



LES TENTATIVES

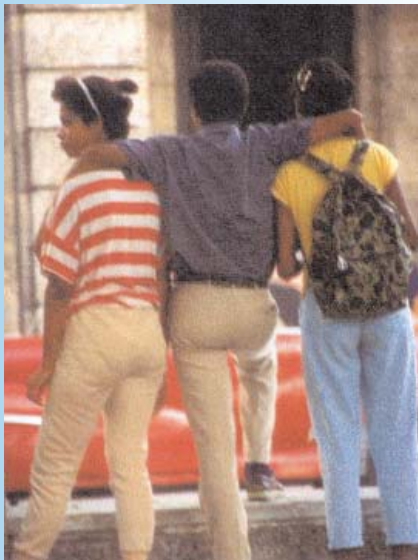
DE SUICIDE

CHEZ LES

ADOLESCENTS

SCOLARISES

EN GUYANE :



ETAT DES LIEUX

ET GROUPES A RISQUE

Editorial

Ce rapport vous livre les résultats d'une analyse relative à la santé mentale des adolescents de Guyane scolarisés dans le second degré.

Il s'agissait, pour nous, acteurs de santé publique, de tirer la sonnette d'alarme sur une problématique grave : la crise suicidaire dont la tentative de suicide n'est qu'une des sorties possibles.

De plus, il nous semble que mettre en perspective des faits d'actualité ou un ressenti populaire par des données chiffrées, était indispensable.


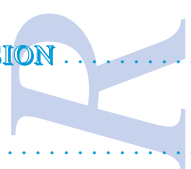
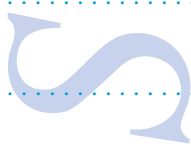
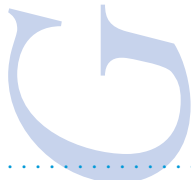
Ainsi, vous pourrez constater que le problème du suicide et la tentative de suicide pèse de plus en plus lourd dans notre société en terme de morbidité.

Les jeunes de Guyane doivent donc retenir toute notre attention : politiques, institutionnels, professionnels, citoyens et c'est ensemble que nous devons oeuvrer à la poursuite d'une véritable prévention et prise en charge adaptées à nos réalités locales.

Madame Marie-Claude VERDAN

Présidente du C.A. de l'ORSG

Sommaire



Editorial	1
Equipe ORSG	5
Remerciements	7
1 - INTRODUCTION	9
2 - OBJECTIFS	15
3 - METHODOLOGIE	19
4 - POPULATION	27
5 - RESULTATS D'ANALYSE	33
6 - SYNTHESE ET DISCUSSION	51
7 - CONCLUSION	59



Equipe de
l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane

PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORSG

Mme Marie-Claude VERDAN : *Conseillère Régionale*

PRESENTATION DE L'EQUIPE DE L'ORSG :

Dr Marie-Josiane CASTOR-NEWTON : ***Directrice de l'ORSG***
Docteur en Médecine, Spécialiste en Santé Publique

Mme Sandrine CHANTILLY : ***Responsable Cellule Etudes***
Economiste de la Santé (DESS de Gestion)

Melle Marie-Thérèse DANIEL : ***Responsable Cellule Documentation***
Géographe (DEA de Géographie des Espaces Tropicaux)

Mme Arise CHOCHO : ***Chargée d'études***
Maîtrise de Sciences Sanitaire et Sociale/Santé Publique

M. Robert VIVIES : ***Responsable Administratif et Financier***
(D.U. de Gestion des Ressources Humaines)

Mme Christelle LARUADE : ***Assistante d'études et d'édition/P.A.O***

Melle Rose MONNY : ***Assistante de Direction***

M. Romain ALLEN : ***Aide-documentaliste***

Mme Sylvaine LAUBE : ***Secrétaire de documentation***

Melle Jocelyne FABIEN : ***Standardiste***

Mme Céline BIENVENU : ***Vaguemestre***

ORSG

Observatoire Régional de la Santé de Guyane

Espace "Bertène JUMINER"

BP 659

771, route de Baduel 97335 CAYENNE CEDEX

Tél. : 05 94 29 78 00 Fax : 05 94 29 78 01

site : www.ors-guyane.org - E-mail : orsg@wanadoo.fr

Remerciements

L'ORSG remercie chaleureusement tous ceux qui ont apporté bénévolement leur participation à la réalisation de l'enquête adolescents conduite en avril 2003 :

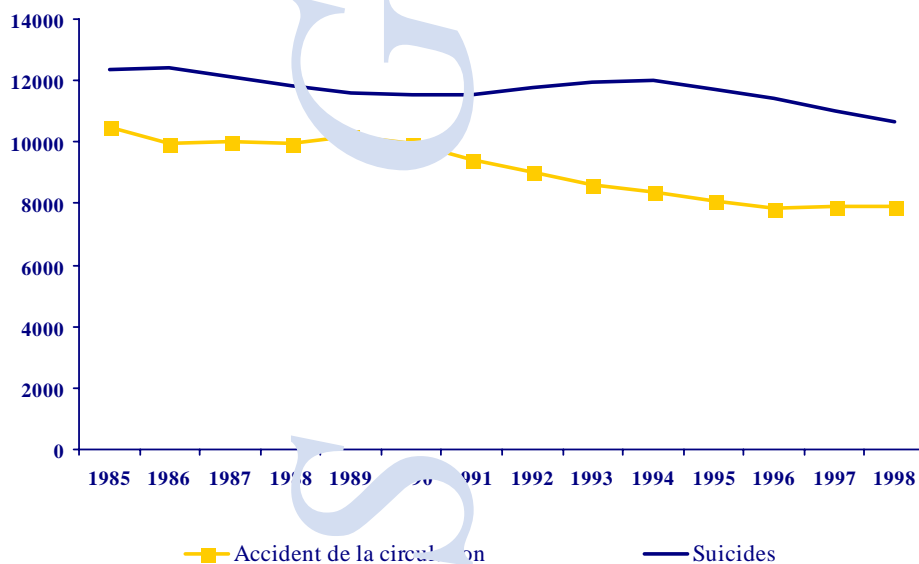
- le personnel de santé scolaire,*
- le personnel du service social du rectorat,*
- les élèves,*
- les parents et associations des parents d'élèves.*
- et plus généralement toutes les personnes œuvrant au sein de l'Education Nationale.*

De même, nous remercions vivement Madame CHOQUET ainsi que toute l'unité 472 de l'INSERM, pour leur précieuse collaboration et leurs judicieux conseils.

O R S G

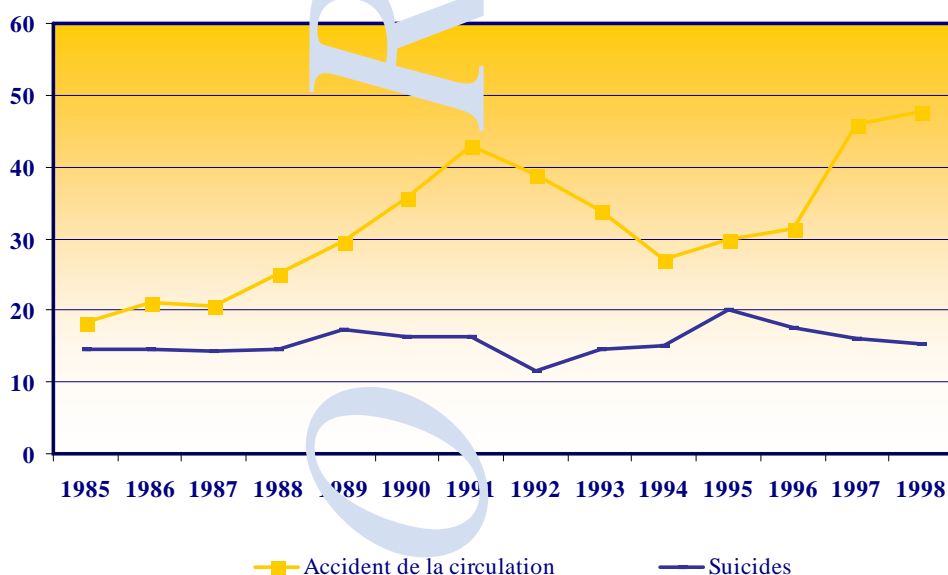
1 - INTRODUCTION

**Evolution du nombre de décès* par suicide
et par accident de la circulation en France Hexagonale
de 1985 à 1998**



* : Le nombre de décès est une moyenne mobile sur 3 ans.

**Evolution du nombre de décès* par suicide
et par accident de la circulation en Guyane
de 1985 à 1998**



* : Le nombre de décès est une moyenne mobile sur 3 ans.

1-1 Définitions

Le suicide, en Guyane comme ailleurs, est un sujet qu'il est difficile d'aborder, que ce soit lors de discussions spontanées, dans un cadre pédagogique ou professionnel, ou encore à l'occasion de travaux scientifiques.

Et pourtant, très tôt dans sa vie, chaque individu est capable d'associer le mot "suicide" avec l'acte qui consiste à se donner volontairement la mort.

Le plus souvent, heureusement, la volonté de se donner la mort se solde par un non-succès. Dans ce cas, on parle de tentative de suicide. Les éléments qui font que le but ultime n'est pas atteint sont nombreux et variés en passant par le choix des moyens utilisés pour se donner la mort à la notion d'appel au secours, au moyen d'extérioriser sa souffrance que constitue la tentative de suicide.

Néanmoins, les suicidants (ceux qui ont fait une tentative de suicide) doivent retenir toute l'attention des acteurs de ce drame - famille, environnement socioprofessionnel ou scolaire, amis, professionnels de santé, car, ceux-ci, au delà de la détresse psychologique dans laquelle ils sont plongés, sont soumis à un risque majeur qui est celui de la récurrence dont les chances de "succès" augmentent considérablement à chaque tentative.

1-2 Contexte

La prévention du suicide, Priorité nationale de Santé Publique depuis 1996, donne lieu à de nombreuses initiatives régionales comme celle de l'Observatoire Régional de la Santé de Guyane (ORSG) par l'organisation d'un colloque international sur le suicide et les tentatives de suicide en décembre 2003.

En effet, depuis plusieurs décennies, le suicide est en augmentation dans le monde et en Europe. De même, la France est comptée parmi les pays européens ayant les taux de mortalité les plus élevés par suicide. Avec 10 231 décès par suicide en France métropolitaine en 1999, la tendance selon laquelle les suicides provoquent plus de décès que les accidents de la circulation se poursuit (cf. figure 1). Et, malgré le fait que la mortalité due à cette cause est en baisse depuis plusieurs années en France, il est nécessaire de s'investir dans la lutte contre ce malheur social et psychologique car son poids en terme d'années potentielles de vie perdues est important.

De plus s'il est vrai que les tentatives de suicide (TS) sont très mal recensées, on estime selon l'OMS, que pour 1 suicide, on dénombre 20 tentatives voire 30 chez les adolescents. Ainsi, ce problème est un véritable enjeu de Santé Publique en terme de morbidité, d'autant plus si on garde à l'esprit que le profil des personnes ayant fait une tentative de suicide diffère de celui des personnes décédées par suicide : schématiquement, les premières sont le plus souvent des femmes et des personnes relativement jeunes, alors que les autres sont en majorité des hommes et concernent de façon non négligeable des personnes âgées de plus de 65 ans.

Lorsque l'on analyse les statistiques de décès par suicide en Guyane, on observe une augmentation de ceux-ci sur la dernière décennie. Néanmoins, les accidents de la circulation font toujours plus de victimes que les suicides parmi la population guyanaise. La tendance est inversée par rapport à l'hexagone. (cf. figure 2)

Toutefois, on observe que le suicide est la 3^{ème} cause de décès parmi les 15-34 ans. De plus, si pour certains, pendant longtemps et jusqu'à aujourd'hui, le suicide n'a pas été un problème majeur de Santé Publique, force est de constater qu'il nous faut réagir lorsque l'on sait qu'en Guyane, 3 % des décès totaux sont dus au suicide, pour la période 1997-99.

Ce chiffre, qui semble banal a priori, acquiert toute son importance lorsque l'on sait que la 1^{ère} cause de décès, les accidents vasculaires cérébraux totalisent 9 % des décès totaux.

Il faut également noter que la mortalité par suicides, en Guyane comme ailleurs, est sans aucun doute sous-estimée quant à la notification et à la certification en tant que telle. Ceci, pour différentes raisons dont la principale est le TABOU dont est enveloppée la question.

Toutefois, le problème prend toute son ampleur en terme de morbidité. C'est ce que nous avons pu constater par le biais de l'enquête que nous avons réalisé auprès des adolescents de Guyane scolarisés dans le 2nd degré. Ainsi, il apparaît que 14 % des jeunes disent avoir attenté à leurs jours au moins une fois, soit une augmentation de 2 points par rapport à 1997.

Il est donc nécessaire de s'attaquer sérieusement à ce problème au sein de la jeunesse guyanaise. D'autant plus que l'actualité récente vient conforter cette réalité statistique par une recrudescence des suicides parmi les adolescents sur fond de pratiques magico-religieuses et de jeux de rôles.

1-3 Problématique de l'enquête adolescents

Au regard de tous ces éléments, il nous a semblé indispensable d'effectuer une analyse sur les tentatives de suicide chez les adolescents de Guyane.

Cette analyse s'inscrit dans une étude plus large sur la santé des adolescents.

En effet, l'ORSG, en partenariat avec l'Education nationale (l'INSERM) Unité 472, a reconduit en avril 2003 une enquête auprès des adolescents scolarisés déjà menée en mars 1997 avec les mêmes partenaires et les mêmes objectifs.

A travers cette enquête, nous voulons essayer de cerner et comprendre davantage les difficultés et problèmes sanitaires et sociaux que rencontre la jeunesse guyanaise scolarisée pour tenter de répondre au mieux à ses besoins.

A partir des données épidémiologiques que nous avons recueilli auprès de cette population sur son état de santé, il s'agissait de :

- Faire un état des lieux de la pathologie suicidaire parmi les jeunes
- D'identifier des facteurs et indicateurs de risque, puis des groupes à risque en terme de tendance suicidaire afin, d'une part, d'aider à dépister ce comportement et à évaluer le risque suicidaire et, d'autre part, de contribuer à ce que soient mieux ciblées les politiques publiques visant à lutter contre ce mal au sein de la jeunesse guyanaise.

Par la compréhension des facteurs de risque, des facteurs aggravants ou favorisant le passage à l'acte suicidaire, l'entourage d'un sujet "à risque" serait plus apte à évaluer le risque suicidaire et permettre, par une réponse la plus adaptée possible (la parole, la chimiothérapie, l'accompagnement physique et psychique voire l'hospitalisation) de dépasser la crise suicidaire et de désamorcer la bombe psychologique, la violence auto-destructrice que nourrit l'individu, en lui.

Si le geste commis semble fréquemment disproportionné au regard du motif invoqué, la notion de facteur de risque prend toute son importance car le suicide ou la tentative de suicide s'inscrit toujours dans une trajectoire de vie sur laquelle influent de nombreux éléments qu'il est important de pouvoir identifier dans une optique de prévention mais aussi de prise en charge du suicide.

2 - OBJECTIFS

Cette analyse sur les tentatives de suicide chez les adolescents, qui a fait l'objet d'une présentation lors du colloque international sur les suicides et tentatives de suicide en Décembre 2003, a pour objectifs :

- De présenter quelques données épidémiologiques sur la pathologie suicidaire en terme de morbidité, pour la population étudiée ;
- D'identifier des facteurs et indicateurs de risque des tentatives de suicide chez les adolescents de Guyane.

Cette analyse s'inscrit dans une enquête plus globale réalisée en milieu scolaire en Avril 2003, dont les résultats généraux seront disponibles dans le courant de l'année 2004.

S
R
O

3 - METHODOLOGIE



BULLETIN



Enquête sur la santé des adolescents

Novembre 2003 - n°3

Sommaire

- Introduction
- Présentation de l'enquête
- Le suicide chez les adolescents

BULLETIN

Directeur de la publication :
Marie-Claude VERDAN

Rédacteur en chef :
Marie-Josiane CASTOR-NEWTON

Réalisation :
ORSG

Comité de lecture :
Conseil Scientifique

Dépôt légal : novembre 2003
Bulletin trimestriel
Parution en 500 exemplaires

Editorial

Chers (es) lecteurs (trices),

L'enquête sur la santé des jeunes en milieu scolaire que nous allons vous présenter s'inscrit dans un contexte de crise du système scolaire et plus largement de l'école en général. Le projet de réforme scolaire visant à transférer la responsabilité de gestion du personnel non enseignant aux collectivités locales a provoqué des mouvements de protestation du corps enseignant qui, au-delà du simple mécontentement de transfert de compétences, a voulu manifester contre les carences de l'éducation (manque de moyens financiers, de professeurs, d'écoles...) et l'insécurité à l'école.

Les maux de la société ont franchi les murs de l'école qui, auparavant, faisaient d'elle un espace clos et protégé. C'est ainsi que les inégalités de chance constatées dans certaines écoles ne sont que le reflet d'une situation déjà existante au niveau du département, de la ville ou du quartier.

La Guyane n'est pas épargnée par ce type de problèmes. De plus, s'ajoutent des difficultés propres au contexte socio-géographique de la région. C'est ainsi que la pluri-ethnicité, l'un des atouts de notre département, peut-être un obstacle à l'égalité des chances.

Quant on sait qu'en 1999, 44,2 % des jeunes âgés de 25 à 29 ans en Guyane sont sortis du circuit scolaire sans diplôme, outil nécessaire à l'intégration économique et sociale, il est tant de tirer la sonnette d'alarme !

Bonne lecture et à bientôt.

Marie-Claude VERDAN
Présidente du C.A. de l'ORSG

3-1 MÉTHODE D'ENQUÊTE

L'étude sur les tentatives de suicide qui fait l'objet du présent rapport, est basée sur l'analyse des données épidémiologiques recueillies lors de l'enquête qui a été reconduite auprès des adolescents en milieu scolaire en avril 2003.

Cette enquête épidémiologique, réalisée pour la première fois en 1997, a été initiée par l'ORSG en partenariat avec l'INSERM-Unité 472 (*Mme CHOQUET Marie*) et a porté sur un échantillon représentatif de classes de l'enseignement secondaire, privé et public. Cette recherche avait pour objectif de décrire l'état de santé, au sens large du terme, des jeunes adolescents en milieu scolaire.

C'est le questionnaire élaboré par l'INSERM, adapté à la Guyane par le comité de pilotage, qui a été présenté en classe en la seule présence d'un professionnel de la santé scolaire ou des services sociaux, dans des conditions préservant anonymat et confidentialité (*conditions reconnues par la CNIL elle-même*).

Le questionnaire était scellé par l'élève lui-même et déposé dans une urne.

Onze thématiques étaient abordées : les caractéristiques socio-démographiques, la scolarité, le corps, les consommations de produits licites et illicites, l'environnement familial et relationnel, l'image de soi, la violence, les loisirs, la sexualité, le carnaval et enfin, les interlocuteurs privilégiés en matière d'éducation pour la santé.

L'effectif final de l'échantillon est de 3095 élèves. Il a été constitué de manière à être représentatif de la population des jeunes scolarisés dans le second degré.

METHODE D'ANALYSE - RECAPITULATIF

	ETAT DES LIEUX	FACTEURS ET INDICATEURS DE RISQUE	
	PREMIERE ETAPE	SECOND ETAPE	TROISIEME ETAPE
Population étudiée	Echantillon total	Echantillon total	2 sous-populations : <ul style="list-style-type: none"> ● filles ● garçons
Type de l'analyse	Univariée	Bivariée	Multivariée
Modèles statistique	Tris à plat	Tableau de contingence	Régression logistique
Tests utilisés		Chi-2	Maximum de vraisemblance
Variables utilisées	<ul style="list-style-type: none"> ● Tentative de suicide ● Idées suicidaires ● Etat de santé subjectif ● Santé psychique ● Violence ● Conduites à risque ● Dépendances 	<p><u>Variabes à expliquer (d'étude)</u> Tentative de suicide - <i>oui</i> - <i>non</i></p> <p><u>Variabes "à relier" ou "explicatives"</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ● Caractéristiques sociodémographiques et scolaires ● Mode de vie et vie relationnelle ● Conduites à risque ● Malaise 	

Tableau 1

3-2 MÉTHODE D'ANALYSE

Cette recherche sur la pathologie suicidaire chez les adolescents s'appuie sur une analyse statistique de données épidémiologiques effectuée avec le logiciel SAS version 8.2. Nous avons conduit cette analyse en plusieurs étapes.

3-2.1 La présentation descriptive

Dans un premier temps, nous avons mesuré la prévalence du comportement suicidaire au sein de notre échantillon par le biais d'une présentation descriptive, transversale. Pour cela nous avons exposé plusieurs indicateurs se rapportant à la santé mentale des élèves.

Dans cette optique, nous avons détaillé :

- Les tentatives de suicide par la proportion de primo-suicidants mais aussi de récidivistes ;
- L'édéation suicidaire ;
- Les équivalents suicidaires qui sont des comportements conscients ou non, identifiés chez ces jeunes, qui sont traditionnellement assimilés à une conduite suicidaire de part la prise de risques potentiellement mortels qu'ils supposent.

Tous ces aspects sont présentés de façon globale puis selon le sexe et l'âge.

Lorsque dans le texte nous parlons de différence, entre les garçons et les filles par exemple, ou de liaison entre 2 variables, il s'agit de notions statistiquement significatives, même si pour alléger la rédaction nous ne communiquons pas les probabilités associées.

3-2.2 L'identification des facteurs et indicateurs de risque

Dans un second temps, nous avons recherché, par le biais de régressions logistiques, des modèles¹ aptes à décrire la pathologie suicidaire chez les adolescents.

¹ Le modèle est la relation statistique basée sur une équation mathématique qui explique la variable étudiée par les variables dites explicatives.

A - LES VARIABLES CONCERNÉES

a) La variable à expliquer ou variable étudiée

La variable que nous avons étudié est nommée "Tentative de suicide" et comporte 2 modalités : "non, je n'ai jamais tenté de me suicider" et "oui, j'ai déjà fait une tentative de suicide". La modalité "oui" regroupe les primo-suicidants et les récidivistes.

b) Les variables explicatives

Ce sont les variables à intégrer dans le modèle en fonction de l'analyse, dont la présence pourrait, expliquer la survenance du phénomène que nous étudions.

Parmi celles-ci, on trouve :

- Des variables non élaborées qui représentent la réponse directe de l'interrogé à une question. Ces variables n'ont pas lieu d'être regroupées telles que l'occupation des loisirs (sorties en boîte, sorties entre jeunes, ...) et certains événements de la vie personnelle ;
- Des variables élaborées² qui sont le regroupement de plusieurs réponses et qui synthétisent certains aspects et événements de la vie du jeune telles que la dépressivité, l'ambiance au sein de la famille, la violence subie, la violence exercée...

Ainsi, pour des raisons d'ordre méthodologique relatives à la validité statistique des régressions logistiques, la recherche de groupes à risque se fait par l'identification de facteurs et d'indicateurs de risque. Ceci a pour effet de limiter le nombre de variables explicatives intégrées dans un même modèle.

Cette démarche s'appuie également sur une réflexion scientifique inspirée de la littérature.

Tout cela nous a conduit à regrouper les variables "explicatives" de la sorte :

- Caractéristiques socio-démographiques et scolaires,
- Mode de vie et vie relationnelle,
- Conduites à risque,
- Malaise.

² Les variables élaborées ont été synthétisées par l'INSERM dans le cadre de l'enquête nationale sur la santé des jeunes réalisée en 1993.

B - STRATÉGIE D'ANALYSE

Nous avons procédé en 2 phases :

La première étape a consisté en une série d'analyses bivariées³ visant à établir une relation entre la variable étudiée et les autres variables dites "explicatives". Des résultats obtenus, nous avons retiré un ensemble de variables statistiquement liées à la variable étudiée par le test du chi-2.

Dans une seconde étape, nous avons effectué des analyses multivariées⁴ par le biais de régressions logistiques⁵. C'est à dire que nous avons fait des régressions de la probabilité d'observer une tentative de suicide en fonction des covariables retenues et introduites dans le modèle au regard des résultats de la première étape. Nous avons ensuite comparé les odds-ratio⁶ et retenu les variables les plus significatives sur le plan statistique afin d'établir des facteurs et indicateurs de risque probabilistes.

Lors de la construction des modèles d'analyse, il a fallu procéder à un arbitrage entre les différents éléments à intégrer dans le modèle. Ce choix s'est fait en fonction de plusieurs critères qui ont été pris en compte, au cas par cas :

- La force de la relation mise en évidence par l'analyse bivariée ;
- L'indépendance entre les variables explicatives ;
- Le nombre de variables susceptibles d'être intégrées dans le modèle ;
- La variable en tant que facteur susceptible d'être amélioré ou d'être repéré, de façon globale, par un intervenant extérieur dans le cadre d'une politique de prévention ou de prise en charge d'un comportement suicidaire ;
- La structure de la variable (création de demi-variables⁷ ou non, qui verraient augmenter le nombre de variables à intégrer dans le modèle et lui ferait perdre de sa validité) ;
- La pertinence en fonction de la littérature.

³ Recherche d'une relation entre deux variables qualitatives.

⁴ Recherche d'une relation entre une variable qualitative à deux classes et des variables Xi qui peuvent être quantitatives ou qualitatives.

⁵ La régression logistique est une manière de modéliser la relation multivariée.

⁶ Mesure d'association entre la variable étudiée et les variables explicatives.

⁷ Variables créées pour chaque modalité de la variable initiale.

Dans cette phase, nous avons procédé à une analyse distincte par sexe, laquelle apparaît indispensable lorsque l'on sait que la tentative de suicide est un comportement beaucoup plus observé parmi le sexe féminin. Ainsi, la problématique, donc l'approche du problème, doit être différenciée en fonction du sexe.

4 - POPULATION

LES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ECHANTILLON

SEXE		LIEU DE RESIDENCE		
Filles	52 %	Ville	68 %	
Garçons	48 %	Littoral	20 %	
		Intérieur	12 %	
AGE		ACTIVITE DES PARENTS		
			Père	Mère
Minimum	7 ans	Actif	70 %	50 %
Moyen	15 ans	Chômage	10 %	14 %
Maximum	24 ans	Inactif	10 %	28 %
		Ne sait pas	10 %	8 %
ETABLISSEMENT SCOLAIRE		CELLULE FAMILIALE		
Collège	71 %	2 parents	49 %	
LEGT	13 %	1 parent	29 %	
LP	16 %	famille recomposée	13 %	
		autres	9 %	
NATIONALITE				
Française	68 %			
Française origine				
Etrangère	6 %			
Etrangère	26 %			

Tableau 2

source : enquête adolescents 2003

4-1 POPULATION CIBLE

Cette enquête épidémiologique a porté sur un échantillon représentatif des élèves scolarisés dans le secondaire en Guyane, du secteur privé et public.

Au total, 124 classes ont été tirées au sort pour l'étude : 76 au collège, 37 dans les lycées d'enseignement général et technique, 11 dans les Lycées professionnels.

L'ensemble des élèves de ces classes représentait un échantillon initial de 4171 élèves. 26 % d'entre eux n'ont pas participé à l'enquête. Pour plus de la moitié (53 %), la non-participation a résulté de l'indisponibilité, la semaine de l'enquête, des classes tirées au sort.

Pour 2003, l'effectif final est donc de 3 095 élèves.

En 1997, l'échantillon enquêté était légèrement plus important.

4-2 DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Notre échantillon est composé de :

- 48 % de garçons contre 52 % de filles, avec un âge moyen de 15 ans avec des individus âgés de 7 à 24 ans ;
- 68 % de collégiens, 20 % de lycéens et 12 % d'élèves en LEP;
- La diversité de la population se retrouve avec 68 % d'élèves de nationalité française, 6 % de jeunes d'origine étrangère, et 26 % d'étrangers ;
- La répartition sur le territoire est à peu-près identique à celle de la population générale avec 68 % des élèves qui vivent en ville contre 20 % dans une commune du littoral et 12 % dans l'intérieur de la Guyane ;
- Les pères ont une activité professionnelle dans 70 % des cas, 10 % étant au chômage, 10 % inactifs (*à la retraite ou au foyer*) et 10% pour lesquels le jeune ne connaît pas l'activité, respectivement 53 % 14 % et 25 % pour les mères
- Moins de la moitié des élèves vivent avec leurs deux parents, 30 % avec l'un d'entre eux (*généralement la mère*), 13 % vivent au sein d'une famille recomposée et 8 % vivent dans d'autres conditions (*orphelinat, grands-parents*).

LE STATUT SCOLAIRE

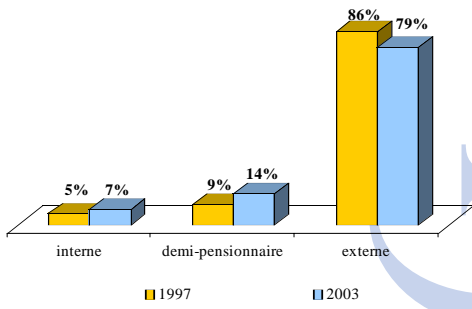


Figure 5 source : enquête adolescents 2003

LE TEMPS DE TRANSPORT

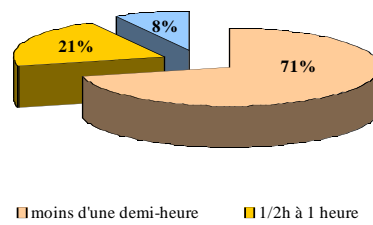


Figure 6 source : enquête adolescents 2003

LA SATISFACTION SCOLAIRE

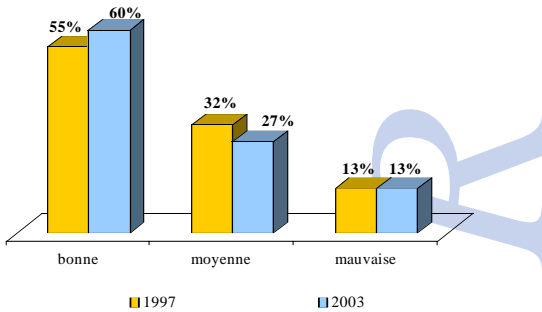


Figure 7 source : enquête adolescents 2003

LE REDOUBLEMENT

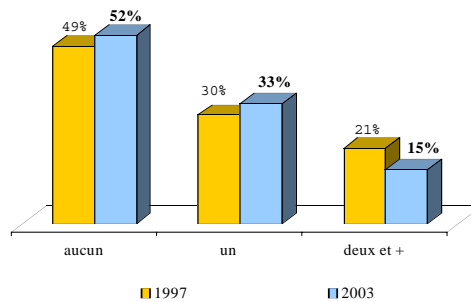


Figure 8 source : enquête adolescents 2003

Par ailleurs, nous avons constaté que l'échantillon a très peu évolué entre les 2 périodes en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques. Les seules différences statistiquement significatives sont que :

- Les élèves sont légèrement plus jeunes qu'en 1997;
- Les élèves résidant dans l'intérieur de la Guyane et sur le littoral sont plus nombreux ;
- La proportion de pères inactifs (*à la retraite, au foyer, ...*) a augmenté.

Concernant la vie scolaire des jeunes enquêtés, les constats suivants peuvent être faits :

- Près de 4 élèves sur 5 sont externes. Ceci est le reflet de la moindre tendance au recours à la cantine scolaire et du manque de structures favorisant l'internat. Néanmoins si on observe l'évolution (*qui est statistiquement significative*), on constate que la tendance est à l'amélioration notamment en ce qui concerne le développement des cantines.
- Ceci est très important car près de 30 % des élèves parcourent un trajet de plus d'une demie heure chaque jour pour se rendre à l'école.
- Malgré tout, les élèves guyanais disent être satisfaits de l'école pour 60 % d'entre eux, satisfaction qui va en augmentant.
- Un autre point positif est que le nombre de redoublants multiples diminue de façon importante ce qui se traduit par plus de la moitié des élèves qui n'ont jamais redoublé.

5 - RESULTATS D'ANALYSE

LES TENTATIVES DE SUICIDE

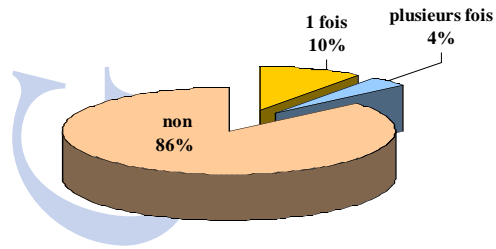


Figure 9 source : enquête adolescents 2003

LES TENTATIVES DE SUICIDE PAR SEXE

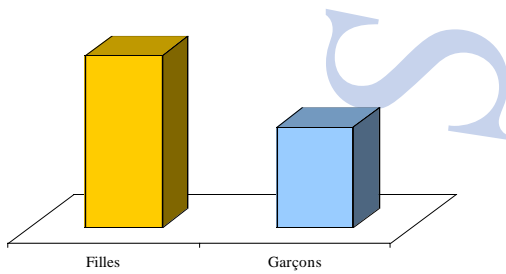


Figure 10 source : enquête adolescents 2003

LES IDEES SUICIDAIRES

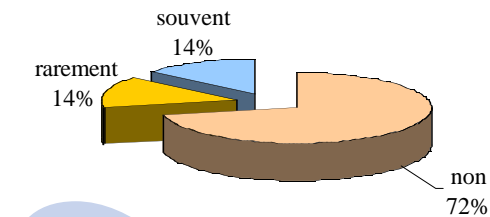


Figure 11 source : enquête adolescents 2003

5-1 LA PRÉSENTATION DESCRIPTIVE

Dans ce chapitre, nous allons dresser un état des lieux de la pathologie suicidaire au sein de la population des adolescents de Guyane, sans oublier la question des conduites à risque.

5-1.1 Pathologie suicidaire

La prévalence de la tentative de suicide au sein de notre échantillon est de 14 % soit 373 élèves. Ceci représente, par rapport à 1997, une augmentation sensible qu'il faut prendre en compte. En effet, à l'époque, déjà 12 % des jeunes disaient avoir attenté à leurs jours au moins une fois.

Ainsi, le suicide est en augmentation au sein de la jeunesse guyanaise. Et, il faut être particulièrement vigilant vis à vis des 4 % qui ont attenté plusieurs fois à leurs jours.

Ce geste majeur et ultime que constitue la tentative de suicide, dicté par la souffrance psychologique dans laquelle se trouve l'individu, est connu pour être plus observé parmi les filles (femmes) que parmi les garçons (*hommes*). Cette tendance est également confirmée dans notre étude avec 17 % des filles ayant tenté une autolyse contre 10 % des garçons.

Si l'on sait de par la littérature que les jeunes sont beaucoup plus concernés par les tentatives de suicide que les adultes, il est important de constater qu'au sein de notre échantillon uniquement composé de jeunes, les 16-17 ans sont plus souvent touchés par ce problème que les autres avec 17 % d'entre eux qui ont tenté de se suicider au moins une fois contre 9 % des moins de 14 ans. L'entrée dans l'âge adulte apparaît ainsi comme une source supplémentaire de difficultés pour ces jeunes. Cela ne doit pas faire oublier les plus jeunes qui sont tout de même 9 % à se sentir mal.

Afin d'avoir une vision plus globale des jeunes qui s'inscrivent dans une pathologie suicidaire, un indicateur important est celui de l'idéation suicidaire, car, avant tout passage à l'acte, un individu, dans la plupart des cas, conçoit dans son esprit un projet suicidaire. Ainsi, 28 % des jeunes disent avoir déjà pensé au suicide (772 élèves) sans différence significative entre les 2 enquêtes (1997 et 2003).

De même que pour les tentatives de suicide, cet indicateur est très fortement lié au sexe avec 18 % des filles qui ont souvent eu des idées de suicide contre seulement 8 % des garçons. Par ailleurs, on observe une augmentation de ce malaise avec l'âge.

Enfin, un indicateur qui doit retenir toute notre attention est celui relatif à la prise en charge de ces jeunes après qu'ils aient commis ce geste portant atteinte à leur intégrité physique et psychique. On constate donc que seuls 1/5ème des jeunes ayant fait une tentative de suicide disent avoir été hospitalisés.

LES EQUIVALENTS SUICIDAIRES

	INDICATEURS	2003	1997	EVOLUTION 1997-2003	
		(N=3095) %	(N=3184) %	Ecart	Significativité
Comportements répétés à risque	Comportement violent Non Parfois <i>Violent</i>	30,03 36,55 <i>33,41</i>	38,17 38,36 <i>23,47</i>	+ 10 points	S***
	Port d'arme Non <i>Oui</i>	91,73 <i>8,27</i>	89,25 <i>10,75</i>	- 3 points	S*
	Comportement boulimique Non <i>Oui</i>	97,61 <i>2,39</i>	94,06 <i>5,94</i>	- 4 points	S*****
	Hospitalisation pour accident Non 1 fois <i>Plusieurs fois</i>	69,52 24,38 <i>6,10</i>	ND	ND	/
Sexualité à risque	Port du préservatif <i>Pas toujours</i> Toujours	46,87 53,13	55,26 44,74	- 8 points	S*****
Dépendances	Tabac Non fumeur <i>parfois</i> <i>fumeur</i>	89,65 <i>6,37</i> <i>3,97</i>	88,15 <i>7,25</i> <i>4,60</i>		NS
	Drogue jamais <i>parfois</i> <i>souvent</i>	81,46 <i>12,39</i> <i>6,15</i>	79,38 <i>15,91</i> <i>4,72</i>	} - 2 points	S**
	Alcool jamais <i>parfois</i> <i>souvent</i>	36,21 <i>52,53</i> <i>11,26</i>	41,47 <i>51,29</i> <i>7,23</i>	+ 5 points	S***

S : p<0,05 ; S : p<0,01 ; S** : p<0,001 ; S*** : p<0,0001 ; NS : non significatif ; ND : Non disponible*

Tableau 3

source : enquêtes adolescents 2003 et 1997

5-1.2 Les équivalents suicidaires

Le passage à l'acte suicidaire est un symptôme caractérisé d'un mal-être qui peut se manifester par des comportements beaucoup plus latents ou détournés tels que certaines conduites à risque ou comportements reflétant une déconsidération de soi en tant que personne humaine. Ces comportements peuvent être abordés par le biais de certains indicateurs qu'il est convenu d'appeler dans la littérature : "les équivalents suicidaires".

Ainsi, la proportion de jeunes ayant souvent recours à la violence, aux affrontements, est de 33 %. Cette proportion est en augmentation de 10 points par rapport à 1997. Toutefois, seuls 8 %, des jeunes (*contre 10 % en 1997*) sont armés (*couteau, arme à feu, ...*).

Les troubles du comportement alimentaire, qui sont des troubles graves, qui souvent conduisent au suicide et/ou à des troubles physiologiques importants semblent concerner uniquement 2 % des jeunes (*contre 6 % en 1997*). Nous pouvons considérer cela comme une amélioration notable.

Malheureusement, seulement 53 % des élèves en activité sexuelle ont des rapports protégés de façon systématique. Notons tout de même que la tendance est également à l'amélioration car cette proportion était de 45 % en 1997.

De même, la prise de risque ou l'acte volontaire que reflète le nombre d'accidents graves survenus à un même individu est abordé par le biais de l'indicateur des hospitalisations à répétition : 74 élèves ont, plusieurs fois, été hospitalisés après un accident.

Enfin, pour les indicateurs de dépendance à des produits licites ou illicites on a :

- 4 % des élèves qui fument régulièrement. C'est un indicateur qui n'a pas évolué en 5 ans.
- 11 % qui s'alcoolisent régulièrement. Ce qui correspond à une augmentation de 4 points
- 18 % de jeunes qui se droguent contre 24 % en 1997.

Les comportements violents et d'alcoolisation sont les 2 indicateurs en augmentation pour le thème des équivalents suicidaires.

VARIABLES EXPLICATIVES RESULTANT DE L'ANALYSE BIVARIEE

COVARIABLES EN ANALYSE BIVARIEE	CARACTERISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES ET SCOLAIRES	VIE RELATIONNELLE ET MODE DE VIE
	<ul style="list-style-type: none"> • Age • Nationalité et origine • Statut marital des parents • Composition cellule familiale • Satisfaction scolaire • Assiduité • Lieu d'habitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de solitude • Relation amicale privilégiée • Activité sexuelle • Ambiance familiale • Intérêt des parents • Sorties avec les parents • Activités culturelles • Sorties en discothèque • Activités sportives
	CONDUITES A RISQUE	MALAISE
	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Consommation de tabac • Consommation de drogue • Absentéisme scolaire • Vole son entourage • Pratique le racket • Comportement violent • Actes racistes • Violence verbale • Port du préservatif 	<ul style="list-style-type: none"> • Recours aux soins • Prise tranquillisants • Victime de violence • Victime de violence sexuelle • Victime de racisme • Victime de violence verbale • Indice de dépressivité • Idées suicidaires • Troubles somatiques • Comportement boulimique • Satisfaction logement • Etat subjectif de santé • Maladie chronique ou handicap

Tableau 4

source : enquêtes adolescents 2003

5-2 L'IDENTIFICATION DES GROUPES A RISQUE

Au cours de cette analyse, il s'agit d'exprimer le comportement suicidaire en fonction des "variables explicatives". Ces dernières sont constituées des variables au sujet desquelles nous avons observé une relation bivariée avec la variables étudiée (*TS*) (*cf. tableau*).

8 La régression logistique est une manière de modéliser la relation entre une variable qualitative à deux classes et des variables X_i qui peuvent être qualitatives ou quantitatives. Cette méthode est utilisable chaque fois que le paramètre de santé auquel on s'intéresse peut être représenté par une variable à deux modalités (présence ou absence d'un signe, malade ou non malade,...). Le plus souvent, on utilise le modèle logistique en épidémiologie pour mesurer et pour tester l'association entre une maladie et une exposition (ou un facteur de risque) particulière en tenant compte de facteurs de confusion. Il s'agit donc de mesure d'association et de tests ajustés.

9 La classification des "variables à expliquer" que nous proposons est directement inspirée de celle de l'INSERM présentée dans le rapport sur l'enquête nationale auprès des adolescents, réalisée par M. CHOQUET et S. LEDOUX: Adolescents - Enquête Nationale 1993.

L'utilisation de la régression logistique multinomiale⁸ permet de mesurer l'association entre chacune des "variables explicatives" et la "variable à expliquer". Cette mesure est exprimée par un rapport des chances ou odds-ratio. **Il s'agit de mesurer la probabilité de survenue de la conduite suicidaire en présence des autres variables appelées facteurs ou indicateurs de risque.**

Les variables explicatives sont considérées comme des facteurs de risque lorsque l'intervalle de confiance de l'odds-ratio (*OR*) ne contient pas 1. Par conséquent, si la valeur de l'OR est plus grande que 1, la probabilité d'observer la conduite d'alcoolisation en présence de la variable est supérieure à celle de présenter une alcoolisation en l'absence de cette variable, le niveau des autres variables étant constant. Un OR plus petit que 1 fait de la variable "**un facteur de protection**", à la condition que l'intervalle de confiance ne contienne pas 1.

Afin de procéder aux régressions logistiques de manière à alléger l'analyse, nous avons fait des regroupements de variables selon le type de chacune⁹.

D'une part, nous avons :

- Des variables socio-démographiques et scolaires qui sont des variables objectives qui permettent de cerner le jeune.
- Des variables relationnelles ou relatives au mode de vie, parmi lesquelles certaines peuvent être taxées d'objectivité et d'autres pas.

D'autre part, les orientations comportementales et d'attitudes des jeunes ont été regroupées dans le but de mettre en évidence des troubles existentiels et de conduites chez ces élèves, lesquels pourront avoir valeur "d'indicateurs de risque"

- Des variables concernant les agissements des jeunes, facilement observables par l'entourage,
- variables reflétant les éventuels troubles psychologiques du jeune.

MODELES INITIAUX RETENUS EN FONCTION DE L'ARBITRAGE PROPRE A L'ETUDE SELON LES 4 GROUPES DE VARIABLES

	CARACTERISTIQUES SOCIALES DEMOGRAPHIQUES ET SCOLAIRES	VIE RELATIONNELLE ET MODE DE VIE
FACTEURS DE RISQUE POTENTIELS	<ul style="list-style-type: none"> • Age • Nationalité et origine • Statut marital des parents • Satisfaction scolaire • Lieu d'habitation 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment de solitude • Relation amicale privilégiée • Activité sexuelle • Ambiance familiale • Intérêt des parents • Sorties avec les parents • Activités culturelles • Sorties en discothèque • Activités sportives
	CONDUITES A RISQUE	MALAISE
INDICATEURS DE RISQUE POTENTIELS	<ul style="list-style-type: none"> • Consommation d'alcool • Consommation de tabac • Consommation de drogue • Absentéisme scolaire • Vole son entourage • Pratique le racket • Comportement violent • Actes racistes • Violence verbale 	<ul style="list-style-type: none"> Recours aux soins • Prise tranquillisants Victime de violence • Indice de dépressivité • Troubles somatiques • Comportement boulimique • Satisfaction logement • Etat subjectif de santé Maladie chronique ou handicap

Tableau 6

source : enquêtes adolescents 2003

Pour les deux segments de population (filles et garçons), des régressions logistiques ont été effectuées avec chaque regroupement de variables.

Certaines covariables n'ont pas été retenues dans la constitution des modèles (cf. tableau 5) car le nombre de variables susceptibles d'être intégrées par catégorie était trop important (cf. tableau 4). Les prendre en compte dans leur ensemble aurait fait perdre de leur pertinence aux modèles.

Ensuite, les variables les plus significatives des deux premiers groupes ont été rassemblées dans une régression "synthétique" à partir de laquelle nous avons pu définir des "facteurs de risque". La même démarche a été appliquée pour les deux derniers groupes de variables, ce qui a donné lieu, par le biais d'une seconde régression "synthétique", à l'obtention "d'indicateurs de risque".

La régression synthétique permet de mieux apprécier le poids des variables les unes par rapport aux autres. De même, elle nous permet de connaître le risque associé à chaque modalité des variables les plus significatives.

Les résultats seront présentés, pour chaque sexe, comme suit :

1 - les facteurs de risque

2 - les indicateurs de-risque

Ainsi, un groupe à risque est un groupe de jeunes chez lesquels s'observent un comportement suicidaire en présence d'autres variables appelées "facteurs" ou "indicateurs" de risque.

LES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES GARÇONS

ODDS RATIO MESURANT L'ASSOCIATION ENTRE "TENTATIVE DE SUICIDE" ET...

... Les variables « caractéristiques socio-démographiques et scolaires »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Age	Moins de 14 ans	1
	14-15 ans	1.52 (1.01 – 2.30)
	16-17 ans	-
	18 ans et plus	-
Lieu d'habitation	Ville	-
	Autre Littoral	1
	Intérieur	1.8 (1.02 – 3.23)

... Les variables « mode de vie et vie relationnelle »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Activité sexuelle	Non	1
	Oui	2.38 (1.34 – 4.23)
Ambiance familiale	Bonne	1
	Mauvaise	2.31 (1.42 – 3.74)

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Age	Moins de 14 ans	1
	14-15 ans	-
	16-17 ans	-
	18 ans et plus	0.43 (0.21 – 0.86)
Lieu d'habitation	Ville	-
	Autre Littoral	1
	Intérieur	1.96 (1.08 – 3.58)
Activité sexuelle	Aucune	1
	Hétérosexuelle	2.38 (1.38 – 4.09)
	Homo/bisexuelle	5.18 (2.27 – 11.81)
Ambiance familiale	Bonne	1
	Assez bonne	1.73 (1.03 – 2.90)
	Mauvaise	2.58 (1.51 – 4.41)

Tableau 6

source : enquêtes adolescents 2003

5-2.1 Les garçons

A - LES FACTEURS DE RISQUE

Un des faits marquants est que les caractéristiques socio-démographiques semblent très peu jouer sur le risque d'apparition de l'acte suicidaire (*à l'exception du lieu de résidence*), fait qui est d'ailleurs souvent rapporté dans la littérature.

De même, ce type de tableau permet d'évaluer le risque relatif de chaque facteur de risque. C'est à dire que lorsque l'on compare les odds-ratio, on observe que l'homosexualité pèse beaucoup plus lourdement que la mauvaise ambiance familiale sur le risque de tentative de suicide chez les garçons. Ainsi, le risque est 5 fois plus élevé qu'un garçon homosexuel fasse une tentative de suicide que pour un garçon n'ayant aucune activité sexuelle (*cf. dernier tableau*).

On observe également que le fait d'être âgé de 18 ans ou plus semble protéger davantage les garçons que si ils ont moins de 14 ans. Néanmoins, on ne peut que constater que l'âge n'a pas un poids relatif très important en tant que facteur de risque au sein de cette population.

Il est évident que lorsque les facteurs se cumulent pour un même individu, le risque d'apparition de la tentative de suicide est d'autant plus élevé.

C'est pourquoi, s'opposent 2 groupes de jeunes garçons

- **Un à faible risque suicidaire, qui n'a pas de rapports sexuels, et qui vit au sein d'une famille dans laquelle l'ambiance familiale est très bonne. Dans ce groupe, 4 % ont fait une tentative de suicide.**
- **Un à haut risque suicidaire, en activité sexuelle et qui vit au sein d'une famille où l'ambiance n'est pas très bonne. Dans ce groupe, 16 % ont attenté à leurs jours.**

LES INDICATEURS DE RISQUE CHEZ LES GARÇONS

ODDS RATIO MESURANT L'ASSOCIATION ENTRE "TENTATIVE DE SUICIDE" ET ...

... Les variables « conduites à risque »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Consommation de tabac	Non	1
	Oui	4.78 (2.59 – 8.80)
Comportement violent	Non	1
	Oui	2.30 (1.09 – 4.83)

... Les variables « malaise »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Prise de calmants	Non	1
	Oui	3.26 (1.53 – 6.97)
Victime de violence	Non	1
	Oui	3.86 (2.20 – 6.76)
Plaintes somatiques	Non	1
	Oui	2.18 (1.08 – 4.41)
Satisfaction logement	Non	1
	Oui	0.47 (0.25 – 0.89)
Maladie ou handicap	Non	1
	Oui	2.62 (1.14 – 6.05)

... Les variables « conduites à risque » et les variables « malaise »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Consommation de tabac	Non	1
	Parfois	2.75 (1.16 – 6.51)
	Souvent	3.49 (1.46 – 8.30)
Comportement violent	Non	1
	Parfois	-
	Souvent	2.27 (1.30 – 3.97)
Victime de violence	Non	1
	Violence physique	-
	Agression sexuelle	8.28 (3.17 – 21.63)
Plaintes somatiques	Non	1
	Un peu	-
	Beaucoup	2.91 (1.56 – 5.40)
Maladie ou handicap	Non	1
	Oui	2.72 (1.17 – 6.33)

Tableau 7

source : enquêtes adolescents 2003

B - LES INDICATEURS DE RISQUE

Nous voyons ici l'importance des caractéristiques plus subjectives par rapport aux facteurs de risque.

Les indicateurs de risque semblent avoir un rôle beaucoup plus déterminant sur l'acte suicidaire avec 5 indicateurs de risque :

- Le fait d'être fumeur ;
- D'être violent ;
- D'avoir été victime d'une agression sexuelle ;
- De se plaindre de troubles somatiques ;
- De souffrir d'une maladie chronique ou d'un handicap.

Les odds-ratio sont très-élevés (indicateurs de risque importants) et les intervalles de confiance (IC) sont corrects ce qui laissent penser que le modèle est assez bien estimé.

Ces indicateurs de risque sont, pour la plupart, a priori, assez facilement repérables par un observateur attentif et devraient permettre un meilleur dépistage de la tentative de suicide chez les garçons.

Ainsi, s'opposent 2 groupes extrêmes de jeunes garçons :

- **Un à faible risque suicidaire, non-fumeurs, n'ayant pas été victimes d'agression sexuelle. Dans ce groupe, 6 % ont fait une tentative de suicide.**
- **Un à haut risque suicidaire, fumeurs, ayant été agressés sexuellement. Dans ce groupe, 69 % ont attenté à leurs jours.**

LES FACTEURS DE RISQUE CHEZ LES FILLES

ODDS RATIO MESURANT L'ASSOCIATION ENTRE "TENTATIVE DE SUICIDE" ET ...

... Les variables « caractéristiques socio-démographiques et scolaires »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Age	Moins de 14 ans	1
	14-15 ans	-
	16-17 ans	1.57 (1.13 – 2.18)
	18 ans et plus	-
Nationalité	Française	1
	Française origine étrangère	-
	Etrangère	1.69 (1.22 – 2.35)
Statut marital parents	Non Mariés	1
	Mariés	0.690 (0.51 – 0.75)
Satisfaction scolaire	Non	1
	Oui	0.55 (0.40 – 0.75)

... Les variables « mode de vie et vie relationnelle »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Sentiment de solitude	Non	1
	Oui	2.96 (1.81 – 4.82)
Activité sexuelle	Non	1
	Oui	4.07 (2.75 – 6.01)
Ambiance familiale	Bonne	1
	Mauvaise	3.14 (2.10 – 4.70)
Activité sportive	Non	1
	Oui	1.52 (1.02 – 1.27)

... Les variables « caractéristiques socio-démographiques et scolaires » et les variables « caractéristiques socio-démographiques et scolaires »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Nationalité	Française	1
	Française origine étrangère	-
	Etrangère	1.5 (1.06 – 2.18)
Sentiment de solitude	Non	1
	Parfois	2.49 (1.63 – 3.80)
	Souvent	3.31 (1.98 – 5.53)
Activité sexuelle	Aucune	1
	Hétérosexuelle	3.54 (2.52 – 4.97)
	Homo/bisexuelle	5.47 (2.33 – 12.84)
Ambiance familiale	Bonne	1
	Assez bonne	1.96 (1.28 – 3.00)
	Mauvaise	3.72 (2.50 – 5.51)

Tableau 8

source : enquêtes adolescents 2003

5-2.2 Les filles

A - LES FACTEURS DE RISQUE

De même que pour les garçons, les caractéristiques socio-démographiques semblent très peu jouer sur le risque d'apparition de l'acte suicidaire (à l'exception de la nationalité étrangère). On constate aussi que l'âge n'a pas de rôle fondamental en tant que facteur de risque de la tentative de suicide au sein de cette population.

On a également une prépondérance des facteurs relatifs à la vie relationnelle.

Comme pour les garçons, les filles homosexuelles ont 5 fois plus de risque de passer à l'acte que celles qui sont vierges de tout rapport.

Les facteurs de risque sont, pour les filles :

- Être de nationalité étrangère ;
- Se sentir souvent seule ;
- Être en activité sexuelle ;
- Vivre au sein d'une famille dont l'ambiance n'est pas très bonne.

Les odds-ratio sont très élevés et les IC sont, pour la plupart, assez étroits. Ces facteurs de risque jouent donc un rôle déterminant.

C'est ainsi que 2 groupes extrêmes, de jeunes filles, s'opposent :

- **Un à faible risque suicidaire, de filles qui se sentent très entourées, n'ont pas de rapports sexuels et qui vivent dans une très bonne ambiance familiale. Dans ce groupe, 3 % ont fait une tentative de suicide.**
- **Un à haut-risque suicidaire, de filles qui se sentent seules, et qui vivent au sein d'une famille dont l'ambiance n'est pas bonne. Dans ce groupe, 39 % ont attenté à leurs jours.**

LES INDICATEURS DE RISQUE CHEZ LES FILLES

ODDS RATIO MESURANT L'ASSOCIATION ENTRE "TENTATIVE DE SUICIDE" ET ...

... Les variables « conduites à risque »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Consommation d'alcool	Non	1
	Oui	2.10 (1.36 – 3.24)
Consommation de drogue	Non	1
	Oui	2.40 (1.54 – 3.74)
Comportement violent	Non	1
	Oui	2.29 (1.46 – 3.59)
Violence verbale	Non	1
	Oui	0.59 (0.40 – 0.88)

Les variables « malaise »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Recours aux soins	Non	1
	Oui	2.09 (1.22 – 3.58)
Victime de violence	Non	1
	Oui	2.37 (1.59 – 3.53)
Dépressivité	Non	1
	Oui	2.88 (1.94 – 4.27)
Satisfaction logement	Non	1
	Oui	0.46 (0.29 – 0.73)
Bonne santé subjective	Non	1
	Oui	0.60 (0.39 – 0.93)

... Les variables « conduites à risque » et les variables « malaise »

Caractéristiques et modalités		Tentative de suicide OR (95 %)
Consommation d'alcool	Non	1
	Parfois	1.83 (1.19 – 2.80)
	Souvent	4.59 (2.38 – 8.85)
Comportement violent	Non	1
	Parfois	-
	Souvent	1.78 (1.20 – 2.63)
Victime de violence	Non	1
	Violence physique	1.92 (1.17 – 3.15)
	Agression sexuelle	4.27 (2.69 – 6.78)
Dépressivité	Non	1
	Moyenne	1.87 (1.14 – 3.08)
	Forte	3.06 (2.03 – 4.63)

Tableau 9

source : enquêtes adolescents 2003

B - LES INDICATEURS DE RISQUE

On retrouve également au niveau des indicateurs de risque, une influence forte de ces caractéristiques de conduites à risque et de malaise sur la probabilité d'apparition d'un acte suicidaire.

En effet, les odds-ratio sont très élevés (indicateurs de risque importants) et les IC sont très serrés, ce qui laissent penser que le modèle est assez bien estimé.

Les indicateurs de risque semblent avoir un rôle beaucoup plus déterminant sur l'acte suicidaire avec 4 indicateurs de risque, mais qui agissent très en amont, c'est à dire même quand le sujet présente une exposition moyenne à ces caractéristiques. On a, pour les adolescentes :

- Le fait de consommer de l'alcool ;
- D'être violente ;
- D'avoir été victime de violence (physique ou sexuelle) avec un risque plus caractérisé pour celles qui ont été agressées sexuellement ;
- De présenter des symptômes de dépressivité.

De même que pour les garçons, ces indicateurs de risque sont susceptibles d'être repérés par un observateur attentif et devraient permettre un meilleur dépistage de la tentative de suicide chez les filles.

En effet, pour les filles, le fait d'avoir une consommation d'alcool à risque semble être équivalent au fait d'avoir été agressé sexuellement.

Ainsi, s'opposent 2 groupes extrêmes de jeunes filles :

- Un à faible risque suicidaire de filles qui ne boivent pas d'alcool, n'ayant jamais été violentées et en bonne santé mentale. Dans ce groupe, 4 % ont fait une tentative de suicide.
- Un à haut risque suicidaire de filles qui s'alcoolisent, victimes de violence, physique et ou sexuelle et présentant des symptômes dépressifs. Dans ce groupe, 53 % ont attenté à leurs jours.

6 - SYNTHÈSE ET DISCUSSION

OBSERVATIONS METHODOLOGIQUES

POINTS FORTS	POINTS FAIBLES
Tirage au sort de l'échantillon	Fort taux de non réponses
Fiabilité des réponses	Impossibilité d'extrapolation aux plus de 16 ans non scolarisés
Fondements scientifiques solides	Effectifs faibles pour certaines régressions
Analyse par sexe	Limitation des variables explicatives

6-1 OBSERVATIONS METHODOLOGIQUES

La méthodologie que nous avons choisi repose en grande partie sur celle de l'enquête adolescents, réalisée en partenariat avec l'INSERM. Cette enquête, au niveau national, a été le résultat de nombreuses années de recherche sur les adolescents et leur environnement social, sanitaire, familial et psychologique. Le questionnaire utilisé a été de nombreuses fois validé sur le plan scientifique, au niveau national et international. Les assises de cette enquête sont donc solides.

Un tirage au sort aléatoire nous a permis d'avoir un échantillon représentatif de la population scolarisée en Guyane, dans l'enseignement secondaire. Le seul biais d'échantillonnage qui existerait se situe au niveau de la représentativité des plus de 16 ans par rapport à la population générale. En effet, une partie de cette population appartenant à cette tranche d'âge n'est pas scolarisée.

Il faut, de plus, tenir compte du fait que 26 % des élèves parmi ceux initialement tirés au sort n'ont pas pu participer à l'enquête ; une majorité d'entre eux étaient absents la semaine de l'enquête pour des raisons pédagogiques (examens, stages, ...).

Le mode d'administration du questionnaire a également permis l'obtention de données relativement fiables. Ce questionnaire a été auto-administré, en la seule présence d'un personnel de santé scolaire ou des services sociaux, ce qui nous rassure sur la sincérité des réponses, notamment en ce qui concerne les sujets dits sensibles tels que la sexualité, la violence, la drogue,... ainsi que pour la variable qui fait l'objet de notre étude : les tentatives de suicide.

Afin d'analyser la pathologie suicidaire chez ces jeunes, nous avons dû procéder à plusieurs regroupements de variables, certains d'entre eux étant directement proposés par L'INSERM. Pour quelques variables élaborées, nous avons un fort taux de non réponses résultant principalement du mode de construction de la variable.

De ce fait, pour certaines régressions logistiques comportant plusieurs variables dont la plupart étaient élaborées, ajouté au fait que nous travaillions sur des sous groupes, on relève parfois des taux de non réponses assez élevés qui insèrent un léger biais dans l'analyse.

Ainsi, ces régressions ayant portées sur des effectifs pas toujours très grands, quelques groupes à risque sont composés d'un nombre peu élevé d'individus.

Toutefois, il faut rappeler que nous avons cherché à mettre en évidence des facteurs de risque à valeur probabiliste et non pas tenté de cerner quantitativement des sujets à risque. Il faut également rappeler que la population guyanaise étant relativement faible, ceci nous amène à avoir des groupes à effectif très faible (toujours de façon relative), de personnes ayant des comportements spécifiques.

Un autre point important qu'il est nécessaire de souligner est le fait que nous n'avons pas intégré les variables relatives à la catégorie socioprofessionnelle des parents (*CSP*), parce que nous avons un taux de non réponses trop élevé pour ces données.

Enfin, il faut rappeler que pour des impératifs de construction de modèles logistiques certaines covariables n'ont pas pu être prises en compte dans l'analyse alors qu'elles auraient pu avoir un intérêt relatif en terme de compréhension de la problématique générale.

Par exemple, la variable relative aux idées suicidaires n'a pas été introduite dans le modèle en tant qu'indicateur de risque potentiel alors que l'on sait le lien qui existe entre une telle donnée et le passage à l'acte suicidaire. Ceci a principalement résulté du fait que lorsque celle-ci est incluse dans le modèle, statistiquement parlant, elle suffit à elle seule à expliquer la variable étudiée (*TS*) avec un odds-ratio et une limite supérieure de l'intervalle de confiance très élevés. Les autres indicateurs de risque se trouvent gommés. On a donc une perte d'information. De même sur une variable de ce type relative à l'idéation suicidaire, il existe des interactions avec d'autres variables dites explicatives, qu'il faudrait préalablement identifier avant de les inclure dans le modèle.

De même, les variables relatives à l'accès à l'information des jeunes n'ont pas été prises en compte dans les modèles logistiques. Toutefois, il nous faut garder à l'esprit que les suicidants, plus que les autres, souhaiteraient recevoir des informations sur les sujets suivants :

- La sexualité ;
- La grossesse ;
- La maltraitance ;
- L'inceste ;
- La violence.

On constate donc que ces sujets se rapportent directement aux principaux indicateurs de risque identifiés par notre analyse.

6-2 ETAT DES LIEUX DE LA PATHOLOGIE SUICIDAIRE

Nous rappelons que 14 % des jeunes déclarent, en 2003, avoir déjà tenté de se suicider (*soit une augmentation de 2 points par rapport à 1997*) et 28 % disent avoir déjà pensé au suicide. Dans l'absolu, ces chiffres sont déjà inquiétants mais, quand on les met en perspective par une comparaison avec d'autres données existantes, ils deviennent très alarmants.

En effet, dans l'hexagone et dans les mêmes conditions d'étude¹⁰, on trouve 6,5 % des adolescents qui ont fait une TS et 23,4 % qui ont des idées suicidaires. Ces chiffres, il est vrai, datent de 1993.

Toutefois, lorsque l'on se rapporte à des chiffres plus récents concernant la santé des jeunes dans l'hexagone, les indicateurs relevés dans notre région concernant la pathologie suicidaire restent très largement supérieurs¹¹.

Or, la France se situe parmi les pays européens les plus touchés par le problème du suicide. En effet, les taux relevés dans les pays d'Amérique latine et dans les pays musulmans sont plutôt faibles. Mais, il manque de façon cruciale, dans ces pays, de données chiffrées relatives à cette problématique, particulièrement dans les pays africains. La comparaison est donc difficile avec la Guyane.

Il faut réagir et vite.

Un point de départ possible est la prise en compte des facteurs qui, si ils ne sont certes pas exhaustifs et déterministes, nous permettent de commencer à travailler en définissant des axes précis d'action à mener.

¹⁰ *Enquête nationale auprès des adolescents réalisée en 1993, présentée dans l'ouvrage de M. CHOQUET et S. LEDOUX, intitulé Adolescents - Enquête nationale (voir bibliographie).*

¹¹ *4,5 % des jeunes de 15-19 ans, ont fait une tentative de suicide en Ile de France (Taux supérieur à la moyenne nationale) - ORS Ile de France - Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile de France - Mars 2000*

SYNTHESE DES FACTEURS ET INDICATEURS DE RISQUE

Sexe	... Facteurs de risque	... Indicateurs de risque
Garçons	Habite <i>l'intérieur</i> de la Guyane Activité sexuelle Pas très bonne ambiance familiale	Fumeur Comportement violent Victime de violence sexuelle Beaucoup de troubles somatiques Maladie chronique ou handicap
Filles	Nationalité <i>étrangère</i> Sentiment de solitude Activité sexuelle Pas très bonne ambiance familiale	Consommatrice d'alcool Comportement <i>violent</i> Victime de violence Dépressivité

R

O

Dans un esprit de synthèse, on peut constater que la similitude entre garçons et filles se trouve au niveau des facteurs de risque que sont l'activité sexuelle et la mauvaise ambiance au sein de la famille. Néanmoins, ces facteurs semblent peser plus lourdement sur les filles que sur les garçons (OR filles > OR garçons).

Aussi, les filles qui se sentent seules sont très exposées tentative de suicide pour celles-ci. La solitude n'agit pas de telle façon chez les garçons.

En ce qui concerne les indicateurs de risque, on peut relever plusieurs choses :

- La conduite à risque en terme de dépendance se fait vis à vis d'un produit licite (*l'alcool pour les filles et le tabac pour les garçons*).
- Ces jeunes suicidants, pour la plupart, expriment leur mal-être par la violence. Ainsi, l'auto-agressivité que représente la tentative de suicide semble toujours assortie d'une hétéro-agressivité. En terme de prévention, il faudra, d'une manière ou d'une autre, canaliser cette violence quelqu'en soit la cible : le "Moi" ou l' "Autre".
- Les garçons, plus souvent dans les rapports de force physique que les filles, attendent à leurs jours lorsqu'ils sont exposés à la violence sexuelle alors que les filles apparaissent comme étant sensibles à toutes les formes de violence. Néanmoins, un garçon agressé dans son intimité tombera plus vite dans la spirale du suicide qu'une fille ayant vécu la même expérience malheureuse (*OR garçons > OR fille*).
- En ce qui concerne les indicateurs de malaise, ils concernent la santé physique pour les garçons et la santé mentale pour les filles. Le fait que les garçons présentant des troubles physiques sont, en probabilité, plus exposés au risque de suicide que les autres serait-il en rapport avec l'image de l'homme qui est véhiculée dans la société et l'adéquation entre les attentes supposées de l'entourage et les possibilités physiques de ces garçons ?

Alors que l'on parle souvent de la pression de la "norme" concernant l'esthétique des filles, n'y aurait-il pas, pour les garçons, une vigilance particulière à avoir quant à la représentation masculine en terme de virilité et de force physique, dans la société.

Enfin, force est de reconnaître que les indicateurs de risque de suicide chez les garçons apparaissent comme étant plus facilement identifiables par l'entourage que pour les filles. Exemple de la cigarette à la bouche plutôt que du verre de rhum à la main. En terme de prévention, c'est un élément qu'il ne faut pas négliger.

De façon globale, la plupart des facteurs et indicateurs de risque identifiés par notre analyse, ont été rapportés par la littérature. Ceci permet de confirmer la validité de la technique d'enquête et de la méthode d'analyse.

En effet, Mme Marie CHOQUET et Mme Sylvie LEDOUX écrivent dans leur ouvrage¹² et concernant une analyse des facteurs et indicateurs de risque de la tentative de suicide chez les jeunes hexagonaux :

"Les jeunes suicidants se caractérisent par leur vie familiale, scolaire et personnelle et par une grande violence (violence subie, violence agie sur soi et sur les autres), associée à une dépréciation familiale, scolaire et personnelle. Ces facteurs personnels sont très prépondérants, alors que les variables sociales n'apparaissent qu'en second plan. Toutefois, la tentative de suicide est plus fréquente parmi les filles."

Néanmoins, les spécificités que l'on peut relever concernant nos résultats, sont les suivantes :

- Habituellement, le lieu de résidence n'apparaît pas comme facteur de risque. Mais, il est vrai que si le fait d'habiter dans l'intérieur de la Guyane pour les garçons semble être un facteur de risque de la TS, le risque s'y rapportant n'est pas très élevé (borne inférieure de l'intervalle de confiance très proche de 1)
- Dans la littérature nationale, ce sont plutôt les filles françaises d'origine étrangère qui sont plus exposées au risque de suicide alors qu'en Guyane, cet aspect est vérifié statistiquement pour les filles de nationalité étrangère.

¹² Enquête nationale auprès des adolescents réalisée en 1993, présentée dans l'ouvrage de Mme Marie CHOQUET et Mme Sylvie LEDOUX, intitulé adolescents - Enquête nationale (voir bibliographie).

7 - CONCLUSION

L'enquête sur la santé des adolescents menée en 2003 permettra certainement une réelle avancée dans la compréhension de l'état de santé des jeunes et sur l'analyse des déterminants de santé. Il faudra attendre encore quelques mois pour tirer les enseignements dans leur globalité.

Néanmoins, les premiers résultats livrés par cette analyse sur les tentatives de suicide nous montrent que de nombreux indicateurs sont stables ou vont en s'améliorant : moins de redoublement, une amélioration en terme d'aménagement et d'infrastructures scolaires (cantines, internat, satisfaction scolaire), une diminution de certaines conduites à risque (troubles du comportement alimentaire, sexualité à risque, consommation de drogue, ...).

Mais malheureusement, ceci ne peut pas nous faire oublier que le recours à la violence est de plus en plus fréquent parmi les jeunes comme dans la population adulte. Violence envers l'autre mais aussi envers soi illustré par l'augmentation des tentatives de suicide de la part des jeunes guyanais.

La faible proportion de jeunes qui disent avoir été hospitalisés doit nous inquiéter car elle semble dérisoire surtout lorsque l'on sait que souvent la gravité du geste ou de l'atteinte corporelle n'est pas en rapport direct avec l'intensité de la détresse psychologique qui, si elle n'est pas prise correctement en charge pourra, avec une forte probabilité, conduire à une récurrence inéluctable et fatale. Il y a donc là un réel travail de terrain à effectuer afin d'améliorer cette donnée qui devrait davantage aller dans le sens des préconisations nationales.

Il est également important de rappeler que 9 % des jeunes de moins de 14 ans disent avoir attenté à leurs jours.

C'est pourquoi l'enjeu devient de plus en plus crucial en matière de prévention. Il faudra utiliser à bon escient les facteurs et indicateurs de risque que nous avons identifiés au cours de cette étude dans la lutte contre le suicide en Guyane.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

OUVRAGES

- "Repères - Conduites suicidaires - Les conduites suicidaires des adolescents"
Fondation de France **Avril 1997**
- "La santé des jeunes-dossier" Revue actualité et dossier en santé publique
(ADSP) **Mars 1995**
- "Adolescents - Enquête Nationale" Les éditions INSERM - **1994** M. CHOQUET
- S. LEDOUX
- "Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide".
ANAES - service recommandations professionnelles - **1998**
- "Conduites à risque chez les jeunes de 12 à 19 ans en Ile-de-France" ORS
Ile-de-France **Mars 2000**
- "Le suicide de l'adolescent" M. CHOQUET et F. DAVIDSON
- Actes du colloque international suicide et tentatives de suicide ORSG - **2004**

AUTRES

- "La santé observée dans les régions de France chapitre 8-5 - les suicides"
FNORS - **2000**
- "Tentatives de suicides à l'adolescence souffrance singulière et mal-être
social" Séminaire "santé, inégalité, ruptures sociales" - INSERM U **Mai 2003**
- "Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent" CHU
d'ANGERS - site internet

SITES WEB

www.preventionsuicide.free.fr

www.who.int/mental-health/