

Étude originale

# Dépister les conduites suicidaires des adolescents (I)

## Conception d'un test et validation de son usage

par Philippe Binder, médecin généraliste, coordonnateur du groupe ADOC, MG, Lussant 17430. [phibin@wanadoo.fr](mailto:phibin@wanadoo.fr); Francis Chabaud, médecin épidémiologiste, directeur de l'Observatoire régional de la santé du Poitou-Charente.

**RÉSUMÉ :**

**Contexte :** le généraliste est régulièrement consulté par des adolescents ayant eu des idées ou des actes suicidaires non pris en charge. Leurs antécédents sont le plus souvent ignorés du médecin ; mais comme ils sont des facteurs de passage à l'acte, il est important de les dépister.

**Objectif :** concevoir un test et valider son usage pour dépister les conduites suicidaires des adolescents.

**Méthode :** après avoir participé à une enquête (Lycoll) organisée auprès de 3 872 adolescents de 3<sup>e</sup> et de 2<sup>nd</sup>e, puis analysé les résultats, un groupe de 17 généralistes et

de 3 psychiatres (ADOC) a conçu un test de dépistage et son argumentaire destiné aux médecins libéraux. Il s'agissait d'un questionnaire appelé « TSTS » composé de 4 questions complétées de 5 items clés de gravité. Ce test a été expérimenté auprès de 38 généralistes tirés au sort dans un département voisin afin d'évaluer son efficacité. Ce travail a été effectué par le biais d'un audit clinique mené par un organisme indépendant. Chaque médecin a fait l'objet de plusieurs visites individualisées par un attaché de recherche clinique ayant reçu une formation, pour évaluer le dépistage des idées ou des actes suicidaires avant et après connaissance du test.

**Résultats :** les résultats montrent une excellente acceptabilité de cet outil de dépistage qui a pu être utilisé dans 60 % des consultations tout-venant. Son utilisation a permis d'orienter un grand nombre de consultations sur des préoccupations éloignées du motif initial et de dépister des antécédents suicidaires chez 13 % des adolescents « testés » dont les 2/3 avaient pourtant déjà été vus par le généraliste. L'utilisation de ce test a été variable selon le profil du médecin.

**Conclusion :** ce test est proposé aux médecins généralistes en pratique quotidienne pour dépister les adolescents à risque suicidaire.

*Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 576-80.*

Nous publions dans ce numéro la 1<sup>re</sup> partie de cette étude consacrée à la conception du test ; la 2<sup>e</sup> partie relative à la validation de son usage sera publiée dans le prochain numéro de *La Revue du Praticien – Médecine générale*.

Le suicide des jeunes est un problème de santé publique, même s'il n'est pas nouveau.<sup>1</sup> Actuellement, près de 1 000 jeunes de 15 à 24 ans en meurent chaque année en France ; c'est la 2<sup>e</sup> cause de mortalité à ces âges. Mais les tentatives sont beaucoup plus nombreuses avec environ 50<sup>2</sup> à 90<sup>3</sup> tentatives pour 1 décès ; elles concernent 9 % des adolescents entre 14 et 19 ans en moyenne nationale.<sup>4</sup> On observe cependant des variations selon l'âge ou la région : ainsi 7,5 % des garçons et 15 % des filles de 3<sup>e</sup> ou de 2<sup>nd</sup>e de Charente-Maritime ont déclaré avoir fait des tentatives, dans l'enquête Lycoll portant sur 3 872 adolescents.<sup>5,6</sup> Celles-ci restent assez peu connues de l'entourage<sup>7,8</sup> et très largement sous-médicalisées (v. tableau I).<sup>6,9</sup> Rappelons que le suicide est un motif extrêmement rare en consultation : environ 4 pour 10 000.<sup>10</sup> Cependant, les suicidants consultent un généraliste plus souvent que les non-suicidants, notamment les filles,<sup>11</sup> soit pour des plaintes somatiques,<sup>12</sup> soit pour des plaintes psychologiques qui seraient 3 à 4 fois plus fréquentes que chez les non-suicidants.<sup>13</sup>

Mais ces dernières plaintes restent rares, car la sollicitation du généraliste pour des questions « psy » ne dépasse pas 6 % des consultations des 12-20 ans.<sup>14</sup> Il n'en reste pas moins que 87 % des adolescents ayant fait des actes suicidaires et non pris en charge à ce titre ont consulté un généraliste pour d'autres motifs (tableau I).<sup>6</sup>

Le généraliste a donc un rôle important à jouer ; depuis longtemps, certains auteurs<sup>1,7,8,15</sup> insistent sur une nécessaire amélioration de la formation.<sup>2,16</sup> La conférence de consensus d'octobre 2000 sur la crise suicidaire a d'ailleurs repris cette nécessité, « *il ne faut pas hésiter à questionner le patient sur ses idées de suicide* », demandant que « *le praticien puisse utiliser des outils de repérage adaptés* » mais en l'orientant de manière plus ciblée : « *développer des instruments d'aide à la décision spécifiquement destinés aux généralistes* ». <sup>17</sup> Plusieurs études ont montré la difficulté particulière du praticien à identifier les conduites à risque ou à gérer ces rencontres<sup>18</sup> ou sa tendance à trop rapporter les comportements suicidaires aux états dépressifs.<sup>19</sup> De nombreuses situations à risque

*Le groupe ADOC (Charente-Maritime) est composé de 17 généralistes : Drs Barrier, Bisson, Caron, Cavaro, Dezeix, Lebigre, Lecroart, Masse, Michonneau, Morillon, Prieur, Rechar, Reynaud, Sorbe, Valette, Vandier, et 3 psychiatres : Drs Arbitre, Cornuault, Vicens.*

# DÉPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES

TABLEAU I – RÉPARTITION DES TYPES DE PRISES EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS (ENQUÊTE LYCOLL ÉCHANTILLON DE 3<sup>e</sup> ET DE 2<sup>nd</sup>e) 5, 6

À déjà fait une tentative de suicide n = 404				
Recours aux soins pour la TS : 31 %			Sans recours aux soins pour la TS : 69 %	
Hôpital : 20 %	Généraliste libéral : 6,5 %	Psychiatre libéral : 4,5 %	À consulté un généraliste dans l'année pour un autre motif : 60 %	N'a pas consulté 9 %

n'ont pas les caractéristiques attendues<sup>20</sup> et la moitié des décès auraient lieu en l'absence d'un état dépressif caractérisé.<sup>21</sup> De plus, les généralistes ne percevraient pas les indices de passage à l'acte,<sup>18</sup> alors qu'ils se multiplient dans la période le précédant.<sup>22</sup> Ainsi l'abord, en médecine générale, de la question du risque suicidaire se heurte à de nombreuses difficultés dont la première est celle du dépistage. C'est celle-ci que nous avons essayé de résoudre.

## LA DÉMARCHE DES MÉDECINS « ADOC »

En 1999, un petit groupe de médecins généralistes, associé à une équipe départementale de prévention, avait participé activement à la conception et à la réalisation d'une enquête en population générale auprès d'un échantillon (n = 3 872) représentatif d'élèves de 3<sup>e</sup> et de 2<sup>nd</sup>e toutes orientations confondues, de la Charente-Maritime. Cette enquête, nommée « LYCOLL », a été réalisée en partenariat avec l'Unité 472 de l'Inserm, l'ORS Poitou-Charente, l'Éducation nationale et des professionnels de terrain.<sup>5</sup> Cette enquête avait mis en évidence l'importance locale du phénomène du suicide et le nombre élevé de suicidants qui consultaient un généraliste pour divers motifs.

Face à cette situation, et s'appuyant sur les recommandations de la conférence de consensus,<sup>17</sup> un appel fut lancé par courrier à l'ensemble des généralistes et des psychiatres libéraux du département pour développer des solutions applicables en médecine de ville. À la suite des réponses, 17 généralistes et 3 psychiatres de ville ont constitué une équipe nommée « groupe ADOC » (ADOLescents et Conduites à risque). Son objectif était, sur 3 ans, de mettre au point et d'évaluer des outils aisément transmissibles, particulièrement adaptés au dépistage, à l'accueil, à la prise en charge ou à l'orientation des adolescents à risque suicidaire en médecine libérale. Le groupe s'est organisé en réalisant un constant aller-retour entre le savoir, la clinique, la recherche, la communication et l'établissement de relations avec les institutions. Le support financier était assuré par le FAQSV régional.

## Identifier les résistances

La première tâche a été d'identifier les freins au dépistage. L'examen de la littérature a permis de cerner les principaux d'entre eux et d'y apporter les réponses les plus adaptées.

**Avoir des idées suicidaires n'est-il pas un phénomène « normal » à l'adolescence ?** Non, car plus des 2/3 des jeunes scolarisés en 2<sup>nd</sup>e déclarent n'avoir jamais eu d'idées suicidaires.<sup>6</sup> Cet état traduit toujours une souffrance, temporaire ou durable, et témoigne soit d'une fragilité relationnelle ou identitaire, soit d'une incapacité à supporter la frustration, la séparation ou les variations de tensions psychiques internes.<sup>23</sup>

**Certains ont des idées, ce sont les autres qui passent à l'acte ; la connaissance des idées ou des lointains antécédents suicidaires est-elle vraiment prédictive ?** Oui, dans l'enquête Lycoll,<sup>6</sup> 86,5 % des adolescents suicidants ont déjà eu des idées suicidaires contre 24,3 % chez les non-suicidants. De plus, le risque de décès est fortement lié à l'existence d'antécédents de tentatives.<sup>24</sup> Chez les garçons adolescents, par exemple, il est 7 fois plus élevé dans les dix ans qui suivent la tentative.<sup>25, 26</sup>

**Parler du suicide n'a-t-il pas tendance à le provoquer ?** Non, car l'expérience montre que cette idée reçue ne se vérifie pas.<sup>23</sup>

**L'adolescent doit être mal à l'aise pour répondre à une question aussi intime ; n'aura-t-il pas tendance à cacher la vérité ?** L'adolescent peut nier, mais il aura repéré un praticien attentif et

ouvert à cette question. Ce médecin devient alors un recours potentiel. L'expérience montre que ce « repérage » par l'adolescent peut débloquent ultérieurement des situations par un recours plus rapide.

**En parler n'engage-t-il pas le médecin à commencer aussitôt une prise en charge lourde ?** Pas forcément, car les antécédents suicidaires peuvent être anciens et les problèmes qui leur étaient liés, résolus, l'adolescent en parlera facilement ; il est alors aisé au praticien de positiver le parcours.

L'adolescent peut aussi évoquer le suicide plus ou moins dramatiquement et mettre le médecin mal à l'aise sur cette question pour laquelle il se sent impuissant. Mais il y a rarement urgence lors d'un dépistage. Un rendez-vous proposé ultérieurement peut donner le temps de la réflexion, tant pour le médecin que pour l'adolescent, préparant un suivi ambulatoire, voire un éventuel accompagnement conjoint par un service spécialisé.<sup>27</sup>

**Il semble donc toujours positif d'évoquer les idées ou les actes suicidaires ;** mais 94 % des consultations n'ayant pas de motif psychologique,<sup>13</sup> un outil d'aide au questionnement est nécessaire. Cet outil doit pouvoir augmenter, en toute occasion, la sensibilité clinique du médecin à ces questions.

La construction de cet outil est décrite ci-dessous.

## MÉTHODE

Une analyse de la bibliographie n'a pas permis de trouver des travaux pertinents et validés concernant les moyens du dépistage simple du risque suicidaire dans le cadre de la médecine générale. Rappelons que les utilisations d'échelles se sont avérées décevantes.<sup>24</sup> Les recommandations sont nombreuses mais elles restent globales et générales,<sup>27, 28</sup> ou sous forme de questions précises issues de la clinique,<sup>29</sup> mais non validées. Le dépistage est toujours abordé par un questionnaire relativement long nécessitant une fiche de rappel ou un dossier, plus utile à l'élaboration ou à l'approfondissement d'un profil clinique qu'à la mise en alerte du médecin. Notons une tentative d'élaboration d'un questionnaire plus proche de la pratique généraliste comportant cependant 21 questions, mais dont le choix était subjectif et l'application non évaluée.<sup>30</sup>

Dans d'autres domaines, comme celui de l'alcool, il existe des méthodes plus achevées mais difficilement transposables aux conduites suicidaires.<sup>31</sup>

## Cahier des charges

Le groupe a donc élaboré un cahier des charges adapté à l'exercice de la médecine générale : sélectionner 3 à 6 questions, suffisamment simples pour éviter d'utiliser un support de rappel, banales pour être posées en toutes circonstances tant aux filles qu'aux garçons, sensibles pour révéler des antécédents suicidaires (et non le risque en cours), et spécifiques pour éviter les faux positifs. Pour cela nous avons traité les données de l'enquête Lycoll<sup>6</sup> les plus liées aux antécédents d'idées suicidaires et de tentatives de suicide déclarés. L'analyse était suivie par un médecin épidémiologiste pour le traitement des données et un pédopsychiatre universitaire pour le contrôle de leur interprétation.

## Données utilisées

Plus de 100 items sur les 273 de l'enquête Lycoll différenciaient statistiquement les non-suicidants des suicidants. On trouve les éléments cités dans la plupart des publications. Pour leur exploitation, les grands chapitres de la base de données ont été repris : la scolarité, le corps et la santé, les consommations, la famille, les

# DÉPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES

loisirs. Cependant, pour le tri, les items ont été répartis de façon à croiser des données quantitatives et qualitatives. Sur le plan quantitatif, les situations concernant le niveau corporel, psychique et sociorelationnel ont été retenues afin de couvrir des champs les plus diversifiés. Sur le plan qualitatif, les éléments d'état où le sujet est plutôt passif ou contraint ont été dissociés des éléments où le sujet est un tant soit peu participatif ou qui évoquent déjà des choix personnels.

Progressivement 6 thèmes aisés à aborder en consultation tout venant ont été déterminés (tableau II).

Dans le niveau sociorelationnel, il a semblé plus pertinent d'aborder le ressenti des relations, notamment la tension ou le stress, que des éléments descriptifs. Comme les motifs de consultation sont essentiellement somatiques, il n'a pas semblé pertinent de rajouter les plaintes somatiques dans le dépistage systématique. Les 5 thèmes restant ont donc été sélectionnés pour concevoir 5 questions.

Pour définir précisément les questions à poser, et parce qu'il est illusoire et impraticable d'aborder directement des questions sur le suicide lors de consultations de routine en médecine générale, il est apparu nécessaire d'établir deux niveaux de préoccupations :

- le premier est celui d'une mise en alerte, ce sont les questions « d'ouverture » ;
- le second augmente la précision par un critère de gravité, ce sont les questions « clés ».

## RÉSULTATS : LE TEST « TSTS » ET LE « CAFARD »

### Les questions d'ouverture : « TSTS »

On propose donc d'aborder les thèmes sélectionnés en formulant les questions d'ouverture suivantes :

- **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** → 2 investigations en une formulation « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif. On s'en souviendra avec l'acronyme TSTS.

TABLEAU II – LES 6 THÈMES INITIALEMENT RETENUS

	Situation plutôt imposée ou passive	Situation à niveau plutôt participatif
Niveau « corporel »	accidents, agressions,	plaintes somatiques
Niveau « psychique »	sommeil	consommation de tabac
Niveau « sociorelationnel »	famille	école, amis

### Les clés de gravité : « CAFARD »

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés »

- Difficultés de Sommeil → **Cauchemars** : « Fais-tu souvent des Cauchemars ? »
  - Antécédents Traumatiques → **Agression** : « As-tu été victime d'une Agression physique ? »
  - A déjà fumé du Tabac → **Fumeur** : « Fumes-tu tous les jours au moins 5 cigarettes ? »
  - Travail scolaire avec Stress → **Absentéisme** : « Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école ? »
  - Une vie de famille tendue → **Ressenti Désagréable familial** « Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »
- On s'en souviendra avec l'acronyme CAFARD.

### Évaluation du test à partir des réponses de l'enquête Lycoll

À partir des taux de réponses des suicidants dans l'enquête Lycoll, nous pouvons évaluer statistiquement l'augmentation des fréquences d'antécédents d'idées suicidaires (IS) ou de tentatives de suicide (TS) selon les réponses. Elles sont présentées dans le tableau III et les figures 1 et 2.

Dans le tableau III figurent les données chiffrées des proportions de suicidants répartis sur 3 niveaux, définis selon les réponses aux questions. Pour chaque sexe, toutes les différences entre les niveaux sont statistiquement significatives.

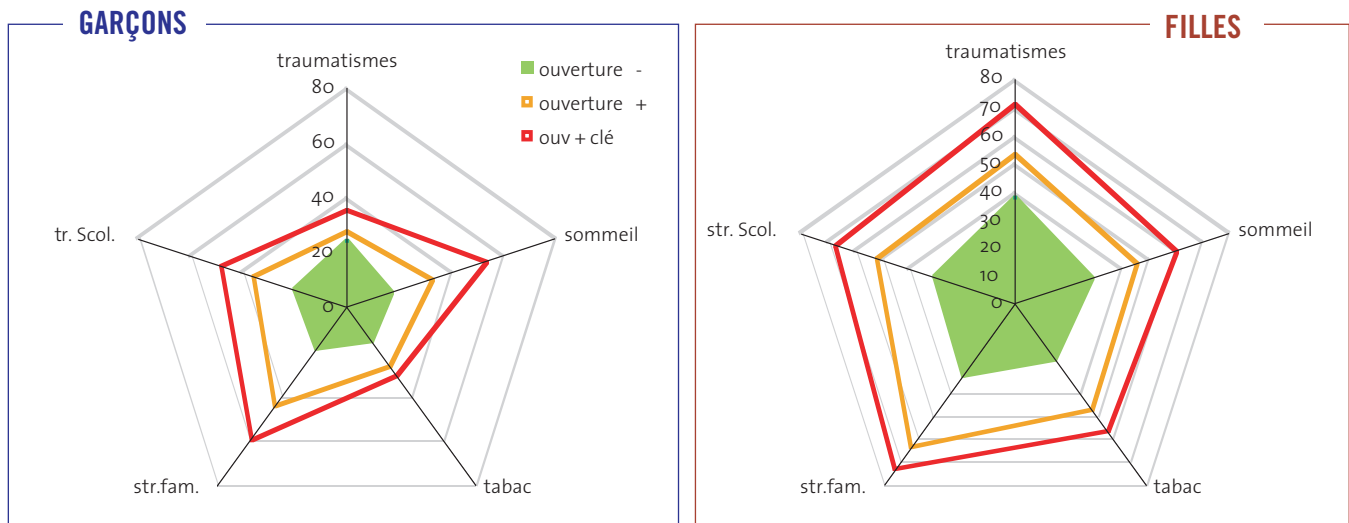
Les graphiques de la figure 1 ont été construits à partir des données des adolescents ayant eu des idées suicidaires ou fait des tentatives de suicide. Ils montrent de façon plus démonstrative le lien progressivement plus fort qui s'établit entre les réponses aux questions

TABLEAU III – PROPORTIONS DE SUICIDANTS RÉPARTIS SUR 3 NIVEAUX, DÉFINIS SELON LES RÉPONSES AUX QUESTIONS

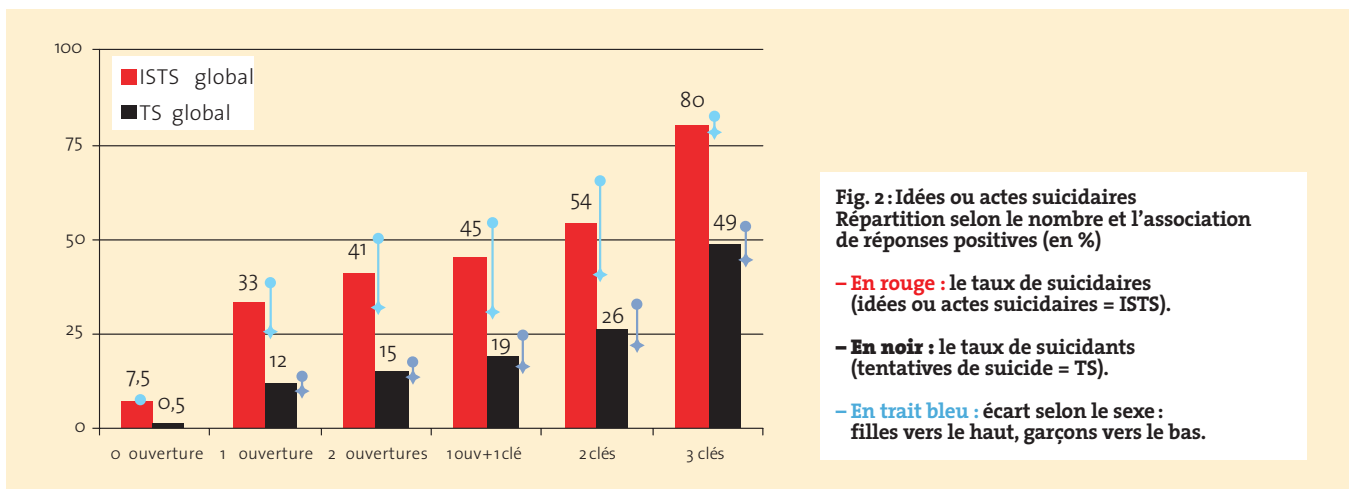
% des suicidants (= a déjà fait une TS) parmi les répondants à ces situations :	Niveau 1		Niveau 2			Niveau 3	
	Répondant Non		Répondant Oui			Répondant Oui	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles		Garçons	Filles
Accident de la circulation dans l'année <i>p</i> > 0,005	n = 1 744 6,5%	n = 1 682 14,5%	n = 1 148 10%	n = 827 19%	Antécédent d'agression <i>p</i> > 0,001	n = 486 16%	n = 266 31%
À souvent du mal à s'endormir <i>p</i> > 0,0001	n = 1 112 5%	n = 795 11%	n = 812 11%	n = 997 18%	Cauchemars souvent <i>p</i> > 0,0001	n = 78 33%	n = 258 34%
À déjà fumé <i>p</i> > 0,0001	n = 527 2%	n = 410 4,4%	n = 1 349 9,5%	n = 1 361 19%	Fume > 5 cigarettes/ j <i>p</i> > 0,0001	n = 532 15,6%	n = 467 28%
Souvent tressé par le travail scolaire <i>p</i> > 0,0001	n = 1 472 5%	n = 1 142 11%	n = 454 15%	n = 655 21%	Absentéisme scolaire <i>p</i> > 0,001	n = 189 28%	n = 199 32%
Dit avoir une « vie de famille tendue » <i>p</i> > 0,0001	n = 1 452 4,5%	n = 1 191 10%	n = 425 17%	n = 590 25%	« Famille désagréable » <i>p</i> > 0,05	n = 259 23%	n = 353 33%

Les niveaux de significativité des tests «  $\chi^2$  » sont donnés pour les différences entre chaque niveau.

# DÉPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES



**Fig. 1 : Idées ou actes suicidaires. Répartition selon les réponses aux questions d'ouvertures et de clés (en %)**  
 - en vert, la fréquence de jeunes ayant eu des idées ou des actes suicidaires ayant répondu négativement aux questions d'ouvertures TSTS;  
 - en jaune ceux qui y ont répondu positivement;  
 - en rouge ceux qui ont, en plus, répondu positivement aux questions clés CAFARD.



**Fig. 2 : Idées ou actes suicidaires**  
 Répartition selon le nombre et l'association de réponses positives (en %)

- En rouge : le taux de suicidaires (idées ou actes suicidaires = ISTS).

- En noir : le taux de suicidants (tentatives de suicide = TS).

- En trait bleu : écart selon le sexe : filles vers le haut, garçons vers le bas.

et les antécédents suicidaires. Cela est particulièrement net chez les filles.

Le graphique de la figure 2 construit à partir des cumuls des réponses aux questions montre que :

- la fréquence d'antécédents d'idées ou de tentatives de suicide chez les adolescents âgés de 14 à 17 ans qui ne sont pas concernés par l'ensemble des situations évoquées par l'acronyme « TSTS » est très faible (< 8 %) ;
- elle s'élève de façon significative et atteint la moitié des adolescentes filles concernées par deux situations d'ouverture ou une situation d'ouverture avec sa clé ;
- parmi les jeunes répondant par l'affirmative à 3 questions clés du CAFARD, 1 sur 2 a déjà fait une TS et plus de 3 sur 4 ont déjà eu des idées suicidaires.

## Validité statistique

**Sensibilité du test.** Il reste cependant à déterminer s'il existe des suicidants non dépistés par ces questions. Le calcul montre que parmi les 415 jeunes suicidants, seuls 3 (0,7 %) répondaient négativement à toutes les questions d'ouverture, et parmi les 793 qui n'ont eu que des idées suicidaires, seuls 23 (2,9 %)

étaient dans le même cas. La sensibilité du test aux questions d'ouverture (capacité à dépister le plus grand nombre) est donc importante, ce qui est la première qualité demandée à un test de dépistage.

**Complémentarité des questions clés.** C'est la recherche de l'éventuelle concordance entre les items du CAFARD. Le coefficient kappa a été utilisé ; celui-ci est habituellement pour évaluer la qualité interjuge d'un outil. Dans ce cas, la concordance est le fait que 2 cliniciens donnent les mêmes diagnostics pour les mêmes patients. Dans notre cas, on utilise le coefficient kappa pour mesurer la concordance entre les différents items du CAFARD, 2 à 2, c'est-à-dire pour évaluer la proportion de même réponse par les mêmes individus à 2 questions différentes (en tenant compte du hasard). Cela évalue la redondance des questions. Les seuils retenus étaient : une valeur inférieure à 0,5 met en évidence une absence de concordance entre 2 items de l'outil ; une valeur comprise entre 0,7 et 0,9 met en évidence une concordance forte entre les 2 items.<sup>31</sup> Les résultats obtenus figurent dans le tableau IV. Ils montrent qu'il n'y a pas de concordance entre les différents items du CAFARD qui ne sont donc pas redondants entre eux.

**TABLEAU IV – ÉTUDE DE LA CONCORDANCE DES ITEMS DU TEST CAFARD**

Concordance étudiée	Coefficient	Conclusion kappa
Fréquents cauchemars/agression	0,07	Pas de concordance
Agression/fumer au moins 5 cigarettes/j	0,14	Pas de concordance
Fumer au moins 5 cigarettes/j/souvent en retard ou absent	0,15	Pas de concordance
Souvent en retard ou absent/vie de famille plutôt désagréable	0,13	Pas de concordance
Fréquents cauchemars/vie de famille plutôt désagréable	0,12	Pas de concordance

## CONCLUSION

La fiabilité théorique du test étant d'un niveau correct, il paraît légitime de proposer aux praticiens de s'enquérir systématiquement d'antécédents d'idées ou d'actes suicidaires chez tout adolescent répondant positivement à au moins 2 questions du test. En effet, en répondant positivement à 2 questions du TSTS ou du CAFARD ou à une de chaque niveau, il y a au moins 50 % des filles et plus de 30 % des garçons qui, dans ce cas, ont déjà eu des antécédents d'idées ou d'actes suicidaires.

Mais cette conclusion issue d'un travail statistique en population générale d'adolescents de 3<sup>e</sup> et de 2<sup>nd</sup>e est-elle applicable en clientèle de médecine générale? Il restait à l'expérimenter par des confrères n'ayant pas travaillé sur le projet auprès de leurs consultants adolescents tout-venant. C'est l'étude qui sera présentée dans le prochain numéro de *La Revue du Praticien-Médecine Générale*. ■

## Références

- Van Brabant W. Psychologie du vice infantile. In : Lebegue J (ed.). Paris, Bruxelles : Félix Lacan, 1910.
- Pommereau X. Rapport « Santé des jeunes orientations et actions à promouvoir en 2002 » avril 2002 : 33 p.
- Ferrand I, Guillet, et le Haut Comité de la santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes. Edition ENSP av du Pr. Léon-Bernard 35043 Rennes Cedex, 2000.
- Choquet M, Ledoux S, Hassler C. Espad99. Inserm U472. Paris 2000.
- Binder Ph, Chabaud F, Balima S *et al.* Nouvelles démarches épidémiologiques : une enquête issue du terrain auprès de 3 800 adolescents avec un partenariat local, régional et national. *Rev Sante Publique* 2001 ; 13 : 367-77.
- Binder P. Les adolescents suicidants non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres? Enquête auprès de 3 800 adolescents. *Rev Prat Med Gen* 2001 ; 15 : 1507-12. (Enquête Lycoll).
- Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse. *Arch Pediatr* 1997 ; 4 : 784-92.
- Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Bugnon 17, 1005 Lausanne, Suisse.
- Hoyois Ph, Hirsch D, Matot JP. Suicide et tentative de suicide à l'adolescence. Situation du problème de l'investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale. Cahier de la Santé de la Commission communautaire française, 1998 ; 12 : 64 p.
- URML. Enquête sur la prise en charge des suicides et des tentatives de suicide en médecine libérale dans la région Poitou-Charente 1997-1999.
- Choquet M, Ledoux S. Adolescents : enquête nationale. Analyses et prospective. Paris : Inserm, 1994.
- McKelvey RS, Pfaff JJ, Acres JG. The relationship between chief complaints, psychological distress, and suicidal ideation in 15-24-year-old patients presenting to general practitioners. *Med J Aust* 2001 ; 175 : 550-2.
- De Clercq M, Vranckx A, Navarro F, Piette D. Enquête santé mentale des jeunes de l'enseignement secondaire en région de Bruxelles-Capitale. Plate-forme de

concertation pour la santé mentale de Bruxelles-Capitale; PROMES-U.L.B Bruxelles, 1996 ; 25 p.

- Paulus D, Doumenc M, Pestiaux D. Adolescents : quelles portes d'entrée dans la consultation? Centre universitaire de médecine générale-UCL Bruxelles. *Rev Prat Med Gen* 2003 ; 17 : 1048.
- Narring F, Michaud PA. Les adolescents et les soins ambulatoires. *Arch Pediatr* 2000 ; 7 : 25-33.
- Rhimer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression an suicide in Gotland. An Intensive study of all suicides before and after depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995 ; 35 : 147-52.
- ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus du 19 et 20 octobre 2000. Amphithéâtre Charcot. La Pitié-Salpêtrière. Paris. ANAES, 159, rue Nationale, 75640 Paris.
- Appleby L, Amos T, Doyle A *et al.* General practitioners and young suicides: a preventive role. *Br J Psychiatry* 1996 ; 168 : 330-3.
- Vegas R, Crampe J. Enquête auprès des médecins traitants sur les déterminants psychopathologiques du suicide en Mayenne. *BEH* no 22/2000.
- Lafay N, Fahs H, Marcelli D, Senonj L, Perivier. Troubles dépressifs des adolescents et des post-adolescents. Résultats de deux enquêtes poitevines en population scolarisée collégienne, lycéenne et étudiante. *Ann Psychiatr* 1998 ; 13 : 9-15.
- Martunnen MJ *et al.* Mental disorders in adolescent suicide : DSM-III-R axes I et II. Diagnosis in suicide among 13 to 19 years olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 834-9.
- Links PS, Balchand K, Dawe I, Watson WJ. Preventing recurrent suicidal behaviour. *Can Fam Physician* 1999 ; 45 : 2656-60.
- Marcelli D, Alvin P. Médecine de l'adolescent. Paris : Masson, 2000.
- Cremniter D, Wartel JS. Risque suicidaire, comment l'évaluer? *Rev Prat Med Gen* 1999 ; 446 : 97.
- Otto U. Suicide attempts in childhood and adolescence today and after ten years. A follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1972 ; 233 : 5-123.
- Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J, Bost M. A 5 year follow-up study of suicide among French adolescents. *L. Adolesc Health* 1998 ; 22 : 424-30.
- Matot JP, Hirsch D. Dix questions aux médecins généralistes sur le suicide à l'adolescence. 2002 : 35 p. Edition M.Vainsel. 60 C, avenue de la Toison d'or, 1060 Bruxelles.
- Alvin P, Bellaton E. Adolescent : comment amorcer le dialogue. *Rev Praticien Med Gen* 2003 ; 625 : 1174-7.
- Hamilton NG. Suicide prevention in primary care. Careful questioning, prompt treatment can save lives. *Postgrad Med* 2000 ; 108 : 81-4.
- Moula H, Mercier F-Nicoux, Velin J. Un questionnaire, amorce de dialogue, peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale? *Rev Prat Med Gen* 2001 ; 533 : 741-6.
- Picard V, Gerbaud L, Perthus I *et al.* Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont-Ferrand. *Rev Prat Med Gen* 2002 ; 573 : 741-6.

## TO DETECT TEENAGERS' SUICIDE BEHAVIOUR. ELABORATION OF A TEST AND ITS VALIDATION

**CONTEXT :** GENERAL PRACTITIONER IS USED TO BE CONSULTED BY TEENAGERS WHO HAVE ALREADY HAD SUICIDE IDEAS OR ATTEMPTED SUICIDE AND WHO WERE NOT BEEN TAKING CARE FOR. THE MOST OF THE TIME THE GP DOESN'T KNOW THEIR ANTECEDENTS; BUT AS THEY ARE AT RISK TO DO IT AGAIN, IT'S IMPORTANT TO DETECT THEM.

**OBJECTIVE :** TO ELABORATE AND TO VALIDATE A TEST TO DETECT TEENAGERS' SUICIDE BEHAVIOUR.

**METHOD :** AFTER PARTICIPATING TO A SURVEY (LYCOLL) WHICH INCLUDED 3 872 TEENAGERS, 17 GPs AND 3 PSYCHIATRISTS (ADOC) CREATED A SCREENING TEST TO BE USED BY GPs. IT WAS A QUESTIONNAIRE, NAMED TSTS, WITH 4 QUESTIONS COMPLETED BY 5 ITEMS TO EXPLORE THE TROUBLES' SEVERITY. THEN, THIS TEST HAS BEEN EXPERIENCED AMONG 38 GPs WHO DIDN'T KNOW IT BEFORE. THIS STUDY HAS BEEN DONE AS A CLINICAL AUDIT. EACH PHYSICIAN HAS BEEN VISITED BY A RESEARCH CLINICAL ASSISTANT WHO HAD BEEN TAUGHT FOR IT, TO ESTIMATE THE SCREENING OF SUICIDE IDEAS OR ATTEMPTED SUICIDE BEFORE AND AFTER TAKING KNOWLEDGE OF THE TEST.

**RESULTS :** RESULTS INDICATE A VERY GOOD ACCEPTABILITY OF THIS SCREENING TOOL WHICH HAS BEEN USED FOR 60% OF TEENAGERS' OFFICE VISITS. IT ALLOWED TO GUIDE A LARGE NUMBER OF VISITS TOWARDS PREOCCUPATIONS WHICH WERE DIFFERENT FROM THE INITIAL ONE AND TO DETECT SUICIDE ANTECEDENTS AMONG 13% TEENAGERS "TESTED" AMONG WHOM 2/3 HAD ALREADY SEEN A GP.

**CONCLUSION :** THIS TEST IS RECOMMENDED TO GPs IN USUAL PRACTICE TO DETECT TEENAGERS AT SUICIDE RISK.

REV PRAT MED GEN 2004 ; 18 : 576-80.