

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2015

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement

le 8 janvier 2015 à Poitiers

par Mademoiselle Coralie SERVANT

Dépister les idées ou actes suicidaires chez les adolescents
Amélioration du test TSTS-cafard par une étude sur 923 jeunes de 15 ans

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Pierre INGRAND

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL
Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe BINDER



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie – radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARQ Guy, radiologie et imagerie médicale

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Ingrand,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez recevoir mes remerciements pour l'intérêt que vous portez à ce travail et pour toute l'aide statistique que vous nous avez donnée.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Gicquel,

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger mon travail. Vous avez contribué à l'avancée de nos travaux et je vous en remercie.

Veuillez trouver en retour le témoignage de mon plus profond respect.

À Monsieur le Professeur Jaafari,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury. Pour votre attention et l'appréciation de ce travail, soyez assuré de mes sincères remerciements.

À mon Directeur de thèse le Professeur Philippe Binder,

Merci de m'avoir fait découvrir les nombreuses facettes de votre métier pendant mon stage d'internat. Merci de m'avoir confié ce travail. Et merci pour votre aide et vos bons conseils.

Au Docteur Heintz Anne Laure,

Merci pour tes remarques avisées qui ont contribué à ce travail.

Merci à toutes les équipes soignantes pour leurs apprentissages et les bons moments passés en stage. Merci à l'équipe des urgences de La Rochelle, pour toutes ces gardes « merveilleuses » passées avec eux. Merci à l'équipe du service de gériatrie de La Rochelle pour m'avoir donné une approche unique de la médecine gériatrique.

À ma famille que j'aime profondément,

À mes parents, merci pour m'avoir toujours soutenue et d'être toujours là pour moi à n'importe quel moment.

Merci à ma sœur Stéphanie, pour ton amour, pour tes coups de blues, pour tes coups de gueules, je ne serai pas ici sans toi.

À mon frère Jérémy, le temps passe si vite, je suis fière de ce que tu es devenu, je suis fière d'être ta sœur.

À mes grands parents, merci de votre soutien et merci pour tous ces moments passés ensemble.

Merci à ma belle-famille de votre soutien et de m'avoir accueilli les bras ouverts.

À mes amis,

Merci à toi Laurianne pour ton amitié sans failles.

Merci à chacun de la « Team-Boulet » pour toutes ces soirées passées ensemble.

À Marion, nous nous sommes rencontrées au lycée et nous voilà médecins 15 ans après. Notre amitié n'a pas été un long fleuve tranquille mais je suis sur qu'elle sera éternelle. Merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

À Élise, merci pour toutes ces superbes soirées poitevines, ses apéros chez toi digne d'un grand chef !

Et merci à tous mes co-internes rencontrés en stage, merci à Magalie pour ta gentillesse.

À mon cœur,

Merci pour le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

ABRÉVIATIONS

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

BEH: Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

C-CASA : Colombia Classification Algorithm of Suicide Assessment

CDC: Center for Disease Control and Prevention

CIM-10 : Classification internationale des Maladies, 10^{ème} révision

DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

ESCAPAD : Enquête sur la santé et les consommations lors de l'Appel de Préparation à la défense

ESPAD : European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

IC : Intervalle de confiance

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IS : Idée suicidaire

ISTS : Idée suicidaire ou tentative de suicide

MCO : Service de médecine, chirurgie, obstétrique

n : Effectifs participants

NCS-A: National Comorbidity Survey-Adolescent supplement

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OR : Odds ratio

ORS : Observatoire Régionale de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

TS : Tentative de suicide

YRBS : Youth Risk Behavior Survey

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....13

1^{ère} PARTIE

IDÉES et TENTATIVES DE SUICIDE à l'ADOLESCENCE.....14

2^{ème} PARTIE

DÉPISTER LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE DES ADOLESCENTS EN
MÉDECINE GÉNÉRALE.....56

3^{ème} PARTIE

ÉTUDE POUR L'AMÉLIORATION DU TEST DE DÉPISTAGE TSTS-cafard.....77

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	13
IDÉES et TENTATIVES DE SUICIDE à l'ADOLESCENCE.....	14
1 La problématique suicidaire.....	15
A. Le champ des comportements auto agressifs	15
B. Questions de terminologies : suicidaire, suicidant, suicidé.....	16
C. Les suicidants.....	16
• Selon la C-CASA:	17
• Selon la CIM-10:	17
• Selon l'OMS:	18
D. Limites	18
E. Le suicide.....	18
• Etymologie du mot et psychologie:	18
• En médecine:.....	19
2 La population étudiée : les adolescents.....	20
A. Qu'est ce que l'adolescence ?	20
• Selon le Haut comité de la Santé publique:.....	20
• Du point de vue physiologique:.....	20
• Du point de vue chronologique:	20
• Du point de vue juridique:	21
• Du point de vue psychanalytique, selon Dr Marcelli D et Dr Alvin P, pédopsychiatres:	21
B. Qu'est ce qu'un adolescent suicidant ?	22
• Psychopathologie de l'adolescent suicidant :	22
• Comprendre la crise suicidaire:	22
3 Les principaux facteurs de risque des TS à l'adolescence.....	24
A. Facteurs internes	24
• Le genre:.....	24
• Les troubles psychologiques:.....	25
• Le sommeil:.....	26
• La maladie:	26
B. Facteurs externes : évènements de vie.....	27
• A la maison:	27

• A l'école:	28
C. Les choix personnels : les conduites à risques	29
4 Épidémiologie	30
A. Epidémiologie des suicides des adolescents	31
• Classement par pays:	31
• Classement selon le sexe et l'âge:	32
• Evolution:	33
B. Épidémiologie des TS chez les adolescents	33
• Limite:	33
• Les résultats classés par pays:.....	34
◦ Aux États-Unis	34
◦ En Europe	36
◦ En population générale en France.....	38
• Les TS médicalisées en France:.....	45
C. Conclusion.....	46
5 Dispositifs de prises en charge des suicidants	47
A. Etat des lieux aux États-Unis.....	47
B. État des lieux en France	47
C. Méthode et intérêt d'une intervention après une TS.....	48
• Recours aux psychothérapies:.....	48
• Recours pharmacologique :	49
• Recours à l'hospitalisation :	49
• Recours au suivi ambulatoire:.....	49
6 Conséquences morbides des pensées et actes suicidaires	50
A. Morbidité des TS.....	50
• Le risque de suicide:	50
• Le risque de récurrence:.....	51
• Le risque de pathologie à l'âge adulte :	51
B. Dépister un adolescent avec des pensées suicidaires, quel intérêt ?	52
7 Recommandations.....	54
DÉPISTER LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE DES ADOLESCENTS EN	
MÉDECINE GÉNÉRALE	56
1 Définition du dépistage	57
2 Compétence du médecin généraliste	57

3	Les adolescents et leur médecin, quelles relations ?	58
A.	L'adolescent qui consulte	58
	• Relation particulière:	58
	• Fréquence et motif de consultation:.....	59
	• Les attentes:	60
	• Les barrières à la relation de soin:.....	60
B.	L'adolescent suicidant demande-t-il de l'aide ?	61
	• Est ce qu'il consulte?	61
	• À qui demande-t-il de l'aide?	61
4	Les attitudes et réticences des médecins.....	63
A.	Les freins à la relation de soin	63
B.	Face au suicide.....	64
5	Outils de mesure ou de dépistage applicables chez l'adolescent	66
A.	Échelle de qualité de vie.....	66
B.	Échelles globales.....	67
C.	Échelles de mal-être.....	68
D.	Échelles suicidaires	71
	• Questionnaire confidentiel de pré-consultation:.....	72
	• TSTS-cafard:.....	72
6	La question de recherche : Le TSTS-cafard est-il toujours valide, peut-il être amélioré ?.....	74
A.	La transformation de la société.....	74
B.	La question de recherche	76
ÉTUDE POUR L'AMÉLIORATION DU TEST DE DÉPISTAGE TSTS-cafard		77
MÉTHODE		78
1	L'enquête HBSC internationale et France	78
2	L'enquête HBSC Poitou-Charentes 2012	79
A.	Initiation	79
B.	Difficultés	80
	• Les autorisations administratives :.....	80
	• Le financement:	80
	• Le temps:	80
C.	Le déroulement de l'enquête	81
D.	Les saisies manuelles	81

3	Le questionnaire de l'étude.....	82
A.	Définition de notre groupe d'étude.....	82
B.	Ajout de questions relatives aux TSTS-cafard.....	83
C.	Ajout de questions candidates à l'actualisation du test	84
4	Méthode d'analyse.....	87
RÉSULTATS.....		88
1	La population étudiée	88
2	Premier objectif : évaluer la performance du TSTS-cafard.....	88
3	Deuxième objectif : validité du nouveau test	90
A.	Analyse du nouveau test	90
B.	Construction d'un score	92
C.	Sensibilité, spécificité et instauration d'un seuil.....	95
DISCUSSION.....		96
1	Synthèse des résultats	96
2	Limites	97
A.	Liée à la qualité des données de l'enquête HBSC Poitou-Charentes	97
	• De lieu:.....	97
	• De date:	98
	• D'âge:.....	98
	• De méthode de recueil:.....	99
	• Liée au groupe d'étude:	100
B.	Liée au problème de définition.....	100
3	Comparaison de notre outil avec ceux de la littérature.....	101
A.	Outils de mesure et leurs utilisations	102
B.	Les thèmes utilisés du test	104
4	Enseignement, enjeux dans la politique de santé et perspectives	105
CONCLUSION		108
Bibliographie		109
Annexes		123
Résumé.....		129

INTRODUCTION

La tentative de suicide des adolescents bouleverse violemment l'entourage et laisse souvent le médecin très perplexe. Ce comportement m'interpelle, pourquoi cet adolescent en pleine croissance et vitalité décide-t-il de mourir? Existe-t-il un autre sens à son geste? J'ai donc souhaité approcher la compréhension de ce comportement dérangeant des jeunes, et ainsi participer à mieux le dépister.

Dans une première partie nous essaierons de comprendre l'acte suicidaire. Pour appréhender ce comportement, nous en préciserons les concepts en le situant à sa place parmi d'autres facteurs de risque et ses comorbidités. Puis nous aborderons la population des adolescents et plus spécifiquement les suicidaires et suicidants sans oublier les dispositifs de prise en charge. Les médias véhiculent l'image du comportement suicidaire des jeunes en constante augmentation. Je me suis donc approchée des études épidémiologiques des tentatives de suicide des adolescents, et leurs résultats.

Dans une seconde partie, nous développerons la relation de soins entre le médecin et l'adolescent suicidant. Puis, nous examinerons la place du médecin généraliste dans le dépistage des comportements suicidaires des jeunes avec ses différents outils de mesures.

Dans une troisième partie, nous proposons d'améliorer un test de dépistage des pensées et actes suicidaires en soins primaires. À partir de notre étude chez les adolescents de 15 ans, nous justifierons l'objet de notre étude et sa méthode. Enfin, nous présenterons ses résultats et les discuterons.

1^{ère} PARTIE

IDÉES et TENTATIVES DE SUICIDE à l'ADOLESCENCE

1 La problématique suicidaire

Dans mes recherches littéraires, j'ai dénombré une multitude de termes autour de la suicidalité. Il me semblait important dans ma démarche initiale de définir quelques termes pour comprendre de quoi nous parlons et ne pas être hors sujet dans les recherches bibliographiques ultérieures.

A. Le champ des comportements auto agressifs

Selon les auteurs, les définitions varient. Nous avons fait le choix de citer les définitions provenant de revue de littérature de haut niveau de preuve.

Parasuicide: Terme anglo-saxon, il était utilisé dans les études européennes de l'OMS. Il définit toutes les méthodes d'actes auto-infligés avec ou sans intention suicidaire. Les actes d'automutilations sont exclus.¹

Cependant en 1999, OMS/Europe décide de ne plus utiliser cette terminologie et de la remplacer par « comportement suicidaire » ou *suicidal behavior* en terme anglophone. Il rassemble les comportements d'auto-agression et d'auto-empoisonnement dans le groupe commun « comportement suicidaire non fatal avec ou sans blessures ».²

Acte d'auto-agression ou *self harm* en anglo-saxon. Selon les études nord-américaines, il désigne des épisodes de lésions corporelles en particulier répétitifs. Il définit une personne qui s'engage dans un comportement uniquement pour des raisons autres que celles de mettre fin à sa vie.¹

À la différence des autres études (anglaises notamment) où il désigne l'ensemble des actes auto-agressifs mais sans prendre en compte cette intention à vouloir mourir. C'est à dire, il fait référence aux auto-empoisonnements et aux blessures auto-infligés indépendamment du degré d'intention à mourir. Mais par conséquent, cette définition regroupe les actes auto-infligés (*non suicidal self-injury*) et les tentatives de suicide (*suicide attempt*).³

La limite entre chaque terme défini est donc floue.

Auto mutilation ou *self-mutilation*: Ce sont des actes répétés de blessures corporelles auto-infligées sans intention de mourir. Les personnes qui souffrent d'automutilation éprouvent un besoin irrésistible de se faire mal physiquement, afin de mettre fin à un sentiment de tristesse, de colère, de culpabilité ou pour s'auto-punir. Elles servent à soulager la souffrance interne, à se sentir mieux.¹

B. Questions de terminologies : suicidaire, suicidant, suicidé

- Le sujet suicidaire est une personne qui risque d'attenter à sa propre vie. Il développe des idées suicidaires (IS). Ces dernières regroupent les pensées de se tuer.

Selon les travaux de O 'Carroll en 1996, il existe un continuum débutant avec les pensées (« je pense à me tuer ») puis l'intention (« je veux mourir ») jusqu'au plan suicidaire (« j'ai un plan pour entraîner ma mort »).⁴

En 2007, Silverman et ses collègues ont repensé cette position en mettant l'accent sur le rôle possible de l'impulsivité dans le processus suicidaire. L'idée et l'intention sont des concepts fluides, dynamiques et peuvent changer rapidement, et davantage selon l'impulsivité du sujet.⁵ De plus, Silverman et al. revisitent la nomenclature suicidaire en différenciant 3 grands groupes : les IS, les menaces suicidaires et les comportements. Chaque grand groupe est divisé en sous catégorie suivant la fréquence, le degré d'intentionnalité, la méthode utilisée.⁶

Elles se différencient des idées de mort en ce sens que le sujet se représente alors un acte volontaire et dirigé contre lui-même.

- Le sujet suicidant est celui qui commet une tentative de suicide (voir partie « Les suicidants »).

- Le sujet suicidé est une personne décédée par suicide.

C. Les suicidants

Ma démarche dans ce paragraphe a été d'approfondir la signification d'une tentative de suicide (TS) selon différentes sources reconnues.

- Selon la C-CASA:

La C-CASA est un système de codification suicidaire utilisé aux États-Unis reconnu par les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC). Elle définit la TS comme un acte auto-agressif et non une automutilation, commis avec au moins une certaine intention de mourir au terme de l'acte. Il n'y a pas nécessairement blessure ou dommage, mais cela en possède juste le potentiel. Prenons l'exemple d'un homme qui place un pistolet dans sa bouche, appuie sur la détente et que par chance, le coup ne part pas. Il s'agit d'une TS au moment où il appuie sur la détente même si il n'a pas eu de blessure.

En plus dans cette définition, même si l'individu nie avoir eu l'intention de mourir, le geste est considéré comme un acte suicidaire quand le protagoniste pense que cela pouvait lui être léta⁷.

C'est cette précision dans l'intentionnalité de mourir qui différencie la TS des autres actes auto-agressif.⁶

- Selon la CIM-10:

Selon la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement de la dixième révision, la TS n'est pas classée comme un diagnostic principal. Elle apparaît toutefois dans plusieurs chapitres du CIM-10.

Dans le chapitre XX : « Causes externe de morbidité et mortalité ». Sous les codes X60-X84 sont regroupés « les lésions auto-infligés dont les intoxications ou lésions traumatiques que s'inflige délibérément un individu ; suicide (tentative de) ».

Dans le chapitre XXI : « Facteurs influents sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». Sous le code Z91.5, nous retrouvons le groupe :

« Antécédents personnels de lésions auto-infligées » avec les Intoxications volontaires ; Parasuicide ; Tentative de suicide (code Z91.5X0.003).⁸

- Selon l'OMS:

Définition publiée en 1992 : la tentative de suicide se définit comme tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.⁹

Définition publiée en 2006 : la TS est un acte inhabituel non fatal commis par la personne prévoyant de, ou prenant le risque de mourir ou de s'infliger des blessures en vu d'un changement.²

D. Limites

C'est l'intentionnalité de mourir ou la croyance que l'acte aboutisse à la létalité qui différencie une TS d'un acte auto-agressif.

Cependant, comme nous venons de le voir cette définition est source de différence selon les auteurs et d'ambiguïté avec les actes auto-agressifs.

En France la TS ne représente pas un diagnostic principal dans la classification des maladies. De plus, la traduction des définitions peut être source d'erreurs.

Ainsi, les différentes définitions autour de la suicidalité représentent un biais dans les études cliniques.

Nous aborderons un peu plus loin l'épidémiologie du suicide, il était donc important de clarifier sa définition au préalable.

E. Le suicide

- Etymologie du mot et psychologie:

L'origine du mot suicide est apparue dans la langue française au XIIIème siècle pour remplacer l'expression « homicide sur soi même ».¹⁰

L'origine latine du mot français suicide est : « sui » signifiant « soi » et « cide » dérivé de « caedere » signifiant « tuer ». Le verbe se suicider dérivé du latin équivaut au terme de « se soi tuer ».

Freud expliquait qu'il y avait un acharnement du sujet à « supprimer du même coup lui-même et l'objet à la fois aimé et haï »¹¹

Freud définit le geste suicidaire par la phrase suivante: « Personne ne trouve l'énergie psychique pour se tuer si premièrement il ne tue pas du même coup un objet avec lequel il s'est identifié, et deuxièmement ne retourne pas là contre lui-même un désir de mort qui était dirigé contre une autre personne ».

En langue française le doublement de « se » peut signifier non seulement se tuer soi-même mais tuer un autre en soi.¹²

En fonction des auteurs et des années, la définition du mot suicide change.

- En médecine:

Selon l'OMS, le suicide est l'acte de mettre délibérément fin à ses jours.¹³

Selon la CIM-10, le suicide n'apparaît pas comme un diagnostic principal. Toutefois, le terme est retrouvé dans le chapitre XX : « Cause externe de morbidité et mortalité » et il fait partie du paragraphe X60-X84 : « Lésions auto-infligées ».

Le terme « suicide » a une multitude de signification et cela en fonction des auteurs, des années et des différences socioculturelles. Une société où le suicide est désapprouvé et l'acte de mort volontaire est louable, ne parlera pas de suicide mais de sacrifice.

Nous venons de définir les termes autour de la suicidalité pour mieux appréhender le sujet et pouvoir décrire les études s'y rapportant.

Dans le chapitre « épidémiologiques des TS chez les adolescents », nous répertorions les études internationales et nationales sur la prévalence des TS des jeunes.

Avant de voir ce chapitre, nous allons clarifier la définition de notre population, les adolescents puis les adolescents suicidants pour mieux les comprendre.

2 La population étudiée : les adolescents

A. Qu'est ce que l'adolescence ?

- Selon le Haut comité de la Santé publique:

En 1997, le Haut Comité de la Santé Publique définit l'enfance et l'adolescence comme « les périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire plus ou moins important, de l'intégration de la vie sociale plus ou moins réussie. Un moment d'identification personnelle et sociale. Celui où s'achève de se constituer son capital de santé. Celui-ci peut et doit atteindre un niveau considérable, mais il risque d'être dilapidé par négligence, ignorance ou par des conduites à risques, dilapidation qui peut accumuler les facteurs de risques pour les stades ultérieurs de la vie ». ¹⁴

- Du point de vue physiologique:

Il repose sur le développement pubertaire : les âges de début sont compris entre 11 à 13 pour les garçons, 10 à 12 ans pour les filles et la période d'achèvement entre 14 à 18-20 ans. C'est une acquisition de la maturité génitale avec le développement des caractères sexuels, la poussée de croissance pubertaire avec l'acquisition de la taille définitive et cela par l'intermédiaire de l'activation de l'axe hypothalamo-hypophyso-gonadique.

- Du point de vue chronologique:

L'OMS définit trois groupes d'âges : 10-14 ans, la préadolescence, 15-19 ans, l'adolescence et 20-24 ans, la post-adolescence. Cette définition facilite les études épidémiologiques, mais représente un risque de découpage arbitraire des problèmes de santé.

- Du point de vue juridique:

La convention internationale des droits de l'enfant définit l'enfant « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ». Ceci correspond à la majorité légale en France. De même, les établissements de santé accueillent, selon leur choix jusqu'à 18 ans dans les services de pédiatrie.¹⁴

- Du point de vue psychanalytique, selon Dr Marcelli D et Dr Alvin P, pédopsychiatres:

L'adolescence est découpée en 3 phases. Elle débute par la préadolescence (10-12 ans pour les filles et 11-13 ans pour les garçons). C'est la période des métamorphoses physiques et sexuelles avec ses interrogations de type « suis-je normal? », « suis-je comme les autres? ». L'adolescent revendique un espace d'intimité face à ce nouveau corps. C'est le début des périodes d'irritabilités, d'isolements, de changements de comportements avec ses proches (refus et conflits familiaux). Puis, entre 13-16 ans pour les filles et 14-17 ans pour les garçons, il rentre dans la phase de « mi- adolescence ». Il existe ici un paradoxe où l'adolescent revendique son indépendance familiale mais persiste un besoin affectif familial et une dépendance économique. Il ressent des conflits intérieurs entre sentiment de manque de confiance en soi et toute-puissance, pulsions ressenties et interdites à maîtriser, empathie et égoïsme, prise de risque et appréciation des conséquences. Il présente des réactions souvent impulsives, fait face à des situations anxiogènes plus ou moins bien tolérées. Enfin vers 17-21ans, c'est la fin de l'adolescence avec acquisition de son identité sexuelle et sa capacité aux relations intimes, affectives et sexuelles. Sa construction est presque achevée et son émancipation finale dépend de son autonomie économique et matérielle.¹⁵

B. Qu'est ce qu'un adolescent suicidant ?

- Psychopathologie de l'adolescent suicidant :

Au début du XXème siècle, les psychiatres considéraient le suicide comme un symptôme d'une maladie mentale. Par la suite, cette notion fut contesté par des études auprès d'adolescents suicidants où aucun lien entre entité psychiatrique et conduites suicidaires n'a été identifié.

Pour certains auteurs, l'adolescent suicidant se caractérise essentiellement « par une fragilité narcissique, une difficulté à contrôler les impulsions, une intolérance à la perte et une dépendance excessive aux liens affectifs parentaux ». ¹⁶

Pour d'autres, c'est une immaturité intellectuelle du concept de mort qui est perçu par l'adolescent. La mort est idéalisée et symbolise la délivrance. C'est vouloir vivre une autre vie sans tension ni contrainte avec accès à l'immortalité. Le désir de mort permet d'échapper à une situation externe et interne imposée, insupportable et angoissante. Le jeune s'installe dans des conduites d'échecs après plusieurs tentatives. Certains gestes sont considérés comme une fuite, un appel à l'aide vers son entourage. Ils représentent un moyen maladroit, mal adapté et morbide pour amorcer un dialogue. ¹⁷

- Comprendre la crise suicidaire:

Le geste suicidaire est la confrontation de 3 évènements :

- une crise existentielle où l'individu est dans une situation qui juge insupportable,
- un environnement négatif amené par des confrontations entre l'individu et des événements de vie négatifs. Une vulnérabilité individuelle représentée par l'impulsivité et la dimension anxio-dépressive.
- l'idée du suicide représente une solution pour stopper cette situation insupportable. ¹⁸

En France, la conférence de consensus de l' Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES, ex-HAS) en 2000 recommande d'évaluer les signes de la crise suicidaire en évaluant l'urgence et la dangerosité.

Elle classe ces signes en 3 catégories :

La 1ère est de repérer des manifestations d'expressions d'idées et d'intentions suicidaires.

La 2ème catégorie est le repérage de manifestation de crise psychique : expression de malaise divers, hyperactivité, conduite anorexique et boulimique, infléchissement des résultats scolaires, conduites excessives et déviantes, attirance pour la marginalité, prise de risque inconsidéré, violence sur soi et sur autrui.

La 3ème catégorie est de savoir situer le contexte de vulnérabilité : dépression, impulsivité, événement de vie douloureux familiale, individuel comme les ruptures sentimentales, les échecs scolaires, les conflits avec l'autorité, l'isolement affectif.¹⁹

Selon une étude finlandaise, parmi 53 adolescents suicidés, dans 70% des cas, l'étude montrait la présence le mois précédant le geste, d'un facteur précipitant. Une séparation ou un conflit interpersonnel étaient retrouvés dans la majorité des cas. Dans la moitié des cas, ce facteur précipitant avait eu lieu dans les 24 heures précédant le geste.²⁰

Le concept de la suicidalité est perçu chez certains auteurs comme un continuum débutant par la perception des idées de mort puis par la présence de pensées sans plan puis avec un scénario suicidaire, suivi par l'acte suicidaire avec la TS, sa répétitivité amenant au risque de décès.²¹

Au total, la conduite suicidaire est une sommation de facteurs externes stressants découlant d'événements biographiques et de facteurs internes de vulnérabilité lié à la structure psychique singulière pour chaque personne.²²

En conséquence, un adolescent avec des idées suicidaires ou ayant déjà fait une TS ne doit pas être à banaliser.

Nous venons de décrire la physiopathologie de l'adolescent suicidant pour comprendre son schéma psychique. C'est ainsi que de nombreuses recherches médicales ciblées sur les adolescents cherchent à comprendre et à décrire les facteurs de risque de ces troubles. Nous abordons dans le chapitre suivant ces corrélations.

L'objectif de ce chapitre est de mettre en évidence les principaux facteurs de risque des IS ou TS à partir d'études cliniques internationales ou nationales les plus récentes possibles. Certains résultats sont associés à leurs odds ratio (OR) autrement dit le rapport de cote et son intervalle de confiance (IC). L'OR est une mesure d'effet relatif calculé par le rapport des sujets exposés sur les non exposés. Dans notre cas, le risque de développer des IS ou TS en fonction de l'exposition à un facteur. Par ailleurs, une association ne signifie pas forcément relation causale. Certaines enquêtes citées dans ce chapitre sont détaillées dans le chapitre « épidémiologique des TS chez les adolescents ».

3 Les principaux facteurs de risque des TS à l'adolescence

Selon l'OMS, un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Certains facteurs de risques sont dits internes, propre à la personne et d'autres dits externes liés à son environnement, hors de contrôle par le sujet.

A. Facteurs internes

- Le genre:

La prédominance du genre féminin à faire des TS est constamment retrouvée dans la littérature que se soit dans les études déclaratives ou les hospitalisations.^{23, 24}

En France, en 1999 Choquet et Ledoux estimaient que le nombre de TS concerné une fille pour 3 garçons.²⁵

En 2008, dans l'étude ESCAPAD en France, parmi les élèves suicidants 73,7% étaient des filles contre 26,4% de garçons avec un OR pour le genre féminin à 2,98 (IC95 % : 2,75–3,24 ; $p < 0,001$).²⁶

L'écart du nombre de TS en fonction du genre était très important dans la tranche d'âge des 15-19 ans (4 fois plus de tentatives parmi les filles) selon le Baromètre santé 2010. Cet écart est plus faible dans la tranche d'âge des 20-30 ans (seulement 2 fois plus de filles suicidantes).²⁷

- Les troubles psychologiques:

Dans ce domaine, la dépression est le premier facteur de risque.

Selon Nock, à partir des résultats de l'étude *National Comorbidity Survey* aux États-Unis, il montre que la plupart des adolescents avec des IS ou ayant fait une TS présentaient au moins un critère sur les 15 désordres psychiatrique de la DSM-IV (89,3% chez les adolescents avec IS et 96,1% chez ceux ayant fait au moins une TS). La dépression était le trouble psychiatrique le plus important dans le risque d'apparition d'une TS avec un OR à 6,2 (IC95% :3,8-10 ; $p<0,05$) suivi par le stress post-traumatique OR à 3.3 (IC95% :2.0-5.5; $p<0,05$) et les désordres alimentaires OR à 3.2 (IC 95% : 1.5-7.0 ; $p<0,05$).²⁸

La prévalence de la dépression est 2 à 3 fois plus importante chez les femmes que chez les hommes et cette différence est constatée dès le début de l'adolescence.²⁹ Cet état de fait peut expliquer en partie la prédominance des filles à faire des TS.²⁴

Dans la méta-analyse de Kanwar 2013, les études se rapportant uniquement aux jeunes retrouvaient une association entre trouble anxieux et idées suicidaires (OR=3,08, IC95%: 1,94-4,90) et aux autres comportements suicidaires (OR=2,82, IC95% : 1,92-4,14).³⁰

Dans l'étude de Boden, avoir un trouble anxieux augmentait de façon importante le risque de faire des TS avec un OR à 5.85 (IC95% : 3.66-9.32). Cependant, le contrôle de certains facteurs comme les troubles mentaux associés ou une vie stressante a modéré cette association avec un OR à 1,90 (IC95% : 1,07-3,39).³¹

Une faible estime de soi et le désespoir sont décrits également comme facteur de risque de TS.³²

- Le sommeil:

Dans le champ biologique, les troubles du sommeil sont bien corrélés aux ISTS.

Dans la méta-analyse de Pigeon, les troubles du sommeil dont les cauchemars et les insomnies étaient associées pour l'ensemble des études chez les moins de 18 ans aux risque d'idées, actes suicidaires et suicide avec un risque relatif après ajustement à 1.66 (IC95% : 1,31-2,10).³³

Dans les études en population adolescente, une étude longitudinale sur 6 ans réalisée aux États-Unis sur plus de 6000 adolescents de 16 ans à la phase initiale a retrouvé une corrélation entre difficulté d'endormissement et problème suicidaire. En effet, les résultats montraient qu'un adolescent avec des difficultés d'endormissement avait des risques de développer des IS (OR=1,20 ; IC95% :1.09-1.32 ; p<0,001) et des TS (OR=1,22 ; IC95% : 1,06-1,41 ; p<0,001) à 1 an de la phase initiale. De plus, ces adolescents avec initialement des troubles du sommeil et IS, présentaient un risque de faire des TS.³⁴

Une étude réalisée en Chine par auto-questionnaire à l'école sur plus de 1300 adolescents de 15 ans a montré que dormir moins de 8h par nuit (OR=2,89 ; IC95% : 1,07-7,81; p<0,05) et des cauchemars fréquents (OR=2,43 ; IC95% : 1,76-3,35; p<0,05) représentaient un risque de faire des TS après ajustement de l'âge, du sexe et des symptômes de dépression. De plus, elle démontrait que les cauchemars étaient considérés comme un risque de développer des IS (OR=1,69 ; IC95% : 1,2-2,38; p<0,05).³⁵

- La maladie:

Le diagnostic d'un cancer augmente le risque de comportement suicidaire (suicide et TS) avec dans une étude en Suède chez les 15-30 ans, suivi sur 15 ans, un risque relatif estimé à 1,6 (IC95% 1,4-1,9). Ce risque de comportement suicidaire était plus important la première année de l'annonce du diagnostic avec un risque relatif estimé à 2,5 (IC 95% : 1,7-3,5).³⁶

La plupart des douleurs chroniques sont associées à un risque de IS et TS. Selon l'étude de Van Tilburg (n=9970 aux États-Unis), la dépression était largement associée à ces douleurs mais après contrôle de ce paramètre, ce sont les céphalées qui restaient corrélées à un risque de pensées suicidaires.³⁷

Dans une étude chez les 10-19 ans aux États-Unis (n=136549) en 2007, à la question : « as tu eu un problème physique durant au moins 12 mois? », près de 10% avaient répondu « oui ». Dans cette population, 25% avaient eu des IS et 5,5% rapportaient avoir fait une TS. L'étude retrouvait une corrélation entre des douleurs chroniques et le risque d'IS et de TS avec des OR respectifs à 1.22 (IC99%: 1.14 – 1.31; p<0,01) et 1.24 (IC99%: 1.09 –1.40 ; p<0,01).³⁸

B. Facteurs externes : évènements de vie

Les conclusions de l'étude de Resnik aux États-Unis montrent que l'amour, l'attention et la compréhension des parents aidaient les adolescents à éviter les comportements à risque. Cette étude retrouvait également que les adolescents attachés à leurs parents et à l'école les protégeaient des comportements suicidaires.³⁹

- A la maison:

Le contexte familial prend une part importante au déterminisme des comportements suicidaires. Les séparations (décès, divorce, séparation des parents) et les dissociations familiales entraînent une stagnation et une régression de l'évolution affective de l'enfant.

Des événements stressants à la maison constituent un facteur de risque. L'étude de Xing, en 2008, en Chine (n>12000 âgés de 11 à 17ans) , montre que les adolescents avec TS étaient marqués par des événements familiaux considérés comme stressants notamment: une éducation inappropriée avec un OR=1.83 (IC95% : 1.66-2.02) la séparation des parents avec un OR=1.38 (IC95% : 1.29-1.48); des problèmes sociaux des parents (abus d'alcool, problème de jeux) avec un OR 1.34 (IC95% : 1.23, 1.45) ; ou une épreuve malheureuse (mort d'un parent, maladie grave d'un parent) avec un OR à 1.18 (IC95% :1.07- 1.29) avec p<0,001.⁴⁰

Selon Brent, les enfants de parents dépressifs et avec antécédents de TS ayant nécessité une prise en charge médicale avaient 6 fois plus de risque (OR= 6; IC95% : 1.3-26.6; p=0,008) de faire des TS par rapport à ceux avec parents dépressifs mais sans comportements suicidaires. Cette association était encore plus forte si l'enfant était une fille (OR=10.6 ; IC95% :2.5-45.4 ; p<0,0001).⁴¹

Le fait de vivre dans un climat de violence est un facteur de risque de comportement suicidaire. Evans montre dans sa revue d'études épidémiologiques que les antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel dans l'enfance étaient des facteurs de risque de TS.⁴²

En France, Peyre, à partir des résultats de l'étude ESCAPAD 2008 montre que les adolescents avec au moins un antécédent de TS rapportaient plus fréquemment de mauvaises relations avec leur père (OR = 3,02 [IC 95 % : 2,76–3,29] ; p < 0,001), ou leur mère (OR = 3,49 [IC 95 % : 3,10–3,93] ; p < 0,001).²⁶

- A l'école:

Selon Peters, d'après l'étude National Longitudinal Survey aux États-Unis (n=13465), avoir un ami aux antécédents de TS était un facteur de risque pour les filles comme pour les garçons avec respectivement des OR à 1,66 (IC95% :1.253-2.207) et 1,71 (IC95% : 1.095-2.671).⁴³

La « vie » à l'école est également importante dans le risque de comportement suicidaire.

Klomek dans son étude longitudinale en Finlande sur un échantillon de plus de 5000 participants suivi sur une période de 16 ans, a montré que les filles ayant subies des violences à l'école dans l'enfance avaient un risque de TS et de suicide à l'âge adulte même après ajustement des facteurs de dépressions et troubles des conduites avec un OR=6.3 (IC 95% 1.5-25.9; p<0,05).⁴⁴

Dans une autre étude réalisée entre 2002 et 2004 interrogeant les élèves de l'état de New York de 13 à 19 ans (n=2342), Klomek a montré qu'un adolescent brimé ou violenté à l'école de façon fréquente (au moins une fois par semaine) était un facteur significatif de dépression, d'IS et de TS comparé aux autres adolescents indemnes et particulièrement chez les filles.⁴⁵

En France, l'étude de Walburg auprès de lycéens, a mis en évidence que le stress scolaire évalué par l'échelle traduite de la *High School Stressor Scale* (sans mentionner dans leur publication le niveau de stress utilisé pour leur étude) était un facteur de risque de burn-out ainsi que la pression perçue par les parents et par les camarades. Elle montrait que le burn-out défini par l'épuisement face aux demandes scolaires, une attitude cynique à l'égard de l'école et un sentiment d'inadéquation en tant qu'élève avait un impact sur les IS, surtout lorsque il était associé à une symptomatologie dépressive.⁴⁶

Après avoir décrit les facteurs de risque externes et internes, nous avons choisi de mettre en évidence les conduites à risques corrélées aux IS ou TS reconnues dans la littérature chez les jeunes.

Selon Choquet, Marcelli et Ledoux, les conduites à risques sont des comportements comprenant des risques objectifs pour le bien-être physique ou mental de l'individu.⁴⁷ Les conduites à risques représentent pour nous les choix personnels différents des facteurs de risque internes et externes.

C. Les choix personnels : les conduites à risques

Selon Kokkevi à partir de l'étude ESPAD 2007 (n>45000 dans 16 pays européens), la consommation de produits chez les jeunes augmentait le risque de faire des TS. Le facteur le plus important était la prise de tranquillisant (OR=3,34 ; IC95% : 3,0-3,7), la prise de drogues illicites autre que la prise de cannabis (OR=2,41 ; IC95% : 2,14-2,70), la prise régulière de tabac (OR=2,02 ; IC95% : 1,84-2,21), la prise régulière d'alcool (OR=1,47 ; IC95% : 1,32-1,63) et la prise de cannabis (OR=1,37 ; IC95% : 1,18-1,58).

De plus, l'étude montrait que la multiplication de consommation de plusieurs « substances » augmentait le risque de faire une TS avec un odds ratio qui doublait à chaque « substance » ajoutée (une substance consommée : OR= 2.39 [IC95% : 2.20-2.60] ; 2 substances : OR=4,47 [IC95% : 4-4,99] et 3 substances : OR=7.42 [IC95% : 6.33-8.69]).⁴⁸

L'âge du début de consommation est également corrélé aux comportements suicidaires.

L'étude de Swahn à partir de l'enquête YRSB 2003 (n=15136) et ESPAD 2003 France (n=13187), montrait que la 1ère prise d'alcool avant 13 ans était un facteur de risque (OR =2,71 ; IC95% :1,82-4,02).⁴⁹

Le fait de commencer à fumer avant 13 ans pour une fille selon l'étude Epstein YRSB 2005 (n>13000) était également associé aux risque de TS (OR=1,47 ; IC95% :1,03-2,11). Dans cette même étude, fumer était un facteur de risque d' IS chez les filles et les garçons.⁵⁰

Par ailleurs, les médias parlent du phénomène *Heavy episodic drinking* qui est le fait de boire beaucoup d'alcool en peu de temps.

Aseltine a montré dans son étude (n>32000) qu'un épisode *Heavy episodic drinking* était corrélé aux TS (OR=1,78, p<0,05). Cette association était beaucoup plus forte quand ce comportement était expérimenté avant 13 ans.⁵¹

Il y a bien d'autres comportements à risques corrélés avec les ISTS. Nous nous sommes limités ici aux comportements de consommations.

4 Épidémiologie

Nous allons faire un état des lieux des enquêtes de santé auprès des jeunes réalisées à l'internationale, nationale et régionale relevant des comportements suicidaires : suicide et TS. Le but, si il est possible, étant de suivre la prévalence des TS des adolescents et faire des comparaisons entre chaque pays.

A. Epidémiologie des suicides des adolescents

Comme nous l'avons vu dans le chapitre « La problématique suicidaire », le suicide n'est pas répertorié comme diagnostic principal dans les causes externes de mortalités du CIM-10. Les chiffres présentés ci-dessous sont donc à prendre avec prudence. Puisqu'ils dépendent des déclarations des certificats de décès. Le suicide peut être sous évalué en raison d'une affiliation erronée par les autorités et notamment classé dans les causes de décès indéterminées.

- Classement par pays:

Le suicide représente la 2ème cause de décès des 10-24 ans dans le monde après les accidents de la route.⁵²

Dans la tranche d'âge des 15-19 ans, elle représente la première cause de mortalité dans le monde chez les filles soit 8,2% du total des décès ou 31000 décès en 2004. Chez les garçons, il est classé 3ème cause de décès soit 6,5% du total des décès ou 29000 décès après les accidents de la route (16%) et la violence (9%).⁵²

Dans les pays en cours de développement, le suicide dans la tranche d'âge des 15-24 ans reste derrière les décès secondaires aux guerres et aux maladies infectieuses dont le sida et la tuberculose.⁵³

- Aux États-Unis

D'après les résultats publiés chez les 15-19 ans, le suicide représentait en 2010 la 3ème cause de mortalité avec 7,5 décès pour 100000 habitants. Selon le sexe, elle restait la 3ème cause chez les garçons et se classait 2ème cause de décès chez les filles. En 2012, le suicide se classait 2ème cause de décès dans cette tranche d'âge.⁵⁴

- En Europe et en France

Dans l'Union européenne, les derniers chiffres publiés en 2010 des taux de décès par suicide chez les 15-19 ans retrouvait une moyenne européenne à 4,6 pour 100000 habitants contre 5,4 en 2002.

Les taux les plus élevés sont retrouvés en Lituanie, Estonie et en Finlande avec respectivement 13,9, 13 et 11,7 pour 100000 habitants.

La Grèce, l'Espagne et l'Italie sont les pays où il y a le moins de décès par suicide avec respectivement 1, 1,2 et 1,9 pour 100000 habitants.

En France en 2010, le taux de décès par suicide était légèrement au dessus de la moyenne européenne avec 4,9 décès pour 100000 habitants.⁵⁵

En France, le suicide des 15-24 ans représentait la 2ème cause de décès chez les filles comme chez les garçons après les accidents de la route en 2011 soit 16,3% du total des décès.⁵⁶

- Classement selon le sexe et l'âge:

Le suicide est rare avant 15 ans.

Selon les résultats de l'OMS, le suicide avant 15 ans représente respectivement pour 100000 habitants 1,2 décès pour les garçons et 0,5 chez les filles dans la tranche d'âge des 5-14 ans.³

Quelque soit la tranche d'âge, le suicide est à prédominance masculine avec un risque estimé 2,6 fois plus important chez les garçons dans la tranche d'âge des 15-19 ans par rapport à celle des filles.^{57, 58}

En France en 2010, le taux de décès masculin était 3 fois supérieur à celui des filles avec respectivement un taux de décès chez les garçons à 7,3 pour 100000 habitants contre 2,5 chez les filles chez les 15-19 ans.⁵⁵

- Evolution:

Suivre l'évolution du taux de suicide dans le monde est compliquée. Elle dépend des chiffres fournis par les autorités de chaque pays et peuvent être difficile à obtenir. De plus, les résultats publiés actuellement dans la littérature datent généralement de quelques années.⁵⁹

Dans les études les plus récentes, elles mentionnent dans les pays européens un taux en diminution entre 2000 à 2004 chez les garçons et stable chez les filles.⁵⁸

Dans la revue Lancet 2012, la tendance viendrait à augmenter dans les années à venir liées à la récession économique.³

Aux États-Unis, le suicide diminue dans le groupe des 15-24 ans jusqu'au milieu des années 2000 pour se stabiliser jusqu'en 2005.⁵⁹

En Europe, les taux de décès par suicide évoluent en dent de scie entre 2001 à 2010. Pour la tranche d'âge des 15-19 ans, ce taux oscille avec 5,7 décès pour 100000 habitants en 2001, 4,3 en 2005, 4,1 en 2007, 4,8 en 2009 et 4,9 en 2010.^{55,}
60

B. Épidémiologie des TS chez les adolescents

- Limite:

L'épidémiologie du taux de TS est plus compliquée que celle des suicides.

En effet, il n'existe pas d'organisation commune mondiale de collecte des taux de TS. Les résultats de source officielle sont donc basés sur les TS déclarées au médecin ou les TS prises en charge à l'hôpital après le geste.

Mais qu'en est il des adolescents suicidants ne rentrant pas dans un parcours de soins ou ceux n'ayant jamais avoués leur tentative à un proche ou à leur médecin ?

Pour pallier à ce manque de données, plusieurs institutions ont mis en place des enquêtes déclaratives auprès de la population générale ou ciblées. Ce sont ces enquêtes auprès des jeunes que nous décrivons dans le paragraphe suivant.

- Les résultats classés par pays:
 - Aux États-Unis

Youth Risk Behavior Surveillance (YRBS)

- Description

Les enquêtes YRBS ont été mise en place par la *Division for Adolescents and School Health* en association avec les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*). Il s'agit d'enquête de surveillance des comportements à risques des jeunes pour chaque état des États-Unis.

Elle permet donc une surveillance dans le temps et dans l'espace. Elle est conduite depuis 1991 et renouvelée tous les 2 ans. La population cible est âgée entre 14 et 18 ans. Un questionnaire est rempli par les élèves à l'école de façon anonyme. Chaque étude compte près de 16000 élèves. Les résultats sont systématiquement publiés.

- Résultats de 1991-2011

La question relative à la TS est abordée de la façon suivante :

« Durant les 12 derniers mois, combien de fois as tu tenter de te suicider? »

Un texte préalable à la question explique la notion de mettre fin à sa vie. Le choix des réponses possibles sont: « 0 fois; 1 fois; 2 à 3 fois, 4 ou 5 fois; 6 fois ou plus ».

Selon les résultats de l'enquête entre 1991 à 2009, il existe une diminution du nombre de TS chez les filles.

Chez les garçons, le nombre de TS diminue jusqu'en 2007 et augmente par la suite.

Les résultats depuis 2001 jusqu'en 2013 sont réunis dans le tableau 1. Les derniers chiffres publiés en 2013 nous révèlent une nouvelle augmentation chez les filles mais elle n'est pas significative.^{61, 62, 63, 64, 23}

Tableau 1 : Résultats du %TS selon les résultats de l'enquête YRBS de 2001 à 2013 dans la tranche d'âge des 14-15ans total, filles, garçons :

% TS-12 mois	2001	2006	2007	2009	2011	2013
Total	11	10,4	7,9	7,3	9,3	9,3
Filles	13,2	14,1	10,5	10,3	11,8	13,8
Garçons	8,2	6,8	5,3	4,5	6,8	4,8

 National Comorbidity Survey - Adolescent Supplement (NCS-A)

- Description

L'enquête NCS-A est une étude effectuée entre 2002 et 2004 dans tous les états. L'échantillon était de 10148 élèves âgés de 13 à 17 ans. La méthode était basée sur la collecte de différentes données : des questionnaires complétés par l'adolescent à l'école, des interviews en face à face à la maison, et des questionnaires remplis par les parents. 6483 questionnaires étaient exploitables. Les comportements suicidaires étaient abordés par les questions suivantes : « As tu pensé à te tuer? » « As tu fait un plan pour te tuer? » « As tu déjà essayé de te tuer? »

A la différence des enquêtes YRBS, elle aborde la question sur les TS non pas « au cours des 12 derniers mois » mais « au cours de la vie ».

- Résultats

Les résultats de cette étude montre un taux de TS au cours de la vie à 4,1% avec 6,2% de filles et 2,1% chez les garçons.²⁸

- En Europe

European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD)

- Description

C'est une enquête multinationale conduite en Europe sur la toxicomanie et la santé des jeunes. Elle a été créée fin des années 80 et menée en milieu scolaire auprès de jeunes européens de 16 ans. Après élaboration d'un questionnaire en 1993, la première étude s'est déroulée en 1995, initiée par le conseil suédois pour l'information sur l'alcool et les autres drogues avec le soutien du conseil de l'Europe. Elle se répète tous les 4 ans. Elle comptait 22 pays participants la première année et 36 dans sa dernière année d'étude avec plus de 100000 élèves contre 43000 en 2007 avec un minimum de 2400 élèves participants pour chaque pays.

La France intègre le dispositif en 1999 avec le soutien de l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Les enquêtes ESPAD permettent le suivi des consommations de produits psychoactifs au sein des principaux pays de l'union européenne chez les jeunes.

La méthode est la suivante : les établissements privés et publics sont sélectionnés de façon aléatoire. La population cible est lycéenne. Dans chaque établissement, 2 classes sont tirées au sort, tous les élèves de la classe font partie de l'étude et répondent à un questionnaire anonyme auto-administré dont la base est commune à tous les pays.

La question posée entre 1999 à 2007 concernant la TS est la suivante :

« As tu déjà tenté de te suicider? » avec 5 choix de réponses possibles : « pas du tout, 1 fois, 2 fois, 3-4 fois, 5 fois ou plus ».

Les rapports internationaux des résultats sont publiés sur le site internet de l'enquête ESPAD.⁶⁵

Malheureusement, seul le rapport de 2007 consultable en accès libre exploite les questions autour du suicide.

De plus, les résultats français ne font pas partie de la publication.

En effet, la question posée sur les TS en France était « au cours des 12 derniers mois » et non « au cours de la vie ». Il était donc impossible de comparer ses résultats avec les autres pays européens.

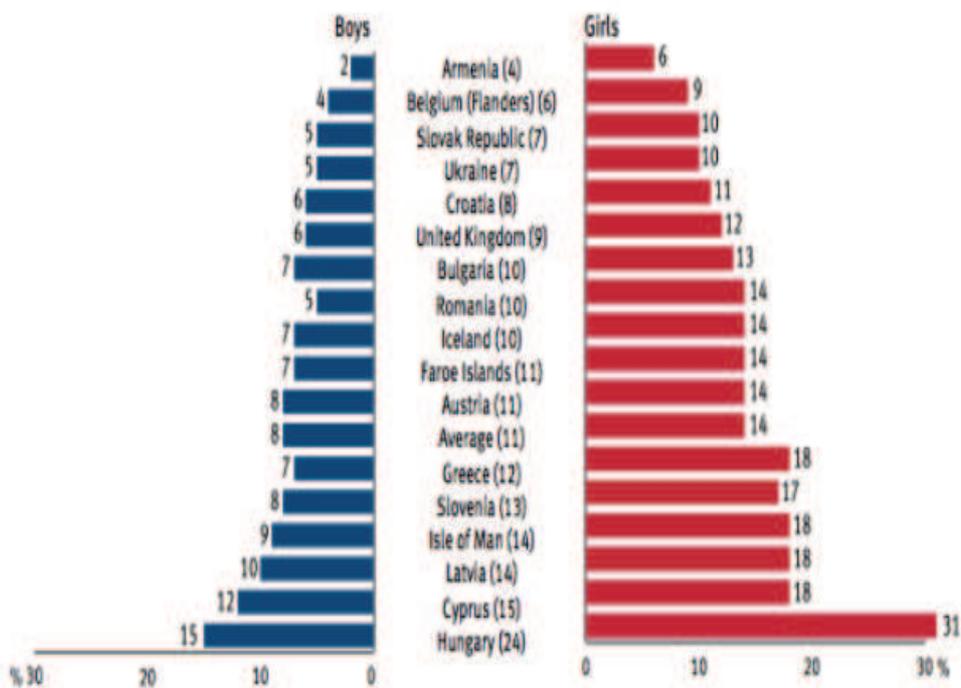
- Résultats 2007

C'est donc seulement les résultats de l'enquête en 2007 que nous pouvons décrire. Sur les 35 pays participants à l'étude, 18 pays ont utilisé au moins une question sur le thème du suicide soit 57858 élèves participants.

La figure 1 nous montre un taux plus important de TS chez les filles dans tous les pays européens. La Hongrie comptabilise le taux le plus élevé avec 24% dont 31% de filles et 15% de garçons. Suivi par la Chypre 15%, la Lettonie 14% et l'Ile de Man (dépendance de la couronne Britannique) 14%.

Les taux les plus bas sont représentés par l'Arménie (4%) et la Belgique (6%).⁶⁶

Figure 1 : Répartition du % de TS selon le sexe et classé par pays selon le rapport ESPAD 2007



- En population générale en France

En France, il existe plusieurs types d'enquêtes déclaratives différentes selon la population cible, la région étudiée, la méthode et le sujet à traiter. Nous énumérons celles avec les jeunes et les TS.

Les enquêtes du Baromètre Santé

- Description

Ce sont des enquêtes transversales, répétées dans le temps, téléphoniques, déclaratives reposant sur un échantillon aléatoire représentatif de la population résidant en France métropolitaine. Elles étudient les comportements, les connaissances, les attitudes et les croyances des français face à leur santé.

Elle a été conçue par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) devenu aujourd'hui l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes).

Les résultats sont publiés dans la collection « Baromètre santé ». Le premier baromètre date de 1992 et concerne uniquement les adultes.

Elle sont répétées dans le temps tous les 3 à 5 ans. Il y a environ 25000 personnes à chaque étude avec des sur-échantillons dans certaines régions et pour certaines populations. Par exemple, en 2000 pour les 12-25 ans, en 2005 sur-échantillonnage en Poitou Charentes, en 1997-98, seule la tranche d'âge des 12-19 ans avait été interrogée.

Avec l'évolution des techniques d'appels, les 2 dernières études du Baromètre ont réalisé des sur-échantillonnages de personne à téléphone portable exclusif.

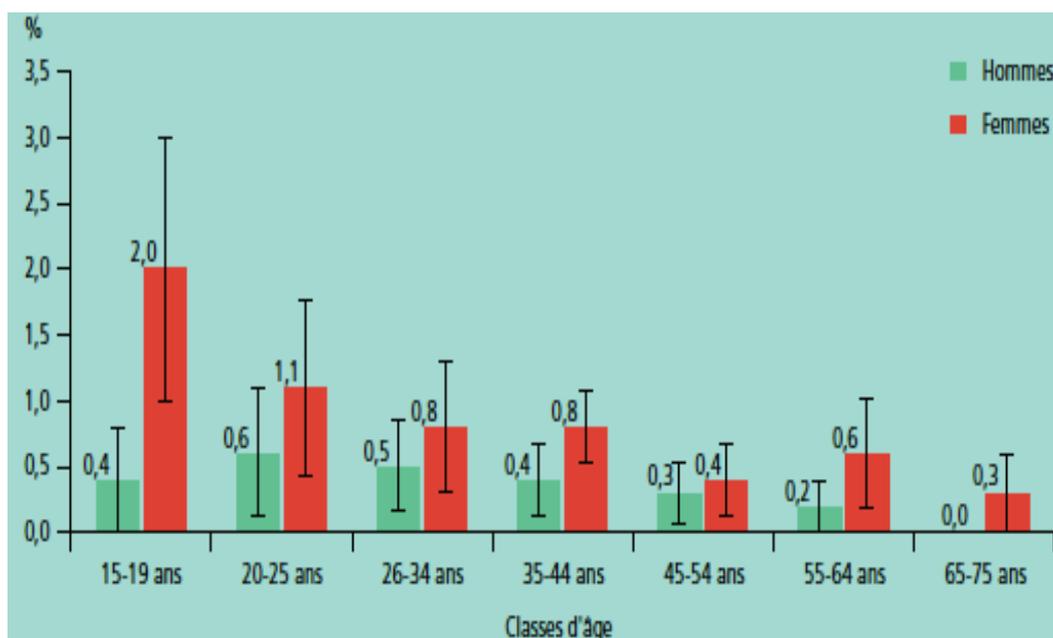
La méthode est la suivante : un échantillonnage aléatoire de ménage est effectué par la méthode de collecte assistée par téléphone et informatique (CATI) dans chaque région. Cette méthode aléatoire permet d'inclure les ménages sur liste rouge. Les ménages éligibles reçoivent au préalable de l'appel une lettre d'annonce expliquant le but de l'étude. Les données sont recueillies à partir d'un entretien téléphonique, un seul individu par foyer est tiré au sort. Le questionnaire durait 35 min en 2010.

Les questions sur les comportements suicidaires sont posées aux plus de 15 ans. Elles sont les suivantes : « Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide? » « Cette tentative a-t-elle eu lieu au cours des 12 derniers mois? ». Avec 3 choix de réponse « oui, non, ne sais pas ». ⁶⁷

- Résultats de 1998 à 2010

En 2010, 0,5% de la population générale a déclaré avoir fait une TS au cours des 12 derniers mois. La tranche d'âge des 15-19 ans chez les filles était la plus représentée avec un taux à 2%. ⁶⁸ (Figure 2)

Figure 2 : Prévalences des TS au cours des 12 derniers mois classées selon le sexe et l'âge en France 2010, selon le rapport du Baromètre Santé 2010



L'évolution du taux de TS « au cours de la vie » dans la tranche des 15-19 ans depuis 1998 avait une tendance à augmenter chez les filles jusqu'en 2005 puis diminue jusqu'en 2010. (Tableau 2)

Chez les garçons, la prévalence des TS est significativement inférieure à celle des filles et en diminution passant de 2,1% en 1998 à 1,4% en 2010. ^{69, 70, 27}

Tableau 2 : Pourcentage de TS déclarées au cours de la vie selon les résultats du Baromètre santé (1998, 2005,2010) dans la tranche d'âge des 15-19 ans avec les (n) effectifs:

% TS-vie	1998, n= 4115	2005, n=2400	2010, n=1579
Filles	5,4	7,5	6,8
Garçons	2,1	1,8	1,4

- Comparaison entre régions françaises :

Selon le Baromètre santé 2010 des 15-30 ans, la cartographie des TS au cours de la vie montre une France au sein de laquelle aucune région ne se distingue significativement des autres. Cependant, il existe des disparités selon les régions avec un taux le plus bas retrouvé en Alsace (2%) et des taux les plus élevés dans les régions de l'Ouest et du Centre (7-8%). Ce sont des chiffres cohérents avec la prévalence des décès par suicide où la Bretagne est l'une des régions la plus touchée par le suicide selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) et les hospitalisations pour TS en population générale.²⁷

- Dans le Poitou-Charentes :

En 2005 le Baromètre santé jeune des 15-24 ans réalisait un sur-échantillonnage dans le Poitou-Charentes. L'étude montrait que 4,7% d'entre eux avaient tenté de se suicider au cours de leur vie. Il n'y avait pas de différence significative avec le taux national.

Dans la tranche d'âge des 15-19 ans, 8,2% de filles déclaraient avoir déjà fait une TS versus 1,5% chez les garçons.

Les résultats étaient non exploitables pour les autres années en Poitou-Charentes étant donnée le trop faible effectif.⁷¹

Les enquêtes de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)

- Description

En 1993, Choquet (ancienne directrice de l'Inserm) et Ledoux sont les premières à étudier les comportements de santé chez les jeunes par un questionnaire administré à l'école. L'enquête était nationale, 12000 élèves du second degré âgés entre 11 et 19 ans ont participé à l'étude. A la différence des enquêtes du Baromètre Santé, il ne s'agit plus de récupérer les données par appel téléphonique mais à partir d'un auto questionnaire c'est à dire rempli par la personne elle-même. Les TS sont ciblées par la question « Au cours de la vie, as tu déjà fait une TS? » Avec comme choix de réponses possibles : « non, une fois, plusieurs fois ».

Par la suite, l'Inserm a poursuivi dans le temps cette méthode en collaboration avec OFDT, branche française de l'étude ESPAD. Seulement, les résultats dans le temps concernant les TS n'ont pas été publiés.

- Résultats de 1993

Les résultats rapportaient que 7% des jeunes scolarisés avaient déjà fait au moins une TS au cours de leur vie avec une différence significative selon le sexe : 9% chez les filles et 5% chez les garçons.²⁵

Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense (ESCAPAD)

- Description

C'est une étude qui a eu lieu en France pendant la Journée d'Appel de Préparation à la Défense en 2008. La population cible était donc âgée de 17 à 18,5 ans.

Tous les jeunes sélectionnés de manière aléatoire ont participé à l'étude, un effectif de 44733 jeunes soit près de 6% des Français âgés de 17 à 18,5 ans. Un auto-questionnaire anonyme était rempli le jour même.

Les questions sur les comportements suicidaires ont été abordées avec les questions suivantes : « Au cours de votre vie, avez vous fait une tentative de suicide? » « Avez vous été hospitalisé pour cela? ».

- Résultats

8,2% soit 3146 adolescents de 17 à 18,5 ans ont répondu avoir fait au moins une TS dont 2,7% ont indiqué en avoir fait plus d'une.

Avec une majorité de fille avec un sex-ratio de 1 pour 3 avec un OR à 2,98 (IC 95 % : 2,75–3,24 $p < 0,001$).²⁶

La santé des apprentis en Poitou-Charentes

C'est une enquête réalisée dans la région du Poitou-Charentes dans le but de comprendre les comportements de santé des apprentis de toutes les filières professionnelles des 15-25 ans.

L'étude a été réalisée en 2010, par questionnaire auto-administré. L'effectif dénombrait 2993 questionnaires exploitables. À la question : « Avez-vous déjà tenter de vous suicider? » Dans la tranche d'âge des 15-25 ans, près d'un apprenti sur 10 a déclaré avoir tenté de se suicider dans la vie une fois (7,0 %), 2,7 % plus d'une fois avec 16% de filles et 6,2% de garçons.

Dans la tranche d'âge des 15-16ans (n=627), 22,3% de filles ont répondu oui versus 5,3% chez les garçons. Par contre, il existait une inégalité de nombre entre les filles et les garçons: garçons n=500 et fille n=127.⁷²

Étude « Lycoll » en Charente-Maritime

- Description

En 1999, l'étude Lycoll est organisée à l'initiative de l'association Info Relais 17 en partenariat avec l'OFDT, l'Inserm, l'Observatoire régionale de la santé (ORS) et l'Éducation nationale. Elle a été menée dans 57 établissements scolaires de Charente-Maritime. Les établissements étaient tirés au sort avec un effectif total de 4340 élèves dont 3762 questionnaires récupérés. Elle étudiait les comportements de santé des jeunes de 3^{ème} et de 2nd.

La méthode restait la même que celle utilisée en 1993 par Choquet et Ledoux. Un questionnaire était auto-administré dans les classes et rempli par l'élève.

Ce questionnaire a été conçu avec l'aide d'experts, pédopsychiatres et représentants de la santé scolaire. Le questionnaire de Choquet et Ledoux de 1994 a été la base.⁷³

- Résultats

70 % ont déclarés ne jamais penser au suicide, 11 % avaient déjà fait une TS dont 1 sur 4 à plusieurs reprises.

15% de filles de 3^{ème} et 2nd déclaraient avoir fait une TS contre 7,5% chez les garçons.⁷⁴

Pour conclure cette partie consacrée aux enquêtes internationales, françaises et régionale des TS, nous constatons que chacune présente des différences dans sa méthode, dans le choix des questions posées ou dans la tranche d'âge étudiée.

Nous ne pouvons donc pas comparer les résultats de ces études entres elles.

Néanmoins, le tableau 3 rassemble les résultats en pourcentage des taux de TS à partir des enquêtes avec la même méthode (auto-questionnaire) et posant la même question (TS au cours de la vie).

Tableau 3 : Pourcentage de TS au cours de la vie (total, filles, garçons) selon le type d'enquête avec (n) effectifs, résultats recueillis par auto-questionnaire :

¹non mentionné dans la publication

Enquête	Choquet	Lycoll	ESPAD	ESCAPAD	Santé des apprentis
Année	1993	1999	2007	2008	2010
Lieu, effectifs	France, n=12000	Charente-Maritime, n=3800	18 pays Européens n=57858	France n=38236	Poitou-Charentes n=627
Tranche d'âge	16-17 ans	15-16 ans	16 ans	17-18 ans	15-16 ans
% TS Total	7,00%	¹	¹	8,20% sex-ratio:1.3	¹
% TS Filles	9,00%	14,60%	14,50%	¹	22,30%
% TS Garçons	5,00%	7,50%	7,20%	¹	5,30%

Ce tableau nous révèle des résultats bien différents selon l'étude proposée. Nous ne pouvons pas comparer les résultats et donc nous ne pouvons pas conclure sur l'évolution épidémiologique de la prévalence des TS. Cependant, ce tableau met en évidence la proportion majoritaire de filles déclarant des TS par rapport aux garçons quel que soit le lieu d'étude et la tranche d'âge.

Nous avons consacré la partie précédente aux enquêtes sur les comportements suicidaires déclarés par l'adolescent. Nous allons aborder dans le paragraphe suivant l'épidémiologie des TS hospitalisées après le geste à partir d'organismes officiels français.

- Les TS médicalisées en France:

En France, les TS sont surveillées depuis 1999 grâce au réseau sentinelle créé par l'Inserm. Il est constitué de 2% de médecins libéraux qui répertorient chaque semaine sur internet les cas vus en consultation. Selon les études publiées, sur l'ensemble des patients suicidants diagnostiqués par les médecins libéraux, 20% avaient moins de 25 ans en 2001.⁷⁵

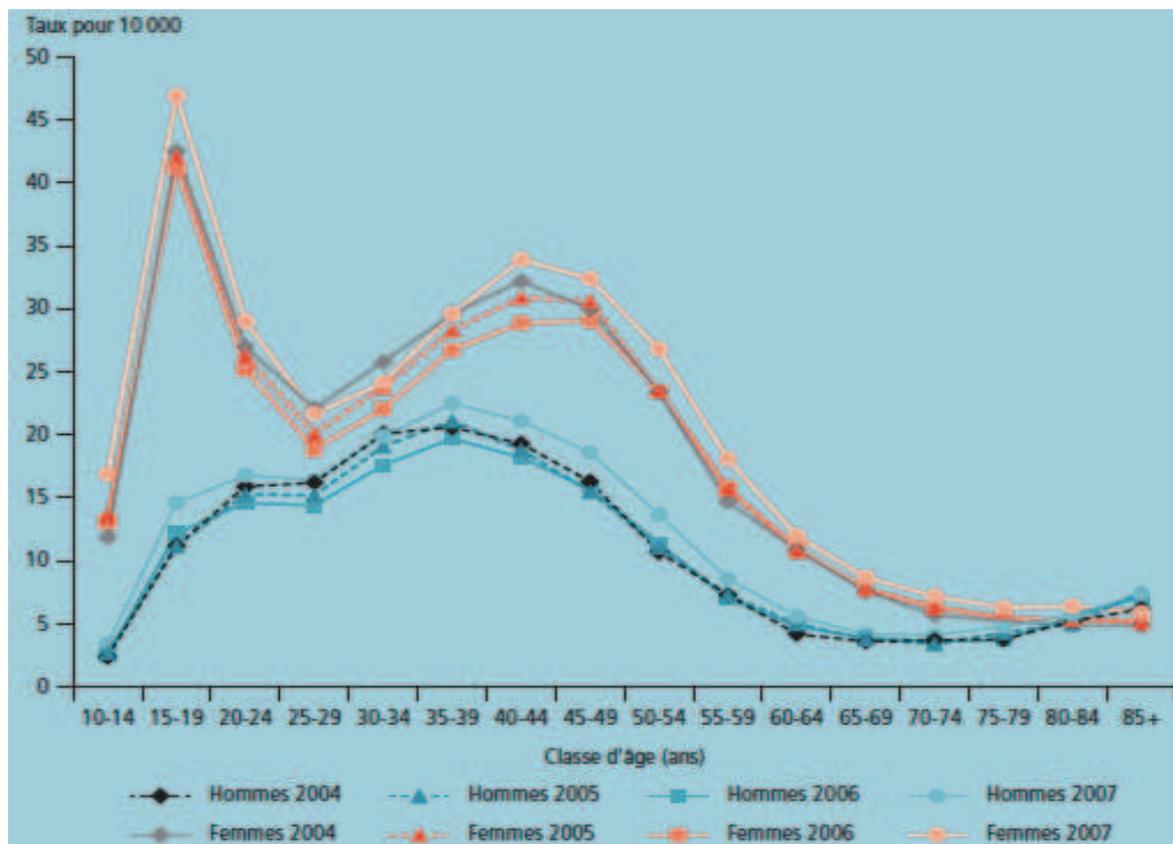
Entre 2009 à 2013 les médecins ont répertorié dans le système de surveillance, 17 TS pour les filles et 9 TS pour les garçons de moins de 18 ans sur un total de 498 cas de TS vu au cabinet. Soit 5,7% de filles et 4,5% de garçons sur le total des TS vu dans la population générale.⁷⁶

L'Institut de veille sanitaire publie à partir des données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) des établissements de santé, l'épidémiologie des TS en France en population générale dans le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH). Le PMSI, mis en place depuis une vingtaine d'années dans tous les établissements de soins de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) vise à mettre en relation les moyens de fonctionnement, l'activité médicale et les pathologies. Toutefois, les données sur les TS ne sont exploitables que depuis 2003.

Selon le BEH 2008, le nombre de séjours hospitaliers pour TS était stable entre 2004 à 2008 pour la tranche d'âge des 15-19 ans. Cependant, comme nous le montre la figure 3, il existe un pic d'hospitalisation dans cette tranche d'âge chez les filles avec un taux estimé à 43 séjours pour 10000 femmes soit près de 8 300 hospitalisations pour TS par an versus 16,9 pour 10000 habitants dans la population générale.⁷⁷

Dans ses rapports précédents en 1998 et 2002, les séjours hospitaliers pour TS sont prédominants chez les filles avec un pic entre 15 à 24 ans.^{78, 79}

Figure 3 : Taux d'hospitalisation pour TS par sexe et classe d'âge pour 10000 habitants, en France entre 2004-2007⁷⁷



C. Conclusion

Malgré des études épidémiologiques sur les TS en France et à l'étranger, il en existe peu de comparable sur une longue période pour une même tranche d'âge et une même méthode. Nous ne pouvons donc pas conclure sur la nature de l'évolution épidémiologique des TS chez les jeunes depuis 10 ans.

L'étude européenne ESPAD bien qu'elle se déroule tous les 4 ans depuis 20 ans et qu'elle pose la question sur les comportements suicidaires, n'a pas publié en accès libre de résultats à ce sujet sauf en 2007.

Par ailleurs, la remarque importante est l'existence d'un pic d'hospitalisation chez les filles pour TS dans la tranche d'âge des 15-19 ans en France.

Ce pic est étroit d'où le risque d'erreur d'interprétation pour une population plus large comme celle des 15-24 ans, très largement utilisés dans les enquêtes.

Après avoir étudié l'épidémiologie des comportements suicidaires, nous allons décrire dans le chapitre suivant les différentes prises en charge des TS. Nous venons de voir qu'il existait des adolescents déclarants des actes suicidaires dans les enquêtes de santé mais sont-ils pris en charge médicalement ? Que font les professionnels de santé après connaissance de ces troubles ? Et surtout, ces interventions sont-elles efficaces ?

5 Dispositifs de prises en charge des suicidants

A. Etat des lieux aux États-Unis

Selon les résultats de l'étude YRSB 2011, parmi les adolescents déclarants avoir fait une TS après une overdose, un empoisonnement ou une blessure, seulement 2,4% avaient été pris en charge par un médecin ou une infirmière. Cette prise en charge s'instaurait davantage chez les 14-15 ans que chez les 16-17 ans. Un pourcentage stable depuis 2009.⁶³

Dans l'étude NCS-A entre 2003-2005, seulement 15% des adolescents déclarant avoir fait une TS, ont vu un professionnel de santé après leur geste.²⁸

B. État des lieux en France

Selon Choquet en 1993, un jeune suicidant sur 4 était hospitalisé.²⁵

Fin des années 90, selon le Baromètre santé jeune 97/98, à la suite de la dernière TS, 33% avaient été hospitalisé, 35% avaient été suivi par un médecin ou un professionnel de l'aide psychologique et 60% en avaient parlé à une autre personne.⁶⁹

Selon l'enquête Lycoll en 1999, un tiers des TS avaient été pris en charge (médecin ou hospitalisation), 60% avaient consulté un médecin dans l'année suivant l'acte mais pas pour ce motif et 8% n'avaient eu aucuns soins.⁸⁰

Ce faible taux de suicidant pris en charge est similaire dans l'étude ESCAPAD en 2008 qui retrouvait 25% de TS hospitalisées (dans cette étude, il n'y avait pas de questions sur une éventuelle prise en charge en ambulatoire).²⁶

Ces chiffres sont similaires aux résultats du Baromètre santé 2010, où 30% des 15-19 ans avaient été à l'hôpital contre 52% des 21-30ans (avec $p < 0,01$) et 8 sur 10 soit plus du tiers avaient été hospitalisés au moins une nuit. Les plus jeunes étaient plus facilement hospitalisés après une TS. La moitié des 15-30 ans avait été suivi par un médecin ou un psychothérapeute et 73% en avaient parlé à une autre personne. 38% n'avaient eu recours à aucuns soins.²⁷

Que ce soit dans les études internationales ou nationales, il existe une faible proportion d'adolescents suicidants pris en charge médicalement après leur geste. Pour ces jeunes, cette prise en charge a t-elle modifié leur devenir ? Nous allons aborder dans le paragraphe suivant, les différentes interventions actuelles mis en place après un acte suicidaire auprès des adolescents.

C. Méthode et intérêt d'une intervention après une TS

- Recours aux psychothérapies:

La méta-analyse de Ougrin 2014 auprès d'adolescents de moins de 18 ans montre une diminution des actes auto-agressifs dans le groupe avec suivi par interventions psychologique et sociale versus groupe contrôle.⁸¹

Tandis que l'étude de Huey, montrait une réduction du nombre de TS à 1 an après une thérapie systématisée versus recours à une hospitalisation avec $n=156$ âgés de 10 à 17 ans.⁸²

- Recours pharmacologique :

Les résultats des études portant sur l'utilisation d'un traitement antidépresseur chez l'adolescent suicidant sont contradictoires.

L'étude de Valuck portant sur 25 000 adolescents a permis de montrer que l'utilisation d'un ISRS était plus efficace que le placebo pour traiter la dépression et n'augmentait pas le risque de conduites suicidaires. Les adolescents qui avaient pris leur traitement pendant 6 mois avaient une diminution du risque de TS par rapport au groupe non traité.⁸³

D'autres études sont contrastées comme l'étude de Tihoren, en Finlande avec n= 15 000 dont 1400 adolescents suivi sur 3 ans. Elle montrait que l'utilisation de la fluoxétine était associée à une diminution du risque de suicide avec un risque relatif (RR) à 0,52 (IC95% : 0,3-0,93) alors que l'utilisation de la venlafaxine (RR=1,61 ; IC95% : 1,01-2,57) augmentait le risque de suicide complété.⁸⁴

- Recours à l'hospitalisation :

En France, la conférence de l' ANAES en 1998 recommandait que tous les adolescents suicidants devaient être adressés aux urgences d'un établissement de soins pour évaluation somatique, psychologique et sociale (selon accord professionnel). Le non recours aux urgences hospitalières était possible si l'évaluation biopsychosociale pouvait être réalisé en ambulatoire par un réseau qualifié.⁸⁵

L'étude de Rotheram-Borus, étude de cohorte chez 140 adolescentes de 12 à 18 ans hospitalisées pour TS, montrait qu'une psychothérapie aux urgences avec l'adolescente ou avec sa mère avait un impact positif à la fois sur la diminution des récurrences de TS et sur la compliance d'une prise en charge durable (évaluation à 18 mois).⁸⁶

- Recours au suivi ambulatoire:

Une intervention sur le long terme serait plus efficace pour diminuer les récurrences avec des contacts actifs et non laissés à la seule initiative du patient.⁸⁷

L'étude de Gould avec n=317 adolescents à risques dont la moitié avaient des IS ou TS ont été suivi sur 2 ans avec leurs parents. L'étude montrait qu'un contact avec un professionnel de santé à l'école sensibilisait l'adolescent à risque et facilitait une meilleure prise en charge psychosociale ultérieure.⁸⁸

Mais le suivi des adolescents est difficile. Selon Le Heuzey, psychiatre à l'hôpital Robert-Debré : « L'expérience clinique, au même titre que les études formalisées, nous montre quotidiennement que l'interruption prématurée et rapide des soins est la règle et non l'exception. Cette mauvaise adhérence au suivi est estimée, en clinique, à environ trois quarts des cas ». ⁸⁹

Néanmoins, si aucune prise en charge médicale n'est mise en place, un adolescent suicidant a-t-il un avenir modifié par ces comportements suicidaires ? Quelles sont les conséquences dans les champs bio-psycho-social d'avoir fait une ou plusieurs TS ? Les pensées suicidaires ont-elles aussi un impact sur son devenir ?

Nous traitons dans le chapitre suivant les conséquences d'avoir des IS ou d'avoir fait une TS pendant une période vulnérable qui est l'adolescence.

Ce chapitre est à la base de notre étude puisque nous y montrons l'intérêt à dépister ces troubles à cet âge.

6 Conséquences morbides des pensées et actes suicidaires

A. Morbidité des TS

- Le risque de suicide:

Un antécédent de TS est le principal facteur de risque de suicide avec risque estimé 10 à 60 fois plus important.^{90, 91}

Selon l'étude de Hawton chez les 15-24 ans hospitalisés pour actes auto-agressifs et suivi à long terme. Le risque de suicide chez les garçons (n=1916) la 1ère année après le geste était estimé à 0,4% (IC95% : 0,2-0,8) et augmentait à 3,2% (IC95% :2,4-4,3) 15 ans après le geste.

Chez les filles (n=3498), le risque la 1ère année était à 0,2% (IC95% : 0,1-0,4) et 15 ans après, estimé à 1,1% (IC95% : 0,8-1,7).

La première année après le geste, un garçon avec un antécédent d'acte auto-agressif avait 35 fois plus de risque (IC95% : 16-79) de se suicider et une fille avait 75 fois plus de risque (IC95% : 35-157) par rapport à une population du même âge sans antécédent de TS.⁹²

Dans une étude sur les caractéristiques de jeunes suicidés âgés entre 13 à 22 ans, les filles avaient davantage d'antécédents de TS par rapport aux garçons (63% versus 30%).⁹³

- Le risque de récurrence:

Le risque de récurrence la 1ère année est plus important mais ce risque reste présent sur le long terme.

En effet selon l'étude de Tuisku avec n=139, le risque de refaire une TS était 8 fois supérieur la 1ère année après le geste et 4 fois plus important la 8ème année après le geste par rapport à un groupe sans antécédents de TS.⁹⁴

Selon Bridge, le taux de récurrence à 6 mois était estimé à 10% et augmentait jusqu'à 40% sur un suivi jusqu'à 21 mois.⁹⁰

Ce sont les adolescents avec un antécédent de plusieurs TS versus une TS, qui avaient un risque plus élevé de récurrence.⁹⁵

- Le risque de pathologie à l'âge adulte :

Selon l'étude de Patton sur une cohorte de 1943 adolescents suivis sur 14 ans, la durée des troubles mentaux à l'adolescence était le facteur prédictif le plus important de trouble mentaux à l'âge adulte.⁹⁶

Selon une étude française auprès de 29 patients hospitalisés pour une TS durant leur adolescence, 10 ans après, plus de trois quarts s'estimaient heureux dans leur vie affective, et plus de la moitié étaient satisfait ou très satisfaits dans leur vie professionnelle. Plus de 65% ne rapportaient pas de problèmes psychiatriques particuliers.

Cependant, pour les autres anciens suicidants, leur devenir psychosocial était moins favorables, tant sur le plan social, que familial ou psychiatrique. Pour ces patients, l'étude avait mis en évidence des risques de récurrence suicidaire, des difficultés et des retards scolaires, et davantage pour ceux avec des antécédents psychiatriques au moment de la TS.⁹⁷

Une autre étude montrait que les adolescents avec des IS avaient un risque supérieur d'avoir des troubles psychopathologiques, des troubles suicidaires (12 fois plus de risque de faire une TS et 15 fois plus de risque d'avoir des IS) et un faible niveau de vie à l'âge de 30 ans.⁹⁸

B. Dépister un adolescent avec des pensées suicidaires, quel intérêt ?

Le repérage des IS est une alerte que le médecin doit prendre en compte afin d'éviter les TS.⁹⁹

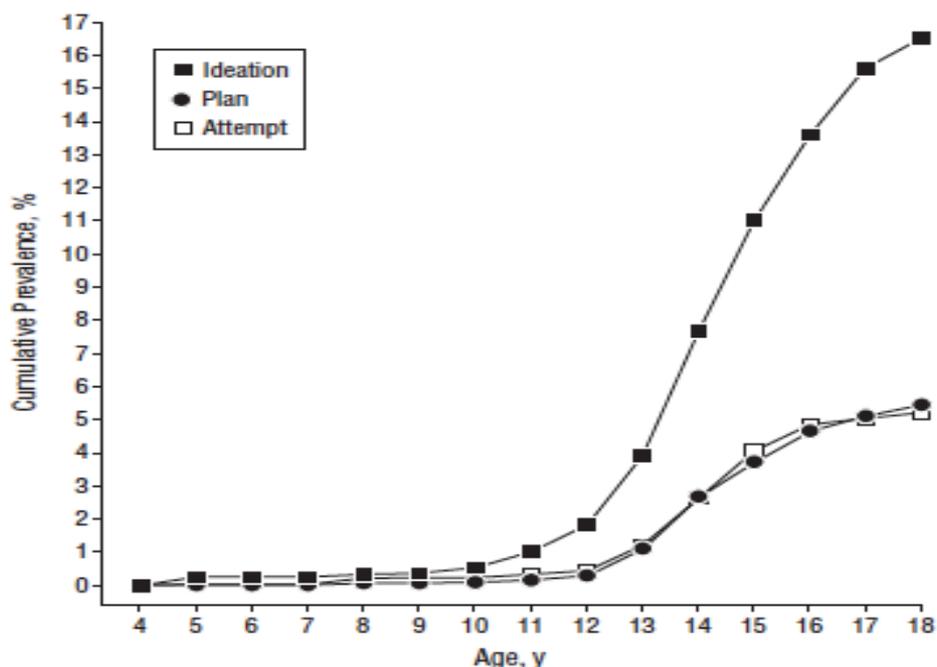
En effet, selon certains auteurs, le dépistage des IS est important car il existe un continuum de l'idée suicidaire jusqu'au passage à l'acte.¹⁰⁰

Dans une étude sur 17 pays du monde dont la France en population âgée de plus de 18 ans, plus de la moitié de ceux avec des IS et scénario suicidaire avait tenté de se suicider. De plus, 60% de ceux avec IS avaient développé dans l'année un plan suicidaire ou une TS.¹⁰¹

Selon l'étude NCS-A longitudinale, en population d'adolescents de 13 à 18 ans (n=6483), un tiers avec IS avait développé un plan et 60% d'entre eux avaient tenté de se suicider. Un autre tiers avec IS avait fait une TS. La plupart des adolescents (80%) étaient passés à l'acte au cours de l'année après le commencement des troubles.

De plus, l'étude montre que l'âge d'apparition des premières IS augmentait progressivement jusqu'à 12 ans puis faisait un bond important jusqu'à 17ans. Les prévalences des plans et actes suicidaires se suivaient. Elles progressaient lentement de 13 à 15 ans pour se stabiliser jusqu'à 18 ans.²⁸ (Figure 4)

Figure 4 : Courbes % prévalence cumulée des idées suicidaires, plans suicidaires et des TS en fonction de l'âge du commencement du trouble²⁸



Selon l'étude de Goldston chez des adolescents âgés de 12 à 18 ans hospitalisés dans une unité psychiatrique (n=225), les pensées suicidaires étaient toujours présentes chez plus de la moitié des adolescents suicidants même à distance de leur geste. De plus, ces adolescents suicidants avaient un risque plus sévère de dépression, même si le geste n'était pas répété dans le temps.¹⁰²

En d'autres termes, le geste suicidaire ne stoppe pas les idées suicidaires d'un jeune.¹⁰³ Il persiste des pensées suicidaires à distance d'un acte suicidaire avec le risque de récurrence.

En conclusion, l'adolescence est une période de turbulences qu'une minorité importante de jeunes, surtout les filles, traverse avec des pensées ou actes suicidaires. Elle représente donc une durée pendant laquelle le dépistage de ces troubles doit être effectué pour démarrer tôt les prises en charge. Sachant que le dépistage à l'adolescence diminue le risque de morbidité et mortalité à l'âge adulte.³ En effet la précocité des prises en charge semble bien un facteur d'amélioration de l'état ultérieur de l'adolescent.

7 Recommandations

Comme nous venons de le voir, les antécédents de pensées ou actes suicidaires des adolescents déterminent leur devenir.

C'est pour cette raison que l'ANAES en 2000 souligne l'importance de créer des outils de dépistage.¹⁹

En 2005, la HAS recommande l'utilisation du test TSTS-cafard dans le dépistage des comportements suicidaires des adolescents.¹⁰⁴

Fin 2014 la recommandation sur le thème « Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours » recommande à nouveau dans la synthèse : « le questionnaire TSTS-cafard, test le mieux validé pour approcher la problématique suicidaire (idée ou acte) ». ¹⁰⁵

L'OMS en 2012 appuie cet état de fait suivant : « favoriser la formation des professionnels de santé notamment les médecin libéraux pour savoir reconnaître la symptomatologie afin d'adopter une attitude approprié face à un patient suicidant ». ¹⁰⁶

Ainsi le dépistage reste un élément important du travail du médecin généraliste. Il représente le premier professionnel de santé consulté par les adolescents.¹⁰⁷ Le dépistage des pensées et actes suicidaires d'un jeune est un objectif de santé publique afin de faire reculer le taux de décès par suicide et diminuer les comorbidités à l'âge adulte.³

Dépister la problématique suicidaire chez les adolescents par le médecin généraliste pose de nombreuses questions :

- Cela relève-t-il de la compétence du médecin généraliste ?
- Cela peut-il s'inscrire dans la relation médecin-adolescent ?
- Quels sont les freins à cette pratique ?
- Quels sont les outils disponibles ?
- Sont-ils adaptés ?

C'est ce que nous abordons dans la seconde partie.

2^{ème} PARTIE

DÉPISTER LA PROBLÉMATIQUE SUICIDAIRE
DES ADOLESCENTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE

1 Définition du dépistage

Un des objectifs de la politique de santé est la réduction de la mortalité prématurée et évitable. Les actions de dépistage sont une forme d'action de santé publique.

Le dépistage est une action de santé publique de prévention secondaire qui vise avec l'aide de tests adaptés à identifier des sujets atteints de la maladie dépistée, au sein d'une population apparemment indemne de cette affection. C'est une action qui ne vise en aucun cas à porter un diagnostic mais à distinguer dans la population les sujets en bonne santé apparente mais probablement atteints de la maladie, de ceux qui en sont probablement exempts.

Les sujets dits « positifs » au test de dépistage doivent alors réaliser secondairement un bilan diagnostique destiné à trancher sur l'état de santé et le cas échéant entamer un traitement dans les meilleurs délais.

Un test de dépistage doit être performant c'est à dire simple, rapide, acceptable et reproductible. Il doit être validé avec le calcul d'indicateurs.

2 Compétence du médecin généraliste

La Société Européenne de Médecine générale, a défini en 2002 la discipline « Médecine générale-Médecine de famille ». Des compétences requises pour un médecin généraliste furent alors élaborées.

En 2006, le Collège National des Enseignants Généralistes a décrit les compétences professionnelles nécessaires à l'exercice de la médecine générale qui fut adoptées par le Département de médecine générale.

Rappelons ici quelques compétences du médecin généraliste : être le praticien de premiers recours, avoir une approche globale de la personne, assurer la continuité des soins et entreprendre des actions de santé publique dont le dépistage.

Les besoins en santé de l'adolescent sont complexes et s'inscrivent dans une dynamique de développement. Le médecin plus que jamais doit prendre en charge son jeune patient dans sa globalité et mener une investigation médico-psycho-sociale.

C'est durant cette période de transformation qu'un adolescent se doit de s'autonomiser et de s'individualiser dans plusieurs domaines : personnel, familial et social. Son médecin est présent pour suivre son évolution organique, psychosociale et son travail d'individualisation.

Le médecin généraliste semble donc être le professionnel de santé de premier choix dans sa prise en charge.

Son rôle de prévention en est particulièrement important. En effet, c'est pendant l'adolescence que l'individu acquiert des habitudes qui peuvent influencer toute sa vie. Les conduites de dépendance par exemple, apparaissent avec prédilection durant cette période.¹⁸

Le rôle du médecin sera de dépister les conduites à risque où le bien être physique et psychique est compromis. Le clinicien sera prudent au cumul et à la répétition de ces conduites.

3 Les adolescents et leur médecin, quelles relations ?

A. L'adolescent qui consulte

- Relation particulière:

L'adolescence est une période de transition, de transformation physique, psychique et sociologique où le sujet n'est plus un enfant et n'est pas encore un adulte. C'est une période de vulnérabilité, de bouleversement intense car l'adolescent présente une extrême sensibilité aux affects de son environnement. Il est donc légitime que la relation médecin / adolescent en soit bouleversé et prenne un aspect particulier.

Selon Alvin pédopsychiatre, la médecine de l'adolescence est définie par « une approche médicale particulière, fondée sur la connaissance des multiples aspects du développement biologique, psychologique et social unique à cette deuxième décennie de la vie, et sur la reconnaissance, dans un contexte socioculturel donné, de l'ensemble des facteurs pouvant en favoriser, gêner ou altérer la progression ». ¹⁰⁸

Par le caractère évolutif de la société, la médecine de l'adolescence est en perpétuel renouvellement.

- Fréquence et motif de consultation:

Les études internationales montrent en moyenne que 70 à 90% de jeunes consultent un acteur de santé au moins une fois dans l'année. Dans la plupart des cas, pour des raisons respiratoires ou dermatologiques.¹⁰⁹

L'étude Hetlevik en Norvège entre 2002-2004 a recueilli le bilan de consultations auprès de plus de 1700 médecins généralistes, soit plus de 130000 consultations chez les 15-19 ans. La fréquence moyenne de consultation par an était de 1,4 fois (IC95 1,4-1,5) dans la tranche d'âge des 15-19ans. Ces derniers consultaient pour divers motif : problèmes respiratoires (18% pour les filles et 21% pour les garçons), des problèmes musculo-squelettique (15% pour les filles et 21% pour les garçons), des problèmes de peau (13% de filles et 18% de garçons) et près de 20% se retrouvaient dans la catégorie « tous les autres motifs ». ¹¹⁰

En France dans l'enquête nationale de Choquet en 1993, un adolescent consultait 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 fois pour les filles. 94.2% des jeunes avaient consulté au moins une fois un professionnel de santé dans l'année.²⁵

En 2010 selon le Baromètre santé, 76% des 15-19 ans avaient consulté au moins une fois leur médecin généraliste au cours des 12 derniers mois. Ce dernier était le professionnel de santé le plus rencontré par les jeunes, suivi par le médecin ou infirmière scolaire, et le spécialiste hors professionnel « psy ».

Les 15-19 ans étaient ceux qui avaient le plus effectué de visite de routine parmi l'ensemble des 15-30 ans (82,7 % versus 73,7 % ; $p < 0,001$) et pour 60,0 %, cette visite remontait à moins d'un an.¹⁰⁷

A l'inverse, les visites de prévention reste rares pendant l'adolescence. Selon l'étude de Nordin aux États-Unis, un tiers des adolescents n'avaient eu aucune visite de prévention entre 13 à 17 ans.¹¹¹

Du point de vue de l'adolescent, le médecin généraliste reste un spécialiste de l'organe. Les résultats d'une étude aux États-Unis montrent que pour des problèmes somatiques l'adolescent consulterait un médecin ou en parlerait à un parent. Pour un problème qui touche la sexualité, il en parlerait à un ami ou à leur petit(e)-ami.

Pour des problèmes psychologiques, il se confie à sa petit(e)-ami (33%), un psychologue (23%) ou à un ami (20%).¹¹²

Le choix de la personne à qui il demandera de l'aide est différent selon le problème de santé qu'il se dit avoir.

- Les attentes:

Pour 80% de jeunes, la confidentialité est l'aspect le plus important d'un service de santé.¹¹³

Dans une revue de littérature, les attentes des adolescents vis à vis de leur médecin ont été répertoriées et classées selon leur intensité. Les demandes les plus importantes étaient : la confidentialité, la capacité de fournir des explications et des conseils, et l'écoute. Sont cités également : la confiance, la compétence, la compréhension, la sympathie.¹¹⁴

Dans une étude en Australie des 16-24 ans (n=450), la moitié des jeunes venant consulter attendaient de leur médecin la prescription d'un traitement et pour 40% d'entre eux, une bonne communication.¹¹⁵

Si l'adolescent ne se sent pas dans un climat de confiance, de respect et de compétence du médecin, il rompt facilement la relation.¹¹⁶

- Les barrières à la relation de soin:

Les adolescents évoquent différentes barrières pour aller consulter un professionnel de santé.

Comme nous l'évoquons précédemment, la peur du non respect de la confidentialité vis à vis des parents demeure une grande crainte. Généralement, le médecin du jeune est le médecin de la famille. Il est donc difficile pour cet adolescent de confier des choses intimes au même interlocuteur que celui de ses parents.

De plus, le jeune a peur de l'embarras provoqué par des questions personnelles. Il mentionne également le manque d'information sur le rôle et les compétences du professionnel de santé. La difficulté dans l'accès aux soins et le coût sont considérés également comme des obstacles à aller consulter.^{117, 109}

B. L'adolescent suicidant demande-t-il de l'aide ?

- Est ce qu'il consulte?

Rappelons qu'une TS témoigne d'une rupture révélatrice d'une défaillance des capacités d'adaptation et de protection de l'adolescent. Le passage à l'acte devient la seule solution pour rompre cette tension interne et externe devenu intolérable. Malgré tout, le professionnel de santé doit garder à l'esprit qu'un adolescent suicidant est un jeune qui veut vivre mais autrement.¹⁸

Parmi une étude cas témoin au Québec chez des adolescents suicidés (n=55 groupe adolescents suicidés versus n=55 groupe témoin), 100% des adolescents suicidés avaient déjà consulté un médecin généraliste, 65% dans l'année avant le geste, 18,5% le mois précédent, une proportion similaire par rapport au groupe témoin.

Parmi les adolescents suicidés, moins d'un tiers avaient vu un médecin généraliste dans l'année pour un motif psychologique.¹¹⁸

Ces jeunes en « mal-être » ne se sont pas en dehors du système de santé. Dans l'étude réalisée en Allemagne (n=2449), 80% consultaient au moins une fois dans l'année.¹¹⁹

De plus, selon une étude en Suisse en 2002 auprès de plus de 7000 jeunes âgés de 16 à 20 ans, plus ils consultaient dans l'année pour un motif psychologique et plus ces jeunes étaient demandeurs d'aide.¹²⁰

Dans l'étude de McNeill (n=2539 âgé de 15ans), les adolescents suicidants consultaient plus souvent pour des problèmes de « mal-être », des douleurs abdominales et des céphalées par rapport aux autres.¹²¹

- À qui demande-t-il de l'aide?

Les jeunes assimilent le rôle du médecin généraliste comme un spécialiste de l'organe et non comme un professionnel de santé à qui l'on parle de ses problèmes « psy ».

C'est seulement 8% des jeunes interrogés en Angleterre qui consultent son médecin généraliste pour un problème psychologique.¹²²

Le jeune suicidant ressent comme des préjugés dans l'attitude de son médecin généraliste.

Selon une étude menée dans les écoles à Londres, le jeune confie ses « problèmes suicidaires » de préférence à un ami et à sa mère. Seulement 20% des adolescents interrogés considéraient leur médecin de famille comme le professionnel de santé à qui ils confieraient des problèmes suicidaires.¹²³

En effet, l'adolescent avec un problème psychologique demande de l'aide à un parent ou à un amis plutôt qu'aux services de santé.¹⁰⁹

Dans sa revue de littérature, Michelmores montre dans les études récentes, que la majorité des adolescents avec IS ou TS recherchaient de l'aide sur les réseaux sociaux.¹²⁴

En France, selon le Baromètre santé 2010, ce sont trois quart des interrogés qui déclaraient en avoir parlé à quelqu'un mais autre qu'un médecin, psychologue ou psychiatre.²⁷

Pour rappel, dans l'étude Lycoll de 1999, dans le groupe avec déclaration de TS (n= 415), 60% avaient consulté un médecin dans l'année de l'étude sans mentionner leur tentative et 8% n'avaient pas consulté de professionnel de santé après leur geste.⁸⁰

En conclusion, le médecin généraliste est le premier professionnel de santé consulté par ces jeunes en mal être. Cependant, un adolescent suicidant ne se confie pas spontanément à son médecin pour parler de ses « problèmes suicidaires » alors qu'il consulte autant que les autres. Ceci explique en partie la difficulté du médecin pour dépister les pensées et actes suicidaires d'un jeune.

Alors comment se comporte le professionnel de santé face à un jeune en mal-être ou suicidant ?

4 Les attitudes et réticences des médecins

La qualité de la relation médecin/adolescent est fondée sur un respect mutuel dans un climat de confiance. Des recommandations d'attitudes professionnelles sont décrites dans les revues médicales littéraires et notamment dans la revue *British Medical Journal*, ces recommandations sont les suivantes :

Il est nécessaire de rappeler au jeune que le contenu de la consultation est confidentiel. Cette attitude le rassure et le place comme individu à part entière. Le médecin doit être patient, au fil des consultations, l'adolescent se sentira en confiance et pourra se confier. Il est également important d'utiliser des termes que l'adolescent comprend en posant des questions ouvertes pour en tirer des informations. La consultation seul sans tiers, est importante pour établir un espace de discussion sans pour autant exclure les parents. Ces derniers sont une source d'information importante et ont une place primordiale dans le traitement et le suivi. Les adolescents sont souvent en conflit entre le désir d'être indépendant et la nécessité de rester dépendant de leurs parents.¹¹³

A. Les freins à la relation de soin

La première difficulté rencontrée par le médecin dans sa prise en charge est l'origine de la demande qui, généralement ne vient pas de l'adolescent mais de son entourage, souvent la mère, avec un motif discuté avant la consultation.¹⁵

Deuxièmement, l'adolescent éprouve souvent des difficultés à exprimer ses plaintes. C'est au médecin de savoir poser les bonnes questions pour centrer l'objet de la plainte.¹²⁵

En effet, le motif initial peut ne pas être la véritable raison à sa venue. Il est donc proposer au praticien pour favoriser le dialogue d'employer les questions ouvertes de type « à part ça ? », « oui, mais encore ? ».¹²⁶

Dans la littérature, il est constaté que le temps de consultation des jeunes tend à être plus court que pour les autres tranches d'âges.¹²⁷

Selon la DRESS 2006, ce temps de consultation était estimé à 13,5 minutes pour la tranche d'âge des 7-14 ans et 13,9 minutes pour les 15-24 ans contre plus de 15 minutes pour les autres tranches d'âges.¹²⁸

Tout en sachant que dans certaines études il est montré que plus le temps de consultation est long et plus le médecin consacre davantage de temps à l'entretien social. Dans l'étude de Deveugele sur l'analyse de plus de 2800 consultations filmées de 183 médecins généralistes de différents pays européens, ces derniers accordaient plus d'attention à la relation ou au contact avec le patient, ils écoutaient plus attentivement, particulièrement les problèmes psychosociaux, et il délivraient plus de conseils quand la consultation était longue (>ou= à 15 minutes).¹²⁹

B. Face au suicide

Aborder le suicide est une difficulté supplémentaire dans la relation de soin.

En effet, selon l'étude NCS-A aux États-Unis, plus de la moitié des jeunes avec des IS et 70% avec un antécédent de TS avaient développé ses pensées et ses actes suicidaires après le premier contact avec un professionnel de santé.²⁸

Dans une étude menée auprès de 290 médecins généralistes entre 2000-2001 dans un département français, deux tiers avaient répondu qu'ils étaient difficiles de repérer et d'évaluer le risque suicidaire en consultation. Pour 68% d'entre eux, c'était le patient adolescent qui posait davantage de difficulté par rapport à un patient âgé suicidaire ou un toxicomane suicidaire.¹³⁰

En effet, les médecins généralistes évoquent des difficultés à parler du suicide. Selon l'étude de Bejaj (n=100 médecins), les questions sur les comportements suicidaires n'étaient pas abordés par manque de temps ou problème culturel.

De plus, un quart pensait que rechercher des IS pouvait induire à la personne des pensées auto-agressives.¹³¹

Alors que dans la littérature, il est prouvé que poser la question à propos d' IS ou de TS n'augmentait pas le risque de sentiment de détresse psychologique et de pensées suicidaires, même dans un groupe considéré à risque avec un syndrome dépressif, une consommation de drogues ou avec un antécédent de TS.^{132, 133}

En France, l'enquête de l'Inserm en 2000 auprès de plus de 1000 élèves âgé de 11 à 20 ans sur « Les élèves à l'infirmerie scolaire », a montré que poser la question sur des éventuelles antécédents de pensées ou actes suicidaires directement aux élèves repérait trois quart des suicidants contre seulement 5% quand le sujet n'était pas abordé.¹³⁴

En effet, poser la question est simple et rapide. Dans une étude en France dans les services d'urgences, poser seulement 2 questions était une manière sensible et spécifique avec une sensibilité à 78% (IC95% : 73-84) et une spécificité à 82%(IC95% : 77-87) pour dépister une dépression chez les 12-17 ans par rapport à un long questionnaire.¹³⁵

Face au « problème de suicide », la majorité des professionnels de santé désire un guide d'aide et une formation complémentaire.¹³⁶

Après une seule journée de formation, les médecins (n=23) dans l'étude de Pfaff dépistaient de façon significative les adolescents suicidants avec une augmentation du dépistage de 130% (OR= 3.949; IC95% :1.577-9.888).¹³⁷

Dans l'étude Asarnow, dans le groupe de patients âgés de 13 à 21 ans suivi sur 6 mois par des médecins formés à la « maladie mentale » (n=211), il y avait une diminution significative des symptômes dépressifs, une qualité de vie relative à la santé mentale plus élevée et une plus grande satisfaction des soins donnés par rapport au groupe de patient suivi par des médecin non formés (n=207). En ce qui concerne, les IS ou TS, les résultats de l'étude n'étaient pas significatifs.¹³⁸

Pour pallier au manque de formation, les médecins généralistes peuvent utiliser des outils validés en France dans l'aide au diagnostic de maladies diverses, généralement construit sur un questionnaire. Cependant, certains médecins pensent que l'utilisation d'un questionnaire en consultation rompt la spontanéité de l'entretien.

Dans la thèse de Rouxel, les jeunes médecins reconnaissent eux qu'un questionnaire pouvait orienter un interrogatoire mais restait difficile à placer dans la consultation.¹³⁹

L'utilisation de tests dans l'évaluation, le diagnostic, le suivi de maladies ou autres est codifiée et expérimentée par les professionnels de santé. Cependant, l'évaluation spécifique des pensées ou actes suicidaires dans la population adolescente est-elle possible par des outils actuels?

Nous avons donc choisi de décrire dans le chapitre suivant les différents tests disponibles et utilisables par les médecins se rapportant aux adolescent et à leur « bien-être » voire à leurs idées ou actes suicidaires.

5 Outils de mesure ou de dépistage applicables chez l'adolescent

A. Échelle de qualité de vie

L'OMS définit la qualité de vie comme « la perception que possède un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système des valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes, ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement ».

L'OMS définit également la santé mentale comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » mais sans préciser le sens du « bien-être ».

Or la santé, pour les adolescents, « c'est tout à la fois : l'acné, la carie dentaire ou la leucémie, la prise de risques excessifs et la consommation de substances nocives, la tentative de suicide et l'anorexie mentale, la qualité des relations avec la famille, les amis ou l'école, l'inquiétude sur l'environnement et la faim dans le monde, grandir et rester enfant, l'amour et la vie, la mort et la solitude, la recherche de dialogue et de références ou la revendication d'une juste autonomie dans la gestion de son corps et de son âme. En termes de priorités, les valeurs importantes pour les adolescents sont davantage liées à la vie relationnelle (amis, sexualité, amour, famille, ...) et matérielles (argent, métier, ...) qu'à la santé proprement dite, qui arrive en troisième position de leurs préoccupations », selon l'Unité Reso pour l'éducation à la santé, Belgique.¹⁴⁰

Les échelles de qualités de vie sont nombreuses, elles sont généralement divisées en 2 groupes, soit de portée générale, soit spécifique d'une pathologie précise.

Un bon outil doit être sensible, fiable et validé sur son contenu et sa compréhension.

Chez l'enfant et l'adolescent, l'évaluation de la qualité de vie est difficile puisqu'il existe différents stades de développement. Les outils utilisés doivent donc être précis sur la tranche d'âge.

Dans la description des échelles qui suit, nous commençons par décrire les outils relevant d'un aspect général de santé pour finir par être plus sélectif et détailler les tests disponibles sur les comportements suicidaires.

Le but n'était pas de faire un catalogue exhaustif mais de se rendre compte des tests disponibles pour le professionnel de santé en rapport avec l'adolescent et la santé mentale.

B. Échelles globales

Nous avons détaillés ici deux tests d'évaluations de qualité de vie fréquemment cités dans les livres répertoriant les outils psychométriques et validés en France dans la population adolescente.

WHOQOL-bref = *World Health Organisation Quality of Life*

Elle se compose d'un questionnaire d'auto évaluation générique et multidimensionnel utilisé en interview direct ou par téléphone. Le questionné donne son ressenti par rapport à son état au cours des quatre dernières semaines. Les populations cibles sont les adolescents et les adultes. Les 4 domaines évalués en 26 items sont : la santé physique, la santé psychologique, les relations sociales et l'environnement. Chaque item équivaut jusqu'à 5 points. Plus le résultat est important et plus l'état de santé est bon. Des données normatives de référence existent et sont spécifiques pour chaque pays. La durée de passation est de 8 à 12 minutes.^{141, 142, 143} (Annexe 1 : Questionnaire WHOQOL-Bref).

VSP-A = Vécu de la Santé Perçu par l'Adolescent

C'est un indicateur de santé multidimensionnel, auto-administré, validé en France. Il est destiné aux 11-17 ans. Son objectif est double, il permet de discriminer les adolescents en bonne santé de ceux en mauvaise santé et d'autre part, il permet de prédire les risques de dégradation de l'état de santé. C'est un questionnaire en 11 dimensions comprenant le bien être psychologique, l'image de soi, les relations avec les amis, les loisirs, la vie sentimentale et sexuelle, les relations avec les parents, les relations avec les enseignants, le bien être physique, l'énergie, le travail scolaire, les relations avec le personnel soignant. Un score bas est prédictif d'une dégradation de l'état de santé. La durée de passation est de 15 minutes.^{144, 145} (Annexe 2 : Questionnaire VSP-A en population scolaire). Il existe 3 versions du questionnaire.

Autres exemples d'échelles de qualité de vie applicables chez les adolescents¹⁴⁶ :

- CHIP-AE (*Child Health and Illness Profile Adolescent*, validation française pour l'échelle utilisable chez l'enfant mais pas chez l'adolescent)
- HDLF (*Health and Daily Living Form*, mais elle n'a pas de validation française)
- HSQ (*Health Status Questionnaire 2.0*, mais elle n'a pas de validation française)
- KINDL (développé en Allemagne, validation française) ;

L'évaluation de la qualité de vie ne se justifie que si est attendu des résultats, une aide à la prise de décision médicale et à la mise en exergue d'une population à risque comme les patients dépressifs ou suicidaires.

Ainsi, nous allons aborder dans le paragraphe suivant les tests disponibles plus spécifiques au « mal-être » ressenti par l'adolescent.

Le but n'est pas d'être exhaustif mais de comprendre la méthode d'utilisation de ces tests en consultation.

C. Échelles de mal-être

Il faut dire tout d'abord la difficulté de qualifier le mal-être à fortiori lorsque nous l'observons dans différentes cultures. Nous nous limiterons à caractériser la dépression et d'autres troubles psychiatriques.

L'échelle suivante a été recommandée par le groupe de travail de la HAS en 2005, 2011 et en décembre 2014 pour identifier la dépression.^{104, 147}

ADRS (*Adolescent Depression Rating Scale*)

C'est un outil de mesure de l'intensité dépressive qui est destiné spécifiquement aux adolescents de 13 à 20 ans. Il peut être utilisé en auto-questionnaire. L'ADRS existe dans une version destinée au patient composé de 10 items avec des réponses par oui/non, et une version destinée au clinicien de 10 items en 6 niveaux d'intensité (0 à 6). Il explore les symptômes du champ de la dépression : état émotionnel, manifestations non émotionnelles et fonctionnement social. Un score d'ADRS compris entre [0-10] permet l'identification d'un risque de dépression. Ce risque est modéré pour une valeur comprise entre 4 et 8 et important pour un score > 8. La durée de passation est de 5 à 10 minutes.¹⁴⁸ (Annexe 3 : Questionnaire ADRS).

Les deux tests suivants sont proposés dans les recommandations de la HAS en 2005 mais l'échelle ADRS reste celle à utiliser en première intention dans le dépistage d'un état dépressif chez l'adolescent.

CDI (*The Children's Depression Inventory*)

La CDI est un outil d'auto-évaluation de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. C'est une adaptation du *Beck Depression Inventory* créée par Beck en 1967. Il est utilisé comme instrument de mesure de l'intensité de la dépression : sentiment de tristesse, capacité à prendre du plaisir, efficacité scolaire, relations interpersonnelles. Il évalue l'humeur des 2 dernières semaines précédents le test. La population cible sont les 7-17 ans. Il n'existe pas d'effet de l'âge ou du sexe sur les scores totaux. Il comprend 27 items. La durée de passation est de 10 à 20 minutes.¹⁴⁹

BDI (Inventaire de dépression de Beck)

C'est un auto-questionnaire de différentes versions : 13 items dans la version abrégé, actualisé selon le DSM-IV (BDI-II), version adapté en soins primaires (BDI-PC). Il ne permet pas d'établir un diagnostic de dépression mais évalue l'intensité du syndrome dépressif. Une version cible les jeunes de 7 à 14 ans avec 20 items adaptés au langage de l'enfant.^{150, 151, 152}

Enfin, les échelles suivantes ont été recommandées par l'institut de veille sanitaire dans la démarche épidémiologique après une catastrophe.¹⁵³

CIDI (Composite International Diagnostic Interview)

C'est un entretien structuré qui permet de poser des diagnostics psychiatriques conforme aux DSM-IV et CIM-10. Il permet d'estimer dans une population, la prévalence des troubles sur la vie entière et au cours des 12 derniers mois. La population cible est générale à partir de 12 ans. La durée de passation est de 90 minutes. Son utilisation nécessite une formation du professionnel de santé.¹⁵⁴

CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) non validé par la HAS en 2005 chez les adolescents pour manque de spécificité.

MINI-kid 2 (Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents)

C'est un outil d'entretien structuré qui explore de façon standardisée les principaux troubles psychiatriques de l'axe du DSM-IV chez les enfants. Il est adapté à l'enfant et l'adolescent âgé de 8 à 16 ans. Pour les enfants de moins de 13 ans, il est préconisé d'interviewer les parents et les enfants ensemble. Cet hétéro questionnaire doit être utilisé par des professionnels formés. Il n'explore que les pathologies ayant des retentissements à l'instant présent. Il est donc utile au dépistage mais ne peut pas évaluer la pathologie à long terme. La durée de passation est de 15 minutes.¹⁵⁵

En conclusion, il existe une multitude d'outils applicable chez les adolescents mais certains ne sont pas validés en France. Ces outils sont basés sur des (auto ou hétéro) questionnaires d'une durée de passation très variables. Certains demandent une formation qualifiée du professionnel de santé pour pouvoir les appliquer correctement. Tous ces tests sont donc difficilement utilisables en consultation de médecine générale. L'échelle ADRS recommandée par la HAS ne prend que 5 à 10 minutes mais nécessite un document visuel en rappel et elle identifie une dépression, ce qui ne signifie pas forcément comportements suicidaires.

Ainsi, nous nous posons la question suivante : Quels sont actuellement les outils disponibles pour le dépistage du champ du suicide à l'adolescence ?

D. Échelles suicidaires

Aux États-Unis, plusieurs méthodes sont utilisées pour interviewer les adolescents sur le « risque suicide ». L'étude de Horowitz utilise *The Ask Suicide Screening*, un outil comprenant seulement 4 questions destinées aux jeunes tout venant aux urgences pédiatriques. Le test a une sensibilité de 96.9% (IC95% : 91.3-99.4) et une spécificité de 87.6% (IC95% : 84.0-90.5). Ce modèle emploie les termes de « mort » et « se tuer » dans ses questions.¹⁵⁶

Dans les cliniques de premiers recours, ils utilisent une application du web appelée *The Behavioral Health Screen* où le jeune complète sur l'ordinateur différents items avec un temps de passation de 10 minutes. A la fin du questionnaire, le logiciel envoie au médecin un rapport d'évaluation biopsychosocial propre à chaque questionné.¹⁵⁷

Un autre test pratiqué dans les cliniques de soins primaires est *The Columbia Suicide Severity Rating Scale* (CSSRS) rempli par l'enquêteur. Le questionnaire évalue les pensées et les comportements suicidaires. Pour évaluer les IS, l'échelle préconise d'utiliser 2 questions : « avez vous souhaité être mort ou souhaité pouvoir vous endormir sans vous réveiller? » et « avez vous réellement pensé à vous tuer? » Si la réponse est « oui », l'échelle recommande d'aborder d'autres questions relatives aux pensées suicidaires (méthode, fréquence, durée, raisons, pour stopper la souffrance...etc.). L'exploitation du comportement suicidaire est effectuée par un entretien semi-structuré.⁹⁹

Suicidal Ideation Questionnaire Junior (SIQ-JR), est un questionnaire spécifique des 11-15 ans composé de 15 items avec un temps de passation de 5 à 8 minutes. Chaque item commence par « Je pensais.. », « Je voudrais... », « J'aimerais... » et les réponses sont classées selon leur fréquence débutant à « presque tous les jours » à « je n'ai jamais eu cette pensée ».¹⁵⁸

En France, en 2005 le groupe de travail de la HAS recommandait 2 tests dans le dépistage des comportements suicidaires chez l'adolescent : le questionnaire confidentiel de pré-consultation et le TSTS-cafarid.¹⁰⁴

Ce dernier est quand à lui de nouveau recommandé par le groupe de travail de la HAS en 2014.¹⁰⁵

- Questionnaire confidentiel de pré-consultation:

C'est un test de dépistage utilisé dans les cliniques de médecine de l'adolescent. Il est administré à tout nouveau consultant quel que soit le motif. Il est rempli par l'adolescent lui-même. Les principaux avantages sont de rassurer l'adolescent par sa nature confidentielle et d'ouvrir le dialogue sur des thèmes sensibles qui n'auraient pas été abordés sans le questionnaire. Il regroupe 43 questions avec un choix de réponse sur le mode binaire oui/non.

Les questions relatives au suicide sont les suivantes :

« Est ce que tu connais quelqu'un qui pensait à mourir parce qu'il était triste? » et « Est ce que cela t'arrive parfois, à toi aussi? » si la réponse est positive alors il préconise d'interroger sur des antécédents de TS.¹⁵⁹

Il demande un temps spécifique. Il n'est donc pas utilisable en pratique courante dans le cadre d'une consultation d'un adolescent tout venant.

- TSTS-cafard:

- Description

Ce test de dépistage est le fruit des résultats de l'enquête Lycoll.

Le groupe ADOC (adolescent et conduite à risque) constitué de 17 médecins généralistes et 2 psychiatres ont élaboré un test de dépistage des conduites suicidaires destinés aux médecins libéraux à partir de cette enquête. Un test de dépistage suffisamment sensible pour dépister les antécédents suicidaires et spécifiques pour éviter les faux positifs. Il s'agissait du TSTS cafard composé de 4 questions d'ouvertures dont 2 questions en une, suivi de 5 clés de gravités, soit 10 questions au final.⁷⁴

- Construction des questions

Le choix des questions du test s'est basé sur des données croisées quantitatives et qualitatives puis divisé en 2 groupes d'action du sujet : passif ou imposé et participatif. Ces 2 groupes ont ensuite été divisés en plusieurs niveaux : corporel (accidents, plainte somatique), psychique (sommeil, consommation de tabac) et socio-relational (famille, école, amis).

Il a été créé deux niveaux de préoccupations. Le premier était une mise en alerte et le second regroupait des éléments de gravité.

1er niveau : la mise en alerte, 4 questions d'ouvertures à partir de l'acronyme TSTS :

Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année? »

Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir? »

Tabac : « As-tu déjà fumé? (Même si tu as arrêté) »

Stress Scolaire ou Familial : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux? » Ici 2 questions en une.

2ème niveau : les clés de gravité, 5 questions à partir de l'acronyme CAFARD :

Cauchemars : « Fais-tu souvent des cauchemars? »

Agression : « As-tu été victime d'une Agression physique? »

Fumeur: « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes? »

Absentéisme : « Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école? »

Ressenti Désagréable familial : « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable? »

- Résultats

Les répondants suicidants non concernés par l'acronyme TSTS-cafard étaient très faibles moins de 8%. Seul 0,7% des suicidants ont répondu négativement à toutes les questions d'ouvertures.

Le seuil d'alerte a été fixé à partir de 3 réponses positives sachant que 2 réponses positives du TSTS ou du CAFARD représentaient au moins 50% de filles et plus de 30% de garçons avec des IS ou TS.

- Validation du test

Ce test de dépistage a été utilisé par des médecins libéraux dans le département des Deux-Sèvres. Au total, 38 médecins généralistes ont participé à l'étude.

Les résultats de l'étude ont montré une acceptation satisfaisante du test par les médecins libéraux avec un taux d'utilisation de plus de 60% pour les consultations d'adolescents tout venant. Il a permis aux médecins d'aborder des thèmes éloignés du motif initial sans allonger le temps de consultation. Et surtout, il a permis de dépister chez 13% d'adolescents, des comportements suicidaires sachant que la plupart étaient connus de ces mêmes médecins.¹⁶⁰

En conclusion, le TSTS-cafard est un outil de dépistage des pensées ou actes suicidaires différent des autres tests internationaux disponibles chez l'adolescent. En effet, il questionne le jeune sans mentionner les mots « tuer, mort, mourir, suicide » et il n'allonge pas le temps de consultation en pratique courante d'un médecin généraliste. A ce jour nous n'avons pas trouvé une autre méthode aussi pratique permettant de réaliser un dépistage permanent de la problématique suicidaire des adolescents en soin primaire. Cependant, sa création est basée sur des données de 1999. Or les adolescents ont depuis, été soumis à des changements importants issus de la société.

6 La question de recherche : Le TSTS-cafard est-il toujours valide, peut-il être amélioré ?

A. La transformation de la société

Depuis une décennie, la population générale a connu des changements importants avec notamment la croissance des médias. La société s'est modifiée avec l'arrivée des nouveaux « écrans » (internet, téléphones portables) et de nouveaux rapports relationnels (réseaux sociaux). L'usage exponentiel d'Internet constitue une fenêtre sur le monde sans contrôle parental. Avec ces nouvelles mœurs, l'adolescent possède de nouveaux modes d'interactions sociales.^{161, 162}

L'influence des médias a-t-elle un impact sur le comportement des jeunes ?

Pour certains auteurs la réponse est oui. Notamment avec la violence dans les médias qui favoriserait chez les jeunes un comportement agressif à court et à long terme.¹⁶³

La consommation de toxique est également influencée par ces nouveaux modes de communication. Un jeune exposé précocement aux images de consommation de tabac ou d'alcool va développer un regard positif sur ces produits. Les résultats d'une revue de littérature montrent que des jeunes âgés de 10 à 13 ans exposés aux images de tabac et d'alcool avaient un risque plus important de devenir fumeur et d'avoir une vision positive de consommer de l'alcool par rapport à des jeunes de 14 à 17 ans exposés à ces mêmes images.¹⁶⁴

Les médias et notamment les réseaux sociaux influencent-ils le risque suicidaire ?

C'est la question qui a été débattu en Russie après une vague de plusieurs suicides d'adolescents discutant entre eux via les réseaux sociaux sur les méthodes à avoir pour passer à l'acte. La réponse n'est pas simple.¹⁶⁵

L'arrivée des réseaux sociaux a fait naître une nouvelle forme d'agression : le *cyber-bullying* ou cyber harcèlement. Ce nouveau type d'agression en hausse depuis 10 ans a comme conséquence l'augmentation des troubles psychopathologiques comme la dépression.¹⁶⁶

En outre, le risque suicidaire est plus élevé dans un groupe de *cyber-buyling*. Dans une revue de littérature, le nombre de TS était multiplié par cinq par rapport à un groupe non exposé. De plus, ce risque suicidaire chez ce jeune victime de cyber harcèlement était plus élevé par rapport à un harcèlement traditionnel.^{167, 168, 169}

Les changements sociétales ont modifié de façon inévitable le comportement des jeunes. Le *cyber-buyling* est un exemple de nouvelle pratique sociale déstabilisatrice à l'adolescence. Le risque suicidaire en est que plus élevé.

B. La question de recherche

C'est pourquoi il est légitime de s'interroger sur la permanence de la validité des questions du test TSTS-cafard construit sur des données recueillies en 1999.

L'hypothèse suivante a donc été élaborée : le test de dépistage TSTS-cafard reste-t-il encore valide en 2012 pour dépister un vécu d' IS dans l'année ou de TS dans la vie (ISTS) chez les adolescents susceptibles de consulter en soin primaire ?

Le premier objectif de notre étude était de vérifier la validation globale du test et de chacune des 10 questions du TSTS-cafard pour les ISTS chez les adolescents de 15 ans.

Le second objectif était d'améliorer le TSTS-cafard dans le sens d'une actualisation, d'une simplification tout en gardant la même performance.

Le moyen a été la réalisation d'une enquête en population générale selon une méthode semblable à celle de l'enquête Lycoll en 1999 à la base du test TSTS-cafard. Notre participation à la réalisation de l'enquête HSBC en Poitou-Charentes a été l'occasion de répondre à ces questions.

3^{ème} PARTIE

ÉTUDE POUR L'AMÉLIORATION DU TEST DE DÉPISTAGE
TSTS-cafard

MÉTHODE

Pour reprendre et comparer le TSTS-cafard à des jeunes d'aujourd'hui, il était nécessaire de réaliser une étude en population générale dans des conditions similaires à celles sur lesquelles s'est fondé le TSTS-cafard.

C'est pourquoi notre étude s'est basée sur la l'enquête *Health Behaviour in School-aged Children* développée en Poitou-Charentes en 2012. Avant de détailler cette dernière, nous allons traiter l'enquête HBSC en générale : ses objectifs, sa méthode, son questionnaire pour bien comprendre le socle de notre enquête.

1 L'enquête HBSC internationale et France

HBSC est une enquête internationale conduite tous les quatre ans depuis 1982 en partenariat avec le bureau régional Europe de l'OMS. La France intègre le programme à partir de 1993. Elle travaille en collaboration avec OFDT et Inpes. Actuellement, plus d'une quarantaine de pays essentiellement européens y participent. Elle étudie le comportement de santé chez les jeunes de 11, 13 et 15 ans (+/- 6 mois), ce sont les âges cibles de l'enquête. La taille de l'échantillon minimum requis pour chaque pays est de 1500 élèves pour chaque groupe d'âge. La méthode retenue est l'échantillonnage en grappe c'est à dire une sélection aléatoire de classes tirés au sort dans chaque établissement scolaire. Un formulaire d'information est destiné aux parents avec la possibilité de refuser. Le questionnaire HBSC est issu des travaux du réseau international des chercheurs HBSC. Il est réévalué à chaque nouveau cycle de l'étude.

Les grands thèmes abordés sont : alimentation et activité physique, activités de loisirs, consommation de substances addictogènes, santé sexuelle, violences et blessures, culture familiale, culture des pairs, santé positive, environnement scolaire, inégalité sociales.

125 items dits « obligatoires » regroupés en 60 questions sont posés à l'échantillon de tous les pays participants. De plus, 42 modules de questions optionnelles ont été développés pour être utilisés par chaque pays en fonction de leur projet de recherches à condition de ne pas perturber l'ordre recommandé des questions, la cohérence globale et la faisabilité en terme de durée du questionnaire. Il a été expérimenté puis validé auprès d'adolescents.¹⁷⁰

En France, le questionnaire dans sa version complète est destiné aux élèves à partir de la 4ème.

La dernière enquête HBSC France s'est déroulée en 2009-2010 chez les 11 ans, 13 ans et 15 ans dans les établissements scolaires en France métropolitaine.¹⁷¹

L'utilisation du questionnaire HBSC permet de faire des comparaisons de résultats entre pays ou inter-régionales selon les questions utilisées.

Cependant, il est important de signaler que le questionnaire de base n'aborde pas en France les idées ou les comportements suicidaires.

2 L'enquête HBSC Poitou-Charentes 2012

A. Initiation

L'étude HBSC Poitou-Charentes 2012 est une étude transversale, initiée dans un partenariat associant l'association Relais 17, l'ORS, le Rectorat de Poitiers et le laboratoire de santé publique de la faculté de médecine. Elle a été mise en place grâce à l'apport financier l'association Relais 17. Ont apporté un soutien logistique le rectorat de Poitiers supervisé par Mme le Dr Roux grâce à la collaboration active du Recteur Mme Daoust, l'ORS avec Stéphane Robin et son directeur Mr Julien Giraud, la faculté de médecine de Poitiers avec le Pr Ingrand et HBSC national avec Emmanuelle Godeau.

Après plusieurs mois de négociations avec le rectorat d'académie et la médecine scolaire, une convention a été signée et l'étude a été autorisée.

Cette négociation a pu aboutir en respectant les conditions suivantes :

- la population cible était les élèves de 15,5 ans +/- 6 mois.
- la durée de passation était d'environ 45 minutes.
- la structure du questionnaire devait avoir une assise référencée, celle de HBSC internationale.

B. Difficultés

- Les autorisations administratives :

Cette enquête épidémiologique en milieu scolaire a nécessité des autorisations administratives à différents niveaux : l'accord du médecin scolaire puis du conseiller du rectorat puis du recteur et enfin des services statistiques du ministère de l'éducation nationale.

Elle a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le numéro d'enregistrement 1560423 sans remarque d'opposition.

- Le financement:

Un financement supplémentaire par Relais 17 a été assuré pour les droits à verser à HBSC France, pour l'imprimerie et pour le temps de secrétariat afin d'effectuer toute la saisie et la relecture visuelle par un tiers. Les programmes de nettoyage de la base de données auprès de HBSC ont également été financés par ce budget associatif.

- Le temps:

Les premières réunions ont eu lieu en novembre 2010, l'étude de faisabilité a été réalisée en juin 2011. La difficulté pour obtenir les accords administratifs et l'acquisition du budget global ont repoussées la passation. Celle-ci a eu finalement lieu en juin 2012. Ensuite la réception puis la saisie et enfin la validation ont pris du retard.

De plus, initialement l'étude HBSC 2012 devait s'organiser dans plusieurs régions françaises mais seules le Poitou-Charentes et l'Alsace ont réalisé l'étude. Ainsi, des négociations entre les 2 régions ont été établies sur l'utilisation d'un même questionnaire et sur la fusion des réponses. Le but était de comparer les résultats entre ces deux régions françaises.

Malheureusement après exploitation des résultats, certaines questions utiles à l'analyse du TSTS-cafard n'ont pas été utilisées dans le questionnaire Alsace et donc la comparaison n'était plus possible.

C. Le déroulement de l'enquête

L'échantillonnage était similaire aux études HBSC. 98 établissements scolaires du Poitou-Charentes ont été tirés au sort. La sélection nominative a été effectuée par les services statistiques du ministère de l'éducation nationale. La région totalise 3% de la population française sans particularités démographiques et ethniques.

Sur les 98 établissements, 90 ont participé à l'étude. Dans chaque établissement le ministère avait dressé une liste nominative des élèves situés dans la tranche d'âge 15 ans et 6 mois, le nombre théorique était de 1235 élèves.

Une lettre explicative a été envoyée au préalable aux parents leur indiquant la possibilité de refuser de participer.

Ces élèves ont complété en juin 2012 un questionnaire papier en condition d'examen dans leur établissement avec la présence d'un personnel de santé de l'éducation nationale informé.

D. Les saisies manuelles

Les résultats des fiches ont été saisis une première fois par le secrétariat de Relais 17 et par deux internes de médecine générale. Une relecture des résultats a été faite par un autre observateur avec un taux d'erreur de 0,5% ce qui montre un bon niveau de saisie initiale.

Ces deux saisies manuelles ont été indépendantes pour minimiser les erreurs.

Puis, un nettoyage de la base de données a été réalisé par les services de l'ORS avec l'aide de HBSC France.

Au total, 202 heures de travail de saisie ont été nécessaires.

3 Le questionnaire de l'étude

Notre questionnaire a utilisé celui de HBSC France après leur accord, lui même basé sur le questionnaire HBSC internationale issu des travaux du réseau international des chercheurs HBSC. La validation et le développement des questions suivent un protocole international bien défini mis à jour à chaque nouveau cycle de l'enquête.

Le questionnaire comportait 88 questions répartis en huit catégories différentes : Présentation du répondeur ; Activité physique ; Consommations ; Dans ton établissements scolaires ; Brimades et violences ; Ta famille ; Santé, sexualité.

Le tutoiement était utilisé pour que le questionné s'identifie plus facilement à la situation. La finalisation du questionnaire a été modulée avec ajout ou modification de questions par le groupe de travail mis en place à l'occasion de sa constitution.

A. Définition de notre groupe d'étude

Le premier objectif de notre étude était d'évaluer la performance actuelle du TSTS-cafard dans le dépistage des pensées ou actes suicidaires des adolescents et cela à partir de l'enquête HBSC Poitou-Charentes 2012.

Pour ce faire, il nous fallait définir un groupe d'étude répondant à notre problématique suicidaire.

Cependant, le questionnaire de base HBSC ne comportait aucunes questions relatives au suicide que ce soit sur les idées ou les tentatives.

Nous avons donc ajouté des questions similaires à celle de l'enquête Lycoll 1999. Ces questions étaient basées sur l'étude nationale de Choquet 1994 et validées dans la population adolescente.⁷³

Questions relatives au suicide **ajoutées** dans le questionnaire HBSC Poitou-Charentes :

« Au cours des 12 derniers mois, as tu pensé au suicide? »

« Combien de fois as-tu tenté de te suicider au cours de ta vie? »

Notre population d'étude était celle répondant positivement à « assez souvent » ou « très souvent » à la première question OU répondait positivement à « une fois » ou « deux à cinq fois » ou « six fois et plus » à la deuxième question.

A l'inverse, était exclu ceux répondant : « jamais » ou « rarement » à la première question ET ceux répondant : « à aucun moment » à la deuxième.

Deux autres questions exploraient le vécu suicidaire, l'une sur les TS dans les 12 mois et l'autre sur l'attitude après la TS. Elles permettaient de confirmer le sérieux des réponses mais n'ajoutaient rien à l'objectif poursuivi : mettre en alerte sur des idées ou actes suicidaires.

C'est donc à partir de deux questions du questionnaire HBSC Poitou-Charentes 2012 que nous avons définis notre groupe d'étude qui en d'autre terme était la déclaration d'IS fréquentes au cours des 12 derniers mois « OU » au moins une TS au cours de la vie, appelé groupe ISTS.

B. Ajout de questions relatives aux TSTS-cafard

Après avoir défini notre population étudiée répondant à notre problématique suicidaire nous devons la comparer aux 5 domaines du TSTS-cafard. Pour ce faire nous avons identifiées dans le questionnaire HBSC France les questions présentes du TSTS-cafard. Puis, nous avons ajouté les questions manquantes. Ces dernières restaient toujours similaires à celles issues de l'enquête de Lycoll 1999.

Questions relatives au TSTS-cafard présentes utilisées ou absentes dans le questionnaire HBSC France :

- Traumatisme: **question présente** « Dans les 12 derniers mois, combien de fois as-tu été blessé(e) au point de devoir être soigné(e) par une infirmière ou un médecin? »
- Sommeil: **question présente** « Durant les 6 derniers mois, tous les combien as-tu eu des difficultés à t'endormir? »

- Tabac: **question présente** « As-tu déjà fumé du tabac (au moins une cigarette, un cigare ou une pipe)? »
- Stress scolaire: **question présente** « Es-tu stressé(e) par le travail scolaire? »
- Stress familiale: **question absente**
- Cauchemar: **question absente**
- Agression: **question présente** « As-tu déjà été victime de violence à l'intérieur de l'école? »
- Fumeur: **question présente** « Tous les combien fumes-tu du tabac actuellement? »
- Absentéisme: **question absente**
- Ressenti désagréable familial : **question absente**

Questions relatives au TSTS-cafard ajoutées dans le questionnaire HBSC Poitou-Charentes :

- Cauchemars : « Depuis un an, fais tu des cauchemars? »
- Absentéisme : « Au collège ou au lycée, depuis 1an il m'est arrivé de sécher les cours? »
- Stress familiale : « La vie de famille est pour toi détendu? Tendru? »
- Ressenti désagréable familiale : « La vie de famille est pour toi agréable ? Désagréable? »

C. Ajout de questions candidates à l'actualisation du test

Comme nous venons de le voir, le questionnaire HBSC Poitou-Charentes a été modifié pour répondre à notre premier objectif : la performance du TSTS-cafard.

Les premiers résultats de notre étude ayant montrés qu'une question du TSTS-cafard n'était plus significative nous avons procédé à une modification de la structure du test à partir des données bibliographies.

Construction d'un nouveau test :

Pour commencer, nous avons sélectionné les questions de notre enquête se rapportant aux troubles les plus liées à notre groupe ISTS.

Cette sélection s'est également basée sur les données de la littérature concernant les facteurs de risque des idées ou comportements suicidaires.

Puis, nous avons choisis de les classer selon le modèle biopsychosocial et conduite à risque.

Enfin, nous avons classé chaque question sur 3 niveaux : l'absence, la présence, la gravité. L'absence comptabilisant 0 point, la présence 1 point et la gravité 2 points.

Le bilan de notre classification est établi dans le tableau 2, partie Résultats.

Dans le champ biologique, nous avons gardé le thème du sommeil et ses troubles.³⁴

Cependant, à la place de la même question d'ouverture du TSTS-cafard, nous avons fait le choix d'élargir le thème avec la question suivante :

« T'arrive-t-il de te réveiller dans la nuit avec des difficultés pour te rendormir ? »

Wong dans son étude montrait la corrélation entre difficultés à s'endormir ou à rester endormi et les pensées et actes suicidaires.

La présence de cauchemars fréquents a été retenue comme élément de gravité.³⁵

Dans le champ psychologique, nous avons gardé le thème du stress ressenti. Dans nos recherches bibliographiques précédentes, le stress corrélé aux pensées et actes suicidaires chez le jeune était différent selon son origine : lié à la pression scolaire,⁴⁶ au stress relationnel notamment familial,⁴⁰ ou secondaire à des événements de vie extérieurs.^{20, 172}

Ainsi, nous avons modifié deux questions du TSTS-cafard dans le champ du stress. Le premier était de ne pas maintenir l'intensité des stress ressentis comme niveaux de gravité mais de le définir par le cumul des stress. En d'autres termes, la question sur l'absentéisme a été supprimée, elle représentait le niveau de gravité du stress scolaire du TSTS-cafard. Deuxièmement, nous avons supprimé la question sur le ressenti désagréable qui ne représentait plus un niveau de gravité du stress familial indépendant et suffisant pour être maintenu.

Ainsi, le cumul du stress familial et du stress scolaire représentait le niveau de gravité du champ psychologique.

Dans le champ social, nous avons remplacé la question d'ouverture des traumatismes non significative par les questions sur le thème des brimades.

Les brimades sont depuis 10 ans en augmentation chez les jeunes. Elles sont bien décrites dans les études cliniques comme corrélées aux ISTS.¹⁶⁹

La définition est la suivante selon YRBS aux Etats-Unis : « ce sont des comportements où un ou plusieurs élèves taquent, menacent, répandent des rumeurs, frappent, poussent, ou blessent un autre élève de façon répétées. N'est pas une brimade quand deux élèves de force équivalentes discutent ou se battent ou se taquent d'une manière amicale ».¹⁷³

En 2013, l'étude YRBS a rajouté dans son questionnaire par rapport aux années précédentes, la question sur les brimades de manière « électronique » c'est à dire brimé par e-mail, texto ou sur les réseaux sociaux. Cela signifie que les brimades représentent des comportements actuels et préoccupants.¹⁷³

Comme nous le montre la méta-analyse de Kowalski chez les jeunes avec des IS, les associations les plus fortes étaient retrouvées entre avoir des IS et être victime de *cyber-bullying* ; ou avoir des IS et être stressé, parmi d'autres facteurs étudiés.¹⁷⁴

Ainsi, à partir de nos recherches bibliographique et dans un souci de baser notre test de dépistage sur le modèle biopsychosocial, nous avons retenu la question sur les « brimades » comme référence du champ social.

Dans notre questionnaire, les brimades étaient explorées par deux questions :

« As-tu été brimé(e) dans ton établissement scolaire ces deux derniers mois de la façon suivante?

Les autres élèves m'ont volontairement tenu(e) à l'écart de certaines choses, m'ont exclu(e) de leur groupe d'amis, ou m'ont complètement ignoré(e).

D'autres élèves ont fait des blagues, commentaires ou gestes à connotation sexuelle à mon sujet.

On a utilisé un ordinateur, des e-mails ou des photographies ou un téléphone mobile pour me brimer

J'ai reçu des coups de pieds, été frappé(e), poussé(e), bousculé(e) ou enfermé(e) à l'intérieur

As-tu déjà été victime de violence à l'intérieur de ton établissement scolaire ? ».

Nous avons défini le niveau de gravité du champ social par le lieu des brimades c'est à dire hors établissement scolaire comme nous le montrait l'étude de Klomek.⁴⁵

La question était la suivante :

« As-tu déjà été victime de violence hors de l'établissement scolaire dans la rue, dans un magasin, dans ta famille, sur un terrain de sport, dans le bus? ».

Enfin, nous avons maintenu la question sur l'usage du tabac pour explorer le champ des conduites à risque.¹⁷⁵

La question est restée la même que celui du TSTS-cafard et le niveau de gravité a été défini par la fréquence de son usage.^{48, 176}

4 Méthode d'analyse

Afin de répondre à notre premier objectif : évaluer la performance du TSTS-cafard, les réponses de chaque question ont été transformées en un score de 0 à 10 (voir Tableau 1 TSTS-cafard). Puis, l'analyse a comparé les scores moyens (test de Mann-Whitney) et la distribution des items dans chacun des cinq domaines étudiés (test du rapport de vraisemblance de la régression logistique). Pour chaque item, un odds ratio (OR) a été estimé avec son intervalle de confiance (IC).

Pour répondre à notre deuxième objectif, les questions candidates à l'actualisation du test ont fait l'objet d'analyses comparant leur répartition en fonction de notre groupe ISTS par le test de Mann-Whitney ou le test exact de Fisher.

La performance de la version finale du nouveau test de dépistage a fait l'objet d'une analyse univariée puis multivariée par régression logistique. Une courbe ROC a été construite pour déterminer la sensibilité et la spécificité du nouveau test selon les différents niveaux du seuil de positivité et selon le sexe. L'aire sous la courbe ROC a été calculée pour apporter un indice sur la performance globale du nouveau test.

Les analyses statistiques ont été effectuées avec le logiciel SAS version 9.3. La limite de signification des tests était fixée à $p < 0.05$.

RÉSULTATS

1 La population étudiée

Sur un objectif de 1235 élèves, 923 fiches ont été recueillies et étaient exploitables avec 50,9% de filles et 49,1% de garçons soit un taux de réponse de 75%.

Plus de trois quarts des élèves déclaraient ne pas avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois. Cependant, 18% y pensaient rarement et 6% y pensaient souvent. Ces proportions différaient significativement selon le sexe ($p < 0,0001$) avec 32,2% chez les filles et 16,1% pour les garçons.

Près de 16% des élèves ont déclaré avoir déjà tenter de se suicider au cours de la vie avec une différence significative selon le sexe ($p < 0,0001$) avec 22,8% de filles et 8% de garçons.

La répartition de notre groupe d'étude ISTS était de 23,1% pour les filles et 9,6% pour les garçons.

2 Premier objectif : évaluer la performance du TSTS-cafard

Après analyse statistique, la comparaison des valeurs moyennes du score au TSTS-cafard calculé à partir des points attribués à chaque question (Tableau 1), a permis de confirmer la capacité du test à distinguer le groupe avec ISTS de ceux sans ISTS avec des scores moyens respectifs à $5,0 \pm 2,3$ et $2,7 \pm 1,9$ avec $p < 0,0001$. Le tableau 1 répertorie les odds ratio pour chaque question du TSTS-cafard en fonction de notre groupe ISTS. Chaque thème était significativement associé aux ISTS. Néanmoins, la question d'ouverture des traumatismes : « Dans les 12 derniers mois, combien de fois as-tu été blessé(e) au point de devoir être soigné(e) par une infirmière ou un médecin? » n'était plus significativement associée aux ISTS avec un OR à 0,92 (IC95% : 0,59-1,45) avec $p < 0,0001$.

De plus, une question avait perdu de son indépendance pour refléter une information supplémentaire suffisante.

L'analyse en régression logistique multivariée a montré que la question clé de gravité du stress familial : « La vie de famille est pour toi agréable? Désagréable? » n'était plus une variable indépendante et suffisante pour représenter un niveau de gravité supplémentaire au thème du stress.

Tableau 1 : Items du TSTS-cafard associées à son niveau de gravité (0, 1, 2 points) en fonction de notre groupe ISTS avec son odds ratio et IC 95%

(* p<0,0001)

¹ Points

Thème TSTS-cafard	Item du questionnaire	P ¹	Effectif total	IS fréquentes sur 12 mois ou au moins une TS dans la vie			
				effectif	%	OR	IC
Trauma	Non	0	354	45	12,7	1	
	Dans les 12 derniers mois, a eu un ou plusieurs accidents ayant nécessité des soins même légers OU a été blessé au point d'être soigné par un infirmier ou un médecin	1	346	41	11,8	0,92*	0,59-1,45
	A été frappé dans l'établissement scolaire OU d'une autre manière OU a été frappé OU d'une autre manière hors établissement scolaire OU Depuis 2 mois a reçu des coups de pieds, frappé , bousculé, enfermé à l'intérieur	2	211	64	30,3	2,99*	1,95-4,59
Sommeil	Non	0	480	43	9	1	
	A généralement des difficultés à s'endormir le soir	1	312	63	22,1	2,89*	1,91-4,36
	A souvent des cauchemars	2	114	36	31,6	4,69*	2,83-7,77
Tabac	Non	0	405	38	9,4	1	
	A déjà fumé même si a cessé ou bien ne fume pas tous les jours	1	328	51	15,6	1,78*	1,14-2,78
	Fume au moins une cigarette par jour	2	162	60	37	5,68*	3,58-

							9,02
Stress scolaire	Non	0	606	75	12,4	1	
	Est assez ou beaucoup tendu ou stressé par le travail scolaire	1	167	35	21	1,89*	1,20-2,93
	Depuis 12 mois, lui est souvent arrivé de sécher les cours ou d'arriver en retard ou d'être absent 1 journée ou plus.	2	133	40	30,1	3,05*	1,96-4,74
Stress familial	Non	0	646	60	9,3	1	
	sa vie de famille est tendue	1	128	36	28,1	3,82*	2,39-6,10
	sa vie de famille est désagréable	2	130	51	39,2	6,31*	4,06-9,80

3 Deuxième objectif : validité du nouveau test

A. Analyse du nouveau test

Les questions du nouveau test sont réparties dans le tableau 2 corrélées au groupe ISTS avec leur odds ratio.

Ce tableau nous montre que près de 40% du groupe avec ISTS fument tous les jours et sont stressés à la fois à maison et à l'école. Plus de 30% du groupe ISTS sont victimes de violence à l'extérieur de l'école ou font des cauchemars fréquemment.

De plus, le tableau 2 nous montre que pour chaque question du nouveau test, il existe une corrélation significative ($p < 0,0001$) avec le groupe ISTS. Cette corrélation défini par son OR est croissante suivant le niveau de gravité.

En effet, plus le niveau de gravité est élevé, plus son OR est grand et donc plus il existe un lien fort. Les associations groupe ISTS/Thème abordé les plus fortes sont le stress ressenti à la maison et à l'école avec un OR à 7,63 (IC95% : 4,36-13,36) et fumer tous les jours avec un OR à 5,03 (IC95% : 3,33-7,58).

Tableau 2 : Items du nouveau test en fonction de notre groupe étudié ISTS associé à son odds ratio (OR) et son intervalle de confiance (IC)

* p<0,0001

Thème	Item questionnaire	Effectif total	Groupe ISTS			
			n	%	OR	IC
Brimade	Dans les deux derniers mois, jamais les autres élèves ne l'ont volontairement tenu à l'écart de certaines choses, ne l'ont exclu de leur groupe d'ami, ou ne l'ont complètement ignoré Et jamais ils ont fait des blagues commentaires ou gestes à connotation sexuelle à son sujet Et n'a jamais été victime de violence à l'intérieur de l'établissement scolaire NI à l'extérieur (dans la rue dans un magasin, dans ta famille, sur un terrain de sport, dans le bus)	551	55	10	1	
	Dans les deux derniers mois, les autres élèves l'ont volontairement tenu à l'écart de certaines choses, l'ont exclu de leur groupe d'ami, ou l'ont complètement ignoré OU ils ont fait des blagues commentaires ou gestes à connotation sexuelle à son sujet OU a été victime de violence à l'intérieur de l'établissement scolaire MAIS pas à l'extérieur (dans la rue dans un magasin, dans sa famille, sur un terrain de sport, dans le bus)	227	51	22,5	2,61*	1,72-3,97
	a été victime de violence à l'extérieur (dans la rue dans un magasin, dans sa famille, sur un terrain de sport, dans le bus)	128	43	33,6	4,56*	2,88-7,23
Sommeil	N'est pas insatisfait de son sommeil	532	51	9,6	1	
	A généralement des difficultés pour s'endormir OU se réveille dans la nuit avec des difficultés pour se rendormir OU n'est pas satisfait de son sommeil, mais sans fréquents cauchemars depuis un an	266	63	23,7	2,93*	1,95-4,38

	A depuis un an des cauchemars fréquents	114	36	31,6	4,35*	2,67-7,10
Tabac	Ne fume pas actuellement	611	64	10,5	1	
	Fume occasionnellement mais pas tous les jours	139	26	18,7	1,97*	1,19-3,24
	fume tous les jours	162	60	37	5,03*	3,33-7,58
Stress	N'est pas ou peu stressé par son travail scolaire ET sa vie de famille est détendue ou agréable	523	42	8	1	
	Est assez ou beaucoup stressé par son travail scolaire OU sa vie de famille est tendue ou désagréable	314	78	24,8	3,78*	2,52-5,68
	Est assez ou beaucoup stressé par son travail scolaire ET sa vie de famille est tendue ou désagréable	75	30	40	7,63*	4,36-13,36

B. Construction d'un score

La régression logistique a montré une indépendance des niveaux (absent, présent, gravité) entre eux. De plus, chacun des items était associés à un niveau de gravité supplémentaire significatif. Ainsi, nous avons construit le tableau 3. Il classe chaque question du nouveau test en fonction du nombre de point qu'il lui est attribué. Le résultat possible pour chaque question est : 0, 1 ou 2 points. Chaque point cumulé totalise un score compris entre 0 et 8 inclus. La construction de ce score nous a permis d'établir un seuil d'alerte. (Voir paragraphe Sensibilité, spécificité et instauration d'un seuil).

Tableau 3 : Items simplifiés du nouveau test en fonction du point attribué

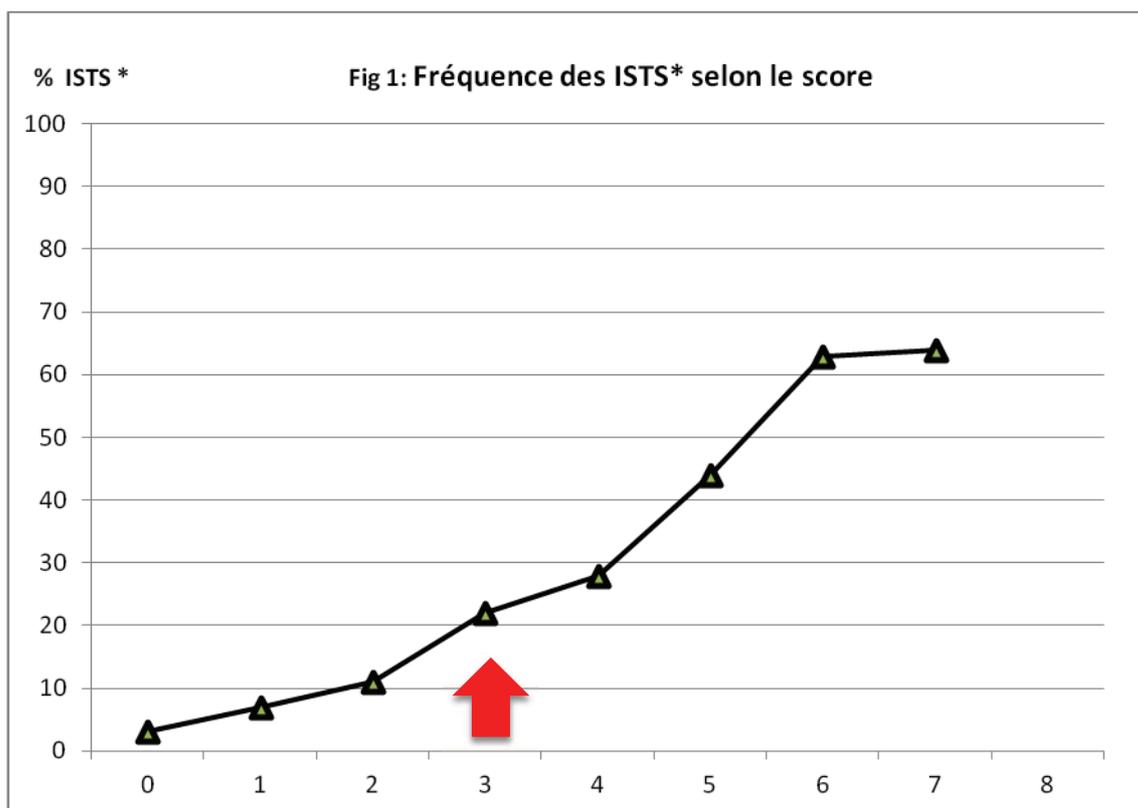
Thème	Réponse simplifiée	Point
Brimade	Non	0
	Oui, mais à l'école seulement	1
	hors école	2
Sommeil	Non	0
	Oui mais sans cauchemars	1
	Avec des cauchemars fréquents	2
Tabac	Non	0
	occasionnellement	1
	Tous les jours	2
Stress	Non	0
	Dû à la famille ou au travail scolaire	1
	Dû à la famille et au travail scolaire	2

Plus ce score est élevé et plus il y a de « vrai positif » mais ceci entraînerait d'éliminer une proportion de faux négatif. Or notre test n'est pas un test diagnostique mais un test d'alerte. Il était donc nécessaire d'établir un seuil suffisamment sensible.

La figure 1 met en évidence la prévalence des ISTS en pourcentage selon le score du nouveau test. L'analyse générale de la courbe nous montre que plus le score est élevé et plus le test mobilise d'élève avec des IS fréquentes ou au moins une TS déclarée. Cette courbe nous montre une croissance double de la fréquence ISTS entre 2 à 3 points. 20% de notre groupe ISTS avait un score à 3 points. La moitié des élèves avec IS fréquentes ou déclarant au moins une TS représentaient ceux avec un score d'au moins 5 points.

De plus, nous retenons que aucun élève n'avait répondu « oui » à toutes les questions.

Figure 1 : Fréquence des ISTS (%) selon le score



ISTS=fréquentes idées suicidaires dans l'année ou acte suicidaire dans la vie

Après analyse statistique, le score construit à partir de notre nouveau test, était en moyenne significativement plus élevé chez les ISTS (3,7+/-1,8) que chez les non-ISTS (1,8+/-1,6) avec $p < 0,0001$. Cette différence était significative chez les filles et les garçons avec respectivement un score à 3,8+/-1,8 (groupe filles avec ISTS) versus 2,1+/-1,7 (groupe filles sans ISTS) avec $p < 0,0001$ et 3,4+/-1,8 (groupe garçons avec ISTS) versus 1,5+/-1,4 (groupe garçons sans ISTS) avec $p < 0,0001$. Notre nouveau test permet donc de discriminer une population avec ISTS d'une autre indemne.

C. Sensibilité, spécificité et instauration d'un seuil

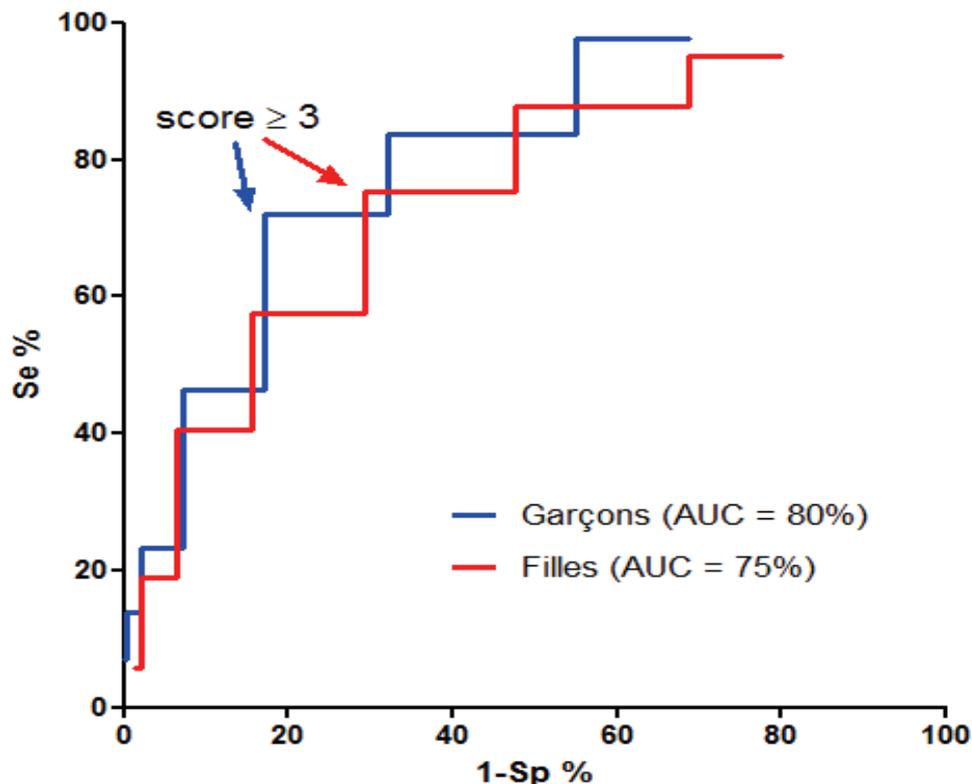
Le graphique 2 nous montre le meilleur seuil à 3 points avec une sensibilité (Se) et une spécificité (Sp) respectives à 75% (IC95% : 67-81) et à 70% (IC95% : 67-73%). Ces valeurs étaient semblables à celle du TSTS-cafard (Se=71% ; Sp=68%).

De plus, ces résultats sont similaires dans les 2 sexes avec chez les filles une Se=75% (IC95% : 66-83) et une Sp=62% (IC95% : 57-68) ; chez les garçons une Se=72% (IC95% : 56-85) et une Sp=77% (IC95% : 73-81).

Enfin, le graphique 2 nous montre l'aire sous la courbe (AUC) correspondant à la valeur diagnostique du test. L'AUC de la courbe Roc était à 0,78, ce qui représente une bonne valeur discriminante. En effet, plus cette surface est proche de 1, meilleur est le test pour prédire la maladie.

Enfin, les AUC étaient similaires pour les 2 sexes : 0,8 pour les garçons et 0,75 pour les filles. Le test peut donc être utilisé indépendamment du sexe.

Graphique 2 : Courbe ROC des filles et des garçons selon le score obtenu au nouveau test de dépistage



DISCUSSION

1 Synthèse des résultats

Notre étude montre que le TSTS-cafard reste un outil significatif actuel du dépistage des pensées ou actes suicidaires d'un adolescent. Il répond positivement à la première question.

Cependant une question parmi les 10 n'était plus corrélée significativement à notre groupe ISTS : «As-tu déjà eu des blessures ou un accident cette année?».

De plus, suite à l'analyse en régression logistique multivariée, la question clé de gravité du stress familial : «Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable?» n'apportait plus une valeur indépendante de gravité supplémentaire.

Ainsi, en plus de son actualisation, une modification de structure du test TSTS-cafard était nécessaire.

Le nouveau test que nous avons construit est plus simple et tout aussi pertinent. Il est basé sur quatre grands thèmes de santé corrélés dans la littérature aux IS ou TS chez les adolescents : Brimade,¹⁷⁴ Sommeil,³³ Tabac,¹⁷⁵ Stress.^{30, 46, 40}

Chaque thème se divise en deux questions soit 8 questions au total au lieu des 10 questions du TSTS-cafard. Cette simplification a pour but une facilitation dans la mémorisation des questions par les médecins. Nous proposons d'aborder à l'oral notre nouveau test par les questions suivantes :

« As-tu été Brimé à l'école ou sur les réseaux sociaux? As-tu été victime de violence en dehors de l'école? »

« As-tu des Insomnies ou des troubles du sommeil? Est-ce que tu fais souvent des cauchemars? »

« Te sens tu Stressé par le travail scolaire ou par la vie dans la famille? Ou par les deux? »

« Fumes-tu du Tabac à l'occasion? Tous les jours? »

Une réponse positive à la 1^{ère} partie cote 1 point, à la seconde partie 2 points. On retient pour chaque thème la cotation la plus élevée. Atteindre 3 points doit mettre en alerte le professionnel sur la possibilité d'ISTS et l'inciter à interroger directement l'adolescent sur la question du suicide.

La mémorisation en est facilitée par les 4 adjectifs suivants : Brimé, Insomniaque, Tabagique, Stressé qui en constituent l'acronyme : the « biTS ».

Sa performance est équivalente à celle du TSTS-cafard avec une sensibilité et une spécificité respectives de 75% et 70% versus 71% et 68% pour le TSTS-cafard.

De plus, il n'allongera pas le temps de consultation puisque les questions seront développées dans l'entretien oral face à l'adolescent.

Ce nouveau test facilite l'abord du domaine suicidaire, il est basé sur des questions relevant de thèmes généraux vécus à l'adolescence sans mentionner directement les mots autour de la suicidalité, représentant un frein à la relation de soin.

2 Limites

A. Liée à la qualité des données de l'enquête HBSC Poitou-Charentes

- De lieu:

L'étude s'est limitée à une seule région française le Poitou-Charentes. Les caractéristiques de ces jeunes suicidants se différencient-elles des autres régions françaises? Selon le Baromètre santé 2010, la cartographie de France des tentatives de suicide au cours de la vie des 15-30 ans montre qu'aucune région ne distingue significativement des autres.⁶⁸

Seulement d'autres enquêtes de santé nous montrent des distinctions entre la France et le Poitou-Charentes sur le thème du suicide et les taux d'hospitalisations pour TS. En effet, l'ORS retrouvait une surmortalité de décès par suicide en Poitou-Charentes (sauf dans le département de la Vienne) dans la population générale par rapport à la France avec respectivement 20,6 décès pour 100000 habitants sur la période de 2008-2010 contre 16,6 sur l'ensemble du territoire avec une différence significative au risque de 5%.¹⁷⁷

Pour la tranche d'âge des 15-24 ans, selon la source CépiDc-Inserm 2006, la mortalité par suicide en France était de 10 suicides pour 100000 hommes versus 12,4 pour 100000 en Poitou-Charentes.

Alors que chez les femmes on comptait 3,2 suicides pour 100000 femmes versus 2,2 pour 1000000 en Poitou-Charentes.¹⁷⁸

De plus, les taux d'hospitalisations pour TS dans la population générale sont plus élevés en Poitou-Charentes par rapport à la France entière. La région comptabilisait en 2011 un taux de recours standardisé d'hospitalisation suite à une TS en établissement de soins de courte durée publics et privés à 232,8 pour 100000 habitants contre 185 en France métropolitaine avec une différence significative de 5%.¹⁷⁹ Cependant l'étude concernait toute la population et pas seulement les adolescents de 15 ans.

Initialement, une collaboration avec l'Alsace avait été signée mais malheureusement, le questionnaire utilisé dans leur enquête se différenciait du nôtre et donc les résultats pour notre étude n'ont pas été comparés.

Bien que la randomisation de notre enquête s'est faite sur l'ensemble des établissements de la région du Poitou-Charentes, il serait intéressant de répliquer notre étude dans d'autres régions françaises.

- De date:

La date de passation de l'étude s'est déroulée en juin et donc en fin d'année scolaire. Les élèves des établissements professionnels étaient desservis car la plupart étaient partis en stage. Néanmoins, selon une étude sur la santé des apprentis en Poitou-Charentes, les résultats ne montraient aucune différence significative entre les données épidémiologiques des IS/TS des apprentis et notre enquête.⁷²

- D'âge:

Notre étude s'est limitée aux adolescents de 15,5 ans +/- 6 mois. Cette limitation était en partie liée à l'existence d'un pic d'hospitalisation pour TS à cet âge chez les filles parmi la population générale en France métropolitaine en 2008.

De plus, selon les données du CDC en 2006, la prévalence « des actes non fatal d'auto-agression » dans la population générale révélait un pic dans la tranche d'âge des 15-19 ans chez les filles. Chez les garçons, ce taux était également supérieur mais dans la tranche des 15-24 ans parmi la population générale.⁵⁹

Par ailleurs, l'enquête nationale YRSB 2011 a montré que la tranche d'âge des 14-15 ans avait un risque suicidaire plus élevé avec $p < 0,01$ par rapport à la tranche des 15-16 ans, des 16-17 ans ou des 17-18 ans.²³

De plus, l'âge d'apparition des premières pensées ou des premiers comportements est important pour savoir quand dépister sachant que la croissance des IS ou des TS apparaît autour de 15 ans.²⁸

- De méthode de recueil:

Nous avons choisis de recueillir nos données à partir d'un questionnaire rempli par l'élève à l'école. L'avantage principal de cette méthode de recueil est la liberté pour répondre sans ressentir de pression par un éventuel enquêteur. Le questionnaire était rempli de manière anonyme.

Une revue de la littérature montrait que les adolescents révélaient 2 à 3 fois plus souvent leur « problèmes suicidaires » sur un questionnaire anonyme versus recueil en interview face à face ou avec identité à mentionner sur le questionnaire.¹⁸⁰

De plus, dans certains travaux il est montré que ces jeunes en consultation seraient favorables à l'utilisation d'un questionnaire. Selon eux, il permettrait d'admettre des difficultés qu'ils n'auraient pas pensé discuter au départ et de révéler des sujets intimes ou embarrassants qu'ils n'auraient pas abordé eux même durant la consultation.¹⁸¹

En pratique, le test de dépistage devra être posé à l'oral par le médecin face à l'adolescent et donc le mode de recueil est très différent. Les résultats seront-ils extrapolables? Le questionnaire que nous avons utilisé dans notre étude est celui des enquêtes HBSC internationales validé par des experts. La formulation des questions est issue de travaux de validation auprès d'entretiens directs en face à face avec l'adolescent.¹⁸²

- Liée au groupe d'étude:

Dans notre étude, le groupe ISTS regroupait les adolescents ayant déclarés au moins une tentative de suicide au cours de sa vie ou de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Notre groupe est donc basé sur des déclarations et non des faits. Nous ne pouvons pas vérifier si l'adolescent a réellement déjà fait une TS.

C'est la différence avec les enquêtes à partir des données recueillies par le PMSI où les adolescents sont hospitalisés pour ce motif. Cependant, ce système a aussi ses limites par la nomenclature de ces actes qui peut être mal codifié par le médecin.

De plus, la limite de cette source est d'omettre les TS non pris en charge médicalement. Or en France en 2010, il est estimé que seulement un tiers du nombre total des TS étaient médicalisées.^{80, 27}

B. Liée au problème de définition

Comme nous l'avons décrit précédemment, il existe un manque de clarté quant à la façon de définir des comportements auto-agressifs des intentions de mort par suicide.

Ce manque de précision conduit à comparer des résultats qui peuvent ne pas être comparables et donc limite l'avancée des recherches.

Depuis peu, les centres de prévention des maladies américains utilisent les définitions du système de classification C-CASA.¹⁸³

La tentative de suicide repose donc sur l'intention de mourir ou penser que le geste peut être létal.

Prenons l'exemple d'une adolescente qui se blesse volontairement les poignets avec un couteau sans avoir l'intention de mourir et sans penser que le geste peut entraîner la mort. Cette adolescente est elle différente de celle qui avait l'intention de mourir ?

Oui, selon la définition du C-CASA, le second cas est une TS alors que le premier cas est défini comme un comportement d'auto-agression non suicidaire.

Sachant que plus le degré d'intention de mourir est grand et plus le risque de suicide est important.^{184, 185}

C'est pourquoi, nous n'avons pas précisé au préalable cette notion d'intentionnalité suicidaire. Ce qui peut amener à avoir des « faux positif de TS » comme l'exemple de notre première adolescente.

Ce manque de précision dans notre questionnaire est-il délétère pour notre étude ? Non, puisque l'objectif de notre test n'est pas de diagnostiquer une tentative de suicide mais d'alerter le clinicien pour qu'il pose la question sur un vécu de pensées ou actes suicidaires.

Ce n'est que par la suite que le médecin posera des questions sur le suicide de façon plus précises.

Tout en sachant que la littérature montre que poser des questions autour du suicide n'entraîne ni désespoir ni suicidalité supplémentaire.¹³²

La représentation d'un comportement auto-agressif non suicidaire est différente pour chaque personne. Ces actes constituent néanmoins des indicateurs d'autres comportements à risque comme les symptômes dépressifs et l'impulsivité.^{186, 184}

Une méta-analyse retrouve que tous les actes auto-infligés ne sont pas semblables. Ceux avec des IS, une impulsivité, un sentiment de désespoir et des symptômes dépressifs avaient un risque fort de TS.¹⁸⁷

3 Comparaison de notre outil avec ceux de la littérature

En l'état actuel et le problème de santé publique que le suicide engendre, une réflexion d'experts américains dans la prévention du suicide recommande en 2014 de créer des outils de dépistage performant afin de prévenir le comportement suicidaire des adolescents.¹⁸⁸

La performance de notre test est équivalente à celle d'autres tests utilisés en médecine de ville comme l'échelle ADRS pour le repérage d'une dépression chez l'adolescent. Pour un seuil à 3, sa sensibilité et spécificité sont respectivement de 79% et 60% versus 75% et 70% pour notre test.¹⁴⁸

A. Outils de mesure et leurs utilisations

Les tests actuels de dépistage du problème suicidaire d'un adolescent ne sont pas développés dans l'optique d'une pratique de médecine générale.

Fin 2014, la HAS recommande le TSTS-cafard dans le dépistage de pensées ou actes suicidaires (publication en cours).

Pour comparer ce dernier avec d'autres outils de dépistage, il faut se tourner vers des tests internationaux : *The Ask Suicide Screening*, *The Columbia Suicide Severity Rating Scale*, *Suicidal Ideation Questionnaire Junior*, décrit précédemment. Ce sont des outils spécifiques au dépistage des IS ou des TS des jeunes mais ne sont pas validés en France.

De plus, ces outils ne sont pas applicables en consultation face à un adolescent tout venant. Plusieurs incompatibilités se posent entre ces outils et la pratique courante d'une consultation de soins primaires.

En effets, certains tests utilisent des questionnaires d'une durée de passation assez longue. Or, dans la littérature il est montré que le temps de consultation en France pour le groupe des 7-24 ans est plus court que les autres tranches d'âges.¹²⁸

D'autres nécessitent des temps de formation des professionnels de santé ou ils sont basés sur des entretiens semi directifs et donc requiert un professionnel formé et entraîné.¹⁸⁹

Enfin, les questions de tous ces outils emploient les termes autour du suicide.

Or les médecins ne sont pas à l'aise pour poser des questions autour du thème de la suicidalité.¹³¹

Dans la littérature, il est recommandé de poser la question à propos d'idée suicidaire lors d'un problème aigu ou d'une visite de routine plutôt que d'attendre que l'adolescent aborde ce motif en consultation.¹⁹⁰

Un rapport de la revue *Pediatrics* fait état de ne pas poser des questions trop brutales et intrusives concernant les problèmes de santé mentale comme le suicide. Le risque étant de « casser » la relation de soin.¹⁹⁰

Pour ne pas être trop abrupt à questionner le jeune sur des éventuels antécédents suicidaires, il existe des guides d'aide pour recueillir des informations pertinentes sur la santé de l'adolescent comme le guide HEEADSSS (*Home, Education, Eating, Activities, Drug, Sexual behavior, Safety, Suicidality*) anciennement HEADSS (Annexe 4) recommandé par Inpes en France et *The American Medical Association* aux États-Unis.

Ce dernier repose sur un questionnaire d'entrevue psychosociale. Les sujets sont neutres au début pour mettre à l'aise et en confiance. Pour terminer par des questions plus sensibles comme les comportements suicidaires. La durée du questionnaire est environ de 20 minutes.^{191, 192, 193}

Cet outils permet de guider et donc d'aider le médecin dans l'entrevue psychosociale de son patient.¹⁹⁴

Cependant, c'est un guide et non un test de dépistage spécifique des comportements suicidaires.

D'autres outils sont davantage spécifiques au suicide mais ils servent à prédire un risque suicidaire.¹⁹⁵

Comme par exemple l'échelle d'évaluation du risque suicidaire de Ducher. Elle est utilisée dans la population générale y compris chez les adolescents. À partir d'un score de 7, il est recommandé d'hospitaliser le patient.¹⁹⁶

Alors que d'autres échelles sont établies à partir d'une population déjà connue pour des antécédents de TS et sont utilisées pour prédire une récurrence.¹⁹⁷

En conclusion, seul le TSTS-cafard reste un outil validé en France dans le dépistage des idées ou actes suicidaires chez les adolescents en consultation de médecine générale.

B. Les thèmes utilisés du test

Les 4 thèmes choisis pour constituer notre nouveau test sont : les brimades, le sommeil, le tabac et le stress. Ces quatre thèmes sont décrits dans la littérature comme corrélés aux TS^{188, 59} ou aux IS dans la population adolescente.¹⁹⁸

Cependant, dans les études YRBS, il existe d'autres facteurs de risque à plus fort potentiel de corrélation aux TS que les items mentionnés dans nos questions.

Dans l'étude de 2011, chez les filles les facteurs de risques les plus importants étaient : l'injection de drogues, la prise de méthamphétamines et le port d'une arme à l'école. Chez les garçons, les facteurs de risque les plus importants corrélés aux TS étaient : l'injection de drogue, la prise de laxatif/vomitif pour contrôler son poids et avoir eu un rapport sexuel forcé.²³

Néanmoins, ces thèmes sont inadaptés car ne remplissent pas les conditions du dépistage c'est à dire inclus dans une conversation de consultation ordinaire pour un motif bénin.

L'objectif de notre questionnaire de dépistage était d'être suffisamment sensible et ne pas dépister uniquement les adolescents les plus à risque.

Les experts américains recommandent qu'un outil de dépistage soit bref, hautement sensible et spécifique et validé sur la population que l'on souhaite étudiée.¹⁸⁸

Par ailleurs, les questions sur la consommation de tabac peuvent être délicate à aborder en consultation quand le jeune est accompagné par ses parents. En réalité, les études montrent que 70% des médecins généralistes pratiquent un dépistage sur la consommation de tabac chez le jeune en consultation et la plupart à partir de l'âge de 14 ans. Néanmoins pour les 30% restant, le principal frein à ce dépistage était la présence des parents avec la croyance que le jeune répondra faussement ou la crainte que les parents soit avisé de sa réponse.^{199, 200, 201}

4 Enseignement, enjeux dans la politique de santé et perspectives

Prévalence IS TS:

Le facteur de risque le plus important du suicide est la tentative de suicide,⁹⁰
²⁰²elle même pouvant être précédé par des idées suicidaires.²⁸

Dans notre étude, le pourcentage des pensées suicidaires des 12 derniers mois était de 24,3% et celui d'avoir fait au moins une TS au cours de la vie était près de 16%. Il existait une différence significative selon le sexe ($p < 0,0001$) avec respectivement 32,2% ; 22,8% pour les filles et 16,1% ; 8% pour les garçons.²⁰³

En Europe entre 1997 à 2007, la prévalence des IS au cours des 12 derniers mois se situait entre 11.7–26.0% et celui des TS au cours de la vie entre 1.5–12.1%. Cependant, ces chiffres sont à prendre avec prudence puisque les méthodes ne sont pas similaires.⁵⁹

Les études comparables comme celle des Etats-Unis (YRBS) ne retrouvent pas d'augmentation significative du nombre de TS depuis 10 ans. À l'inverse dans notre étude, le taux de TS depuis l'étude Lycoll en 1999 est en augmentation chez les filles : 12,5% en 1999 versus 22,8% en 2012.¹⁶⁰

Il est donc nécessaire en France de répéter dans le temps avec la même méthode, des enquêtes autour du suicide auprès des jeunes pour confirmer ou infirmer cette augmentation.

Définition, enquête:

Le biais majeur dans l'épidémiologie des comportements auto-agressifs est le manque de consensus dans le pronostic des actes auto-agressifs avec ou sans intention suicidaire. Si le contexte n'est pas le même, le dépistage comme la prise en charge peuvent être faussée. Il est donc important de continuer à approfondir par des études cliniques les différences entre la population avec intentionnalité versus sans intentionnalité suicidaire.

Les chiffres de prévalence des idées ou actes suicidaires ne sont pas comparables puisque d'une étude à l'autre la méthode n'est pas la même.

Par ailleurs, il manque en accès libre sur internet les publications de l'enquête ESPAD pour comparer dans le temps et entre pays européens les comportements suicidaires des jeunes.

En effet, malgré la question posée sur les IS ou TS, l'enquête a développé ses résultats s'y rapportant dans un seul rapport publié sur leur site internet,⁶⁵ à l'inverse de toutes les enquêtes YRBS aux États-Unis.

De plus, la France est absente de la comparaison européenne.

Bien que HBSC France soit une enquête transversale portant sur les comportements de santé des jeunes d'âges scolaires, elle ne pose pas la question sur les comportements suicidaires.

Acceptabilité par les médecins:

Ce nouveau test de dépistage est un outil bref qui devrait être applicable en consultation de médecine générale comme l'est le TSTS-cafard. Son acceptabilité avait été validée par les médecins des Deux Sèvres avec une utilisation dans 60% des consultations d'adolescents tout venant après une formation.

Cette acceptabilité du TSTS-cafard avait été confirmée dans une autre région administrative française, le Pays de la Loire. Les résultats d'une thèse montraient que 69% des médecins avaient utilisé le test au moins une fois et 63% pensaient l'utiliser régulièrement. De plus, pour les médecins questionnés, le TSTS-cafard permettait une facilité à aborder des questions relatives au suicide.²⁰⁴

Des études ultérieures devront être mise en place pour valider l'acceptabilité de ce nouveau test auprès des médecins généralistes.

Place du médecin dans le suivi après TS:

Notre étude se limitait à donner un outil pour alerter le médecin. Selon l'analyse de la littérature en population générale suicidante de Roscoat et Beck, sur les 7 interventions suivantes : la restriction des moyens létaux, le maintien d'un contact avec les patients, les lignes et centres d'appel, la formation des médecins généralistes, les interventions en milieu scolaire, l'organisation de la prise en charge suite à une tentative de suicide et les campagnes d'information du public. Seul 3 catégories ont apporté la preuve de leur efficacité : la restriction de l'accès aux moyens létaux, le maintien d'un contact avec les patients sortis de l'hôpital et l'implantation de lignes d'appels.²⁰⁵

Dans les recherches bibliographiques, la place du médecin généraliste dans le suivi des adolescents suicidants est mal définie. La plupart, pris en charge médicalement sont orientés vers des consultations adolescentes ou vers les centres médico-psychologiques.²⁰⁶

Il serait intéressant d'établir par des études ultérieures, un protocole de prise en charge multidisciplinaire des adolescents suicidaires et suicidants, en y intégrant le médecin généraliste précurseur du dépistage de ces troubles, et d'évaluer l'intérêt d'une formation adaptée.

CONCLUSION

Le TSTS-cafard créée en 1999 reste en France un outil simple valide et applicable dans une consultation d'un adolescent tout venant. Il est de nouveau recommandé par la HAS fin 2014. Il a été simplifié avec le « biTS test ». Ce nouvel outil est aussi performant et plus simple dans le dépistage d'un vécu IS ou TS chez l'adolescent de 15 ans avec une sensibilité et une spécificité respectives de 75% et 70% pour un seuil d'alerte à 3 points.

Il nous reste maintenant à valider l'emploi de ce nouveau test auprès des médecins généralistes, si possible dans plusieurs pays ou cultures, à évaluer l'influence de ses conséquences dans la prise en charge des adolescents. Je participe au travail de publication pour le faire connaître au niveau internationale. La revue cible est *The Annals of Family Medicine* (IF>5).

Bibliographie

- 1 Skegg K. Self harm. *Lancet*. 2005 Oct 22;366:1471–83.
- 2 De Leo D et al. Definitions of suicidal behavior; lessons learned from the WHO/EURO Multicentre Study. *Crisis*. 2006;27(1):4–15.
- 3 Hawton K, Saunders K, O'Connor R. Self harm and suicide in adolescent. *Lancet*. 2012 Jun;379(9834):2373–82.
- 4 O'Carroll PW et al. Beyond the tower of babel : a nomenclature for suicidology. *Suicide and life threatening behavior*. 1996;26(3):237–52.
- 5 Silverman MM et al. Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors. Part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and life threatement behavior*. 2007 Jun;37(3):248–63.
- 6 Silvermann MM et al. Rebuilding the tower of babel : a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors Part 2 : Suicide related ideations, communications and behavior. *Suicide and life threatement behavior*. 2007;37(3):264–77.
- 7 Posner K et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of Suicidal Events in the FDA's Pediatric Suicidal Risk Analysis of Antidepressants. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164:1035–43.
- 8 CIM-10 Version 2008. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr> consulté le 7 mars 2013
- 9 Platt S et al. Parasuicide in europe : the WHO/EURO multicentre study on parasuicide. I.Introduction and preliminary analysis for 1989. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992;85(2):97–104.
- 10 Pommereau X L'adolescent suicidaire. Dunod. Paris; 2001
- 11 Freud S. Introduction à la psychanalyse. Trad. fr. Petite Bibliothèque Payot. Paris; 2001;
- 12 Kernier N, Canoui P, Thouvenin B. Geste suicidaire, expression agie d'une violence familiale tacite ? L'évolution psychiatrique. 2010 Mar;75(1):123–37.
- 13 Organisation mondiale de la santé. Thème de santé. Suicide
<http://www.who.int/topics/suicide/fr/> consulté le 2 septembre 2014
- 14 Sommelet D. L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé. 2006 Oct. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/074000282/0000.pdf> consulté le 10 juin 2014
- 15 Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. 2ème Edition. Paris: Masson; 2005.
- 16 Jeammet P, Birot E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. PUF. Paris; 1994.

17 Suicide et adolescence : description et Prévention. geopsy.com Psychologie interculturelle et psychothérapie; http://www.geopsy.com/memoires_theses/suicide.pdf consulté le 10 juin 2014

18 Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie 8ème Edition. Elsevier Masson. 2013.

19 ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot. La Pitié-Salpêtrière. 159 rue nationale 75640 Paris;

20 Marttunen MJ, Hillevi M, Loonqvist J. Precipitant stressors in adolescent suicide. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1993 Nov;32(6):1178–83.

21 Kessler RC, Borges G, Walters E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*. 1999 Jul;56(7):617–26.

22 Alvin P. Les conduites suicidaires chez les adolescents. Quelles questions pour les professionnels ? *Archive de pédiatrie*. 2000 Jun;7(6):661–7.

23 Lowry R, Crosby AE, Brener ND, Kann L. Suicidal thoughts and attempts among US High School students : Trends and associated Health risk behaviors 1991-2011. *Journal of Adolescent Health*. 2014 Jan;54(1):100–8.

24 Chanc-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisation pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Saint Maurice, France: Institut de veille sanitaire; 2011 décembre p. 492–6. Report No.: 47-48.

25 Choquet M; Ledoux S. Adolescents : Enquête nationale. Paris : la documentation française Inserm. 1994;346.

26 Peyre H, Hattea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014 Jan;62(1):22–7.

27 Beck F et al. Les comportements de santé des jeunes Analyse du Baromètre santé de 2010. Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans. Inpes;

28 Nock MK et al. Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jan;70(3):300–10.

29 Kessler RC. Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*. 2003 Mar;74(1):5–13.

30 Kanwar A et al. The association between anxiety disorders and suicidal behaviors: a systematic review and meta-analysis. *Depression anxiety*. 2013 Oct;30(10):917–29.

31 Boden JM, Fergusson DM, Horwood LJ. Anxiety disorders and suicidal behaviors in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *psychology medical*. 2007 Mar;37(3):431–40.

- 32 Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among young people. *Suicide and life-Threatening Behavior*. 1999;29(1):37–47.
- 33 Pigeon WR, Pincus M, Conner K. Meta-analysis of sleep disturbance and suicidal thoughts and behaviors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2012 Sep;73(9):1160–7.
- 34 Wong M, Brower KJ. The prospective relationship between sleep problems and suicidal behavior in the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Journal of psychiatric research*. 2012;46:953–9.
- 35 Liu X. Sleep and adolescent suicidal behavior. *Pediatrics*. 2004;27(7):1351–8.
- 36 Lu D et al. Suicide and suicide attempt after a cancer diagnosis among young individuals. *Annals of oncology*. 2013 Dec;24(12):3112–7.
- 37 Van Tilburg et al. Chronic pain in adolescents is associated with suicidal thoughts and behaviors. *American pain society*. 2011 Oct;12(10):1032–9.
- 38 Barnes AJ, Eisenberg ME, Resnick MD. Suicide and self injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics*. 2010 May;125(5):889–95.
- 39 Resnick MD et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal study on adolescent health. *JAMA*. 1997;278(10):823–32.
- 40 Xing XY et al. Family factors associated with suicide attempts among chinese adolescent students : a national cross sectional survey. *Journal of Adolescent Health*. 2010 Jun;46(6):592–9.
- 41 Brent DA et al Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Archives general psychiatry*. 2002 Sep;59(9):801–7.
- 42 Evans E, Hawton K, Rodham K. Suicidal phenomena and abuse in adolescents: a review of epidemiological studies. *Child Abuse and Neglect*. 2005 Jan;29(1):45–58.
- 43 Bearman P, Moody J. Suicide and friendships among American adolescents. *American journal of public health*. 2004 Jan;94(1):89–95.
- 44 Klomek A.B et al. Childhood Bullying Behaviors as a Risk for Suicide Attempts and Completed Suicides: A Population-Based Birth Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009;48(3):254–61.
- 45 Klomek A.B et al. Bullying, Depression, and Suicidality in adolescents. *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*. 2007 Jan;46(1):40–9.
- 46 Walburg V, Zakari S, Chabrol H. Rôle du burn-out scolaire dans les idées de suicide des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014 Jan;62(1):28–32.
- 47 Choquet M, Marcelli D, Ledoux S. Les comportements à risque des adolescents : approche clinique et épidémiologique. 1993;

- 48 Kokkevi A et al. Multiple substance use and self-reported suicide attempts by adolescents in 16 European countries. *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2011;21:443–50.
- 49 Swahn MH et al. Early substance use initiation and suicide ideation and attempts among students in France and the United States. *International Journal of public health*. 2012;57(1):95–105.
- 50 Epstein JA, Spirito A. Gender-specific risk factors for suicidality among high school students. *Archives of suicide research*. 2010;14(3):193–205.
- 51 Aseltine RH et al. Age Variability in the Association Between Heavy Episodic Drinking and Adolescent Suicide Attempts: Findings From a Large-Scale, School-Based Screening Program. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2009 Mar;48(3):262–70.
- 52 Patton GC et al. Global patterns of mortality in young people : a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 2009;374:881–92.
- 53 Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent mental health. Geneva : International association for child and adolescent psychiatry and allied profession; 2012.
- 54 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS). Leading Causes of Death Reports, National and Regional, 1999-2012. <http://www.cdc.gov/injury/wisqars/> consulté le 27 novembre 2014
- 55 Commission européenne eurostat statistique database, taux brut de mortalité par suicide, pour les jeunes par sexe et âge http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do;jsessionid=fBS-PFvLSr3-taxaJQggFAQ6Ki4EQvBamT5i-Htb2x_-xA_b8hDa!153066745 consulté le 17 novembre 2014
- 56 Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Suicide. Etat des lieux du suicide en France <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html> consulté le 6 novembre 2014.
- 57 Wasserman D, Cheng QI, Jiang G. Global suicide rates among young people aged 15-19. *World psychiatry*. 2005 Jun;4(2):114–20.
- 58 Värnik A et al. Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective disorders*. 2009 Mar;113(3):216–26.
- 59 Nock MK et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiologic Reviews*. 2008;30(1):133–54.
- 60 R. de Tournemire. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? ». *Archives de Pédiatrie*. 2010;17(8):1202–9.
- 61 Grunbaum JA et al. Youth risk behavior surveillance united states 2001. *MMWR*. 2002 Jun 28;51(SS04):1–64.

- 62 Eaton DK et al; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance--United States, 2007. MMWR. 6;57(4):1–131.
- 63 Eaton DK et al. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. MMWR. 2012 Jun;61(ss04):1–162.
- 64 Frieden TR et al. Centers for Disease Control and Prevention Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2013. MMWR. 2014;63(4).
- 65 ESPAD Reports <http://www.espad.org/en/Reports--Documents/ESPAD-Reports/> consulté en février 2013.
- 66 Kokkevi A, Fotiou A. The ESPAD psychosocial module. The 2007 ESPAD Report Substance use among students in 35 European Countries. 2007 p.171-83.
- 67 Beck F, Gautier A, Guignard R, Richard JB. Méthode d'enquête du Baromètre santé 2010. Inpes.
- 68 F. Beck, R. Guignard. Tentatives de suicide et pensées suicidaire en France 2010. BEH Institut de veille sanitaire. 2011 décembre;(47-48):489–92.
- 69 Arènes J, Janvrin MP, Baudier F. Baromètre sante jeune 97/98. Education pour la santé pour mieux vivre. CFES. Paris; 1998.
- 70 Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé. Saint Denis: Inpes.
- 71 Debarre J. Baromètre santés jeunes. Poitou-Charentes 2005. Suicide, dépression et mal être. Poitiers: ORS Poitou-Charentes; 2007 Oct.
- 72 Robin S, Bounaud V, Debarre J. La santé des apprentis de Poitou-Charentes Diagnostic santé. ORS Poitou-Charentes; 2013 juin p. 125. Report No: 151.
- 73 INSERM, Paris ISBN 2-85 S98-4769 : questionnaire Choquet et Ledoux, 1994 (INSERM U 472)
- 74 Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents, conception d'un test et validation de son usage. La revue du praticien Médecine générale. 2004;(650/651):576–80.
- 75 Le Pont F et al. Suicide and attempted suicide in France : results of general practice sentinel network, 1999-2001. British journal of General practice. 2004;54:282–4.
- 76 Younes N et al. Attempted and completed suicide in primary care : not what we expected ? Journal of Affective Disorders. 2015 Jan;170:150–4.
- 77 Chan-Chee C et al. Hospitalisation pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Institut de veille sanitaire; 2011. BEH 47-48.
- 78 DRESS. Etudes et Résultats. Suicide et tentative de suicide en France. Une tentative de cadrage statistique. 2001 avril;(109).

- 79 DRESS. Etudes et Résultats. Suicides et tentatives de suicide en France. 2006 mai;(488).
- 80 Binder P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont ils différents des autres? Enquête auprès de 3800 adolescents. Revue du praticien médecin généraliste. 2001;15(545):1507–12.
- 81 Ougrin D et al. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2014 Oct 25;in press.
- 82 Huey ST et al. Multisystemic Therapy Effects on Attempted Suicide by Youths Presenting Psychiatric Emergencies. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2004 Feb;42(2):183–90.
- 83 Valuck RJ et al. Antidepressant Treatment and Risk of Suicide Attempt by Adolescents with Major Depressive Disorder. CNS Drugs. 2004;18(15):119–32.
- 84 Tiihonen J et al. Antidepressants and the risk of suicide. Attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. Archives of General psychiatry. 2006;63:1358–67.
- 85 ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris; 1998 Nov.
- 86 Rotheram-Borus MJ et al. The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(6):1081–93
- 87 Roscoat E, Beck F. Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2013 Aug;61(4):363–74.
- 88 Gould MS et al. Service use by at risk youth after school based suicide screening. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2009 Dec;48(12):1193–201.
- 89 Kernier N et al. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. Archives de Pédiatrie. 2010 Apr;17(4):435–41.
- 90 Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child psychology psychiatry. 2006 Apr;47(3-4):372–94.
- 91 Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD. Adolescent suicide attempts: risks and protectors. Pediatrics. 2001;107(3):485–93.
- 92 Hawton K, Zahl D, Weatherall R. Suicide following deliberate self-harm : a long term follow up of patients who presented to a general hospital. British Journal of psychiatry. 2003 Jun;182:537–42.
- 93 Marttunen MJ et al. Suicide among Female Adolescents: Characteristics and Comparison with Males in the Age Group 13 to 22 Years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1995 Oct;34(10):1297–307.
- 94 Tuisku V, Kiviruusu O. Depressed adolescents as young adults predictors of suicide attempt and non suicidal self injury during an 8 year follow up. Journal of Affective

Disorders. 2014;152-154:313–9.

95 Regina M et al. Suicide attempt characteristics, diagnoses, and future attempts comparing multiple attempters to single attempters and ideators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2008;47(1):32–40.

96 Patton GC and al. The prognosis of common mental disorders in adolescents: a 14-year prospective cohort study. *Lancet*. 2014 Apr;383(9926):1404–11.

97 Ligier F, Vidaihet C, Kabuth B. Devenir psychosocial, dix ans après, de 29 adolescents suicidants. *L'encéphale*. 2009 Oct;35(5):470–6.

98 Reinhers HZ, Tanner JL. Adolescent suicidal ideation as predictive of psychopathology, suicidal behavior, and compromised functioning at age 30. *American Journal of Psychiatry*. 2006 Jul;163(7):1226–32.

99 Posner K al. The Columbia suicide severity rating scale : initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168:1266–77.

100 Svetcic J, De Leo D. The hypothesis of continuum in suicidality : a discussion on its validity and practical implications. *Mental illness*. 2012;4(15):73–8.

101 Nock MK et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans, and attempts. *The British journal of psychiatry : The Journal of mental science*. 2008 Feb;192:98–105.

102 Goldston DB et al. First-time suicide attempters, repeat attempters and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit. *Journal of America Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1996 May;35(5):631–9.

103 Roberts E, Roberts C, Chen Y.R. Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of America Academy Child Adolescent Psychiatry*. 1998;37(12):1294–300.

104 HAS. Proposition portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18ans destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. Recommandation pour la pratique clinique. 2005 Sep p. 76–79.

105 HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. A paraître

106 World Health Organization. Towards evidence-based suicide prevention programmes. Geneva, Switzerland; 2010.

107 Beck F et al. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Santé et consommation de soins des 15-30 ans. Inpes; 2010.

108 Alvin P, Courtecuisse V. Adolescent medicine. Development and prospects. *Archive française de Pédiatrie*. 1991 Feb;48(2):137–41.

109 Tylee A et al. Youth-friendly primary-care : how are we doing and what more needs to be

done ? Lancet. 2007;369:1565–73.

110 Hetlevik O, Haug K. Young people and their GP : a register based study of 1717 Norwegian GPs. Family practice. 2010;27:3–8.

111 Nordin J, Solberg L, Parker E. Adolescent primary care visit patterns. Annals of family medicine. 2010 Dec;8(6):511–6.

112 Marcell AV, Halpern-Felsher BL. Adolescents' Beliefs about Preferred Resources for Help Vary Depending on the Health Issue. Journal of Adolescent Health. 2007 Jul;41(1):61–8.

113 McPherson A. ABC of adolescence Adolescents in primary care. BMJ. 2005 Feb;330(7489):465–7.

114 Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals : a review of the literature. Journal of Adolescence. 2007;30:639–53.

115 Haller DM, Sanci LA, Patton GC, Sawyer SM. Toward youth friendly services : a survey of young people in primary care. Journal of general internal medicine. 2007 Jun;22(6):775–81.

116 Jacquin P. Le médecin face à l'adolescent : de quel côté sont les difficultés ? Médecin et enfance. 1991;11(1):23–5.

117 Kang M et al. Better Practice in Youth Health. Final report on research study. Access to health care among young people in New South Whales: Phase 2. NSW Centre for the Advancement of Adolescent Health The Children's Hospital at Westmead. 2005; http://www.kidsfamilies.health.nsw.gov.au/media/2570/access_phase_2_report.pdf consulté le 30 septembre 2014.

118 Renaud J and al. Recent and lifetime utilization of health care services by children and adolescent suicide victims a case control study. Journal of Affective Disorders. 2009;117:168–73.

119 Zwaanswijk M et al. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in dutch general practice. Family Practice. 2005;22:498–506.

120 Mauerhofer, A., Berchtold, A., Michaud, Suris JC. GPs' role in the detection of psychological problems of young people: A population-based study. British journal of general practice. 2009 Sep;59(566):660–4.

121 McNeill YL, Gillies ML, Wood SF. Fifteen year olds at risk of parasuicide or suicide : how can we identify them in general practice ? Family Practice. 2002 Oct;19(5):461–5.

122 Biddle L, Donovan JI, Gunnell D, Sharp D. Young adults perceptions of gps as help source for mental distress : a quality study. British journal of general practice. 2006 Dec;56:924–31.

123 Leavey G, Rothi D, Paul R. Trust, autonomy and relationships: The help-seeking preferences of young people in secondary level schools in London (UK). Journal of adolescence. 2011 Aug;34(4):685–93.

- 124 Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people : a systematic review. *Suicide and life-Threatening Behavior*. 2012 Oct;42(5):507–24.
- 125 Alvin P, Eicher C. Anodins, ces adolescents qui consultent et ne savent pas pourquoi ? *Médecine et enfance*. 1991;11(1):5–38.
- 126 Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *La revue du praticien*. 2005;55:1073–7.
- 127 Jaconson LD, Wilkinson C, Owen PA. Is the potential of teenage consultations being missed? : a study of consultation times in primary care. *Family practice*. 1994;11(3):296–9.
- 128 DRESS. La durée des séances des médecins généralistes. *Etudes et Résultats*. 2006 Avril;(481).
- 129 Deveugele M et al. Consultation in general practice : a standard operating procedure ? *Patient Education and Counseling*. 2004;54:227–33.
- 130 Fanello S et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. *Santé publique*. 2002;14(3):263–73.
- 131 Bejaj P et al. Screening for suicidal thoughts in primary care : the views of patients and general practitioners. *Mental Health in Family Medicine*. 2008 Dec;5(4):229–35.
- 132 Gould M et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. A randomized controlled trial. *Jama*. 2005;293(13):1635–43.
- 133 Kostenuik M, Ratnapalan M. Approach to adolescent suicide prevention. *Canadian family physician*. 2010 Aug;56(6):755–60.
- 134 Choquet M et al. « Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Enquête réalisée auprès de 21 établissements scolaires du département de la Gironde ». Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité. 2001;73.
- 135 Rutman MS, Shenassa E, Becker BM. Brief screening for adolescent depressive symptoms in the emergency department. *Academic Emergency medicine*. 2008 Jan;15(1):17–22.
- 136 Laget J. Evaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents : lien entre fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie. *Annales Médico-psychologiques*. 2007;165:556–61.
- 137 Pfaff JJ, Acres JG. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. *Medical Journal of Australia*. 2001;5:222–6.
- 138 Asarnow JR et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics. a randomized controlled trial. *Jama psychiatry*. 2005;293(3):311–9.
- 139 Rouxel T. La relation soignante avec les adolescents : le ressenti du médecin

généraliste. Thèse soutenue à la faculté de Rennes en juin 2005.

140 Doumont D, Renard F. Adolescence et santé mentale. Université catholique de Louvain: Unité RESO éducation pour la santé, faculté de médecine; 2001.

141 Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment : psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of life research*. 2004;13(2):299–310.

142 The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychology medical*. 1998 May;28(3):551–8.

143 Leplège A et al. Psychometric properties of a new instrument for evaluating quality of life, the WHOQOL-26, in a population of patients with neuromuscular diseases. *L'Encéphale* 2000 ;26(5): 13-22.

144 Simeoni MC et al. Validation of a French health-related quality of life instrument for adolescents: The VSP-A. *Quality of life research*. 2000;9(4):393–403.

145 Simeoni MC et al. Health-related quality of life reported by French adolescents: a predictive approach of health status? *Journal of Adolescent Health*. 2001 Apr;28(4):288–94.

146 Speyer E. Activité physique et qualité de vie liée à la santé de l'enfant et de l'adolescent : Approche en population générale et en milieu hospitalier. [Nancy]: Henri Poincaré; 2010.

147 HAS. Dépression de l'adolescent : repérage, diagnostic et prise en charge initiale. Note de cadrage. Service des bonnes pratiques professionnelles; 2011.

148 Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC psychiatry*. 2007 Jan;7(2).

149 Allgaier AK et al. Is the children's depression inventory short version a valid screening tool in pediatric care ? a comparison to its full-length version. *Journal of psychosomatic research*. 2012 Nov;73(5):369–74.

150 Winter LB, Steer A, Jones-Hicks L, Beck A. Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for primary care. *Journal of Adolescent Health*. 1999 Jun;24(6):389–94.

151 Osman A et al. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory-II non clinical adolescent samples. *Journal of Clinical Psychology*. 2008 Jan;64(1):83–102.

152 Steer RA, Kumar G, Beck AT, Beck JS. Dimensionality of the Beck Youth Inventories with child psychiatric outpatients. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2005 Jun;27(2):123–31.

153 Fernandez L et al. Outils psychométriques. Module VI. Démarches épidémiologiques après une catastrophe. 2005.
http://www.invs.sante.fr/publications/2005/epidemiologie_catastrophes/ consulté le 23sept 2014.

154 Andrew G, Peters L. The psychometric properties of the Composite International

Diagnostic interview. *Social of Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 1998 Feb;33(2):80–8.

155 Sheehan DV et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*. 1998;59(20):22–33.

156 Horowitz LM et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) A Brief Instrument for the Pediatric Emergency Department. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medecine*. 2012;166(12):1170–6.

157 Diamond G et al. Development, Validation, and Utility of Internet-Based, Behavioral Health Screen for Adolescents. *Pediatrics*. 2010 Jul;126(1):163–70.

158 Reynolds W, Mazza J. Assessment of suicidal ideation in inner-city children and young adolescent: Reliability and validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. *School Psychology Review*. 1999;28(1):17–30.

159 Alvin P. *Relation de soins en médecine généraliste avec l'adolescent*. Masson. Paris: 2nd Edition ; 2005. 57-69 p.

160 Binder P, Chabaud F. Dépister les conduites suicidaires des adolescents (II) : Audit clinique auprès de 40 généralistes. *La revue du praticien*. 2007;57(11):1193–9.

161 Lazartigues A. De l'enfance à l'âge adulte : quelques effets d'un environnement post moderne sur le processus de subjectivation. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2013 Aug;61(5):302–9.

162 Auxéméry Y. Risque et utilité du Web en santé mentale chez l'adolescent, évolutions et perspectives. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2010 Nov;58(8):500–6.

163 Huesmann LR. The Impact of Electronic Media Violence: Scientific Theory and Research. *Journal of Adolescent Health*. 2007;41:6–13.

164 Forsythn SR, Kennedy C, Malone RE. The effect of the internet on teen and young adult tobacco use : a literature review. *Journal of pediatric health care*. 2013 Oct;27(5):367–76.

165 Harriet Vickers. Social networks and media coverage are blamed for series of teenage suicides in Russia. *BMJ*. 2012;344(3110).

166 Gamez Guadix M, Orue I, Smith PK, Calvete E. Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use and problematic internet use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2013 Oct;53(4):446–52.

167 Arsène M, Raynaud J-P. Cyberbullying (ou cyber harcèlement) et psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent : état actuel des connaissances. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2014 Jun;62(4):249–56.

168 Bauman S, Toomey RB, Walker JL. Associations among bullying, cyberbullying, and suicide in high school students. *Journal of Adolescence*. 2013 Apr;36(2):341–50.

169 van Geel M, Vedder P, Tanilon J. Relationship between peer victimization,

cyberbullying and suicide in children and adolescents : a meta-analysis. *Jama pediatric* 2014 May;168(5):435–42.

170 Roberts C et al. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study : methodological developments and current tensions. *International Journal of Public health*. 2009 Sep;54(2):140–50.

171 Godeau E, Navarro F, Arnaud C. La santé des collégiens en France 2010. Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children. Saint Denis: Inpes; 2012 p. 254.

172 Zhang D et al. Study on the correlation among adolescents family function, negative life events stress amount and suicide ideation. *Wei Sheng Yan Jiu*. 2014 Jul;43(4):581–5.

173 Frieden TR et al. Youth Risk Behavior Surveillance-United States, 2013. *MMWR*. 2014;63(4).
http://www.cdc.gov/healthyyouth/yrbs/pdf/questionnaire/2013_xxx_questionnaire.pdf
consulté le 3 novembre 2014.

174 Kowalski RM, Giumetti GW, Schroeder AN, Lattanner MR. Bullying in the digital age : a critical review and meta-analysis of cyberbullying research among youth. *Psychological bulletin*. 2014 Jul;140(4):1073–137.

175 Bronisch T, Hofler M, Lieb R. Smoking predicts suicidality : findings from a prospective community study. *Journal of Affective Disorders*. 2008 May;108(1-2):135–45.

176 Riala K, Taanila A, Hakko H, Rasanen P. Longitudinal smoking habits as risk factors for early-onset and repetitive suicide attempts: the Northern Finland 1966 Birth Cohort study. *Annals of epidemiology*. 2009 May;19(5):329–35.

177 Debarre J, Moreau F. Santé mentale et suicide. Synthèse documentaire. ORS Poitou-Charentes. 2014 Mar p. 52. Report No: 156.

178 Brocas AM, Olier L, coordonnée par la DRESS en collaboration avec InVS, OFDT, INPES. Tentative de suicide et suicides. Conférence biennale sur la santé des jeunes. 29 octobre 2009; p. 29–31.

179 Debarre J, Pubert M, Giraud J, Bouffard B. Tableau de bord de suivi des suicides et tentatives de suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2014 février p. 36. Report No: 143.

180 Safer DJ. Self-reported suicide attempts by adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*. 1997;9(4):263–9.

181 Dafflon M, Michaud PA. A clinical questionnaire for facilitating consultation with the adolescent. *Praxis*. 2000;89(1-2):24–31.

182 Haugland S, Wold B. Subjective health complaints in adolescence-reliability and validity of survey methods. *Journal of Adolescence*. 2001 Oct;24(5):611–24.

183 Crosby A, Ortega L, Melanson C. Self directed violence surveillance. Uniform definition and recommended data elements. Centers for disease control and prevention, National center

for injury Prevention and Control. 2011 Feb;version 1.0(Atlanta).

184 Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and life threatening behavior*. 2004 spring;34(1):12–23.

185 Harriss L, Hawton K. Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: The predictive power of the Suicide Intent Scale. *Journal of Affective Disorders*. 2005 Jun;86(2-3):225–33.

186 Liang S et al. Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents. *Asian Journal of Psychiatry*. 2014 Apr;8:76–83.

187 Victor SE, Klonsky D. Correlates of suicide attempts among self-injurers : a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 2014;34:282–97.

188 Expert recommendations for U.S. research priorities in suicide prevention : Horowitz LM et al. Screening Youth for Suicide Risk in Medical Settings: Time to Ask Questions. *American Journal of preventive Medicine*. 2014 Sep;47(3):S170–5.

189 Falluco EM et al. Use of a standardized patient paradigm to enhance proficiency in risk assessment for adolescent depression and suicide. *Journal of adolescent health*. 2012 Jul;51(1):66–72.

190 Shain BN. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):669–76.

191 Goldenring JM, Rosen D. Getting into adolescent heads : an essential update [Internet]. 2004 Jan Report No.: 21:64.
<http://www2.aap.org/pubserv/PSVpreview/pages/Files/HEADSS.pdf> consulté le 2 nov 2013

192 INPES. Les supports d'appui à la consultation p. 63–74.
<http://www.inpes.sante.fr/professionnels-sante/pdf/entrenous/Entre-Nous-Brochure-Supports.pdf> consulté le 26 nov 2013

193 Knight KM, Parr M, Walker D, Shalhoub J. Web-based training package for HEEADSSS assessment and motivational interviewing techniques: a multi-professional evaluation survey. *Medical teacher*. 2010;32(9):790.

194 Meynard A, Haller DM, Navarro C, Narring F. Risk taking in adolescence. Screening and counseling strategies for primary care professionals. *Revue médicale Suisse*. 2008 juin;4(161):1451–5.

195 Huth-Bocks AC, et al. Assessment of Psychiatrically Hospitalized Suicidal Adolescents : Self-Report Instruments as Predictors of Suicidal Thoughts and Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2007 Mar;46(3):387–95.

196 Ducher J.L, Terra J.L. Is the suicidal risk assessment scale RSD of predictive value? *L'Encéphale*. 2006 Oct;32(5 part 1):738–45.

197 Niméus A et al. Evaluation of a modified interview version and of a self-rating version of the Suicide Assessment Scale. *European Psychiatry*. 2006 Oct;21(7):471–7.

- 198 Strandheim A et al. Risk factors for suicidal thoughts in adolescence-a prospective cohort study: the Young-HUNT study. *BMJ Open*. 2014 Aug 20;4(8).
- 199 Messaadi N et al. Dépistage par les médecins généralistes de la consommation de tabac chez les jeunes de 12 à 16ans. *La Presse Médicale*. 2013 Mar;42(3):85–8.
- 200 Mialle M. L'éducation à la santé du jeune en matière de tabagisme. Enquête auprès des médecins généralistes du bassin Annecien. Faculté de médecine de Grenoble; 2010.
- 201 Kaplan CP et al. Smoking cessation counseling with young patients. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medecine*. 2004;158(1):83–90.
- 202 Hawton K, Heeringen K. Suicide. *Lancet*. 2009;373:1372–81.
- 203 Colin A, Robin S. Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes; 2013 juin p. 38–9. Report No: 149.
- 204 Bouillot M. Dépistage du mal être des adolescents en médecine générale. Intérêt d'utilisation du TSTS-cafard : étude à partir d'une campagne de prévention réalisée par 56 médecins généraliste des Pays de la Loire en septembre-octobre 2006. Université de Nantes; 2008.
- 205 Roscoat E, Beck F. Les interventions efficaces dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2013 Aug;61(4):363–74.
- 206 Giraud P et al. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. *Archives de Pédiatrie*. 2013 Jun;20(6):608–15.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire WHOQUOL-Bref

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement. Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3	La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Annexe 2 : Questionnaire VSP-A

	Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Enormément
Bien-être psychologique					
1 Avez-vous été angoissé(e) ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été soucieux(se), incapable de réagir ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous été stressé(e) ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous été angoissé(e), ou eu peur en pensant à l'avenir	100	75	50	25	0
5 Avez-vous été triste ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été dégoûté(e) ?	100	75	50	25	0
7 Avez-vous été choqué(e), révolté(e), parce que vous voyez, par ce qui se passe autour de vous ?	100	75	50	25	0
8 Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ?	100	75	50	25	0
9 Avez-vous été pensif(ve) ?	100	75	50	25	0
10 Avez-vous été inquiet(ète) pour votre avenir professionnel (travail, métier, chômage...) ?	100	75	50	25	0
Energie et vitalité					
1 Avez-vous eu tendance à prendre la vie du bon côté ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous été en pleine forme, plein(e) de vitalité ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous eu le moral ?	100	75	50	25	0
4 Vous êtes-vous senti(e) en bonne forme physique ?	100	75	50	25	0
5 Avez-vous eu confiance en vous ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été optimiste, confiant (e) pour l'avenir ?	100	75	50	25	0
7 Avez-vous eu facilement le sourire ?	100	75	50	25	0
8 Avez-vous été motivé(e) en pensant à l'avenir ?	100	75	50	25	0
9 Avez-vous été content(e), satisfait(e) de votre vie ?	100	75	50	25	0
10 Avez-vous eu l'impression que tout allait bien autour de vous ?	100	75	50	25	0
Amis					
1 Avez-vous pu vous confier à vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
2 Avez-vous parlé de vos problèmes avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
3 Avez-vous pu discuter avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
4 Avez-vous donné des conseils à vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
5 Avez-vous pu exprimer, communiquer avec les autres ?	100	75	50	25	0
6 Avez-vous été entouré(e), aidé(e) par vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0

Parents						
1	Vos parents ont-ils été disponibles pour vous écouter ?	100	75	50	25	0
2	Vos parents vous ont-ils donné des conseils ?	100	75	50	25	0
3	Avez-vous pu discuter avec vos parents ?	100	75	50	25	0
4	Avez-vous eu l'impression que vos parents comprenaient vos soucis, vos problèmes ?	100	75	50	25	0
5	Vous êtes-vous senti(e) protégé(e) par vos parents ?	100	75	50	25	0
6	Avez-vous eu l'impression que vos proches ont fait attentions à vous, se sont souciés de vous ?	100	75	50	25	0
Loisirs						
1	Etes-vous sorti(e) avec vos copains, vos copines (en ville, au cinéma, en boîte, faire la fête...) ?	100	75	50	25	0
2	Etes-vous allé(e) chez vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
3	Etes-vous sorti en ville (acheter des habits, des CD, manger au fast-food...) ?	100	75	50	25	0
4	Vous êtes-vous retrouvé(e) en bande avec vos copains, vos copines ?	100	75	50	25	0
5	Etes-vous allé(e) jouer dehors avec vos copains, vos copines (vélo, foot, rollers...) ?	100	75	50	25	0
Ecole						
1	Avez-vous eu de bons résultats au collège, au lycée ?	100	75	50	25	0
2	Avez-vous été satisfait(e) de votre travail scolaire ?	100	75	50	25	0
3	Avez-vous eu des difficultés à travailler au collège, au lycée ?	100	75	50	25	0

Annexe 3 : Questionnaire ADRS

Auto questionnaire pour les adolescents : ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) version patient en 10 items :

Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas.

	VRAI	FAUX
1 – Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail		
2 – J'ai du mal à réfléchir		
3 – je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment		
4 – Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse		
5 – Ce que je fais ne sert à rien		
6 – Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir		
7 – Je ne supporte pas grand-chose		
8 – Je me sens découragé (e)		
9 – Je dors très mal		
10 – A l'école, au boulot, je n'y arrive pas		

Annexe 4 : Item du HEADSS

HEADSS, questionnaire psychosocial chez les adolescents	
<p>Suggestion d'amorce <i>« Si tu le permets, j'aimerais te poser certaines questions personnelles qui peuvent être importantes pour ta santé et qui me permettront de mieux te connaître. À tout moment, tu peux me dire que tu ne désires pas répondre à une question. Je t'assure que ces informations demeurent confidentielles, c'est-à-dire entre toi et moi. Je n'en parlerai pas à tes parents, à tes professeurs ou autres personnes sans ta permission. La seule exception est si je juge que, toi ou quelqu'un d'autre, courrez un danger grave. Dans ce cas, il me faut agir parce que je trouve important de te protéger ou de protéger toute autre personne. Je pourrai alors te dire à qui je transmets l'information, quels renseignements je fournirai et pour quelles raisons. Les seules personnes qui peuvent avoir accès à ton dossier médical sont mes collègues que tu consulterais en mon absence. »</i></p>	
<p>H = Habitat (home) Avec qui l'adolescent vit-il ? Changement récent. Quelles interrelations dans la famille ? Sources de désaccords. Comment sont-ils résolus ? Est-ce que l'adolescent a quelqu'un à la maison en qui il a confiance et avec qui il pourrait discuter des difficultés personnelles ? ▲ Violence familiale, fugue, absence de supervision ou de soutien.</p> <p>E = Éducation, école Quelles sont les choses que l'adolescent aime ou n'aime pas à l'école ? Fréquence de l'absentéisme. Résultats scolaires (succès, difficultés, changement récent). Activités parascolaires. Projets pour l'avenir. ▲ Absentéisme scolaire régulier, échecs scolaires, changement récent dans les résultats scolaires.</p> <p>A = Activités, amis Activités pratiquées pour le plaisir. Activités physiques. Activités avec les amis. Qui sont ses amis ? Présence d'amis avec qui il peut partager des confidences. Emploi rémunéré. ▲ Absence d'activités qui procurent du plaisir, isolement ou retrait social.</p> <p>D = Diète, alimentation Comment l'adolescent juge son alimentation ? ▲ Désir de perdre du poids. Satisfaction de son image corporelle. Régime. Désir de perdre du poids malgré un IMC normal.</p>	<p>S = Sommeil, substances, santé mentale, suicide Qualité du sommeil. Difficulté à s'endormir. Substances (tabac, alcool, drogues, médicaments: début, fréquence, quantité). Problème de jeu de hasard et d'argent. Conséquences négatives associées (absentéisme ou exclusion scolaire, conduite avec facultés affaiblies, conduites sexuelles à risque, démêlés avec la justice). Humeur (être triste plusieurs fois par semaine; être stressé; être agressif). Idées de mourir, de s'enlever la vie, antécédent de tentatives suicidaires. ▲ Difficulté régulière à s'endormir (penser à dépression, abus de substances); initiation précoce à la consommation de substances, consommation régulière, polyconsommation; tristesse la plupart du temps (bon indicateur d'un état dépressif), tentative suicidaire antérieure.</p> <p>S = Sexualité Ne pas présumer qu'il est actif sexuellement ou préjuger de son orientation sexuelle. Est-ce que tu vis une relation amoureuse actuellement ? Ou en as-tu vécu une ? Est-ce que tu envisages d'avoir des relations sexuelles ? As-tu déjà eu des relations sexuelles ? Est-ce que c'était avec un garçon, une fille ou les deux ? (Risques et protection à l'égard des IST et des grossesses). Est-ce que les relations se déroulent de manière agréable ? Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de subir des gestes sexuels alors que tu ne le désirais pas ? ▲ Abus sexuel, violence dans les relations amoureuses, rupture récente.</p>
<p>▲ Éléments qui laissent à penser que l'adolescent vit une situation plus difficile qui mérite une attention particulière et probablement un suivi.</p>	

Résumé

Dépister les idées ou actes suicidaires chez les adolescents Amélioration du test TSTS-cafard par une étude sur 923 jeunes de 15 ans

Contexte : Le suicide des adolescents est un problème de santé publique. Sa prévention passe par le dépistage des tentatives de suicide ou d'idées suicidaires. Le TSTS-cafard est un outil de dépistage du vécu de pensées ou actes suicidaires d'un adolescent utilisable en consultation de médecine générale.

Objectif de l'étude : Évaluer la performance du TSTS-cafard créé en 1999 et actualiser cet outil de dépistage.

Méthode : Enquête transversale auprès d'adolescents de 15 ans scolarisés dans 90 établissements du Poitou-Charentes. Le questionnaire était basé sur l'enquête HBSC internationale et rempli par l'élève en juin 2012. 923 questionnaires ont été exploitables. Les élèves ayant déclarés des idées suicidaires fréquentes ou au moins une tentative de suicide, constituaient notre groupe d'étude (ISTS).

Résultats : Le TSTS-cafard restait performant. Cependant, la question d'ouverture des traumatismes n'était plus significative et la question sur le ressenti désagréable familial n'apportait plus une gravité supplémentaire indépendante. À partir de la littérature, nous avons sélectionné quatre thèmes corrélés aux ISTS pour construire notre nouveau test : Brimades, Sommeil, Tabac et Stress. Le nouveau test est constitué de 8 questions indépendantes. Chaque question positive comptabilise 1 ou 2 points selon le niveau de gravité. Un seuil à 3 points a été retenu avec une sensibilité et une spécificité respectives de 75% et 70%. Le nouveau test est utilisé indépendamment du sexe.

Discussion : Le nouveau test de dépistage appelé par l'acronyme « BITS test » est un outil performant, actualisé et simplifié du TSTS-cafard. Il permet d'alerter le médecin d'un vécu de pensées ou actes suicidaires de son jeune patient le consultant pour divers motifs, à partir d'un score de 3 points.

Mots clés : suicide, tentative de suicide, idées suicidaires, adolescent, enquête, HBSC, épidémiologie, dépistage, TSTS-cafard.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

