

# Suicide à l'adolescence en France Ampleur, facteurs de risque et prise en charge

Marie Choquet

Volume 12, numéro 1, automne 1999

Suicides, générations et culture

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1074509ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1074509ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1180-3479 (imprimé)

1916-0976 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Choquet, M. (1999). Suicide à l'adolescence en France : ampleur, facteurs de risque et prise en charge. *Frontières*, 12(1), 54–61.  
<https://doi.org/10.7202/1074509ar>

Résumé de l'article

En France, 10/100 000 jeunes de 15-24 ans meurent par suicide tous les ans, environ 7 % des adolescents scolarisés (de 11-19 ans) ont fait une tentative de suicide durant leur vie et près de 30 % ont souvent des idées suicidaires. Les facteurs de risque sont multiples (facteurs sociaux, familiaux, psychologiques, psychopathologiques et comportementaux) et le cumul, plus que le poids d'un seul facteur, est en cause. La prise en charge (hospitalière ou non) reste peu explorée et peu évaluée. Des propositions sont faites au niveau de la recherche et de la prévention.

# SUICIDE À L'ADOLESCENCE EN FRANCE

## Ampleur, facteurs de risque et prise en charge

### Résumé

En France, 10/100 000 jeunes de 15-24 ans meurent par suicide tous les ans, environ 7 % des adolescents scolarisés (de 11-19 ans) ont fait une tentative de suicide durant leur vie et près de 30 % ont souvent des idées suicidaires. Les facteurs de risque sont multiples (facteurs sociaux, familiaux, psychologiques, psychopathologiques et comportementaux) et le cumul, plus que le poids d'un seul facteur, est en cause. La prise en charge (hospitalière ou non) reste peu explorée et peu évaluée. Des propositions sont faites au niveau de la recherche et de la prévention.

Mots clés: *suicide – France – adolescence – facteurs de risque – prise en charge*

### Abstract

In France, ten out of 100,000 young people between the ages of 15 and 24 die from suicide each year. Roughly 7 % of adolescents in school aged 11 to 19 have attempted suicide during their lifetime and close to 30 % often have suicidal thoughts. There are multiple risk factors (social, familial, psychological, psychopathological and behavioral) and the combination, more than the weight of a single factor, is in question. The standards of care (in hospital or elsewhere), remain quite unexplored and little evaluated. Some proposals are made in terms of research and prevention.

Key words: *suicide – France – adolescence – risk factors – standards of care*

Marie Choquet,

directrice de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), France.

Le suicide est maintenant un problème majeur de santé publique, en France comme ailleurs. Longtemps ignoré des pouvoirs publics et peu étudié dans sa globalité (incluant la mortalité, la morbidité et les idéations), il y a actuellement un programme de recherche et surtout d'actions en cours à propos du suicide en France. Une meilleure connaissance de l'ampleur du phénomène ainsi que des facteurs de risque et de la prise en charge permet de mieux élaborer les actions de prévention à mener pour prévenir l'acte suicidaire et la récurrence.

### AMPLEUR DU COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Du point de vue épidémiologique, les sources d'information sur le phénomène suicide peuvent être diverses. «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 dis-

ponible 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 (permettant 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 d'âge scolaire permettent d'en connaître l'ampleur.

### LA MORTALITÉ PAR SUICIDE

En 1995 (Inserm, SC 8), 11 812 personnes (tous âges) sont décédées par suicide, soit 2,2 % de l'ensemble des décès; 802 jeunes de 15-24 ans se sont donné la mort, soit 16 % des décès de cette classe d'âge. Pour les jeunes, le sui-

cide constitue la deuxième cause de décès, loin derrière l'accident de la circulation (38 % des décès).

Une augmentation sensible du suicide (tous âges) a été observée entre 1975 et 1985, le nombre passant de 8 323 à 12 501 entre ces deux périodes. Depuis, les nombres oscillent autour de 12 000, soit un taux de l'ordre de 20/100 000. L'étude par classe d'âge suggère un effet de génération. En effet, pour les 15-24 ans, l'augmentation s'est opérée entre 1960 et 1975, pour les 20-24 ans entre 1965 et 1980, pour les 25-34 ans entre 1970 et 1985 et pour les 35-44 ans entre 1980 et 1995. McIntosch<sup>1</sup> rapporte ce même phénomène aux États-Unis et, selon lui, les générations d'après-guerre (les «baby-boomers» et la «13e génération d'américains») ont un risque augmenté de dépression majeure et de suicide. Selon cet auteur, les personnes nées après 1945 seraient plus fragiles que celles des générations précédentes et ce, malgré l'amélioration globale du niveau de vie, de l'état sanitaire et du niveau éducatif...

Certes, les comparaisons internationales sont toujours à utiliser avec précaution car le système de notification de décès et l'échelle des valeurs morales diffèrent d'un pays à l'autre<sup>2</sup>. Mais il n'en reste pas moins qu'une analyse de seize pays européens<sup>3</sup> montre que neuf pays, dont la France, ont un taux de suicide (tous âges) plus élevé que l'Amérique du Nord (États-Unis et Canada). Toutefois, il existe des répartitions inégales en fonction de l'âge selon les pays. Ainsi, en France, comme dans d'autres pays francophones européens

(Belgique, Suisse), la mortalité par suicide augmente très sensiblement avec l'âge entre 15 et 75 ans (les hommes de plus de 65 ans ayant le taux le plus élevé), alors qu'aux États-Unis le taux varie peu avec l'âge et qu'au Canada les jeunes sont plus concernés que les adultes<sup>4</sup>. Ainsi, par exemple, malgré une plus forte mortalité tous âges dans notre pays, le taux de suicide des 15-24 ans est, depuis les années 1985, plus élevé aux États-Unis (autour de 13/100 000) qu'en France (autour de 10/100 000).

#### LES TENTATIVES DE SUICIDE

Il n'existe, actuellement, dans aucun pays, des enquêtes systématiques sur ce sujet. Il est donc difficile de conclure à l'extension du phénomène. Une enquête hospitalière initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé<sup>5</sup> dans seize villes d'Europe (dont deux françaises), a montré que, en 1989, parmi les 15-24 ans, le taux masculin de tentatives de suicide dépassait 300/100 000 en Finlande, au Royaume-Uni et dans une des villes françaises et le taux féminin, 600/100 000 en France et Finlande, le point culminant se situant entre 25 et 44 ans pour les hommes et entre 15 et 24 ans pour les femmes. Dans dix villes (dont une française) qui ont participé à deux enquêtes à 4 ans d'intervalle, il a été possible d'étudier l'évolution du phénomène. (Tableau 1) On note que 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 observe une augmentation respective de 20 % et 31 %. Les (rares) enquêtes en population mon-

trent qu'aux États-Unis, entre 7 % et 9 % des lycéens déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide durant leur vie<sup>6</sup>, proportions proches de celles observées en France<sup>7</sup> où 7 % des scolarisés de 11-19 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide (5 % une seule, 2 % plusieurs). Ce taux est multiplié par deux parmi les jeunes, garçons comme filles, qui ont quitté précocement le système scolaire<sup>8</sup>.

Malgré les différences méthodologiques entre les enquêtes – caractéristiques des populations prises en compte, période étudiée, méthode d'investigation –, les résultats concordent<sup>9</sup> pour affirmer que la tentative de suicide est plus fréquente parmi les filles que parmi les garçons, que la prise de médicaments et la phlébotomie sont les moyens les plus utilisés, et que près d'un tiers des suicidants récidive.

La majorité des suicidants ne meurent pas à la suite de leur acte et, à l'adolescence, la létalité par suicide est faible<sup>10</sup>, avec toutefois une surmortalité masculine<sup>11</sup>. En France, le rapport tentative de suicide/suicide se situerait autour de 22 pour les garçons et 160 pour les filles parmi les 15-24 ans, contre 1,0 pour les hommes et 3,0 pour les femmes parmi les 65 ans et plus. La surmortalité masculine, retrouvée à tous les âges de la vie, s'explique autant par la violence des moyens utilisés<sup>12</sup> que par le contexte social et familial; les tentatives de suicide masculines ont, plus souvent que les tentatives de suicide féminines, des antécédents familiaux, des difficultés scolaires et des troubles psychologiques<sup>13</sup>. Reste que la tentative de suicide augmente le risque de décès par suicide ou par tout autre mort violente, en particulier, durant la première année après la tentative<sup>14</sup>.

#### MORTALITÉ ET MORBIDITÉ: DES TENDANCES INVERSÉES EN FONCTION DU SEXE ET DE L'ÂGE

Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge<sup>15</sup> alors que, en 1986<sup>16</sup>, le risque de tentatives de suicide décroît (on ne dispose pas, en France, d'enquêtes systématiques sur la tentative de suicide et la plus «récente» date de 15 ans).

Les hommes sont plus en risque de décès par suicide, alors que les femmes sont plus en risque de tentative de suicide<sup>17</sup>. En France, parmi les adolescents, le rapport garçons/filles est de 3,5 à propos du suicide (Inserm, SC 8) et entre 0,47 et 0,66 à propos des tentatives de suicide<sup>18</sup>. C'est entre 11 et 18 ans que la différence entre les sexes semble s'installer. (Figure 1)

Tableau 1  
**Tentatives de suicide suivies d'une hospitalisation et évolution sur 4 ans dans dix villes européennes**

Villes	Taux (pour 100 000) parmi les 15-24 ans			
	Moyenne sur 4 ans (1989-1992)		Évolution en 4 ans (en%)	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Bern (Suisse)	153	267	- 13	- 39
Cergy-Pontoise (France)	337	766	+ 20	+ 31
Guinpuscoa (Espagne)	62	99	- 87	- 29
Helsinki (Finlande)	372	347	- 10	- 15
Oxford (R.U.)	314	629	- 6	- 25
Padova (Italie)	55	150	- 50	- 22
Stockholm (Suède)	148	299	- 1	- 36
Innsbruck (Autriche)	105	187	- 7	- 41
Leiden (Pays-Bas)	101	172	- 19	+ 62
Würzburg (Allemagne)	113	208	- 31	+ 18

Source: A. Schmidtke et al. (1996).

Ainsi, au total, la mortalité concerne plus les hommes que les femmes, et plus les hommes âgés que les hommes jeunes, alors que la morbidité concerne plus les femmes que les hommes, et plus les femmes jeunes que les femmes plus âgées<sup>19</sup>.

#### MODES ET MOTIFS

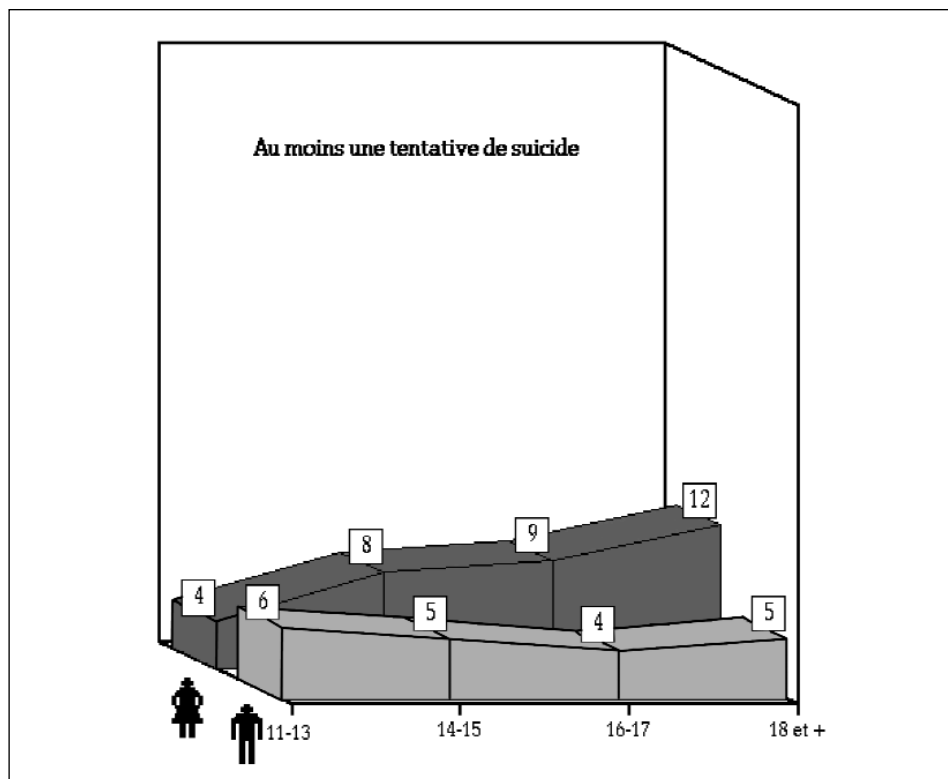
Le mode de suicide (tous âges) le plus fréquent est la pendaison (37 %), suivie de l'arme à feu (25 %, données 1995, Inserm, SC 8). Parmi les 15-24 ans, la pendaison reste le premier moyen (36 %), mais l'arme à feu occupe une place plus importante (31 %), suivies de loin par l'intoxication (10 %) et la noyade (2 %). Les garçons de 15-24 ans, comme les hommes en général, utilisent plus volontiers des moyens violents (74 % se suicident par la pendaison ou l'arme à feu), alors que les filles du même âge ont recours à des modes plus diversifiés (27 % par pendaison, 25 % par intoxication, 19 % par précipitation, 15 % par arme à feu). Les tentatives de suicide sont faites à l'aide de médicaments dans 90 % des cas, dont 50 % avec les tranquillisants<sup>20</sup>. Ceci pose le problème de la responsabilité médicale, surtout parmi les jeunes où le risque de tentatives de suicide semble nettement augmenter en cas de prescription<sup>21</sup>.

Quant au motif, la majorité des jeunes évoquent un fait précis<sup>22</sup>, comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école (surtout évoqués par les plus jeunes), une dispute ou rupture avec le (la) petit(e) ami(e) (surtout évoquées par les plus âgés). Moins de 10 % des sujets évoquent un malaise plus global<sup>23</sup>. Selon Kienhorst<sup>24</sup>, les jeunes veulent surtout par cet acte mettre fin à un conflit devenu intolérable.

#### IDÉES SUICIDAIRES

Les idées suicidaires, dont la gravité dépend autant de la chronicité (idées suicidaires récurrentes) que de l'intentionnalité (désir de mort, préparation de

Figure 1  
Tentatives de suicide (vie) par sexe et âge (en%)



Source: M. Choquet M. et S. Ledoux (1994).

l'acte, achat de toxiques...), ont été moins souvent étudiées<sup>25</sup>. Jadis, jugées «banales» à l'adolescence, on s'accorde actuellement à les considérer comme un motif suffisant d'intervention et de prévention<sup>26</sup>.

Plus encore que sur le comportement suicidaire, des comparaisons internationales peuvent être soumises à des critiques (comparabilité des instruments de mesure et des populations étudiées). Toutefois, on est surpris par la concordance des études menées depuis le début des années 1990. Ainsi, parmi les 15-19 ans aux États-Unis, 26 % des garçons et 41 % des filles ont pensé au suicide durant les douze derniers mois<sup>27</sup>, au

Québec, 21 % des garçons et 37 % des filles sont dans ce cas<sup>28</sup>, alors qu'en France, ils représentent 23 % des garçons et 35 % des filles<sup>29</sup>. Ces derniers pourcentages ont peu évolué en 15 ans puisqu'en 1978, ils étaient respectivement 22 % des garçons et 38 % des filles<sup>30</sup>. Les plus jeunes (12-15 ans) ont été plus rarement étudiés, car le fait qu'ils puissent penser au suicide est insupportable pour les adultes; la question est donc jugée inacceptable. Toutefois, lorsqu'on leur pose la question, 12 % des collégiens et 22 % des collégiennes disent avoir pensé au suicide durant les douze derniers mois, avec, pour les filles, une augmentation sen-

Tableau 2  
Proportion d'adolescents rapportant des conduites suicidaires en France

Âge (ans)	Garçons				Filles			
	< 13 %	14-15 %	16-17 %	18 et + %	< 13 %	14-15 %	16-17 %	18 et + %
Ont des idées suicidaires	16	17	22	25 p < 0,001	16	29	33	36 p < 0,001
Ont fait une tentative de suicide	6	5	4	5 ns	4	8	9	12 p < 0,001
Rapport idée suicidaire/tentative de suicide	2,7	3,4	5,5	5,0	4,0	3,6	3,7	3,0

Source: M. Choquet et al.. (1997).

sible entre 14 et 16 ans, alors que les proportions évoluent plus progressivement avec l'âge pour les garçons<sup>31</sup>.

Le rapport idées suicidaires/tentatives de suicide se situe autour de 4 en France comme aux États-Unis<sup>32</sup>. Mais, entre 11 et 19 ans, ce rapport augmente chez les garçons (Tableau 2) alors qu'il diminue pour les filles, signifiant ainsi que le passage à l'acte est plus « accessible » pour les filles que pour les garçons<sup>33</sup>.

Reste que la chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte. Si seulement 8 % des garçons et 13 % des filles pensent souvent au suicide, 41 % parmi eux ont fait une tentative de suicide, alors qu'ils ne sont que 1 % parmi ceux qui n'ont jamais eu de telles idées<sup>34</sup>.

### LES FACTEURS DE RISQUE ASSOCIÉS

Les problèmes de santé peuvent être associés à une multiplicité de facteurs sociaux, relationnels, psychologiques, familiaux ou scolaires, appelés « facteurs de risque ». Lorsque le lien entre problème de santé et facteur est statistiquement significatif, 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. Pour ce faire, des enquêtes longitudinales s'avèrent indispensables.

#### FACTEURS DE RISQUE SOCIAUX

Les recherches sur le suicide ont été souvent initiées par les psychiatres ou les psychologues et ont, de ce fait, porté plus sur les facteurs familiaux, psychologiques et comportementaux que sur les facteurs sociaux<sup>35</sup>. Plusieurs études pointent leur importance. Ainsi, le « risque social » – mesuré par le faible niveau éducatif des parents, le faible revenu<sup>36</sup>, le nombre élevé d'enfants dans la famille<sup>37</sup>, ou la mobilité de résidence – augmente le risque d'une tentative de suicide grave<sup>38</sup>. À propos de la nationalité et de l'origine ethnique, les données s'avèrent contradictoires. En France<sup>39</sup>, les jeunes d'origine étrangère (et en particulier les filles maghrébines) sont plus en risque que les autres, alors qu'aux États-Unis<sup>40</sup>, le passage à l'acte suicidaire est faible parmi les minorités ethniques (*the cultural paradox*).

En prenant en compte un ensemble d'indicateurs sociaux, Lester<sup>41</sup> a montré dans une comparaison internationale

que les facteurs de risque de suicide sont, par ordre d'importance: le taux de consommation d'alcool (plus la consommation est élevée, plus le taux de suicide est élevé), la proportion de personnes âgées dans la population (plus il y a de personnes âgées, plus le taux de suicide est élevé), le taux de divorces (plus il y a de divorces, plus le taux de suicide est élevé), le taux de natalité (moins il y a de naissances, plus le taux de suicide est élevé). En France, dans une analyse récente, on a montré un lien entre la mortalité masculine (tous âges) et le chômage des jeunes, comme indicateur de la dégradation de l'emploi<sup>42</sup>. Toutefois, il est difficile de conclure au rôle étiologique du chômage, et cela d'autant plus qu'en Europe des pays à hauts taux de suicide, comme les pays scandinaves et la Suisse, ont plutôt un faible taux de chômage alors que des pays à faibles taux de suicide, comme les pays d'Europe du Sud, présentent un taux élevé de chômage.

#### FACTEURS DE RISQUE FAMILIAUX

La corrélation entre suicide et statut matrimonial (du sujet et/ou de ses parents) est connue depuis longtemps et retrouvée, quelle que soit l'issue létale de l'acte<sup>43</sup>. Ainsi, la dissociation familiale (par divorce ou décès) augmente le risque de passage à l'acte et ce, quel que soit l'âge du sujet<sup>44</sup>. Ce risque est toutefois plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes<sup>45</sup>.

À propos des adolescents, plus que le statut matrimonial c'est la qualité des relations intra-familiales qui est en cause. On cite, à ce propos, la violence entre les parents ou entre les enfants et les parents, surtout si elle est accompagnée de violences sexuelles<sup>46</sup>, ainsi que la psychopathologie parentale, dont l'alcoolisme, la dépression chronique, la maladie mentale ou le comportement suicidaire<sup>47</sup>. 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<sup>48</sup>. De plus, le cumul des troubles intrafamiliaux augmente sensiblement le risque de récurrence<sup>49</sup>.

Au regard de ces facteurs relationnels, les facteurs sociaux s'avèrent moins importants<sup>50</sup>. Toutefois, le cumul des événements défavorables augmente, en soi, le risque de passage à l'acte et surtout le risque de la récurrence<sup>51</sup>. Reste le problème (non résolu) de la spécificité de ces facteurs de risque, car ils sont communs à plusieurs troubles, dont la

toxicomanie, la dépression, les troubles des conduites alimentaires, le suicide et la délinquance...<sup>52</sup>.

#### FACTEURS DE RISQUE PSYCHOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES

Tous les troubles psychiatriques (sauf la démence) augmentent le risque de décès par suicide, en particulier la schizophrénie, l'anorexie, la dépression et les troubles de l'humeur<sup>53</sup>. Mais le risque est d'autant plus élevé que le trouble est précoce<sup>54</sup> et serait multiplié par 22 pour les moins de 16 ans qui présentent des troubles d'adaptation ou des troubles psychiatriques<sup>55</sup>.

Le lien entre dépression et tentative de suicide est confirmé dans toutes les études et ce, quel que soit l'outil diagnostique utilisé<sup>56</sup>. La dépression du sujet augmente sensiblement le risque de tentative de suicide, en particulier parmi les garçons, ce risque spécifique étant identique tant au sein d'une population d'hospitalisés<sup>57</sup> que dans une population de scolaires<sup>58</sup>, avec un OR (Odds-Ratio) respectivement de 4,4 et 4,9. De plus, la dépression chronique augmente sensiblement le risque de récurrence<sup>59</sup>. Reste qu'une proportion non négligeable de jeunes suicidants (en particulier les filles) n'est pas cliniquement déprimée, proportion qui peut varier de 25 % à 75 % selon les études<sup>60</sup>.

Le désespoir ou l'impossibilité ressentie de résoudre ses problèmes permet d'éclairer le lien observé entre la dépression et la tentative de suicide. Le désespoir 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<sup>61</sup>. Selon certains, le désespoir est plus « explicatif » d'une tentative de suicide que la dépression clinique<sup>62</sup> et est, de plus, un des meilleurs facteurs prédictifs d'un suicide accompli. C'est dans cette perspective qu'il faut prendre au sérieux les idées suicidaires récurrentes<sup>63</sup>.

Quant à la colère et aux comportements violents qui vont de pair, ces aspects sont jusqu'à maintenant peu explorés. Pourtant, on retrouve souvent parmi les mêmes adolescents des comportements de violence sur soi et sur autrui. Ainsi, en France, dans une population de jeunes scolarisés<sup>64</sup>, le risque de comportements violents est nettement plus important parmi les suicidants que parmi les non suicidants (OR de 3,9). Plus les sujets sont violents, plus l'acte est jugé grave, et plus le risque de récurrence augmente<sup>65</sup>. 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<sup>66</sup>.

On note aussi que les suicidants ont, plus que les autres, subi des violences physiques (OR = 1,9) ou sexuelles (OR = 3,9) et ce, en tenant constant le niveau de dépressivité<sup>67</sup>. 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<sup>68</sup>.

#### LES FACTEURS DE RISQUE COMPORTEMENTAUX

Une variété de troubles du comportement s'avère associée à la tentative de suicide, allant de la consommation d'alcool ou de drogues<sup>69</sup> aux comportements délictueux<sup>70</sup>, considérés comme un indicateur de rupture<sup>71</sup>, et de la fugue<sup>72</sup> à l'absentéisme scolaire<sup>73</sup>, considérés comme des comportements de fuite face à la réalité. Si tous les troubles sont associés à la tentative de suicide, on note une prédominance des troubles scolaires parmi les garçons, et des comportements sexuels parmi les filles<sup>74</sup>. En France<sup>75</sup>, le lien entre tentative de suicide et troubles du comportement est (par ordre d'importance): la consommation régulière de drogues (OR = 3,3), la consommation quotidienne de tabac (OR = 1,9), l'absentéisme scolaire régulier (OR = 1,7) et la consommation régulière d'alcool (OR = 1,4). Toutefois, plus que la régularité ce sont les modes d'alcoolisation qui sont en cause<sup>76</sup>; l'ivresse «solitaire» ou «pour oublier» augmentant le risque d'un passage à l'acte par quatre.

#### FACTEURS DE RISQUE PARMIS LES JEUNES AYANT DES IDÉES SUICIDAIRES

Les adolescents ayant des idées suicidaires récurrentes se caractérisent, comme les tentatives de suicide, par des difficultés personnelles et familiales<sup>77</sup>. Ils sont déprimés et irritables, ont une faible estime d'eux-mêmes, se plaignent de troubles somatiques non spécifiques, présentent de troubles de la conduite<sup>78</sup> et ont une plus forte impulsivité, en particulier les filles<sup>79</sup>. La précocité des idées suicidaires (c'est-à-dire avant 15 ans) est le signe de difficultés graves<sup>80</sup>. Toutefois, les idées suicidaires se différencient des tentatives de suicide par une moindre propension aux conduites à risques, en particulier de consommations d'alcool et de drogues<sup>81</sup>. En conclusion, à travers les idées suicidaires, les jeunes expriment un malaise...

#### LA PRISE EN CHARGE

L'hospitalisation est systématiquement conseillée<sup>82</sup> durant laquelle il faut: 1) faire le point avec le sujet et ses parents sur la situation sociale, psychologique et familiale; 2) éviter un nouveau passage à l'acte par une surveillance médicale et psychiatrique accrue; 3) améliorer le bien-être du patient par des rencontres répétées; 4) préparer la prise en charge post-hospitalière. À partir de ces préconisations générales, un protocole thérapeutique précis a été élaboré<sup>83</sup> dont la mise en application reste à étudier. On possède peu de données concernant les conditions de prise en charge (post) hospitalière, très liées à l'infrastructure de soin, différente d'un pays à l'autre. En France, seulement un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé<sup>84</sup>. La majorité (83 %) est alors admise en urgence, 17 % quittent l'hôpital dans les douze heures et 83 % sont transférés en pédiatrie (41 %), dans un service d'urgence (17 %), en psychiatrie (9 %) ou dans d'autres services de médecine (28 %)<sup>85</sup>. Durant cette hospitalisation, 21 % ne rencontrent pas de spécialistes «psy» et 21 % quittent l'hôpital sans proposition de suivi<sup>86</sup>. Pourtant, l'absence de suivi psychiatrique semble augmenter le risque de récurrence, en particulier pour les garçons<sup>87</sup>. Par ailleurs, ils sont moins bien pris en charge que les filles<sup>88</sup>. Les causes de cette prise en charge différentielle des sexes seront à rechercher autant du côté des cliniciens (qui ne perçoivent pas toujours la gravité du suicide masculin) que des sujets (les garçons montrent plus de réticences vis-à-vis de la prise en charge que les filles). Mais cette prise en charge ne peut se faire sans formation préalable des soignants<sup>89</sup>, en particulier ceux des services non psychiatriques, comme les urgences ou la pédiatrie, qui accueillent la plupart des suicidants, surtout en Europe<sup>90</sup>. Cette formation devrait inclure, outre l'information des acquis de recherche récents, l'identification précoce des facteurs de risque, des troubles psychiatriques graves et des besoins d'aide en santé mentale, la conduite d'un examen médical standardisé, la participation à des réseaux pluridisciplinaires<sup>91</sup>. Dans une étude évaluative<sup>92</sup> comparant les pratiques de prise en charge dans sept sites hospitaliers expérimentaux et sept sites témoins, on a observé, après la formation des soignants, une amélioration de la prise en charge des suicidants, en particulier parmi les plus jeunes (18 ans et moins) et les filles. Toutefois, l'amélioration ne profite pas à ceux qui sont le plus en difficulté, comme les réci-

vistes, les jeunes déprimés ou les jeunes ayant des antécédents de violences sexuelles subies.

#### VIGILANCES

Plus que le suicide, c'est le passage à l'acte suicidaire qui, à l'adolescence, devrait constituer un axe prioritaire de surveillance, de recherche et de prévention. En effet, un jeune sur 14 aurait déjà fait une tentative de suicide (un sur 50, une récurrence) et le taux d'hospitalisation peut être estimé à environ 40 000 par an.

Disposer d'un système de surveillance permettrait de mieux connaître l'évolution des comportements suicidaires. Comme la majorité des jeunes suicidants ne sont pas hospitalisés, une surveillance en population générale (par un réseau de médecins généralistes ou de médecins scolaires, par des enquêtes scolaires ou populationnelles) devrait compléter une surveillance hospitalière.

Deux axes prioritaires de recherche se dégagent: l'étude du devenir des jeunes suicidants en fonction des modes de prise en charge et l'étude de l'articulation entre les divers facteurs de risque, familiaux, sociaux et psychologiques. Reste que la différence des sexes, tant au niveau du comportement suicidaire que des facteurs associés (dépression, impulsivité, troubles comportementaux) est actuellement insuffisamment explorée.

À propos de la prévention, celle de la répétition de l'acte suicidaire est prioritaire, avec en particulier la mise au point d'un outil d'évaluation du patient et l'élaboration d'un protocole de prise en charge hospitalière et post-hospitalière. Quant à la prévention primaire, il convient d'accroître la compétence des professionnels éducatifs, sociaux et médicaux pour identifier et intervenir auprès des jeunes «à hauts risques» (adolescents déprimés, ayant subi des sévices physiques ou sexuels, ayant des antécédents psychopathologiques personnels ou parentaux). Toutefois, lever le tabou autour du suicide est un préalable indispensable à toute action de prévention.

## Notes

- 1 J.L. MCINTOSH, «Generational Analyses of Suicide: Baby Boomers and 13ers», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 24, 1994, p. 334-342.
- 2 E.K. MOSCICKI, «Epidemiology of Suicidal Behavior», *Suicide Life – Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 25, 1995, p. 22-35.
- 3 D. LESTER, «Part III, International Perspectives – 11. Suicide in an International Perspective», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 27, 1997, p. 104-111.
- 4 A.A. LEENAARS et D. LESTER, «Suicide and Homicide Rates in Canada and the United States», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 24, 1994, p. 184-191.
- 5 A. SCHMIDTKE et al., «Attempted Suicide in Europe: Rates, Trends and Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters During the Period 1989-1992 – Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide», *Acta Psychiatr. Scand.*, no 93, 1996, p. 327-338.
- 6 J.A. ANDREWS, «Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 31, 1992, p. 655-662.  
A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, no 9, 1989, p. 335-363.
- 7 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, Paris, La Documentation Française, INSERM, 1994, 346 pages.
- 8 M. CHOQUET et B. IKSIL, *Jeunes en insertion: enquête CFI-PAQUE (dispositif 16-25 ans) – Enquête financée par la Direction de la Formation Professionnelle et la Direction Générale de la Santé*, Rapport de recherche, 1994, 221 pages.
- 9 A. SCHMIDTKE et al., «Attempted Suicide in Europe: Rates, Trends and Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters During the Period 1989-1992 – Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, *ibid.*  
M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*  
F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui – Étude épidémiologique*, Paris, Les Éditions INSERM, Doin, 1986, 173 pages.  
N.A. BUCKLEY et al., «An Analysis of Age and Gender Influences on the Relative Risk for Suicide and Psychotropic-Drug Self-Poisoning», *Acta Psychiatr. Scand.*, no 93, 1996, p. 168-171.  
D.M. FERGUSSON et M.T. LYNSEY, «Childhood Circumstances, Adolescent Adjustment, and Suicide Attempts in a New Zealand Birth Cohort», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 34, 1995, p. 612-622.
- 10 F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui – Étude épidémiologique*, *ibid.*  
N. KREITMAN, *Parasuicide*, London, John Wiley and Sons, 1977, 193 pages.  
I. GASQUET et M. CHOQUET, «Gender Role in Adolescent Suicidal Behavior: Observations and Therapeutic Implications», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1993, no 87, p. 59-65.
- 11 E.K. MOSCICKI, «Epidemiology of Suicidal Behavior», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, *ibid.*  
A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 12 N.A. BUCKLEY et al., «An Analysis of Age and Gender Influences on the Relative Risk for Suicide and Psychotropic-Drug Self-Poisoning», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, *ibid.*
- 13 I. GASQUET et M. CHOQUET, «Gender Role in Adolescent Suicidal Behavior: Observations and Therapeutic Implications», *Acta Psychiatr. Scand.*, no 87, 1993, p. 59-65.
- 14 E.C. HARRIS et B. BARRACLOUGH, «Suicide as an Outcome for Mental Disorders – A Meta-Analysis», *British Journal of Psychiatry*, no 170, 1997, p. 205-228.  
J. SUOKAS et J. LONNQVIST, «Outcome of Attempted Suicide and Psychiatric Consultation: Risk Factors and Suicide Mortality During a Five-Year Follow-Up», *Acta Psychiatr. Scand.*, no 84, 1992, p. 545-549.  
P. NORDSTROM, M. SAMUELSSON et ASBERG, «Survival analysis of suicide risk after attempted suicide», *Acta Psychiatr. Scand.*, no 91, 1995, p. 336-340.
- 15 P. CHAUVEL, «L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge: effet de génération ou recomposition du cycle de vie?», *Revue française de Sociologie*, no 38, 1997, p. 681-734.
- 16 F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui – Étude épidémiologique*, *ibid.*
- 17 S.S. CANETTO et D. LESTER, «Gender and the primary prevention of suicide mortality», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 25, 1995, p. 58-69.
- 18 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 19 I. SAKINOFSKY et A.A. LEENAARS A.A., «Suicide in Canada with Special Reference to the Difference between Canada and the United States», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 27, 1997, p. 112-126.
- 20 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*  
F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui – Étude épidémiologique*, *ibid.*
- 21 N.A. BUCKLEY et al., «An Analysis of Age and Gender Influences on the Relative Risk for Suicide and Psychotropic-Drug Self-Poisoning», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, *ibid.*
- 22 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 23 F. DAVIDSON et M. CHOQUET, «Approche épidémiologique des déviations de l'adolescent et du jeune», dans *La santé des étudiants en 1980 – Actes du colloques de la Mutuelle Nationale des Étudiants de France*, Paris, MNEF, 1981, p. 103-111.
- 24 I.C.W.M. KIENHORST et E.J. DEWILDE, R.F.W. DIEKSTRA et W.H.G. WOLTERS, «Adolescents' Image of their Suicide Attempt», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 34, 1995, p. 623-628.
- 25 A.T. BECK, M. KOVACS et A. WEISSMAN, «Assessment of Suicidal Intention: The Scale for Suicide Ideation», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, no 47, 1979, p. 343-352.
- 26 W. MRAZ et M.A. RUNCO, «Suicide Ideation and Creative Problem Solving», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 24, 1994, p. 38-47.  
S. WETZLER et al., «Characteristics of Suicidality among Adolescents», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 26, 1996, p. 37-45.  
M. CHOQUET et H. MENKE, «Suicidal Thoughts During Early Adolescence: Prevalence, Associated Troubled and Help-Seeking Behavior», *Acta Psychiatr. Scand.*, no 81, 1990, p. 170-177.
- 27 D.B. KANDEL, V.H. RAVEIS et M. DAVIES, «Suicidal Ideation in Adolescence: Depression, Substance Use, and other Risk Factors», *Journal of Youth and Adolescence*, no 20, 1991, p. 289-310.
- 28 J.J. BRETON, *Enquête québécoise sur la santé mentale des enfants et des adolescents de 6 à 14 ans*, Santé Québec (Rapport de recherche), 1993.
- 29 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 30 F. DAVIDSON et M. CHOQUET, «La notion de risque, issue de l'étude des déviations de l'adolescent», *Archives françaises de pédiatrie*, no 37, 1980, p. 3-8.
- 31 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 32 D.B. KANDEL, V.H. RAVEIS et M. DAVIES, «Suicidal Ideation in Adolescence: Depression, Substance Use, and other Risk Factors», *Journal of Youth and Adolescence*, no 20, 1991, p. 289-310.

- 33 M. CHOQUET, P.A. MICHAUD et J.Y. FRAPPIER, «Les adolescents et leur santé: repères épidémiologiques», dans P.A. MICHAUD et al. (dir. publ.), *La santé des adolescents - Approches, soins, prévention*, Lausanne, Paris, Montréal, Éditions Payot, Doin éditeurs, Les Presses de l'Université, 1997, p. 65-80.
- 34 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 35 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 36 D.A. BRENT, «Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 25, 1995, p. 52-63.
- 37 F. DAVIDSON et M. CHOQUET, «Approche épidémiologique des déviations de l'adolescent et du jeune», dans *La santé des étudiants en 1980 - Actes du colloques de la Mutuelle Nationale des Étudiants de France*, 1981, *ibid.*
- 38 A.L. BEAUTRAIS, P.R. JOYCE et R.T. MULDER, «Risk Factors for Serious Suicide Attempts among Youths Aged 13 through 24 Years», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 35, 1996, p. 1174-1182.
- 39 F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui - Étude épidémiologique*, *ibid.*
- 40 J.T. GIBBS, «African-American Suicide: A Cultural Paradox», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 27, 1997, p. 68-79.
- 41 D. LESTER, «Part III, International Perspectives - 11. Suicide in an International Perspective», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1997, *ibid.*
- 42 P. CHAUVEL, «L'uniformisation du taux de suicide masculin selon l'âge: effet de génération ou recomposition du cycle de vie?», *Revue française de Sociologie*, 1997, *ibid.*
- 43 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 44 A. SCHMIDTKE et al., «Attempted Suicide in Europe: Rates, Trends and Sociodemographic Characteristics of Suicide Attempters During the Period 1989-1992 - Results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide», *Acta Psychiatr. Scand.*, 1996, *ibid.*
- 45 F. DAVIDSON et A. PHILIPPE, *Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui - Étude épidémiologique*, *ibid.*
- 46 M. CHOQUET, P.A. MICHAUD et J.Y. FRAPPIER, «Les adolescents et leur santé: repères épidémiologiques», dans P.A. Michaud et al. (dir. publ.), *La santé des adolescents - Approches, soins, prévention*, 1997, *ibid.*
- S.J. KAPLAN et al., «Adolescent Physical Abuse and Suicide Attempts», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 36, 1997, p. 799-808.
- 47 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 48 D.A. BRENT, «Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, *ibid.*
- 49 D.A. BRENT et J.A. PERPER, «Research in Adolescent Suicide: Implications for Training, Service Delivery, and Public Policy», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 25, 1995, p. 222-230.
- 50 D.A. BRENT, «Risk Factors for Adolescent Suicide and Suicidal Behavior: Mental and Substance Abuse Disorders, Family Environmental Factors, and Life Stress», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, *ibid.*
- F. DAVIDSON et M. CHOQUET, «Approche épidémiologique des déviations de l'adolescent et du jeune», dans *La santé des étudiants en 1980 - Actes du colloques de la Mutuelle Nationale des Étudiants de France*, 1981, *ibid.*
- M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 51 C.Z. GARRISON et al., «The Assessment of Suicidal Behavior in Adolescents», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 21, 1991, p. 217-230.
- 52 J.A. GRABER et J. BROOKS-GUNN, Models of Development: Understanding Risk in Adolescence, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 25, 1995, p. 18-25.
- 53 E.C. HARRIS et B. BARRACLOUGH, «Suicide as an Outcome for Mental Disorders - A Meta-Analysis», *British Journal of Psychiatry*, no 170, 1997, p. 205-228.
- 54 H.Z. REINHERZ et al., «Early Psychosocial Risks for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 34, 1995, p. 599-611.
- 55 D.M. FERGUSSON et M.T. LYNKEY, «Childhood Circumstances, Adolescent Adjustment, and Suicide Attempts in a New Zealand Birth Cohort», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, *ibid.*
- 56 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 57 C. HOLLIS, «Depression, Family Environment, and Adolescent Suicidal Behavior», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 35, 1996, p. 622-630.
- 58 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 59 D.A. BRENT et J.A. PERPER, «Research in Adolescent Suicide: Implications for Training, Service Delivery, and Public Policy», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, *ibid.*
- 60 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 61 D.B. GOLDSTON et al., «First-Time Suicide Attempters, Repeat Attempters, and Previous Attempters on an Adolescent Inpatient Psychiatry Unit», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 35, 1996, p. 631-639.
- 62 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*
- 63 H.Z. REINHERZ et al., «Early Psychosocial Risks for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, *ibid.*
- 64 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 65 M. GISPERT et al., «Suicidal Adolescents: Factors in Evaluation. *Adolescence*», no 20, 1985, p. 753-762.
- M. GISPERT et al., «Predictive Factors in Repeated Suicide Attempts by Adolescents», *Hosp. Community Psychia.*, no 38, 1987, p. 390-393.
- 66 D.B. GOLDSTON et al., «First-Time Suicide Attempters, Repeat Attempters, and Previous Attempters on an Adolescent Inpatient Psychiatry Unit», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996, *ibid.*
- C.R. PFEFFER, S.W. HURT, J.R. PESKIN et C.A. SIEFKER, «Suicidal Children Grow Up: Ego Functions Associated with Suicide Attempts», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 34, 1995, p. 1318-1325.
- 67 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 68 M. CHOQUET et al., «Self-Reported Health and Behavior Problems Among Adolescent Victims of Rape in France: Results of a Cross-Sectional Survey», *Child Abuse Neglect*, no 21, 1997, p. 823-832.
- 69 J.D. FAVRE, M. CHOQUET et G. AZOULAY, «Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune», *Actualité et Dossier en Santé Publique*, no 18, 1997, p. 14-16.
- 70 S.E. YOUNG et al., «Treated Delinquent Boys' Substance Use: Onset, Pattern, Relationship to Conduct and Mood Disorders», *Drug Alcohol Dependence*, no 37, 1995, p. 149-162.
- 71 A. SPIRITO, L. BROWN, J. OVERHOLSER et G. FRITZ, «Attempted Suicide in Adolescence: A Review and Critique of the Literature», *Clinical Psychology Review*, 1989, *ibid.*



- 72 B.M. WAGNER, R.E. COLE et P. SCHWARTZMAN, «Psychosocial Correlates of Suicide Attempts among Junior and Senior High School Youth», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 25, 1995, p. 358-372.
- 73 S.S. CANETTO et D. LESTER, «Gender and the primary prevention of suicide mortality», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1995, *ibid.*
- 74 C.A. KING et al. «Predictors of Comorbid Alcohol and Substance Abuse in Depressed Adolescents», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* no 35, 1996, p. 743-751.
- 75 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 76 J.D. FAVRE, M. CHOQUET et G. AZOULAY, «Modes de consommation d'alcool et tentatives de suicide chez l'homme jeune», *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 1997, *ibid.*
- 77 C.Z. GARRISON et al., «The Assessment of Suicidal Behavior in Adolescents», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1991, *ibid.*
- 78 R. KOSKY, S. SILBURN et S. ZUBRICK, «Are Children and Adolescents Who Have Suicidal Thoughts Different from Those Attempt Suicide?», *Journal Nerv. Ment. Dis.*, no 178, 1990, p. 38-43.
- A.F. DE MAN et C.P. LEDUC C.P., «Suicidal Ideation in High School Students: Depression and other Correlates», *Journal of Clinical Psychology*, no 51, 1995, p. 173-181.
- M. CHOQUET, V. KOVESS et N. POUTIGNAT, «Suicidal Thoughts among Adolescents: An Intercultural Approach», *Adolescence*, no 28, 1993, p. 649-659.
- 79 P. ROHDE, J.R. SEELEY et D.E. MACE, «Correlates of Suicidal Behavior in a Juvenile Detention Population», *Suicide and Life - Threatening Behavior*, no 27, 1997, p. 164-175.
- 80 H.Z. REINHERZ et al., «Early Psychosocial Risks for Adolescent Suicidal Ideation and Attempts», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1995, *ibid.*
- 81 R. KOSKY, S. SILBURN et S. ZUBRICK, «Are Children and Adolescents Who Have Suicidal Thoughts Different from Those Attempt Suicide?», *Journal Nerv. Ment. Dis.*, 1990, *ibid.*
- 82 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, «Suicide and Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults», *Journal of Pediatrics*, no 81, 1988, p. 322-324.
- 83 M.M. SILVERMAN et al. «Inpatients Standards of Care and the Suicidal Patient – Part II: An Integration with Clinical Risk Management», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, no 24, 1994, p. 152-169.
- 84 M. CHOQUET et S. LEDOUX, *Adolescents: enquête nationale*, 1994, *ibid.*
- 85 I. GASQUET et M. CHOQUET, «Hospitalization in a Pediatric Ward of Adolescent Suicide Attempters Admitted to General Hospitals», *Journal Adolescent Health*, no 15, 1994, p. 416-422.
- 86 I. GASQUET et M. CHOQUET, «Gender Role in Adolescent Suicidal Behavior: Observations and Therapeutic Implications», *Acta Psychiat. Scand.*, 1993, *ibid.*
- 87 J. SUOKAS et J. LONNQVIST, «Outcome of Attempted Suicide and Psychiatric Consultation: Risk Factors and Suicide Mortality During a Five-Year Follow-Up», *Acta Psychiat. Scand.*, 1992, *ibid.*
- 88 A. MARKS, «Management of the Suicidal Adolescent on a Nonpsychiatric Adolescent Unit», *Journal of Pediatrics*, no 95, 1979, p. 305-308.
- 89 M.M. SILVERMAN et al. «Inpatients Standards of Care and the Suicidal Patient – Part II: An Integration with Clinical Risk Management», *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 1994, *ibid.*
- R. BLUM et M. SMITH, «Training of Health Professionals in Adolescent Health Care», *Journal Adolescent Health*, no 9, 1988, p. 465-505.
- R.E. LITMAN, «Suicide prevention in a treatment setting. *Suicide and Life-Threatening Behavior*», no 25, 1995, p. 134-142.
- 90 D. SHAFFER et al., «Preventing Teenager Suicide: A Critical Review», *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, no 27, 1988, p. 675-687.
- 91 AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, «Suicide and Suicide Attempts in Adolescents and Young Adults», *Journal of Pediatrics*, 1988, *ibid.*
- 92 M. CHOQUET, A. PHILIPPE et C. HASSLER, *Évaluation d'une action visant à améliorer la prise en charge des jeunes suicidants (15-24 ans)*, Rapport pour la Direction Générale de la Santé, 1995.