravité d'une tentative de suicide. Tout en rappelant que gravité somatique ne rime pas toujours avec gravité psychique, on observe en médecine ambulatoire que l'hospitalisation relève de bien d'autres facteurs, comme le lieu de l'acte et sa visibilité par



LES SUICIDANTS NON PRIS EN CHARGE MAIS MÉDICALISÉS PAR AILLEURS

exemple. Dans notre enquête, l'absence d'éléments sur le type d'acte suicidaire réalisé, ou sur l'intentionnalité réelle, limite la possibilité de classer la gravité (par ailleurs toujours très difficile à déterminer) de ces tentatives de suicide déclarées par auto-questionnaire.

La fréquence des récurrences, des dépressions et des idées suicidaires pourrait cependant être retenue pour cette classification. Dans ce cadre, si l'on observe les taux d'idées suicidaires des garçons (tableau IX) et l'indice de dépression des filles (score de Kandel entre 8 et 12) [tableau IV], on n'observe pas de différence significative entre les adolescents pris en charge pour leur tentative de suicide « SO » et ceux qui ne l'ont pas été (« VU »). On remarque par ailleurs les taux faibles d'adolescents dépressifs ou déprimés (score Kandel entre 8 et 12) chez tous les suicidants. Soit cet acte, chez l'adolescent, ne se limite pas à l'aboutissement d'une dépression, soit l'évolution du jeune a été positive depuis son geste. Sur le versant passage à l'acte, pour les taux de récurrence (tableau VI) et surtout les taux d'accidents (tableau VIII) connus pour accompagner les actes suicidaires, on observe une similitude entre les 2 premiers groupes (« SO » et « VU ») – or ce sont les récidivistes garçons qui décèdent – mais une très nette « moindre gravité » chez les 8 % qui n'ont jamais consulté, encore plus accentuée chez les filles.

D'autre part, pour être mise en perspective, cette série d'observations nécessiterait de connaître le rapport chronologique entre les comportements évoqués et le moment de la tentative de suicide. En l'absence de cette donnée, il y a plusieurs interprétations possibles. Si la tentative de suicide était antérieure à la plupart de ces comportements, il n'est pas rassurant d'observer que ceux qui ont été pris en charge à ce titre ont récidivé et continué à évoluer dans l'impulsivité et l'agir, à évoquer des idées suicidaires, des consommations illégales ou excessives ou à se sentir « lâché » par leur famille. Cependant, compte tenu

de l'âge des jeunes de l'échantillon (entre 14 et 17 ans), des nombreuses questions sur l'année écoulée et du faible taux de suicide avant 14 ans selon les données des études issues d'échantillons plus larges [5], on peut suggérer une certaine contemporanéité dans les comportements.

Il se dégage alors que les jeunes suicidants qui ont sollicité une prise en charge spécifique connaissaient déjà l'hôpital et évoluaient dans de plus grandes difficultés : ils vivaient dans un certain isolement et abandon familial et géraient déjà leurs angoisses soit avec des médicaments soit avec de l'alcool ou des drogues. La démarche semble plus liée à un déficit relationnel cumulé, à des échecs et à une recherche de protection qu'à une intensité dépressive.

Réponse aux hypothèses

Ces remarques faites, l'analyse permet de dégager des réponses aux hypothèses formulées.

La première hypothèse, qui suggérait que les jeunes suicidants qui n'ont pas sollicité de prise en charge pour leur tentative de suicide mais ont consulté un généraliste dans l'année pour un autre motif (groupe « VU ») avaient des situations particulières, a été vérifiée mais seulement sur deux aspects : ils étaient moins nombreux à avoir des parents séparés et à être en échec scolaire. La seconde, qui suggérait que ces derniers se différencient des autres suicidants par des comportements identifiables, a été vérifiée au niveau de l'absentéisme scolaire qui était moindre et d'autres comportements, mais d'une façon différente selon le sexe. En effet, par rapport aux autres suicidants, les garçons se décrivaient moins agressifs ou victimes d'agression (surtout sexuelles), moins excessifs dans leurs consommations, et se situaient moins dans l'illégalité. De leur côté, ces filles étaient moins impulsives que celles des autres groupes, elles avaient moins de céphalées, prenaient moins de médica-

TABIEAU V – VICTIMES D'AGRESSIONS PHYSIQUES

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	25	38
	**	ns
« VU » (n = 242)	27	56
	ns	ns
« NI » (n = 33)	6	3

TABIEAU V BIS – VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	11	27
	**	ns
« VU » (n = 242)	6	38
	ns	ns
« NI » (n = 33)	1	3

TABIEAU VI – RÉCIDIVE DE TENTATIVES DE SUICIDE (TS)

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	15	29
	ns	ns
« VU » (n = 242)	24	37
	ns	ns
« NI » (n = 33)	3	1

TABIEAU VI I – A REDOUBLÉ 2 FOIS ET PLUS

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	11	21
	*	ns
« VU » (n = 242)	9	30
	*	*
« NI » (n = 33)	6	7

TABIEAU VI II – A EU AU MOINS UN ACCIDENT DE LA CIRCULATION DANS L'ANNÉE

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	22	24
	ns	ns
« VU » (n = 242)	28	34
	**	*
« NI » (n = 33)	0	0

TABIEAU IX – A SOUVENT DES IDÉES SUICIDAIRES

	Garçons n = 136	Filles n = 268
« SO » (n = 129)	21	59
	ns	*
« VU » (n = 242)	44	87
	ns	ns
« NI » (n = 33)	10	12

La significativité des écarts entre les effectifs de la ligne supérieure et de la ligne inférieure sont notés : * = 0,05 < p < 0,001. ** = p < 0,001. ns = non significatifs.

RETENIR EN PRATIQUE

Si le conseil classique d'adresser un suicidant lors de la crise à l'hôpital est justifié, il ne dit rien de la façon d'identifier un adolescent qui n'évoque pas son passage à l'acte et encore moins de ce que le généraliste peut en faire. D'une manière générale, cette étude met en valeur l'intérêt de repérer le plus tôt possible le niveau d'impulsivité et le vécu douloureux d'un dysfonctionnement familial, des échecs scolaires et des séparations relationnelles.

On retiendra que vers 15-16 ans :

- deux tiers des filles dépendantes du tabac ayant souvent des cauchemars et dînant souvent seule le soir à la maison ont fait une TS ;
- deux tiers des garçons violents lors de colères, voulant fuir la vie familiale et toujours stressés par le travail scolaire ont fait une TS.

Identifier précocement demande une attention particulière,

- chez les garçons, aux attitudes issues des tensions familiales ou scolaires, aux excès de comportements ou de consommation (d'alcool surtout), aux situations où ils ont été victimes (particulièrement sexuelles).
- chez les filles, ce sont les comportements impulsifs, les angoisses, la mésestime de soi et le sentiment d'abandon relationnel, la répétition des consultations, les prises médicamenteuses et la précocité des relations sexuelles qui doivent mettre en alerte.

ments et ont été moins souvent hospitalisées dans leur vie. La troisième, qui pensait que les jeunes suicidants qui n'ont pas sollicité de prise en charge pour leur tentative de suicide mais ont consulté un généraliste dans l'année pour un autre motif, étaient moins dépressifs que les autres, était une tendance observée chez les garçons (non significatif) mais n'était pas vérifiée pour les filles. En effet, même s'ils étaient significativement moins nombreux à avoir des problèmes relationnels avec leur entourage familial, et même si davantage de garçons avaient le moral et de filles n'avaient pas d'idées suicidaires, la sommation des éléments dépressifs ne permet pas de les distinguer des autres suicidants de façon significative.

CONCLUSION

Plus des deux tiers des adolescents ayant fait une tentative de suicide ne sollicitent pas de prise en charge médicale, soit environ 1 600 adolescents de 3^e et 2nde pour un département d'une population de 550 000 habitants. La plupart d'entre eux (90 %) consultent cependant un médecin généraliste pour d'autres motifs. Leur non-médicalisation ne va pas forcément de pair avec une moindre gravité. L'étude de leur profil montre que leurs gestes suicidaires doivent être pris au sérieux car ils sont autant dépressifs (surtout les filles) et autant récidivistes (surtout les garçons) que ceux qui sollicitent une prise en charge spécifique. Cependant, ils s'en différencient par des situations ou des comportements pouvant passer plus inaperçus : avec des différences selon le sexe, ils ont moins d'échecs et d'impulsivité, moins de consommations excessives, un meilleur moral et un environnement relationnel plus présent, tendant à moins médicaliser ce geste. C'est pourquoi les médecins de famille doivent porter une attention particulière aux garçons à l'occasion des conséquences de leurs excès ou lors des difficultés familiales et

aux filles à l'occasion des symptômes somatiques ou de demandes de psychotropes.

Ces aspects mériteraient d'être mieux étudiés dans des enquêtes plus spécifiques et plus fréquentes en population générale. La formation des généralistes devrait s'adapter à ces observations et augmenter la sensibilité clinique des praticiens à des faisceaux d'indices plutôt qu'à un tableau attendu. Un système de formation et d'accompagnement original, non calqué sur les méthodes hospitalières, devrait être développé. La qualité de dépistage par les généralistes et l'efficacité des stratégies de prévention en dépendent. ●

Références

1. Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospective. Paris : Inserm, 1994.
2. Ladame F, Perret-Catipovic M. Tentatives de suicide à l'adolescence. *Encycl Med Chir* 37-216-H-10.
3. Facy F, Jouglan E, Hatton F. L'épidémiologie du suicide de l'adolescent. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 1409-14.
4. Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. *Arch Pediatr* 1997 ; 4 : 784-92.
5. Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T. Young suicide attempters : a comparison between a clinical and an epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000 ; 39 : 868-75.
6. Laurent A, Bosson JL, Bost M, Boucharlat J. Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. À propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 1993 ; 41 : 198-205
7. Marcelli D. Les tentatives de suicide. In : Médecine de l'adolescent. Paris : Masson (coll. Le Praticien), 1999 ; 17 : 113.
8. Pommereau X. Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 1435-9.
9. Lafay N, Fahs H, Marcelli D, Senon JL, Perivier E. Troubles dépressifs des adolescents et des post-adolescents : résultats de deux enquêtes poitevines en population scolarisée collégienne, lycéenne et étudiante. *Ann Psychiatr* 1998 ; 13 : 9-15.
10. Vegas R, Crampe J. Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne. *BEH*, 2000 ; n° 22.
11. Appleby L, Amos T, Doyle U, Tomenson B, Woodman M. General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. *Br J Psychiatr* 1996 ; 168 : 330-3.

SUMMARY

OBJECTIVES : TO DETECT TEENAGERS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE ONCE AND DID NOT SEEK ANY SPECIFIC CARE BUT CONSULT LATER A GP. THEY WILL BE 2/3 OF ALL TEENAGERS WHO ATTEMPT SUICIDE AND DESERVE TO BE SPECIFICALLY TAKEN CARE BY DOCTORS.

METHODS : A SURVEY AMONG 3 749 STUDENTS 14 TO 17-YEAR-OLDS ATTENDING ANY TYPE OF SCHOOLS ALL OVER CHARENTES MARITIME.

RESULTS : 415 SAID THEY HAD ATTEMPTED SUICIDE ONCE AT LEAST. 32 % OF THE 415 HAD SEEN A DOCTOR OR GONE TO HOSPITAL AL SUBSEQUENTLY. IN A WAY THAT VARIES ACCORDING TO THEIR SEX, THEIR ASKING TO BE TAKEN CARE OF SEEMED TO COME FROM A LACK OF RELATIONSHIPS WITH THEIR FAMILY, FAILURE AT SCHOOL AND IMPULSIVENESS RATHER THAN STRONG DEPRESSION. THEY HAD SUFFERED FROM ACTS OF AGGRESSIONS, THEY WERE EASILY INFLUENCED AND HAD ALREADY DEALT WITH THEIR ANXIETY THROUGH EITHER MEDICINE, ALCOHOL OR DRUGS.

60 % HAD NOT SEEN ANYONE AFTER ATTEMPTED SUICIDE BUT HAD SEEN A GP AT LEAST ONCE IN THE SAME YEAR. THIS GROUP HAD FEWER PROBLEMS WITH THEIR FAMILY OR AT SCHOOL. BOYS BELIEVED THEMSELVES AS QUIETER OR LESS PRONE TO THE TAKING OF DRUGS OF ANY KIND, OR TO INFRINGE THE LAW. YET ALMOST AS MANY AS THOSE IN THE FIRST GROUP HAD MADE ANOTHER SUICIDE ATTEMPT. GIRLS FOR THEIR PART WERE LESS IMPULSIVE AND PILL-PUSHED BUT AS DEPRESSIVE.

8 % HAD NOT SEEN ANYONE AND THEIR BEHAVIOUR SEEMED LESS SERIOUS : FEW OTHER ATTEMPTS, FEW ACCIDENTS OR FANTASIES. YET MANY DON'T FEEL GOOD ABOUT THEMSELVES, AT SCHOOL AS WELL AS IN THE FAMILY.

CONCLUSION : THE GP TRAINING SHOULD BE ADAPTED TO THOSE OBSERVATIONS AND DEPEND LESS ON STUDIES MADE IN HOSPITAL.

REV PRAT MED GEN 2001 ; 15 (545) : 1507-12.