



Article Original

Conduites Suicidaires chez l'Adolescent et l'Adulte Jeune en Milieu Scolaire dans la Ville de Douala (Cameroun)

Suicidal behavior of school adolescents and young adults in the city of Douala (Cameroon)

Eyoun Christian^{1,4}, Etouke Ehawa Jonathan¹, Bitá Fouda Arsène¹, Mbongo'o Guy Calvin², Basseguin Atchou Jonas Guy¹, Kamga Olen Jean Pierre^{3,5}, Eog Alain¹, Njiengwe Erero⁴, Ntone Samuel⁶, Traore Samuel⁷, Ntone Enyime Félicien³, Kuate Tegueu Callixte^{3,4}, Mapoure Njankouo Yacouba¹, Essomba Noël Emmanuel^{1,4}, Owona Manga Jules Léon¹

RÉSUMÉ

Contexte. Les conduites suicidaires touchent particulièrement adolescents et adultes jeunes de 15 à 24 ans. Des données épidémiologiques et cliniques, contextualisées et actualisées sur le phénomène suicidaire permettraient des mesures préventives efficaces. Le but de cette étude est d'évaluer les conduites suicidaires chez les adolescents et adultes jeunes de la ville de Douala au Cameroun. **Méthodologie.** Nous avons mené chez des élèves des lycées et collèges des interviews de groupe grâce à une fiche d'enquête élaborée à partir de la section suicidalité du *Mini international neuropsychiatric interview* de l'association américaine de psychiatrie pour collecter les données. **Résultats.** Nous avons retrouvé comme prévalence des conduites suicidaires : 24,7% des idéations suicidaires, 13,1% de plans suicidaires, 10% de tentatives suicidaires. Le genre féminin ($p=0,04$) et les fratries d'au moins 8 enfants ($p=0,041$) étaient les caractéristiques sociodémographiques significativement associées aux conduites suicidaires. Les principaux déclencheurs des conduites suicidaires étaient les conflits familiaux et les problèmes affectifs ($p=0,00001$; $p=0,00001$) ; l'ingestion de produits chimiques toxiques, l'intoxication médicamenteuse et l'usage d'armes blanches étaient les procédés suicidaires les plus utilisés. Les rythmes académiques stressants ; l'insuffisance de moments de détente ; une mauvaise intégration dans le milieu de vie avec l'isolement, le manque de prise en considération par son entourage et l'inconfort dans le milieu de vie influençaient positivement les conduites suicidaires. **Conclusion.** La problématique suicidaire chez l'adolescent et adulte jeune de la ville de Douala est donc identifiable et mesurable, et l'échantillon de cette étude offre des résultats fort préoccupants. Des stratégies préventives et de lutte actualisées doivent être rapidement mises en place.

ABSTRACT

Background. Suicidal behaviors are particularly prevalent in adolescent and young adults aged 15 to 24 years. Epidemiological and clinical data, contextualized and updated on suicidal phenomenon allow effective preventive measures. The aim of this study is to evaluate suicidal behavior in adolescents and young adults in the city of Douala, Cameroon. **Methodology.** We conducted a group interviews with high school and college students using a survey form developed from the suicidality section of the Mini International Neuropsychiatric Interview of the American Psychiatric Association to collect data. **Results.** We found suicidal behavior as prevalence of suicidal behavior: 24.7% of suicidal ideation, 13.1% of suicidal plans and 10% of suicidal attempts. The female gender ($p=0.04$) and the siblings of at least 8 children ($p=0.041$) were the socio-demographic characteristics significantly associated with suicidal behavior. The main events triggering suicidal behavior were family conflict and emotional problems ($p=0.00001$); ingestion of toxic chemicals, drug poisoning and the use of knives were the most commonly used suicidal procedures. Stressful academic rhythms; the lack of moments of relaxation; poor integration into the living environment with isolation, lack of consideration by his entourage and discomfort in the living environment positively influenced suicidal behavior. **Conclusion.** The suicidal problem in adolescents and young adults in the city of Douala is therefore serious and worrying. Updated prevention and control strategies need to be put in place quickly.

¹ Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun
² Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques, Université de Dschang, Cameroun
³ Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Cameroun
⁴ Hôpital Laquintinie, Douala, Cameroun
⁵ Hôpital Jamot de Yaoundé, Cameroun
⁶ Hôpital Général de Yaoundé, Cameroun
⁷ Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Auteur correspondant :

Eyoun Christian
 Hôpital Laquintinie, Douala, Cameroun
 Email : eyoumchristian1@gmail.com
 Tel : (+237) 671 87 46 23

Mots clés : Conduites suicidaires ; Adolescents ; Adultes jeunes ; prévention.

Keywords: Suicidal behavior; Adolescent; Young adults; Prevention

Article history

Submitted: 28 February 2023
 Revision requested: 7 April 2023
 Accepted: 17 April 2023
 Published: 30 April 2023

INTRODUCTION

Les conduites suicidaires (CS) englobent les idéations suicidaires (IS), les plans suicidaires (PS), les tentatives

suicidaires (TS) et le suicide [1]. Les idéations suicidaires sont des pensées actives (vouloir se tuer soi-même) ou passives (vouloir être mort, ne plus vouloir vivre) non

POINTS SAILLANTS**Ce qui est connu du sujet**

Les conduites suicidaires touchent particulièrement adolescents et adultes jeunes de 15 à 24 ans.

La question abordée dans cette étude

Les conduites suicidaires chez les adolescents et adultes jeunes de la ville de Douala au Cameroun.

Ce que cette étude apporte de nouveau

La prévalence des conduites suicidaires est de 24,7% pour les idéations suicidaires, 13,1% pour les plans suicidaires, 10% pour les tentatives suicidaires. Le genre féminin et les fratries d'au moins 8 enfants sont les principaux facteurs associés.

Les implications pour la pratique, les politiques ou les recherches futures.

Mener des études sur la relation entre les conduites suicidaires et les troubles mentaux, les abus de substances psychoactives, les abus sexuels et physiques et leur impact sur les performances académiques.

nécessairement accompagnées d'un comportement préparatoire [2]; les plans suicidaires quant à eux renvoient à l'élaboration d'un scénario suicidaire circonstancié et précis pour se donner la mort [1]. L'acte potentiellement auto-agressif commis avec l'intention de mourir à la suite de cet acte peut échouer, dans ce cas on parle de tentative suicidaire; ou alors réussir: c'est le suicide ou suicide abouti [3]. Ainsi le suicide est l'aboutissement du processus suicidaire mené au bout, tandis que l'idéation suicidaire en est le début et de ce fait constitue un important précurseur d'un futur passage à l'acte [4].

Chaque année, on enregistre plus de 800 000 décès par suicide dans le monde [5]. Cette mortalité est particulièrement importante chez les adolescents où le suicide figure parmi les cinq (05) principales causes de décès dans tous les continents [6] et est la 2^e cause de décès parmi les sujets âgés de 15 à 24 ans [7]. Les conduites suicidaires constituent ainsi un problème majeur de santé publique chez les adolescents.

Une étude réalisée de 2012 à 2013 en milieu scolaire secondaire au Maroc a retrouvé une prévalence des conduites suicidaires de : 15,7% d'idéations suicidaires, 6,3% de plans suicidaires et 6,5% de tentatives suicidaires [8]. Les filles de manière générale ont plus d'idéations suicidaires et font plus de tentatives suicidaires que les garçons [9; 10; 11]. Les déclencheurs du processus suicidaires sont multiples et variés. Yeo Tenema et al ont retrouvé en Côte d'Ivoire, comme principaux déclencheurs chez les adolescents: les problèmes affectifs, les conflits familiaux et les échecs scolaires [12]. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme associés positivement aux conduites suicidaires: l'inquiétude permanente, les abus sexuels, la consommation ou les idées de consommation de l'alcool et drogue, le tabagisme actuel [13]; tandis qu'un support familial protecteur avec une bonne entente parentale est associé négativement aux conduites suicidaires [14].

La présence et l'actualisation permanente des données épidémiologiques des conduites suicidaires dans un pays ou une région est importante car, ces données permettent la mise sur pied de stratégies préventives adéquates adaptées aux réalités de la région, comme le recommande l'organisation mondiale de la Santé [1].

Le Cameroun est un pays d'Afrique subsaharienne de la région Afrique centrale, avec une croissance démographique importante, une population extrêmement jeune avec plus de la moitié qui a moins de 25 ans; un fort taux de scolarisation, notamment en milieu urbain; une situation économique caractérisée par une prédominance du secteur informel dans les emplois et un taux de chômage important. Très peu d'études ont été conduites sur les conduites suicidaires. Ntone F en 1980, avait retrouvé une fréquence de 18,6% (425/2274) de suicidants parmi les malades hospitalisés dans un hôpital de niveau central dans la ville de Yaoundé [15]. Eu égard les caractéristiques sociodémographiques et économiques de la population, L'évaluation des conduites suicidaires chez les adolescents et adultes jeunes en milieu scolaire dans l'une des plus grandes métropoles présente donc un intérêt particulier.

Le but de cette étude est d'évaluer la prévalence des idéations suicidaires, plans suicidaires et tentatives suicidaires chez les adolescents en milieu scolaire; de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des conduites suicidaires et d'identifier les facteurs associés aux conduites suicidaires.

MATERIEL ET METHODES**Profil de l'étude et participants**

Cette étude est transversale analytique, conduite du 1^{er} Janvier 2017 au 30 Avril 2017, dans 4 établissements secondaires d'enseignement général: Lycée Joss de Bonanjo, Lycée Bilingue de Bépanda, Collège Chevreuil, collège la Conquête; choisis aléatoirement par tirage au sort à partir des établissements officiellement enregistrés à la délégation régionale des enseignements secondaires de la région du Littoral, dont le chef-lieu de région est Douala. L'étude a été initialement soumise au comité éthique institutionnel de l'Université de Douala en vue de l'obtention de la Clearance éthique. Par la suite, les autorisations de recherche scientifique de la Délégation régionale de la Santé publique du Littoral et des directeurs des établissements secondaires sélectionnés ont été obtenues.

Les participants étaient les élèves appartenant à ces établissements, âgés entre 15 et 24 ans, sans distinction du sexe et de la filière académique. Dans les établissements, les classes de Secondes en terminales étaient répertoriées et, de manière aléatoire par tirage au sort, une classe de seconde, de première et terminale étaient sélectionnées. Ensuite tous les élèves présents dans ces classes étaient inclus dans l'étude, à l'exception de ceux refusant de participer à l'étude ou absents durant notre passage.

Collecte des données

La collecte des données s'est faite par des interviews collectives, via une fiche d'enquête préalablement pré testée auprès des élèves. Cette fiche d'enquête était structurée en trois grandes parties :

- 1) Les caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, parents encore vivants, fratrie, position dans la fratrie.
- 2) Les conduites suicidaires :
 - Les types de conduites suicidaires : Les idéations suicidaires (avez-vous déjà voulu être mort ? avez-vous déjà pensé à vous donner la mort ?) ; les plans suicidaires (avez-vous élaboré un scénario précis et circonstancié pour vous donner la mort ?) ; les tentatives suicidaires (avez-vous déjà tenté de vous donner la mort ?) ; déclencheurs du processus suicidaire ; les moyens suicidaires imaginés et utilisés.
 - Les déclencheurs des conduites suicidaires : conflit familial ; échec scolaire ; problèmes affectifs ; aucun évènement.
 - Les moyens ou procédés suicidaires utilisés : produits chimiques toxiques ; overdose de médicaments ; arme blanche ; pendaison.

Cette rubrique a été élaborée en s’inspirant de la section suicidalité du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) du Diagnostic statistical manual IV (DSM IV). Nous avons évalué les conduites suicidaires sur la vie entière. Les options de réponse pour les idéations suicidaires étaient :

- Jamais.
- Rarement.
- Souvent.
- Constamment.

Pour les plans suicidaires et tentatives suicidaires, les réponses étaient Oui et Non.

Étaient considérés comme ayant les idéations suicidaires, les élèves répondant souvent et/ ou constamment aux questions liées aux idéations suicidaires.

- 3) Les facteurs associés positivement et négativement aux conduites suicidaires :

Difficulté d’intégration dans le milieu de vie ; environnement académique stressant ; conflits dans le milieu de vie ; antécédents de troubles psychiatriques ; consommation de drogues, consommation fréquente d’alcool ; soutien familial, convictions religieuses, exposition inappropriée au suicide.

Ces fiches étaient auto-remplies par les élèves, après présentation détaillée de Celles-ci, et explications sur le but et intérêts de l’étude. Le consentement éclairé des participants était requis. Un responsable du service de psychopédagogie ou de l’orientation scolaire facilitait le contact avec les élèves et assurait le maintien d’un environnement calme pour la réalisation des interviews et la collecte des données. La confidentialité des réponses de participants était garantie, ainsi que l’utilisation purement scientifique des données et la possibilité de refuser de participer à l’étude.

Analyse statistique

Les données ont été analysées à l’aide du logiciel Epi-info 7.1. L’analyse a été descriptive et analytique, les données présentées sous forme littéraire, numérique en tableaux et figures. Nous avons retenu le seuil d’erreur α égal à 5%. Les différences entre les proportions ont été analysées en utilisant des tables de contingence et en appliquant le test de Khi-2. Les valeurs ont été considérées significatives pour $p < 5\%$.

RESULTATS

Prévalence des conduites suicidaires

Nous avons recrutés 704 élèves, 174 d’entre eux avaient déjà dans leur vie eu des idéations suicidaires, 91 élèves ayant eu des idéations ont élaboré un scénario précis pour se donner la mort, tandis que 69 avaient déjà essayé de se donner la mort.

Ce qui nous donne une prévalence de 24,7 % d’idéations suicidaires, 13,1 % de plans suicidaires et 10 % de tentative suicidaire. (Tableau 1).

Tableau 1 : Prévalence des conduites suicidaires

	IS				TS				PS			
	Non		Oui		Non		Oui		Non		Oui	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Elève	530	75,3%	174	24,7%	624	90,0%	69	10,00%	602	86,9%	91	13,1%
Total	720	76,2%	225	23,8%	855	91,6%	78	8,40%	821	88,4%	108	11,6%

Tableau 2 : caractéristiques sociodémographiques des personnes avec conduites suicidaires

		IS		P	TS		P
		n	%		n	%	
Age	15-19	160	93,0%	0,625	60	88,2%	0,05
	20-24	12	7,0%		8	11,8%	
Sexe	*Féminin	114	65,5%	0,091	51	73,9%	0,004*
	Masculin	60	34,5%		18	26,5%	
Parents Vivant	*Les deux	139	81,3%	0,216	47	70,1%	0,003*
	Mère	21	12,3%		15	22,4%	
	Père	11	6,4%		5	7,5%	
Position Fratrie	Dernier	31	18,8%	0,15	12	19,0%	0,59
	Milieu	69	41,8%		26	41,3%	
	Premier	65	39,4%		25	39,7%	
Fratrie	*< 4	63	37,1%	0,041*	24	36,4%	0,45
	4-7	94	55,3%		37	56,1%	
	≥ 8	13	7,6%		5	7,6%	

Caractéristiques sociodémographiques

Les élèves de sexe féminin ont eu plus d'idéations suicidaires (73,9 %) et ont fait plus de tentatives suicidaires (65,5 %) ; avec le genre féminin qui est significativement associé à plus de tentatives suicidaires ($p=0,04$).

Dans la structure familiale, la présence des deux parents encore vivants influençaient significativement la survenue de tentatives suicidaires ($p=0,003$) ; tandis que les fratries avec au moins 8 enfants favorisaient significativement plus d'idéations suicidaires ($p=0,041$).

L'ensemble des caractéristiques sociodémographiques est consigné dans le tableau 2.

Caractéristiques cliniques des conduites suicidaires

S'agissant des déclencheurs : les conflits familiaux et les problèmes affectifs étaient les déclencheurs les plus significativement associés aux idéations suicidaires ($p=0,00001$) et tentatives suicidaires ($p=0,00001$).

Les moyens suicidaires étaient essentiellement doux et chimiques. L'ingestion de produits chimiques toxiques étaient le procédé suicidaire le plus imaginé (31,1 % ; $p=0,00001$) et le plus utilisé lors du passage à l'acte (28,6 % ; $p=0,00001$). L'overdose médicamenteuse (22,2 %) et l'utilisation d'arme blanche (22,2%) venaient tous les deux en deuxième position comme procédé suicidaire des tentatives suicidaires.

Facteurs sociaux et académiques associés aux conduites suicidaires

L'étude de l'environnement académique a montré que la perception du stress étaient significativement associé aux idéations suicidaires ($p=0,00001$) et tentatives suicidaires ($p=0,00001$) ; de même que l'insuffisance de moment de détente ($p=0,024$ pour les idéations suicidaires et $p=0,01$ pour les tentatives suicidaires). Ainsi un rythme académique stressant avec peu de moment de loisir influence positivement la survenue des idéations suicidaires et tentatives suicidaires.

Une mauvaise intégration des élèves dans leur milieu de vie favorise également la survenue des conduites suicidaires. Ainsi, l'absence de confort dans le milieu de vie était significativement associé aux idéations suicidaires ($p=0,00001$) et tentatives suicidaires ($p=0,00001$) ; de même que les élèves qui étaient les moins pris en considération par leur entourage, rapportaient plus d'idéations suicidaires ($p=0,0001$) et de tentatives suicidaires ($p=0,00001$) ;

L'isolement était aussi associé à plus d'idéations suicidaires. Les élèves déclarant n'avoir pas d'ami de confiance sur qui ils pouvaient compter avaient plus d'idéations suicidaires ($p=0,01$).

DISCUSSION

Le but de notre étude était d'évaluer la prévalence des conduites suicidaires (idéation suicidaire, plan suicidaire, tentative suicidaire) ; de décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ; et d'identifier les facteurs associés aux conduites suicidaires.

Néanmoins, cette étude présente quelques faiblesses. Tout d'abord, l'absence d'évaluation concomitante des troubles mentaux et de l'abus de substances psychoactives avec les

conduites suicidaires. L'évaluation de ces troubles aurait été intéressante car on aurait pu étudier la distribution de ces troubles en milieu scolaire et surtout la corrélation entre ces troubles et les conduites suicidaires. Ensuite, l'impact des conduites suicidaires sur les performances académiques aurait également pu compléter les données sur le phénomène suicidaire en milieu scolaire.

Ces limites constituent des pistes pour de futures études sur la suicidologie en milieu scolaire.

Nous avons trouvé une prévalence des idéations suicidaires de 24,7%. Evans E et al en 2005, à travers une revue de la littérature internationale de 128 études incluant 513188 adolescents ont dégagé une prévalence des idéations suicidaires de 29,9% [16]. Tandis que la global school-bases students health survey a retrouvé en Tunisie une prévalence des idéations suicidaires de 31,1% [17]. Btissame Zarrouq et al en 2013 ont retrouvé une prévalence des idéations suicidaires de 15,7% en milieu scolaire au Maroc [8].

Notre prévalence des tentatives suicidaires était de 10%. Elle se rapproche de celle de Btissame Zarrouq et al qui était de 10,5% [8] et de 9,7% trouvés par Evans E et al [15]. Daniel T.L Shek et Lu Yu quant à eux ont trouvé une prévalence des tentatives suicidaires de 4,7% à Hong Kong [18].

Ainsi, la fréquence du phénomène suicidaire varie avec les régions et les considérations méthodologiques.

S'agissant des caractéristiques sociodémographiques, le genre féminin est significativement associé à plus de tentatives suicidaires ($P=0,04$). Cette association a également été retrouvée par l'enquête Baromètre Santé 2010 sur les pensées et tentatives suicidaires chez les jeunes de 15 à 30 ans en France ($P<0,001$) [19]. Evans E et al et Btissame Zarrouq et al ont retrouvés le même résultat [8 ; 15].

Les fratries avec au moins 8 enfants avaient significativement plus d'idéations suicidaires ($P=0,041$). Ceci peut s'expliquer par le fait que la présence de plus d'enfants augmente les charges, besoins et difficultés économiques de la famille ; la conséquence est donc un accroissement de l'appauvrissement des familles. Les familles pauvres ont été identifiées comme étant à risque de conduites suicidaires [8].

Les conflits familiaux et les problèmes affectifs étaient les principaux déclencheurs des idéations suicidaires. Dans l'enquête Baromètre santé en France, les raisons familiales (61%) et les raisons affectives (33%) étaient prioritairement évoquées comme raisons suicidaires par les jeunes [20]. Yéo Tenena et al ont également retrouvé les problèmes affectifs (52,3%) et les conflits familiaux (38,1%) comme déclencheurs des conduites suicidaires chez les adolescents d'Abidjan en Côte d'Ivoire [12].

Les procédés suicidaires étaient non violents et chimiques dans l'ensemble, avec une prédominance de l'ingestion des produits toxiques et l'intoxication médicamenteuse. Guedria et al, dans une étude sur les tentatives suicidaires chez les enfants et adolescents en Tunisie ont retrouvé comme principal moyen suicidaire l'intoxication médicamenteuse [21]. De manière générale, les moyens suicidaires varient selon le contexte dans lequel évoluent les victimes. Ainsi, dans les zones rurales, on a

principalement l'ingestion des pesticides, alors que dans les zones très urbanisées comme la région administrative de Hong Kong et Singapour où la majorité de la population vit dans les immeubles de grande hauteur, la défenestration constitue une méthode de suicide courante [1]. Aux États-Unis d'Amérique, les moyens suicidaires retrouvés sont principalement les armes à feu, suivi par la pendaison, la suffocation puis l'empoisonnement chimique volontaire [22].

Les rythmes académiques stressants avec peu de moments de détente influencent positivement la survenue des idéations suicidaires et tentatives suicidaires. Rohtasgising et Hardeepalajashi en Inde en étudiant la relation entre la vie stressante et les idéations suicidaires chez les élèves du secondaire à Hargana avaient trouvé que les idéations suicidaires étaient positivement associées avec les événements de vie stressants [23].

L'isolement, l'insuffisance de prise en considération par son entourage et l'inconfort dans son milieu de vie ont également été retrouvés comme facteurs associés à la survenue des conduites suicidaires. Ces éléments concordent avec les principales raisons suicidaires, évoquées par ces élèves, qui étaient les problèmes affectifs et familiaux. Ces résultats corroborent l'approche sociologique des conduites suicidaires notamment celle de Emile Durkheim, qui conçoit les conduites suicidaires comme un fait social complexe, mais prévisible, favorisé par tout affaiblissement du degré d'intégration et de cohésion sociale [24]. Amelia M. Aria et al dans une étude longitudinale prospective aux États-Unis sur 1249 élèves ont retrouvé comme facteurs associés aux idéations suicidaires : un faible soutien social, une dysrégulation affective et les conflits enfants-parents [3]. D'Attilio JP et al dans une étude multi-variée sur le suicide chez les élèves du collège ont également retrouvé l'absence de soutien social de la famille et des amis comme significativement corrélés aux idéations suicidaires [25]. RezaZioei et al, dans une étude transversale chez des élèves en Iran, ont retrouvé comme éléments positivement associés aux idéations suicidaires : l'usage fréquent de cigarettes, le fait d'être intimidé, les abus sexuels et les pensées récurrentes de consommation de drogues et d'alcool [13].

CONCLUSION

Cette étude a retrouvé comme prévalence des conduites suicidaires : 24,7% des idéations suicidaires, 13,1% de plans suicidaires, 10% de tentatives suicidaires. Le genre féminin et les fratries d'au moins 8 enfants étaient les caractéristiques sociodémographiques significativement associées aux conduites suicidaires. Les principaux déclencheurs des conduites suicidaires étaient les conflits familiaux et les problèmes affectifs ; l'ingestion de produits chimiques toxiques, l'intoxication médicamenteuse et l'usage d'armes blanches étaient les procédés suicidaires les plus utilisés. Les rythmes académiques stressants ; une mauvaise intégration dans le milieu de vie avec l'isolement, le manque de prise en considération par son entourage et l'inconfort dans le milieu de vie influençaient positivement les conduites suicidaires.

La problématique suicidaire chez les adolescents et adultes jeunes est donc sérieuse et préoccupante. Des stratégies préventives et de lutte actualisées doivent être rapidement mises en place ; ces stratégies doivent faire intervenir les familles, le personnel enseignant et les professionnels de santé. Le rôle central de la médecine et de la psychologie scolaires devrait ici être réinvesti par la santé et le bien-être de l'enfant camerounais.

Cette étude qui est la première du genre réalisée au Cameroun est importante car elle permet d'avoir des données actualisées et adaptées au contexte culturel. Ces données pourront être utilisées pour mettre sur pied des stratégies préventives anti-suicidaires appropriées et efficaces, d'effectuer un suivi du phénomène suicidaire en milieu scolaire et d'évaluer le degré d'atteinte des objectifs visés.

Des études supplémentaires sur l'évaluation de la relation entre les conduites suicidaires, les troubles mentaux, les abus de substances psychoactives, les abus sexuels et physiques et l'impact sur les performances académiques permettront de compléter les données sur le phénomène suicidaire dans notre contexte.

Conflits d'intérêt

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Remerciements

- Au comité de clairance éthique institutionnel de l'université de Douala et à la délégation régionale de la santé publique du Littoral pour les autorisations de recherche scientifique.
- Aux différents directeurs des établissements qui ont eu l'amabilité de nous autoriser à conduire notre étude.
- Aux élèves pour leur bonne collaboration et leur disponibilité.

REFERENCES

1. Organisation mondiale pour la santé : prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. Récupéré 3-10-16 à <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevention/fr/>.
2. Posner k, Oquendo m, Gould m et al. Columbia classification algorithm of suicide assessment (c-casa): classification of suicidal events in the FDA'S pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*.2007; 16(4):1035-1043.
3. Posner K, Brown G, Stanley B, Brent D, Fisher P, Lucas C et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*.2011; 16(8):1266–1277.
4. Amelia M Arria, Kevin E O'Grady, Kimberly M Caldeira, Kathryn B Vincent, Holly C Wilcox, and Eric D. Wish suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Arch Suicide Res*. 2009; 13(3): 230–246.
5. Organisation mondiale de la santé (2015) : données statistiques sur le suicide – récupéré 3-10-16 à <http://www.who.int/mental-health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/>.
6. Greydanus D, Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *The Keio Journal of Medicine*. 2009; 5(8):144–151.
7. Batt A, Campéon A, Leguay D, *Epidemiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et*

prévention. EMC, psychiatrie, 37-500-A-20, Elsevier Masson 2001.

8. BtissameZarrouq, B Bendaou S, Elkinany, I Rammouz , R Aalouane , B Lyoussi et al. Suicidal behaviors among Moroccan school students: prevalence and association with socio-demographic characteristics and psychoactive substances use: a cross sectional study. BMC Psychiatry.2015;15:284 DOI 10.1186/s12888-015-0680-x .

9. M Nicoli, S Bouchez, I Nieto, I Gasquet, V Kover, J P Lepine. Idéations et conduites suicidaires en France : prévalence sur la vie et facteurs de risque dans l'étude Eseméd. L'encéphale. 2012 ; 3(8) :296-303

10. Chadyaarab , Fatima elghazaouaril, Rachdaalouane, Ismael rammouz. Suivi prospectif sur 5ans des tentatives de suicide en population Clinique dans la région de Fès, Maroc. Pan african medical journal .2014 ; 18 :321 dol 10.11604/Pam j 2014 18.321.3726.

11. S halayem, A Bouden, S othman, M-B halayem. Profil du suicidant en population Clinique : une expérience tunisienne .neuropsychiatrie enfance adolescence. 2010 ; 50 :120-125.

12. Y J M yeo tenema , Y P yao, A S bakayoko, G R V n'dja , L K kouamé , S J C soro, R C J delafosse. Étude descriptive des conduits suicidaires des adolescents à Abidjan. Encephale. 2010 ; 36(5) : D41-D47.

13. RezaZiaei, EijaViitasara, Joaquim Soares, Homayoun Sadeghi-Bazarghani, SaeedDastgiri, Ali Hossein Zeinalzadeh et al. Suicidal ideation and its correlates among high school students in Iran: a cross sectional study. BMC Psychiatry.2017;17:147 DOI 10.1186/s12888-017-1298-y

14. Andrea C Dunlavy, Emmanuel O Aquah, Michael L Wilson. Suicidal ideation among school-attending adolescents in Dar es Salaam, Tanzania. Tanzania. Journal of Health. 2015 ;17(1).Doi: <http://dx.doi.org/10.4314/thrb.v17i1.5>

15. Ntone Enyime Félicien. Contribution à l'étude des conduites suicidaires, à propos de 483 cas amenés en urgence dans une unité de médecine. Thèse en vue de l'obtention du grade de Docteur en médecine. Centre universitaire des sciences de la santé. Yaoundé 1980

16. Evans E, Hawtonk, Rodham k, Deeks J. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents : a systematic review of population-based studies, Suicide and life-threatening behaviour.2005 ;35(3) :239-249

17. World health organisation : School.basedhealthsurvey(GSHS)[http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/\(n.d\)](http://www.who.int/chp/gshs/factsheets/en/(n.d)). Accessed 22 June 2015.

18. Daniel T L Shek, LuYu. Self-HarmandSuicidal Behaviors in Hong-Kong Adolescents: Prevalence and Psychosocial Correlates. The Scientific World Journal.2012. doi:10.1100/2012/932540

19. François Beck, Romain Guignard, Mathilde Husky, Enguerrand du Roscoät, Thomas Saïas, Grégory Michel Christine et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010. P226_237

20. François Beck, Romain Guignard, Mathilde Husky, Enguerrand du Roscoät, Thomas Saïas, Grégory Michel Christine et al. Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010. P240_241

21. Guedria A, Chouikh A, Slama H, Zarrouk I ; Hadj ammar M., Nasr M. Caractéristiques cliniques des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent. Encéphale 2012 ; 38 :13-182.

22. Sottye J Cash, Jeffrey A Bridge. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. Curropin pediatri.2009 ; 21(5) :613-619.

23. Rohtash Singh, HardeepLal Joshi. Suicidal ideation in Relation to Depression, Life Stress and Personality among College Students. Journal of the Indian Academy of Applied Psychology.2008 ; 34(2) :259-265

24. Durkheim E. le suicide (1897), Puf 1991.

25. D'Attilio JP, Campbell BM, Lubold P, Jacobson T, Richard JA. Social support and suicide potential : preliminary findings for adolescents populations. Psychological reports.1992 ; 70(1) :76-78.

Tableau 3 : Caractéristiques cliniques des conduites suicidaires

	IS		P	TS		P
	n	%		n	%	
événement déclencheur						
aucun	22	20,8%		15	21,7%	
*conflit familial	42	39,6%		24	34,8%	
Décès parent	2	1,9%		3	4,3%	
autres	4	3,8%		3	4,3%	
échec scolaire	12	11,3%		8	11,6%	
*problèmes affectifs	24	22,6%	0,00001**	16	23,2%	0,00001**
Moyen suicidaire						
arme blanche	5	11,1%		14	22,2%	
médicaments	12	26,7%		14	22,2%	
pendaison	9	20,0%		11	17,5%	
produits chimiques toxiques (eau de javel)	14	31,1%		18	28,6%	
autres	5	11,1%	0,00001**	6	9,5%	0,00001**

Tableau 4 : Facteurs associés aux conduites suicidaires

		IS		p	TS		P
		n	%		n	%	
Environnement académique							
II_6	Constamment	34	19,7%		16	23,5%	
	Jamais	18	10,4%		7	10,3%	
	Rarement	29	16,8%		8	11,8%	
	*souvent	92	53,2%	0,00001**	37	54,4%	0,00001**
II_11	Faible	4	2,4%		1	1,5%	
	Forte	44	26,0%		18	27,3%	
	*moyenne	93	55,0%		31	47,0%	
	très faible	5	3,0%		3	4,5%	
	très forte	23	13,6%	0,272	13	19,7%	0,142
II_12	Insuffisant	34	19,8%		21	30,9%	
	*peu suffisant	67	39,0%		28	41,2%	
	Suffisant	47	27,3%		11	16,2%	
	très insuffisant	24	14,0%	0,024*	8	11,8%	0,01*
Intégration en milieu de vie							
III_1	non	66	37,9%		29	42,0%	
	*oui	108	62,1%	0,00001**	40	58,0%	0,00001**
III_6	constamment	55	32,4%		22	32,4%	
	jamais	11	6,5%		6	8,8%	
	rarement	31	18,2%		18	26,5%	
	*souvent	73	42,9%	0,00001**	22	32,4%	0,00001**
III_7	non	79	45,9%		27	40,3%	
	oui	93	54,1%	0,001	40	59,7%	0,278
facteurs protecteurs							
	amis	2	1,5%		3	5,6%	
	convictions personnelles	9	6,8%		5	9,3%	
	Dieu	90	67,7%		30	55,6%	
	parents et autres (famille, amis)	30	22,6%		16	29,6%	
	autres (regard des autres, peur)	2	1,5%	0,088	0	0,0%	0,21