

Les jeunes suicidants à l'hôpital

**Marie Choquet
Virginie Granboulan**

Préface

Philippe Jeammet

Postface

Patrice Huerre

AIDER PRISES EN CHARGE
MAL-ÊTRE TENTATIVE SUICIDE
PÉDIATRIE SOINS
FORMATION ÉCOUTER
MOTS RISQUE
ADOLESCENT DÉPRESSION

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale



**FONDATION
DE
FRANCE**

LES JEUNES SUICIDANTS À L'HÔPITAL

Déjà parus dans la même collection

LES COMPORTEMENTS À RISQUE DES TOXICOMANES

A. Boissonnas, G. Vidal-Trécam, J. Coste,
I. Varescon-Pousson, J. Reboul-Marty

TOXICOMANES INCARCÉRÉS

F. Facy

TOXICOMANES ET PRESCRIPTION DE MÉTHADONE

F. Facy

L'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE :

UN OUTIL DE PRÉVENTION DU RISQUE ALCOOL

F. Facy, A. Salles, D. Jouve

ÉPIDÉMIOLOGIE DES POLYCONSOMMATIONS ALCOOL, DROGUE

J.M. Delile, F. Facy, S. Dally

LES TOXICOMANIES

F. Facy, L. Guyon

En application de la loi du 11 mars 1957, il est interdit de reproduire intégralement ou partiellement le présent ouvrage sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie.

© **Éditions EDK, Paris, 2004**

10, villa d'Orléans, 75014 Paris

Téléphone : 01 53 91 06 06 - Fax : 01 53 91 06 07

ISBN : 2-84254-093-X

LES JEUNES SUICIDANTS À L'HÔPITAL

Marie CHOQUET

Directeur de recherche, Inserm U472

Virginie GRANBOULAN

Pédopsychiatre,
Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Collaborations

Christophe LAGADIC, statisticien
Corinne DUGRÉ-LE BIGRE, assistante de recherche
Karine COTTIN, secrétaire
Florence LIVINEC, interne en santé publique

Préface de Philippe JEAMMET

Professeur de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte

Postface de Patrice HUERRE

Psychiatre des hôpitaux

**Enquête co-organisée et financée
par la Fondation de France**



COMITÉ DE PILOTAGE

Marie Choquet, directeur de recherche, Inserm U472

Virginie Granboulan, praticien hospitalier, Centre hospitalier intercommunal de Créteil

Patrice Huerre, directeur médical de la Clinique Georges-Heuyer, Fondation santé des étudiants de France

Philippe Jeammet, chef du Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris

Geneviève Noël, responsable du programme Santé des jeunes, Fondation de France

ONT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE JEUNES SUICIDANTS À L'HÔPITAL

- Les centres hospitaliers universitaires de :
 - Caen
 - Chartres
 - Dijon
 - Tours

- Les centres hospitaliers généraux de :
 - Lagny-Marne-La-Vallée
 - Laval
 - Remiremont
 - Valenciennes
 - Vannes

SOMMAIRE

PRÉFACE	VII
AVANT-PROPOS	XI
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	16
I. LES JEUNES SUICIDANTS À L'HÔPITAL GÉNÉRAL	23
Chapitre 1. Caractéristiques des suicidants hospitalisés à l'hôpital général	26
La socio-démographie	26
La vie quotidienne	32
La santé et les troubles médicaux, psychologiques et comportementaux	44
Les caractéristiques des suicidants récidivistes	56
Les antécédents et la prise en charge	63
Chapitre 2. L'acte suicidaire et la prise en charge hospitalière	71
Les caractéristiques de la tentative de suicide et de sa prise en charge	71
Les spécificités de la prise en charge selon l'âge	86
L'opinion des suicidants et de leurs parents sur l'acte suicidaire et l'hospitalisation	95

II. LE DEVENIR (À 3 MOIS ET 1 AN) DES SUICIDANTS HOSPITALISÉS	111
Chapitre 3. L'évolution des souvenirs	113
Évolution des souvenirs de l'hospitalisation	113
Souhaits émis par les suicidants un an après	114
Chapitre 4. Suivi psychologique des adolescents suicidants	117
Description du suivi psychologique	118
Facteurs déterminant l'engagement dans un suivi psychologique	124
Facteurs déterminant la régularité du suivi psychologique	130
Chapitre 5. Histoire naturelle du devenir des suicidants	138
Caractéristiques des enquêtés à 3 mois et 1 an	138
Évolution des suicidants à 3 mois et 1 an	142
La récurrence	151
Prise en charge et évolution psychologique	158
SYNTHÈSE ET IMPLICATIONS PRATIQUES	170
POSTFACE : DU CÔTÉ DES ÉQUIPES	182

PRÉFACE

Philippe Jeammet*

Le suicide demeure une énigme. À l'adolescence, l'énigme se double d'un scandale. Quel mobile peut conduire un adolescent à tenter de mettre fin à ses jours ? La conduite suicidaire entre-t-elle nécessairement dans les conduites pathologiques ou fait-elle partie, au moins le plus souvent, des manifestations peut-être exagérées, mais tout de même « normales » de la « crise d'adolescence » ? Une conduite suicidaire, aussi minime soit-elle en apparence et quant à ses conséquences physiques, ne peut être considérée comme une réponse normale aux conflits de l'adolescent. Elle est doublement « anormale » : parce qu'à une situation conflictuelle, peut-être par elle-même normale, l'adolescent répond par une conduite agie et non par une réflexion et un travail d'élaboration mentale de ses conflits ; et parce que cette réponse agie l'est dans un sens purement destructif.

Mais qui est malade ? L'adolescent ? La famille ? La société ? Il est tentant de mettre en avant les facteurs sociaux.

Quelle que puisse être la réalité de l'influence de l'évolution sociale, elle ne rend pas compte du choix des adolescents les plus sensibles à cette influence. Pourquoi eux et pas les autres ? Cette vulnérabilité peut être abordée et doit l'être de différents points de vue. On sait que les recherches biologiques ont montré le rôle possible de la dimension dépressive mais aussi de l'impulsivité. On sait également que les tentatives de rattacher la conduite suicidaire aux entités psychiatriques connues ne suffisent pas. Tous les diagnostics psychiatriques sont susceptibles de se retrouver associés à une tentative de suicide, certes avec une fréquence inégale, mais d'une façon telle que, le plus souvent, cette approche apporte peu d'éclairage spécifique sur la nature du geste suicidaire. Comme tous les troubles du comportement, la conduite suicidaire est transnosographique. La recherche d'un diagnostic psychiatrique est indispensable car elle donne le contexte, conditionne pour une part le pronostic, indique

* Professeur de psychiatrie, chef du Département de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte, Institut Mutualiste Montsouris, Paris.

les éléments sur lesquels le thérapeute peut ou ne peut pas s'appuyer. Mais elle est en fait ce qu'il y a de moins spécifique à l'acte suicidaire.

Il est très important de resituer les suicides et tentatives de suicide dans le cadre plus large des comportements à risque des adolescents. L'acte suicidaire est ainsi plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort. C'est fréquemment une façon pour l'adolescent d'éviter sa dépendance, de reprendre un rôle actif et de rester maître de lui. Il y a électivement à l'adolescence, en raison de la réactualisation des conflits d'identification et des problématiques précoces de séparation-individuation, une réactivation de processus psychiques archaïques par lesquels l'adolescent aspire à se confondre avec l'environnement et se sent en même temps et de ce fait même le jouet de cet environnement. Dans ces cas-là, le recours aux attaques de son corps devient un moyen de marquer la limite et de se réapproprier ce corps.

Le paradoxe, c'est que l'acte suicidaire à cet âge peut être avant tout l'expression d'un désir d'affirmation de soi et d'une volonté d'échapper à ce qui est ressenti comme l'emprise des autres sur soi. C'est, peut-on dire, le phoenix renaissant de ses cendres : auto-engendrement par la destruction du corps, pendant actif de l'union des parents dont est issu le corps. Au « je n'ai pas demandé à naître », que ces adolescents jettent comme un défi à leurs parents, ils opposent un « je peux choisir de mourir », qui reflète à leurs yeux la maîtrise retrouvée de leur propre destin.

Quoiqu'il en soit, les conduites suicidaires à l'adolescence posent un véritable problème de santé mentale, du fait de leur fréquence et de leur gravité. Gravité dans l'immédiat par le risque léthal qu'elles font courir, mais aussi à long terme parce qu'elles témoignent de difficultés dans l'organisation de la personnalité à une étape clé de la vie.

Dans la plupart des pays occidentaux, chez les jeunes de 15 à 25 ans, le suicide est la deuxième cause de mort à l'adolescence, après les accidents et avant les tumeurs. Cause de décès qui augmente le plus chez les jeunes, surtout chez les 19/24 ans, la progression de la mortalité et de la morbidité suicidaire était de l'ordre de 200 à 300 % entre les années 1960 et 1980. Un généraliste voit en moyenne six tentatives de suicide d'adolescent par an.

Ces faits sont dans l'ensemble connus. Il est d'autant plus frappant de constater qu'aucune conséquence n'en est véritablement tirée, ni

sur le plan de la prévention, ni sur celui de l'attention à porter aux suites d'une tentative de suicide. Il est possible que cette relative banalisation de la tentative de suicide tiende à la méconnaissance de sa gravité potentielle. Pourtant, un grand nombre de tentatives de suicide sont suivies de récurrences et le risque de morbidité et de mortalité est important dans les suites d'une telle tentative.

Or, le facteur le plus prédictif d'un geste suicidaire demeure un antécédent de tentative de suicide. Indépendamment de tout autre facteur, avoir eu recours à un geste suicidaire et, à un bien moindre degré, avoir des pensées suicidaires, sont les premiers facteurs de risque.

Mais quelle que puisse être la multiplicité des facteurs qui favorise leur apparition, les tentatives de suicide, comme tous les troubles du comportement, acquièrent une fonction de langage et de maîtrise de la distance relationnelle entre l'adolescent et son environnement. À ce titre, ces conduites s'adressent toujours à autrui, sont une façon d'être enfin vu et reconnu, mais en même temps, pour le jeune, une façon de marquer sa différence et d'échapper au pouvoir de l'adulte, tout en sollicitant son attention.

Les tentatives de suicide ont ainsi une forte propension à s'auto-engendrer et à devenir un moyen dangereux de maîtrise de la relation aux autres. On peut y voir une des raisons de la fréquence de la multiplication des tentatives de suicide au début d'une action thérapeutique, quand la relation n'est pas encore suffisamment établie et rassurante.

La prévention doit être également celle des récurrences et des risques d'enfermement de l'adolescent dans des comportements négatifs. Elle dépend de la qualité de l'investigation post-suicidaire et des mesures adoptées. Les suites de la tentative sont souvent un moment privilégié pour établir un dialogue avec l'adolescent et « parler vrai ». La rencontre avec le médecin ou le psychologue peut avoir une portée mobilisatrice importante, mais peut aussi rendre le passage à un suivi par un autre thérapeute difficile. La famille doit être concernée et associée, au moins dans un premier temps, aux mesures thérapeutiques. La tentative de suicide, quand elle n'a pu être évitée, doit être l'occasion de transformer un drame en une chance pour l'adolescent de trouver une issue à l'impasse dans laquelle il s'enfermait.

C'est pourquoi le travail de recherche rapporté ici nous paraît particulièrement important et opportun. C'est la première fois en France, qu'à une telle échelle, on essaie de répertorier et d'évaluer, dans leur

grande diversité et disparité, les réponses thérapeutiques apportées aux tentatives de suicide des adolescents. C'est un travail riche d'enseignements, qui nous apprend beaucoup sur les modalités de prises en charge hospitalières et post-hospitalières, et leur impact sur l'évolution des jeunes hospitalisés après une tentative de suicide. Ces investigations mériteraient d'être poursuivies, pour évaluer mieux encore les effets des traitements, et dans la durée du suivi nécessaire à une juste évaluation.

AVANT-PROPOS

Le suicide est un problème de santé publique sensible et difficile, autant pour les décideurs, que les chercheurs et les cliniciens. Très complexe, il nécessite des approches multidisciplinaires et collaboratives, qu'illustre l'enquête « Jeunes Suicidants à l'Hôpital » dont les résultats sont aujourd'hui publiés.

Dans le prolongement de leurs actions respectives, la Fondation de France et l'Inserm ont mis en commun leurs moyens et leurs expertises pour organiser un programme de recherche sur l'hospitalisation des jeunes ayant fait une tentative de suicide. Ce thème était jusqu'alors insuffisamment exploré. Dans le cadre de son programme Santé des jeunes et en collaboration avec la Direction Générale de la Santé, la Fondation de France avait précédemment sensibilisé les professionnels hospitaliers aux enjeux de l'hospitalisation des adolescents¹. De son côté, l'Inserm, à travers les travaux de diverses équipes, a depuis longtemps montré sa volonté de mieux comprendre les déterminants des conduites suicidaires, de l'adolescence aux âges adultes.

L'enquête « Jeunes Suicidants à l'Hôpital », enquête longitudinale multicentrique, est l'aboutissement d'une chaîne de collaborations fructueuses entre des institutions, des équipes hospitalières, des chercheurs, mais aussi des jeunes et leurs parents qui ont accepté de participer à l'enquête.

Que soient vivement remerciés tous ceux qui, à un moment ou un autre, ont permis sa réalisation.

Christian Bréchet

Directeur général

Inserm

Francis Charhon

Directeur général

Fondation de France

1. *L'hospitalisation des adolescents - État des lieux et perspectives*, co-édité par la Fondation de France et la Direction Générale de la Santé, sous la direction de Patrick Alvin, Philippe Jeammet et Xavier Pommereau, 1997.

Vj k'ɹ ci g'kɔvɔkɔpcm('iɣh'dɹɛ pm

INTRODUCTION

La prévalence de l'acte suicidaire

Pour les 15-24 ans, le suicide constitue la deuxième cause de décès (16 % de la mortalité juvénile est imputable au suicide), loin derrière l'accident de la circulation (38 % des décès). Malgré une diminution **des taux de suicide**¹ depuis 1985 d'environ 15 %, la France n'est pas en bonne position comparée à ses voisins européens (*Tableau I*), car elle se situe après la Finlande et l'Autriche, mais devant l'Italie, la Grèce, le Portugal, les Pays-Bas et le Royaume-Uni.

Quant à la **morbidity suicidaire**, le problème persiste, même s'aggrave. En effet, les derniers résultats de l'Enquête nationale en milieu scolaire (ESPAD 99, Choquet, Ledoux et Hassler) montrent que 9 % des 14-19 ans ont fait une tentative de suicide (TS) durant la vie, *versus* 7 % six ans auparavant². Cette augmentation est surtout le fait des filles (*Tableau II*). Ici encore, la France n'est pas en bonne position, car une enquête hospitalière initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (Schmidke *et al.*, 1996) dans quinze villes d'Europe, a montré qu'entre 1989 et 1992 l'incidence a diminué en moyenne de 18 % pour les garçons et de 11 % pour les filles entre 15 et 24 ans, sauf en France, où l'on a observé une augmentation respective de 20 % pour les garçons et 31 % pour les filles.

1. La mortalité suicidaire est établie à partir de la déclaration (obligatoire) de la cause médicale de décès. En France, cette statistique systématique est publiée annuellement par l'Inserm.

La morbidité suicidaire n'est pas systématiquement disponible et, pour la mesurer, des enquêtes peuvent être faites : (a) soit auprès des centres hospitaliers d'une zone délimitée (permettant d'identifier les tentatives de suicide hospitalisées et repérées comme telles par le sujet et le médecin) ; (b) soit auprès des praticiens (ce qui permet de connaître les tentatives de suicide non hospitalisées, mais prises en charge médicalement) ; (c) soit auprès de la population (ce qui permet d'étudier les tentatives de suicide non prises en charge). En France, seules des enquêtes de type (a) et (c) existent.

L'idéation suicidaire ou l'étude des idées suicidaires (leur fréquence, leur sévérité et le risque de passage à l'acte) ne peut se mesurer qu'à partir d'une enquête dans la population. En France, des enquêtes auprès d'échantillons représentatifs de jeunes (scolarisés, non scolarisés) permettent d'en connaître l'ampleur.

2. Voir données de l'Enquête nationale (Choquet et Ledoux, 1994).

Le « risque social » peut se conjuguer de diverses façons, mais a été au total peu étudié

Selon Kaplan (1997) et Beautrais (1997), le faible niveau éducatif des parents, le faible revenu, le nombre élevé d'enfants dans la famille, la mobilité de résidence semblent augmenter le risque d'une tentative de suicide grave. Quant à Lester (1997), il a montré que le suicide est lié (par ordre d'importance) au taux de consommation d'alcool (plus la consommation est élevée, plus le taux de suicide est élevé), à la proportion de personnes âgées dans la population (plus il y a de personnes âgées, plus le taux de suicide est élevé), au taux de divorces (plus il y a de divorces, plus le taux de suicide est élevé), au taux de natalité (moins il y a de naissances, plus le taux de suicide est élevé). En France, on a mis en évidence un lien entre la mortalité masculine (tous âges) et le chômage des jeunes, comme indicateur de la dégradation de l'emploi (Chauvel, 1997).

À propos du « risque familial », le « risque relationnel » s'avère prédominant

La corrélation entre suicide et statut matrimonial (du sujet et/ou de ses parents) est connue et retrouvée, quelle que soit l'issue létale de l'acte (Spirito *et al.*, 1987). Il semble que le climat intra-familial est en cause dans le risque suicidaire (Brent, 1995). Ainsi, la violence entre les parents ou entre les enfants et les parents, surtout si elle est accompagnée de violences sexuelles (Choquet *et al.*, 1997 ; Kaplan *et al.*, 1997), accroît le risque de passage à l'acte, tout comme la psychopathologie parentale, dont l'alcoolisme, la dépression chronique, la maladie mentale ou le comportement suicidaire. La violence intra-familiale fragiliserait l'estime que les jeunes ont d'eux-mêmes, alors que la psychopathologie des parents diminuerait leur capacité à éduquer, à gérer les conflits et à établir des relations chaleureuses avec leurs enfants (Brent, 1995). Le cumul des événements défavorables s'avère être un facteur de risque en soi (Garrison *et al.*, 1991) et augmente sensiblement le risque de récurrence (Brent et Perper, 1995).

cela signifie qu'il y a plus de risques d'avoir le problème de santé en présence de ce facteur qu'en son absence. La plupart du temps, cette association est étudiée à partir de données d'enquêtes transversales (enquêtes faites à un instant T), ce qui ne permet pas de conclure à un lien causal.

Le « risque psychopathologique » a été le plus étudié, mettant en évidence le poids des troubles psychiatriques et plus particulièrement de la dépression

Si la majorité des troubles psychiatriques (en particulier, la schizophrénie, l'anorexie, la dépression et les troubles de l'humeur ; Haris et Barravrough, 1997) augmente le risque de décès par suicide, ce risque est d'autant plus élevé que le trouble est précoce (Reinherz *et al.*, 1995). Le lien entre dépression et tentative de suicide est confirmé dans toutes les études, et ce quel que soit l'outil diagnostique utilisé. Ce risque est identique parmi les hospitalisés que parmi les scolaires, avec un OR (*odds ratio*) autour de 4,5. Ici encore, la chronicité augmente le risque de récurrence (Brent et Perper, 1995). Le désespoir ou l'impossibilité ressentie de résoudre ses problèmes permet d'éclairer le lien observé entre la dépression et la tentative de suicide. Il peut se traduire par un manque de projets et d'investissements, un sentiment d'incompétence, une autocritique exacerbée, des reproches récurrents et une faible estime de soi (Goldston *et al.*, 1996).

Le « risque comportemental » peut couvrir une variété de troubles

Ces troubles vont de la consommation de substances psychoactives aux comportements délictueux, en passant par les comportements scolaires et la violence. Si tous les troubles se trouvent associés à la tentative de suicide, il semble exister des différences selon le sexe, avec une prédominance des troubles scolaires parmi les garçons et une prédominance des comportements sexuels parmi les filles (King *et al.*, 1996). Quant à la colère et les comportements violents qui vont de pair, on a trouvé, en France (Choquet et Ledoux, 1994), que les comportements violents sont nettement plus fréquents parmi les suicidants que parmi les non-suicidants (OR = 3,9). Plus les sujets sont violents, plus l'acte est jugé grave et plus le risque de récurrence augmente (Gispert *et al.*, 1987). D'où la proposition, dans une perspective de prévention, d'améliorer la capacité des jeunes à résoudre leurs problèmes (*coping theory*) et à contrôler leur agressivité (Pfeffer *et al.*, 1995).

Les violences subies, un risque en soi

Les suicidants ont, plus que les autres (Kaplan *et al.*, 1997), subi des violences physiques (OR = 1,9) ou sexuelles (OR = 3,9), et ce en tenant constant le niveau de dépressivité. Le viol, en particulier celui des garçons, dont on sait qu'il est subi la plupart du temps avant l'âge

de 12 ans, est un facteur de risque qui jusqu'alors n'a pas été suffisamment pris en compte (Choquet *et al.*, 1997).

La prise en charge des tentatives de suicide

Un faible taux d'hospitalisation

Les tentatives de suicide qui arrivent à l'hôpital ne représentent que la partie émergée de l'iceberg : en France, seulement un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé, 83 % sont alors admis en urgence, 17 % quittent l'hôpital dans les douze heures (Gasquet et Choquet, 1994). Ce faible taux d'hospitalisation correspond à la situation en Europe, où en moyenne et tous âges confondus, 18 % des TS sont adressées à l'hôpital, 7 % sont traitées en ambulatoire, tandis que 75 % ne donnent lieu à aucun contact avec les services de santé (Diekstra, 1988).

Pourtant, l'hospitalisation systématique a été conseillée (*American Academy of Pediatrics*, 1988 ; Alvin *et al.*, 1997). En France, notamment, l'ANAES⁴ a élaboré en 1998 des recommandations de pratique clinique sur la prise en charge des suicidants (ANAES, 1998). La position qui y est définie est que tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins, en vue d'une triple évaluation, somatique, psychologique et sociale. L'évaluation psychologique doit être réalisée par un psychiatre, si possible formé à l'approche des adolescents et doit comprendre un entretien avec les parents. La prise en charge après la période de soins aux urgences peut se faire en ambulatoire, mais l'hospitalisation est fortement recommandée dans ce document. Elle s'impose dans les cas suivants : risque immédiat de récurrence, pathologie psychiatrique non stabilisée, environnement extérieur délétère, souhait de l'adolescent, impossibilité d'une prise en charge ambulatoire rapide.

Les recommandations de l'ANAES sont habituellement classées en trois grades selon le niveau de preuves apportées par les études scientifiques disponibles. En l'absence de données, les recommandations reposent sur un accord professionnel et c'est le cas concernant les TS de l'adolescent : l'ANAES mentionne qu'il n'y a pas d'études permettant de définir si l'hospitalisation est préférable à la prise en charge ambulatoire.

De la même façon, Il y a peu de données permettant d'estimer en pratique quels sont les adolescents suicidants qui vont être hospitalisés parmi ceux arrivant aux urgences et sur quels critères. Deux enquêtes

4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

américaines, menées auprès de psychiatres, ont étudié leurs critères de décision d'hospitalisation pour les adolescents suicidants vus aux urgences (Morissey *et al.*, 1995 ; Dicker *et al.*, 1997). Elles montrent que six facteurs de risque sont pris en compte dans l'évaluation du jeune suicidant : l'existence d'une pathologie familiale ou d'un antécédent suicidaire dans l'entourage, la présence chez le jeune d'un antécédent suicidaire ou des critères DSM de dépression, de troubles des conduites ou d'abus de toxiques. Le sexe n'est pas pris en compte, avec un taux d'hospitalisation égal chez les filles et chez les garçons, alors même que le sexe masculin est un facteur de gravité clairement établi. En dehors de la pathologie du jeune, ces deux études ont montré que le taux d'hospitalisation varie également selon les praticiens : le taux d'hospitalisation est inversement proportionnel à l'expérience (nombre d'années de pratique) du clinicien.

***Une prise en charge à l'hôpital variable selon les pays,
mais difficile à estimer du fait de la pauvreté
de la littérature sur le sujet***

Concernant les jeunes suicidants qui ont été admis à l'hôpital, on dispose également de très peu de données sur la façon dont ils sont pris en charge pendant cette hospitalisation. La rareté de la littérature dans le domaine est d'autant plus frappante, si on la compare à la multitude de publications sur les facteurs de risque. Sur 541 références concernant le suicide ou les tentatives de suicide que nous avons examinées, 9 soit 1,6 % concernaient la prise en charge, soit à l'hôpital, soit après. Tout se passe comme s'il était plus facile de décrire ces jeunes, leur environnement et leur pathologie, que la façon dont on les soigne. Le type d'unité d'accueil, la durée de séjour, la conduite de l'hospitalisation restent des domaines à explorer.

Il semble qu'il y ait d'importantes variations d'un pays à l'autre dans les modalités de prise en charge. Safer (1996), dans une revue extensive de la littérature, s'est intéressé au pourcentage de jeunes suicidants hospitalisés en psychiatrie, aux États-Unis et en Europe de l'Ouest. Il montre que les jeunes arrivant aux urgences pour ce motif sont très semblables dans les deux continents. Malgré cela, les pratiques sont différentes : 39 % sont adressés en psychiatrie aux États-Unis, principalement des filles, contre 12 % en Europe où ce sont surtout des garçons. D'après lui, ce sont des différences dans les réseaux de soins et leur financement qui sont explicatives et pas la pathologie des sujets.

Au sein d'un même pays, il semble aussi qu'il y ait des variations importantes des pratiques selon les services et les ressources locales, différences montrées en France dans une comparaison entre services de pédiatrie et autres services (Gasquet et Choquet, 1994). Cette disparité de la prise en charge hospitalière, en fonction du sexe ou de l'âge des suicidants ou en fonction des structures d'accueil, n'a pas été étudiée actuellement.

Le devenir des suicidants

Le risque à court terme : la fréquence des récidives

Sur ce point en revanche, on dispose de nombreuses données. Il y a trois manières de mesurer la prévalence de la récidive suicidaire :

- suivi de cohortes de suicidants, la prévalence retrouvée variant alors avec le recul et le type de recrutement de 10 à 50 % (Barter *et al.*, 1968 ; Mac Intire *et al.*, 1977 ; Angle *et al.*, 1983 ; Granboulan *et al.*, 1995 ; Hawton *et al.*, 1982 ; Goldacre *et al.*, 1985 ; Stanley et Barter 1970) ;

- recherche des antécédents suicidaires chez des adolescents actuellement hospitalisés pour tentative de suicide. Par ce moyen, on retrouve de façon très régulière dans ces populations la proportion de 60 à 70 % de primo-suicidants, pour 30 à 40 % de récidivistes (Kotila et Lönnqvist, 1987) ;

- enfin, en population générale, étude du taux de récidivistes parmi ceux qui déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Ce taux était de 28 % dans l'Enquête nationale française, soit 33 % des garçons et 25 % des filles (Choquet et Ledoux, 1994).

Les résultats sont donc concordants entre ces procédures différentes d'abord du phénomène et permettent d'estimer à un sur trois le risque de répétition de l'acte suicidaire. La récidive survient dans l'année qui suit la tentative initiale pour la moitié des cas.

Les risques à long terme : des troubles psychosociaux persistants et une mortalité élevée

Les études sur ce point sont en plus petit nombre car elles sont difficiles à réaliser (Granboulan, 1998). Dans les enquêtes procédant par questionnaire adressé au patient ou son entourage, le taux de perdus de vue est d'environ 10 à 20 % par an. White (1974), en hôpital général, en procédant par questionnaire, a reçu 80 % de réponses à un an. Il retrouve 24 % de situations inchangées ou pires. Le taux de perte

devient élevé pour le long terme, ce qui ne permet pas d'étendre à l'ensemble de l'échantillon initial les données concernant l'échantillon retrouvé. Les enquêtes réalisées dans les pays nordiques utilisent une autre méthodologie car y est autorisé l'accès nominatif aux registres officiels d'état civil, de santé et de justice. Les données sont donc obtenues pour 100 % de l'échantillon et ce sont les plus complètes dont nous disposons.

L'enquête princeps est celle réalisée en Suède par Otto (1972), sur 1 727 patients de moins de 21 ans, représentant toutes les admissions pour tentative de suicide dans le pays pendant la période d'inclusion. Il n'y a donc pas de biais d'échantillonnage. Dix ans plus tard, la mortalité est de 5,4 %, bien supérieure à celle du groupe témoin. Le décès a eu lieu par suicide pour 4,3 % de l'échantillon initial, soit 10,0 % des garçons et 2,3 % des filles. Les sujets les plus à risques sont les garçons, les filles de moins de 14 ans, les patients ayant utilisé un moyen violent pour la tentative initiale, ceux qui n'évoquaient pas de facteur déclenchant précis à cette tentative et ceux pour qui avait été porté un diagnostic de psychose. Chez les survivants, comparativement au groupe témoin, il y a eu moins de mariages et plus de divorces, plus de pensions d'invalidité, plus d'arrêts de maladie aussi bien pour des raisons somatiques que psychiatriques et, enfin, nettement plus de condamnations en justice, en particulier de façon itérative.

Une étude canadienne (Garfinkel *et al.*, 1982) a retrouvé 1,6 % de mortalité à quatre ans, la moitié par suicide, l'autre par autres types de mort violente. Une étude finlandaise (Kotila et Lönnqvist, 1989) a retrouvé 3,6 % de décès à cinq ans, soit 8,7 % des garçons et 1,2 % des filles, la moitié par suicide, la moitié par autres types de mort violente. Ce chiffre représente vingt fois la mortalité par suicide et mort violente de la même tranche d'âge pendant la période. Les décédés, comparés aux survivants, avaient plus souvent été diagnostiqués psychotiques lors de la tentative initiale et leur intention suicidaire avait été jugée plus sérieuse. De plus, le risque de suicide ultérieur était quatre fois supérieur chez ceux pour qui il ne s'agissait pas de la première tentative. En revanche, il n'y a pas de différences concernant les conséquences somatiques qu'avait eues cette tentative.

Dans une étude par questionnaire réalisée en France mais dans une population particulière recrutée en pédopsychiatrie (Granboulan *et al.*, 1995), 11 % de l'échantillon retrouvé étaient décédés après onze ans, de nouveau soit par suicide, soit par une autre cause de mort violente. Parmi les survivants, un quart paraissaient normalisés, un tiers avaient eu une très mauvaise évolution vers la délinquance, la désinsertion

Vj ku' r ci g' k' p v g p v k' q p c m { ' i g h' d r e p m



Achevé d'imprimer par Corlet, Imprimeur, S.A.
14110 Condé-sur-Noireau
N° d'Imprimeur : 72309 - Dépôt légal : janvier 2004
Imprimé en France