



HAL
open science

Devenir psychosocial à 10 ans de 249 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy

Catherine Angot

► **To cite this version:**

Catherine Angot. Devenir psychosocial à 10 ans de 249 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2011. hal-01731775

HAL Id: hal-01731775

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731775v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée

par

Catherine ANGOT

le 20 septembre 2011

Devenir psychosocial à 10 ans de 249 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy

Examineurs de la thèse :

Monsieur Bernard KABUTH	Professeur	Président
Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juge
Monsieur François FEILLET	Professeur	Juge
Madame Fabienne ROUYER-LIGIER	Docteur en Médecine	Directrice
Madame Stéphanie BEDES-BOURION	Docteur en Médecine	Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD

Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNE

Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN

Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT

Assesseurs :

- Pédagogie :	Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ
- 1 ^{er} Cycle :	Professeur Bernard FOLIGUET
- « Première année commune aux études de santé (PACES) et universitarisation études para-médicales »	M. Christophe NÉMOS
- 2 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
- 3 ^{ème} Cycle :	
« DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »	Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI
« DES Spécialité Médecine Générale	Professeur Francis RAPHAËL
- Filières professionnalisées :	M. Walter BLONDEL
- Formation Continue :	Professeur Hervé VESPIGNANI
- Commission de Prospective :	Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT
- Recherche :	Professeur Didier MAINARD
- Développement Professionnel Continu :	Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jacques BORRELLY
Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE -
Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHELLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT
Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN
Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ – Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS
Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean PREVOT
Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX
Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF
Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION**

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD
Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : (Dermato-rénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL
Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Aude BRESSENOT

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteur Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

3^{ème} sous-section :

Docteur Olivier MOREL

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA
Madame Nathalie MERCIER

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

PROFESSEURS ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE
Professeur associé Francis RAPHAEL

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER
Docteur Paolo DI PATRIZIO
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGÉ
Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD
Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND – Professeur Michel STRICKER
Professeur Gilbert THIBAUT - Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mishaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre Maître et Président de thèse,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de nous avoir fait l'honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'accepter de présider ce jury.

Par votre enseignement lors des séminaires, puis lors de notre stage en tant qu'interne, vous avez su nous faire partager votre enthousiasme à exercer cette spécialité. Nous avons apprécié votre disponibilité et votre simplicité lors des échanges cliniques ainsi que le dévouement que vous portez à vos patients et leurs parents.

Veillez recevoir par ce modeste travail, le témoignage de notre grande estime et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,

Professeur de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions sincèrement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous avons eu le privilège de vous avoir comme Professeur lors de ces quatre années d'internat et nous avons apprécié votre simplicité et votre plaisir manifeste à partager vos connaissances et expériences cliniques.

Veillez recevoir, par ce modeste travail, un signe du profond respect que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur François FEILLET,

Professeur en Pédiatrie.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous sommes très reconnaissante de votre accueil et votre disponibilité lors de notre semestre en pédiatrie.

Nous avons apprécié les échanges cliniques autour de ces pathologies complexes et, plus particulièrement, votre intérêt pour notre spécialité et pour notre opinion concernant les relations parents-enfants.

Nous espérons pouvoir encore bénéficier, à l'avenir, de ces échanges cliniques et de vos conseils.

Par ce modeste travail, nous vous exprimons notre grande estime et notre profond respect.

A notre Juge et Directrice de thèse,

Madame le Docteur Fabienne ROUYER-LIGIER,

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions infiniment de nous avoir fait
l'honneur de diriger notre thèse.

Nous avons été enchantée de travailler dans votre équipe
durant ces mois d'internat.

Nous avons apprécié vos qualités humaines et votre infime
gentillesse à l'égard des patients et de leur famille mais
aussi envers votre équipe et vos étudiants.

Votre perpétuelle disponibilité nous a offert un cadre
accueillant et sécurisant, optimal pour nous autonomiser et
pouvoir ressentir du plaisir à exercer cette spécialité malgré
des conditions parfois difficiles.

Par ailleurs, nous portons un grand respect envers votre
capacité à mener de front votre vie professionnelle,
étudiante et personnelle.

Par ce travail, nous tenons à vous témoigner notre gratitude,
notre profond respect et l'assurance de notre amitié.

A notre Juge,

Madame le Docteur Stéphanie BEDES-BOURION,

Docteur en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous vous remercions chaleureusement de l'honneur que vous nous faites d'accepter de juger notre travail.

Ces mois passés à travailler avec vous ont été enrichissants sur un plan professionnel et humain.

Votre douceur, votre patience et vos capacités d'écoute nous ont permis de prendre suffisamment confiance en nous pour nous autonomiser au sein des diverses prises en charge.

Nous ne pouvons que louer votre faculté à conjuguer vie familiale et professionnelle et à rester souriante et disponible pour vos patients et vos internes.

Nous espérons pouvoir conserver longtemps cette relation confraternelle et amicale.

Par ce travail, nous souhaitons vous exprimer notre gratitude et notre tendre et profond respect.

Pour leur participation à ce projet, de sincères remerciements :

A Madame le Dr Anne-Christine RAT pour ses qualités d'épidémiologistes, sa disponibilité et ses précieux conseils,

A Marie-Chantal et Delphine pour leur dévouement et leur gentillesse,

A Madame Annick ACHENER pour ses recherches et sa bonne humeur,

Aux bibliothécaires du Centre Psychothérapique de Nancy et du CHS de Lorquin pour leur implication enthousiaste dans nos recherches,

A l'équipe du service de pédiopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants, pour leurs qualités professionnelles et la chaleur de leur accueil,

Et surtout à tous les anciens patients et leur famille sans qui ce travail n'aurait pas pu aboutir et à qui nous souhaitons un avenir serein.

Pour m' avoir accueilli chaleureusement et m' avoir permis de m'enrichir sur un plan professionnel et personnel, un grand merci :

Au Dr Joël CONTI et aux équipes du service de psychiatrie adulte de Briey et des CMP de Briey et Jarny pour m' avoir aidé à prendre mon envol et pour la confiance que vous m' accordez actuellement,

Au Dr Jean-Claude BREMBILLA et aux équipes du 2^{ème} secteur de psychiatrie adulte et du SPUL du CH de Thionville pour votre accueil et vos conseils,

Au Dr Josiane BERTEL et à l'équipe du CMP infanto-juvénile de Briey pour ces deux semestres riches intellectuellement et émotionnellement et pour le plaisir que j' ai à vous rejoindre prochainement,

Au Dr Christelle BONNEMAINS pour vos qualités professionnelles et pédagogiques,

Au Dr Pierre HORRACH et à l'équipe soignante et pénitentiaire du SMPR, pour avoir rendu ce semestre en milieu carcéral si agréable grâce à votre bonne humeur et à votre disponibilité,

A tous ceux que j' ai croisé lors de mes différents stages.

A Bénito,

Pour cette lumière qui scintille dans ton regard dès que tu me regardes. Pour l'amour que tu me portes, la force que tu me donnes, ta gentillesse et ce grain de folie que j'aime tant. Je suis heureuse et fière de devenir prochainement ta femme.

A mes parents,

Pour votre amour, votre dévouement et vos convictions qui m'ont permis de réaliser mes rêves et de devenir une jeune femme épanouie, ouverte aux autres et heureuse. Mille mercis remplis de tendresse.

A ma globe-trotter de petite sœur,

Pour tes surnoms ridicules et tes habits tant de fois empruntés. Pour me faire partager ta force de caractère avec tes conseils de winneuse. Pour ta sensibilité discrète mais sincère. Je suis fière de toi...et vive les ours polaires!

A mon parrain dont la richesse intellectuelle n'a d'égale que sa gentillesse.

A mes sœurs de cœur Bline et Jaja,

Pour cette multitude de merveilleux souvenirs perlés d'escapades, de jeux complètement idiots, de fous rires et d'amitié profonde et sincère.

A Géraldine, Paulette, René, Gisou et Philippe

Pour toute l'affection que vous nous avez apportée et la grande place que vous tenez dans mon cœur.

A ma filleule adorée,

Pour ta joie de vivre, ta force de caractère, ton accent chantant et ton magnifique sourire.

A ma famille patchwork qui de par l'Ukraine, la Corse, le Canada, la Provence ou Paris ne quitte pas mes pensées.

A Sandra,

Pour ta simplicité, ta confiance, tes grosses joues à bisous et pour cette amitié résistante aux mer et océan qui nous séparent.

A Lidiana et Vincent, mes rayons de soleils lorrains,
Pour le simple fait d'être vous, parce que vous avez ce pouvoir de rendre tout moment en
votre compagnie si agréable que cela me réchauffe le cœur.

A Benjamin et Alexandra, Pierrick, Freya, Sarah avec qui j'ai partagé l'aventure carabine
montpelliéraine et qui me manquent au fin fond de la Lorraine.

A Guylnar, Joseph et Emilie, Marine et Julien, Elodie et Jimmy, Maevah et Philippe, Seray,
Sabrina, Virginie W, Luka, Felix, Virginie S, Jérôme,
Pour le plaisir d'avoir partagé tous ces bons (et parfois moins bons) moments durant ces
quatre dernières années.

A ma future belle-famille,
Pour votre gentillesse, votre sourire si chaleureux et votre merveilleuse cuisine.

Aux irréductibles villageois de Penta-Acquatella qui ont contribué à la correction de ce
manuscrit.

Au soleil et aux cigales,
Pour ces rayons brûlants et ces « tss tss tss tss » entêtants qu'il me languit de retrouver.

A mes grands-parents et tous ceux qui sont partis trop tôt...et à ceux qui savent se faire
attendre.

Je suis si chanceuse d'avoir croisé votre chemin.

Je vous souhaite tout le bonheur possible.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

TABLE DES MATIÈRES ET ABRÉVIATIONS

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	25
INTRODUCTION	26
PREMIÈRE PARTIE : THÉORIE	29
I. DÉFINITIONS (4,28,110)	30
II. AVANCÉES NEUROSCIENTIFIQUES (22,26,27,112)	32
1. VULNÉRABILITE AUX CONDUITES SUICIDAIRES	33
1.1. <i>Dysfonctionnement du système sérotoninergique central</i>	33
1.2. <i>Vulnérabilité génétique spécifique</i>	35
1.2.1. <i>Agrégation familiale</i>	35
1.2.2. <i>Identification de gènes de la vulnérabilité suicidaire</i>	36
1.2.3. <i>Neuroanatomie des conduites suicidaires</i>	37
2. RÉACTIVITÉ AU STRESS	38
2.1. <i>Interaction entre gènes et environnement</i>	38
2.2. <i>Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (HHS) et catécholamines</i>	38
2.3. <i>Maltraitance infantile</i>	39
DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE 2000-2010	42
I. MÉTHODOLOGIE	45
1. CRITÈRES DE SÉLECTION	45
2. RECUEIL DES DONNÉES	46
2.1. <i>Données de 2000</i>	46
2.2. <i>Données de 2010</i>	48
2.2.1. <i>Recueil des adresses</i>	48
2.2.2. <i>Modalités d'envoi</i>	49
2.2.3. <i>La lettre explicative (annexe 1)</i>	49
2.2.4. <i>Le questionnaire (annexe 2)</i>	50
2.2.5. <i>La C.E.S.-D. (annexe 3)</i>	53
3. ANALYSE STATISTIQUE	54
4. TERMINOLOGIE	56

II. RÉSULTATS	58
1. COHORTE DE 2000	60
1.1. Répartition par sexe et âge	60
1.2. Caractéristiques du geste suicidaire.....	60
1.2.1. Moyen utilisé pour la tentative de suicide.....	60
1.2.2. Idée associée au geste suicidaire	61
1.2.3. Moment du geste	62
1.3. Caractéristiques des suicidants.....	63
1.3.1. Antécédents personnels psychiatriques hors TS.....	63
1.3.2. Antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel	64
1.3.3. Comorbidités	65
1.3.4. Antécédents personnels de tentative de suicide.....	66
1.3.5. Récidives précoces	66
1.3.6. Difficultés et retard scolaire	67
1.4. Contexte familial.....	67
1.4.1. Structure familiale.....	67
1.4.2. Lieu d'hébergement.....	68
1.4.3. Fratrie	68
1.4.4. Activité professionnelle des parents	69
1.4.5. Niveau socio-économique	70
1.4.6. Situation de l'hébergement.....	70
1.4.7. Adoption.....	70
1.4.8. Antécédents familiaux psychiatriques	70
1.4.9. Antécédents familiaux suicidaires.....	72
1.5. Prise en charge	73
1.5.1. Lieu d'hospitalisation.....	73
1.5.2. Durée de l'hospitalisation.....	73
1.5.3. Modalités de sortie	73
1.5.4. Réalisation d'un bilan psychologique	74
1.5.5. Introduction d'un traitement pharmacologique	74
1.5.6. Entretien social.....	74
1.5.7. Suivi psychologique après la tentative de suicide	75
2. COHORTE DE 2010	76
2.1. Répartition par sexe et âge	76
2.2. Situation familiale et environnement de vie	76
2.2.1. Situation familiale	76
2.2.2. Enfants	77
2.2.3. Environnement de vie.....	77
2.2.4. Échelle de satisfaction dans la vie affective	77
2.3. Situation professionnelle.....	78
2.3.1. Niveau scolaire et retard scolaire	78
2.3.2. Activité professionnelle.....	78
2.3.3. Échelle de satisfaction dans la vie professionnelle.....	79
2.4. Santé psychologique et somatique	79
2.4.1. Problèmes de santé.....	79
2.4.2. Arrêts de travail.....	80
2.4.3. Allocation Adulte Handicapé	80
2.4.4. Consommation de substances psychoactives	80
2.4.5. Santé mentale	80
2.4.6. Contact avec la justice.....	83
2.4.7. Estimation de la santé globale	83
2.4.8. Estimation du bien-être psychologique	84

2.5.	<i>Prise en charge à l'Hôpital d'enfants en 2000</i>	84
2.5.1.	<i>Estimation de la prise en charge</i>	84
3.	FACTEURS PRONOSTIQUES	85
3.1.	<i>Activité professionnelle</i>	85
3.2.	<i>Évaluation subjective du bien-être psychologique</i>	86
3.3.	<i>Score CES-D</i>	86
3.4.	<i>Récidives suicidaires</i>	86
3.5.	<i>Facteurs de risque d'un devenir psychosocial défavorable</i>	87
4.	CORRÉLATIONS ENTRE LES REPONSES AUX QUESTIONNAIRES DES PATIENTS ET CELLES DE LEURS PARENTS	88
4.1.	<i>Situation personnelle</i>	88
4.2.	<i>Situation professionnelle</i>	89
4.3.	<i>Santé</i>	89
4.4.	<i>Prise en charge à l'Hôpital d'Enfants</i>	91
5.	COMPARAISON DE LA POPULATION DES PATIENTS « CONTACTÉS » AVEC CELLE DES PATIENTS « PERDUS DE VUE »	92
6.	COMPARAISON DE LA POPULATION DES PATIENTS « RÉPONDEURS » AVEC CELLE DES PATIENTS « NON RÉPONDEURS »	93
	TROISIÈME PARTIE : ASSOCIATION DES ÉTUDES DE 2004, 2006, 2008 ET 2010	95
1.	COHORTE DES SUICIDANTS	97
1.1.	<i>Caractéristiques personnelles</i>	97
1.2.	<i>Contexte familial</i>	98
1.3.	<i>Hospitalisation</i>	98
2.	COHORTE DES RÉPONDEURS DIX ANS APRÈS LA TS INDEX	99
2.1.	<i>Situation personnelle</i>	99
2.2.	<i>Situation professionnelle</i>	100
2.3.	<i>Santé</i>	100
3.	FACTEURS PRONOSTIQUES	101
3.1.	<i>Situation professionnelle et scolaire</i>	101
3.2.	<i>Santé</i>	102
3.3.	<i>Récidives suicidaires à dix ans</i>	102
3.4.	<i>Situation personnelle</i>	103
3.5.	<i>Groupes à risque d'un devenir psychosocial défavorable</i>	103
3.5.1.	<i>Perturbation de l'environnement familial</i>	103
3.5.2.	<i>Récidives précoces</i>	103

3.5.3.	Difficultés scolaires.....	104
3.5.4.	Prise en charge	104
3.5.5.	Antécédents personnels de TS.....	104
3.5.6.	Comorbidités	104
4.	COMPARAISON DES SUICIDANTS DE 1994, 1996, 1998 ET 2000.....	105
4.1.	<i>Différences minimales.....</i>	<i>105</i>
4.1.1.	Caractéristiques des suicidants	105
4.1.2.	Caractéristique du geste suicidaire	105
4.1.3.	Caractéristiques contextuelles	106
4.2.	<i>Différences moyennes</i>	<i>106</i>
4.2.1.	Caractéristiques des suicidants.....	106
4.2.2.	Caractéristiques contextuelles	106
4.3.	<i>Différences significatives</i>	<i>106</i>
4.3.1.	Caractéristiques des suicidants.....	106
4.3.2.	Caractéristiques contextuelles	107
4.3.3.	Caractéristiques de la prise en charge	108
5.	COMPARAISON DES RÉPONDEURS DE 2004, 2006, 2008 ET 2010.....	110
5.1.	<i>Situation Personnelle</i>	<i>110</i>
5.2.	<i>Situation professionnelle.....</i>	<i>111</i>
5.3.	<i>Santé.....</i>	<i>112</i>
5.4.	<i>Evaluation de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants.....</i>	<i>113</i>
	QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION	115
	I. ANALYSE DES RÉSULTATS.....	116
1.	À PROPOS DE L'ÉTUDE 2000-2010.....	116
1.1.	<i>À propos des caractéristiques des suicidants de 2000 (18,29,34,63,76).....</i>	<i>116</i>
1.2.	<i>À propos des caractéristiques des réponders de 2010.....</i>	<i>117</i>
1.2.1.	Devenir psychosocial	117
1.2.2.	Prise en charge à l'Hôpital d'Enfants	119
1.3.	<i>À propos des corrélations entre les réponses des patients et celles de leurs parents</i>	<i>121</i>
1.4.	<i>À propos des comparaisons entre les patients contactés et les patients perdus de vue</i>	<i>121</i>
1.5.	<i>À propos des comparaisons entre les patients réponders et les patients non-réponders</i>	<i>122</i>
2.	À PROPOS DE L'ASSOCIATION DES QUATRE ÉTUDES	123
2.1.	<i>À propos des suicidants (18,29,34,63,76,93).....</i>	<i>123</i>
2.2.	<i>À propos des réponders dix ans après la TS index (18,29,34,63,76,93).....</i>	<i>126</i>
3.	À PROPOS DES FACTEURS PRONOSTIQUES D'UN DEVENIR PSYCHOSOCIAL DÉFAVORABLE (18,60,65)	129
	II. RÉFLEXIONS SUR L'ÉTUDE.....	131

1. QUESTIONS ÉTHIQUES	131
2. QUESTIONS DE MÉTHODOLOGIE	132
3. PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE	134
CONCLUSION.....	141
BIBLIOGRAPHIE.....	144
ANNEXES	153
<i>ANNEXE 1 : Courrier adressé aux anciennes patientes en 2010.....</i>	<i>154</i>
<i>ANNEXE 2 : Questionnaire adressé aux anciennes patientes en 2010.....</i>	<i>155</i>
<i>ANNEXE 3 : CES-D.....</i>	<i>158</i>

ABRÉVIATIONS

A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé

A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

BAC : Baccalauréat

B.E.P. : Brevet d'Études Professionnelles

C.A.P. : Certificat d'Aptitude Professionnelle

C.H.U. : Centre Hospitalo-Universitaire

C.I.M. : Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement

C.M.P. : Centre Médico-Psychologique

C.P.N. : Centre Psychothérapique de Nancy

D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche des Études de l'Évaluation et des Statistiques

D.S.M. : Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux

E.D.M. : Épisode Dépressif Majeur

I.M.V. : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

I.S.R.S. : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

N.P.A.I. : N'Habite Pas à l'Adresse Indiquée

S.U.P. : Service des Urgences Pédiatriques

T.C.A. : Trouble du Comportement Alimentaire

T.O.C. : Trouble Obsessionnel Compulsif

T.S. : Tentative de Suicide

U.A.U.P. : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques

V.I.H. : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

Sophie est heureuse, elle va pouvoir enfin retourner chez elle après être restée à l'Hôpital pour le week-end et c'est son père qu'elle n'a pas vu depuis plusieurs mois qui vient la chercher. Par contre, elle se dit un peu déçue de quitter sa « copine » de chambre, Rosa, arrivée la veille, avec laquelle elle s'est rapidement trouvé des points communs, notamment des conflits avec les parents qui « ne comprennent rien ». Lors de leur rencontre, elles sont toutes les deux hospitalisées dans le service de pédiatrie suite à une consommation volontaire de médicaments. Si Sophie explique qu'elle souhaitait dormir et échapper à une énième dispute avec son frère, mais qu'elle ne le fera « plus jamais », Rosa se targue d'être hospitalisée pour la troisième fois ce mois-ci et se dit « saoulée » d'avance de devoir encore rencontrer une des psychiatres : « qu'elle imagine même pas que j'aie dans son service de fous ».

Tout comme ces deux jeunes filles, rencontrées lors d'un stage hospitalier, près de 40.000 jeunes de moins de 25 ans vont être pris en charge, chaque année, suite à une tentative de suicide. Comme Rosa, 8.000 d'entre eux reviendront au moins une fois dans l'année, dans les mêmes circonstances.

Soignants d'enfants et adolescents, nous sommes tous confrontés un jour où l'autre à ce phénomène et restons en échec face à nos fantasmes d'une éradication complète des conduites suicidaires chez ces jeunes sujets.

Nos efforts se sont longtemps centrés sur la prévention primaire de ces conduites, qui consiste à tenter d'empêcher un premier passage à l'acte suicidaire, en reconnaissant la souffrance de l'enfant, les difficultés inhérentes à son mode de vie et à son environnement et en les prenant en charge. Malheureusement, il est admis qu'avoir déjà réalisé un geste suicidaire est le facteur de risque le plus important de récidiver et d'en décéder. Il est donc impératif que nous puissions éviter ces récurrences et pour cela, rester vigilant à un éventuel devenir psychosocial défavorable, potentiel facteur favorisant d'un mal-être et facteur précipitant d'un passage à l'acte suicidaire.

Depuis sept ans maintenant, l'équipe de pédiopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Nancy, sous l'égide du Pr. Vidailhet puis du Pr. Kabuth, étudie le devenir à long terme de adolescents suicidants pris en charge par leurs soins. Jusque-là, les différentes conclusions ont permis d'adapter le protocole de prise en charge mais les récurrences persistent. Il nous faut donc poursuivre nos efforts, nous évaluer et nous adapter à cette population, afin que les patientes comme Sophie ne reviennent plus à l'hôpital dans ces circonstances et que Rosa et les autres parviennent à apaiser leur colère, à verbaliser leurs émotions agressives, plutôt que de les mettre en acte.

Pour ce faire, nous avons choisi de poursuivre les études réalisées par Mme A. Gehin en 2004 (43) et Mme F. Ligier (64) en 2006 et 2008, et d'étudier le devenir psychosocial à dix ans des patients suicidants hospitalisés en 2000 à l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy. Cette similarité des études nous permet ainsi de comparer les résultats entre eux, mais surtout de regrouper ceux des quatre études afin de bénéficier d'un échantillon plus important de patients et de pouvoir en tirer davantage de conclusions significatives d'un point de vue statistique.

Afin d'éviter toute répétition avec les précédents travaux de Mmes A. Gehin et F. Ligier, nous avons choisi de présenter dans la première partie théorique les avancées neuroscientifiques récentes, représentatives de l'implication internationale des professionnels dans la recherche d'une évolution de la prise en charge et de la prévention des conduites suicidaires.

Ensuite, nous présentons notre étude concernant le devenir psychosocial à dix ans des adolescents suicidants pris en charge à l'Hôpital d'Enfants en 2000. Après avoir repris le contexte épidémiologique dans lequel se situe cette étude, nous en exposons le déroulement puis décrivons la population de départ et celle des patients répondants. Par la suite, nous étudions et comparons ces données à la recherche d'associations entre les caractéristiques de 2000 et celles de 2010.

Dans un souci de pertinence statistique, nous avons décidé de corrélérer, dans une troisième partie, les données des quatre études déjà réalisées (1994-2004, 1996-2006, 1998-2008 et 2000-2010). Après avoir comparé les résultats des quatre années, nous étudions les associations entre les caractéristiques initiales et celles à dix ans du geste suicidaire afin de rechercher les facteurs prédictifs d'un devenir psychosocial péjoratif, en lien avec un risque accru de récurrence suicidaire voire de mort.

Le dernier chapitre est consacré à l'analyse de nos divers résultats, à nos réflexions concernant l'étude ainsi qu'à nos propositions concernant la prise en charge, à court et moyen terme, de ces jeunes suicidants.

PREMIÈRE PARTIE : THÉORIE

I. DÉFINITIONS (4,28,110)

Le **suicide** est l'acte délibéré de se donner la mort, ou comme le précise Durkheim, « l'acte par lequel se donne la mort tout homme lucide qui, pouvant choisir la vie, choisit cependant la mort, en dehors de toute obligation éthique ».

Par extension, une **tentative de suicide** (TS) est, selon l'ANAES, « une conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir » (4).

Alvin et Marcelli élargissent le spectre de la TS en évoquant un désir d'en finir avec une situation qui n'est plus supportable plus qu'un réel désir de mort., la TS apparaissant comme une rupture des ressources d'adaptation et de protection du sujet (3).

Ce concept est d'ailleurs repris par l'OMS qui la définit comme « un acte non fatal par lequel l'individu entreprend délibérément un comportement inhabituel (...) qui a pour but d'amener par des conséquences physiques, réelles ou supposées, des changements que le sujet désire ».

Le suicide et les tentatives de suicide sont désormais regroupés sous l'appellation de « **conduites suicidaires** ». Le paradigme actuel est de considérer ces conduites suicidaires comme l'acte final de la **crise suicidaire** (28).

Cette crise résulte d'une rupture d'équilibre entre le sujet et son environnement, du fait de l'interaction entre l'individu, sa vulnérabilité psychologique et biologique, son environnement et certains événements de vie.

Elle est représentée comme la trajectoire allant du sentiment d'être en situation d'échec au sentiment d'être dans une impasse dont il est impossible de sortir sans concevoir une autre issue que la mort. Les idées suicidaires deviennent de plus en plus fréquentes et envahissantes jusqu'au passage à l'acte, quand le sujet croit qu'il n'y a plus d'autres solutions pour arrêter de souffrir (110). Le suicide résulte alors non d'un choix, mais d'une absence de choix.

Cette situation de crise suicidaire reste, par définition, transitoire et réversible.

Il est désormais usuel de dénommer différemment la personne selon son avancée dans la crise suicidaire. Ainsi, il convient de différencier les sujets « **suicidaires** » qui présentent des idées de suicide, des « **suicidants** » qui ont réalisé une tentative de suicide et des « **suicidés** » qui sont décédés par suicide.

A noter que dans les classifications des maladies mentales (C.I.M. 10 ou D.S.M. IV-T.R.), le suicide n'est pas une nosographie à part entière mais représente un des critères diagnostics des Épisodes Dépressifs Majeurs (EDM) et de la personnalité borderline, le débat concernant la singularisation des conduites suicidaires étant actuellement relancé à l'approche de l'édition du DSM-V.

II. AVANCÉES NEUROSCIENTIFIQUES

(22,26,27,112)

Plus de 90% de s sujets dé cédant suite à un s uicide présentent un t rouble ps ychiatrique a u moment du geste. Pourtant, parmi tous ces sujets à risque, la majorité ne vont pas se suicider. Ainsi, s i l 'existence d e t rouble p sychiatrique et /ou d 'évènements d e vie st ressants est nécessaire, elle n'est pas suffisante, les conduites suicidaires ne survenant que chez les sujets porteurs d'une vulnérabilité spécifique, s'inscrivant dans un **modèle « vulnérabilité-stress »**.

Mann a proposé un m odèle de prédisposition stress-dépendante au comportement suicidaire, intégrant des composantes cliniques et biologiques. L'acte suicidaire y résulte de l'interaction entre des facteurs « traits » de prédisposition et des facteurs « état ».

Les f acteurs « traits » correspondent à de s f acteurs c liniques (troubles du c omportement, addiction, t rouble de l a p ersonnalité...) dé pendants de f acteurs gé nétiques, de l a s urvenue d'expériences défavorables (par exemple dans l'enfance) et associés à un dysfonctionnement du système sérotoninergique.

Les facteurs « état » correspondent à des pathologies psychiatriques (dépression majeure,...) sous la dépendance de facteurs environnementaux déclenchants (pauvreté, isolement social).

Cet ax e d e r echerche permet d 'envisager d es p istes ét iologiques à travers u ne **séquence développementale o ù d es f acteurs gé nétiques i nteragissent a vec l 'environnement** pour constituer des traits de vulnérabilité aux conduites suicidaires.

De nombreuses études neuroscientifiques se so nt ainsi concentrées sur l'exploration de cette vulnérabilité e n e spérant pouvo ir proposer un j our de s moyens de dé pistage précoce et de s stratégies de prévention efficaces.

1. VULNÉRABILITE AUX CONDUITES SUICIDAIRES

La vulnérabilité suicidaire est sous-tendue par un **dysfonctionnement sérotoninergique central**, en particulier au niveau du cortex orbito-frontal, influencé par des facteurs génétiques et qui génère des déficits cognitifs et une dysrégulation émotionnelle.

1.1. Dysfonctionnement du système sérotoninergique central

La recherche de marqueurs neurobiologiques de la dépression a permis de discerner des sous-types de dépression, marqués par une dysrégulation de l'anxiété et de l'agressivité, et corrélés à un dysfonctionnement sérotoninergique.

Ainsi, le taux du principal métabolite de la sérotonine, le 5 hydroxy-indole acétique (5-HIAA) est abaissé dans le LCR (reflet du taux intra-cérébral) des patients déprimés ayant des antécédents de tentative de suicide par rapport aux patients dépressifs sans histoire suicidaire.

Les principales études post-mortem chez des patients suicidés retrouvent au niveau du cortex préfrontal :

- * une diminution du taux de sérotonine (5-HT) ou de son principal métabolite l'acide 5-hydroxy-indole acétique (5-HIAA) ;
- * une diminution du nombre de transporteurs de la sérotonine ;
- * une augmentation (peut-être compensatrice) des récepteurs post-synaptiques 5-HT_{1A}, 5-HT_{2A}, 5-HT_{2C}.

La convergence d'anomalie au niveau du **cortex préfrontal ventro-médian** (impliqué dans l'inhibition comportementale) pourrait être spécifique du suicide et indiquer le rôle clé de cette région dans la vulnérabilité suicidaire.

Par ailleurs, ces anomalies sont indépendantes des troubles psychiatriques des sujets étudiés (23).

L'étude in vivo dans le cerveau des suicidants est évidemment difficile, d'où l'utilisation de techniques d'étude des marqueurs du système sérotoninergique central au niveau périphérique.

Celles-ci objectivent une **diminution du taux de 5-HIAA dans le LCR** des sujets suicidants, indépendamment de toute psychopathologie.

Ces taux bas seraient par ailleurs prédictifs de la survenue ultérieure de TS ou de suicide chez des patients souffrant de schizophrénie ou de troubles de l'humeur.

Par ailleurs, chez des sujets non atteints de troubles psychiatriques, un hypofonctionnement sérotoninergique est lié à une plus grande propension à l'agressivité dans sa composante impulsive.

Des études ont identifié l'impulsivité et l'agressivité comme un trait de personnalité favorisant le comportement auto-agressif chez un individu ayant des idées suicidaires. Cela suggère donc un **substrat psychopathologique et biologique commun à l'impulsivité, l'agressivité et les actes suicidaires** (85).

Chez les primates, la mort est plus fréquemment violente chez ceux ayant un taux bas de 5-HIAA.

Chez les sujets humains déprimés en rémission, une déplétion rapide en sérotonine dans le cerveau (induite par une déplétion aiguë en tryptophane) implique une augmentation de l'impulsivité et de l'anxiété uniquement chez les sujets ayant des antécédents d'idées suicidaires.

On peut alors envisager que le dysfonctionnement sérotoninergique au niveau du cortex ventro-médian entraîne un dyscontrôle de l'agressivité, qui pourrait conduire à une propension accrue aux passages à l'acte en présence d'un stimulus aversif.

1.2. Vulnérabilité génétique spécifique

1.2.1. Agrégation familiale

Les études de génétique épidémiologique suggèrent une vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires, spécifique et indépendante de la vulnérabilité aux pathologies psychiatriques associées aux conduites suicidaires.

De nombreuses études familiales confirment l'existence d'agrégation familiale de conduites suicidaires. Le risque de récurrence moyen chez les apparentés de suicidants ou suicidés est estimé entre 2 et 2,5 mais il peut atteindre 16 à 17 si le geste suicidaire est grave.

L'existence d'une telle agrégation familiale permet de conclure qu'il existe des facteurs familiaux de vulnérabilité aux conduites suicidaires.

Les études de jumeaux révèlent une concordance pouvant atteindre 50 à 60%. Cela apporte donc des arguments en faveur d'une composante génétique dans la vulnérabilité aux conduites suicidaires. Mais cela démontre aussi que cette variabilité ne peut pas être simplement expliquée par la composante génétique, les jumeaux monozygotes n'étant jamais concordants dans 100 % des cas. D'autres facteurs entrent donc en compte : facteurs environnementaux mais aussi facteurs associés à la variabilité de l'expression des gènes.

Les études centrées sur les enfants adoptés confirment l'existence d'une vulnérabilité génétique spécifique, indépendante ou additive à la vulnérabilité de pathologies psychiatriques se compliquant souvent de conduites suicidaires.

Ces travaux indiquent aussi que les conduites suicidaires partagent des facteurs génétiques communs avec les conduites impulsives et agressives et que leur agrégation familiale ne peut être expliquée par l'imitation.

De plus, la vulnérabilité génétique semble commune aux tentatives de suicide et au suicide mais pas aux idéations suicidaires qui semble être un phénotype distinct.

L'héritabilité des conduites suicidaires n'est donc pas liée à la transmission d'un trouble psychiatrique mais à la transmission de traits de personnalité comme l'agressivité, l'impulsivité ou le neuroticisme qui participent à la cascade développementale aboutissant à la conduite suicidaire.

1.2.2. Identification de gènes de la vulnérabilité suicidaire

Des gènes codant pour les protéines impliquées dans le métabolisme de la sérotonine (Tryptophane hydroxylase) et le transporteur de la sérotonine (5-HTT) sont impliqués dans la vulnérabilité suicidaire en influençant la constitution des traits de personnalité tels que l'impulsivité, le déficit de contrôle de la colère ou de traits cognitifs comme la prise de décision.

La **tryptophane hydroxylase** est une enzyme qui intervient lors de l'étape initiale et limitante de la synthèse de la sérotonine ; elle est codée par les gènes TPH1 et TPH2.

L'allèle *A* de TPH1 a été associé avec la fonction sérotoninergique mais aussi avec les conduites suicidaires au sein de populations de patients déprimés, bipolaires, schizophrènes et de criminels alcooliques.

Plusieurs études considèrent que certains marqueurs de TPH2 seraient aussi associés aux conduites suicidaires indépendamment d'autres facteurs de risque suicidaire.

Le **transporteur de la sérotonine** (5-HTT) joue un rôle dans la régulation du taux de sérotonine synaptique en assurant son recaptage au niveau présynaptique après sa libération. Deux allèles sont impliqués dans le fonctionnement de la région du promoteur régulateur du gène 5-HTT (5-HTTLPR). L'allèle *s* (short allele) réduit l'efficacité de la transcription du gène 5-HTT.

Cet allèle *s* est plus fréquemment retrouvé chez les patients suicidants par rapport aux patients sans antécédent de TS et chez les suicidants ayant réalisé une TS violente par rapport aux TS non violentes. De plus, le génotype *s/s* semble être associé significativement au risque de récurrence suicidaire à un an.

Chez des patients sans antécédent psychiatrique ni suicidaire, ce génotype *s/s* est fortement corrélé à un tempérament dépressif, anxieux, irritable ; un tempérament impulsif, hostile, associé à un mauvais contrôle de l'agressivité et/ou à une tendance au neuroticisme, au pessimisme (45).

Dans une étude, Caspi (2003) reporte que les individus porteurs d'au moins un allèle *s* et confrontés à des événements de vie stressants, ont plus de symptômes dépressifs et de comportement ou d'idées suicidaires que ceux qui ont un génotype *l/l*.

Les variants génétiques seraient associés à des traits de comportement plus qu'à des pathologies psychiatriques.

Les génotypes 5HTTLPR-ss ou TPH1-AA favorisent les conduites suicidaires en altérant le processus d'apprentissage et la prise de décision et en engendrant une rigidité cognitive. Ces troubles cognitifs représentent un facteur de risque de conduite suicidaire face à un stimulus aversif mais peuvent avoir aussi un rôle précipitant en engendrant des difficultés dans les relations affectives (23).

1.2.3. Neuroanatomie des conduites suicidaires

Les techniques de neuro-imagerie, telles que la tomographie par émission de positons (PET) et la tomographie par émission de simple photon (SPECT), évaluent le fonctionnement cérébral régional (métabolisme et perfusion) et ont permis d'estimer la synthèse de la sérotonine. L'IRM fonctionnelle indique l'activation des régions cérébrales en réponse à des stimulations émotionnelles ou cognitives.

Les données actuelles d'imagerie fonctionnelle suggèrent que les patients qui réalisent des TS présentent des déficits sérotoninergiques au niveau du :

- * cortex préfrontal dorsolatéral, engendrant un déficit attentionnel, des difficultés à la résolution des problèmes, un déficit de la mémoire du travail, une rigidité cognitive et une plus grande sensibilité à la désapprobation ;
- * cortex orbitofrontal, sous-tendant une dysrégulation émotionnelle, une tendance à l'impulsivité, une plus grande désinhibition comportementale et des anomalies de la prise de décision.

L'ensemble de ces troubles cognitifs est impliqué dans la vulnérabilité suicidaire (55).

Du fait de la réduction de la transmission sérotoninergique, les régions inhibitrices du cortex préfrontal ne servent plus à freiner l'amygdale, ceci conduisant à une libération de l'agressivité en réponse à des stimuli aversifs (Siever).

Le sujet face à de tels stimuli et influencé par la colère, l'anxiété, l'impulsivité ou en raison d'une altération de ses capacités de prise de décision, mettra plus fréquemment en œuvre un acte de violence retourné contre lui-même.

2. RÉACTIVITÉ AU STRESS

2.1. Interaction entre gènes et environnement

Les facteurs de vulnérabilité précédents interagissent avec les stress environnementaux et les antécédents de maltraitance infantile qui impliquent l'axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien et le métabolisme du cortisol.

2.2. Axe Hypothalamo-Hypophyso-Surrénalien (HHS) et catécholamines

Un dysfonctionnement de l'axe HHS (« axe du stress », aboutissant à la synthèse du cortisol) et du système noradrénergique, principaux composants de la réaction au stress, pourrait être impliqué dans le comportement suicidaire.

Des études post-mortem ont montré une **activation excessive de l'axe HHS chez les suicidés** : augmentation de la CRH (Corticotropin Releasing Hormon) dans le LCR, augmentation de sérotonines à CRH, augmentation de sérotonines codant la pro-ACTH dans l'hypophyse et diminution des récepteurs CRH dans le cortex frontal.

Les résultats chez les sujets ayant un comportement suicidaire sont plus divergents mais les mesures basales de cortisol vont plutôt dans le sens d'une hyperactivité, surtout dans le cas de TS violentes.

Au niveau noradrénergique, les études post-mortem indiquent des disparités régionales avec :

- * diminution du nombre de neurones noradrénergique et baisse du taux de NA dans le tronc cérébral mais augmentation des récepteurs alpha2-adrénergiques (régulation secondaire) ;
- * à l'inverse, augmentation de l'activité noradrénergique au niveau cortical préfrontal.

Aucune corrélation n'est observée entre les taux de NA, adrénaline ou métabolites dans le LCR et le comportement suicidaire chez les suicidants.

De nombreuses études sur des patients déprimés ou sur des sujets exposés à des expériences défavorables dans l'enfance, ont montré une augmentation de la réponse noradrénergique au stress.

Les variations génétiques des facteurs de régulation de l'axe HHS, médiées par la CRH, semblent être des facteurs importants de suicidalité (113) :

- * les mutations génétiques de la noradrénergic tyrosine hydroxylase sont associées au trait de personnalité colère/hostilité et à la vulnérabilité au stress ;
- * les mutations génétiques du facteur de transcription Tbox19, un des régulateurs en amont de l'axe HHS, montre un lien significatif avec les personnalités caractérisées par des traits colériques/hostiles et les conduites suicidaires (114).

A noter que chez les adolescents, les bouleversements hormonaux entraînent des difficultés de régulation émotionnelle et que, parallèlement, les augmentations d'hormone gonadotrophique peuvent retentir sur l'axe hypothalamo-hypophysaire lui-même impliqué dans les conduites suicidaires.

2.3. Maltraitance infantile

Il est désormais convenu que la survenue d'abus et de négligence dans l'enfance augmente le risque de conduites suicidaires à l'âge adulte, mais le mécanisme n'est pas encore clairement établi.

La maltraitance infantile pourrait altérer la fonction sérotoninergique de façon persistante et conditionner la présence de traits impulsifs et agressifs pour finalement contribuer à la vulnérabilité biologique aux conduites suicidaires.

L'effet de ces stress précoces est modulé par les facteurs génétiques.

Chez les primates exposés à une séparation maternelle précoce, ceux porteurs de l'allèle s du récepteur de la sérotonine ont des taux abaissés de 5-HIAA qui persistent à l'âge adulte contrairement aux singes porteurs des allèles de haute expression qui n'ont pas ces anomalies.

Des génotypes spécifiques conditionneraient le devenir de sujets maltraités et, inversement, les interactions précoces et les traumatismes, en particulier sexuels, dans l'enfance moduleraient l'expression de gènes, représentant un substrat neurobiologique au développement ultérieur de conduites suicidaires à l'âge adulte.

Ainsi, les perturbations des interactions précoces auraient un impact sur le système sérotoninergique et la maltraitance précoce engendrerait un dysfonctionnement de l'axe du stress et des modifications neuroanatomiques (réduction du volume de l'hippocampe) correspondant à des remaniements précoces et durables.

De plus, on retrouve une augmentation de la méthylation du gène de récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe des sujets suicidés avec un antécédent d'abus sexuels (Meaney 2009), ce qui peut conduire à une diminution de la transcription du gène.

En raisonnant à partir de l'observation clinique d'une haute prévalence des abus dans l'enfance chez les personnes présentant une personnalité borderline (caractérisée par impulsivité et automutilations), Roy a cherché à étudier la relation entre les abus dans l'enfance et le développement de la personnalité (85).

Leur principale conclusion est que les adultes dépressifs qui ont rapporté une histoire d'abus physique ou sexuel dans l'enfance sont plus à risque de réaliser une conduite suicidaire, notamment une conduite suicidaire précoce (enfance et adolescence). Par contre il semble que ces stress précoces ne soient pas liés à la sévérité objective de la dépression chez les suicidants.

Caspi (2003), en examinant les antécédents de maltraitance dans les 10 premières années de vie, a objectivé que ce traumatisme prédisposait à la dépression à l'âge adulte uniquement chez les individus ayant au moins un allèle *s* de 5-HTTLPR (13).

Les adultes dépressifs ayant de tels antécédents ont également des taux plus élevés d'impulsivité, agressivité et présentent plus fréquemment une personnalité borderline.

Bien que les antécédents d'abus et l'impulsivité soient prédictifs de conduites suicidaires, ils ne sont pas associés à la sévérité des conduites suicidaires, au nombre d'antécédent de TS ou au niveau d'intentionnalité.

Retenons donc que tous les sujets victimes de maltraitance dans l'enfance ou soumis à des événements de vie ne sont pas à risque de conduite suicidaire et que seuls ceux qui portent un génotype *s/s* du gène du transporteur de la sérotonine semblent avoir un risque accru de conduite suicidaire.

Parallèlement à un dysfonctionnement sérotoninergique qui serait associé aux perturbations du contrôle de l'anxiété, de l'impulsivité et de l'agressivité (facteurs traités), un dysfonctionnement de la réactivité au stress (hyperactivité de l'axe HHS voire du système noradrénergique) pourrait contribuer à augmenter le risque de suicide si d'autres facteurs « état » surviennent, tels que la survenue d'une maladie psychiatrique ou un stress psychosocial important.

La vulnérabilité d'un individu dépend donc d'un phénotype clinique (personnalité, réactivité émotionnelle), d'un phénotype fonctionnel (réactivité neuroendocrine aux stimuli) mais aussi d'une prédisposition polygénétique complexe et d'une accumulation de traumatismes parfois très précoces.

En corrélant ce modèle « vulnérabilité-stress » au processus suicidaire, les passages d'étapes seraient donc favorisés par un ensemble de dysfonctionnements émotionnels et cognitifs soutenu par un ensemble de dysfonctionnements cérébraux préexistants, eux-mêmes modulés par des facteurs génétiques et environnementaux précoces.

L'ensemble augmente le risque d'apparition d'un processus suicidaire en présence de facteurs de stress.

DEUXIÈME PARTIE : ÉTUDE 2000-2010

Le taux de suicide des adolescents diminue significativement depuis une vingtaine d'années. Alors qu'il valait 16,5 pour 100.000 garçons et 4,6 pour 100.000 filles en 1985, sa valeur en 2008 est respectivement de 10 et 2,8 pour 100.000. Tout s'exécute confondu, il a voisine actuellement les 10 pour 100.000 adolescents et 0,3 pour 100.000 enfants prépubères. Malgré une diminution notable, ces taux restent trop élevés puisque plus d'un adolescent se suicide chaque jour dans notre pays, soit plus de 500 suicidés par an en 2007 (22 décès chez les moins de 15 ans) (29,34). De plus, ces valeurs restent certainement sous-évaluées en raison de l'absence de mention explicite dans le certificat de décès et du tabou entourant ce sujet pour de nombreuses familles, voire soignants. Chez les 15-24 ans, le suicide constitue donc la 2^{ème} cause de décès (25%), derrière les accidents de la voie publique (38% des décès). Chez les 5-14 ans ce taux représente 3% des décès (22 suicides en 2007) (92).

Contrairement au taux de suicide, le nombre de tentatives de suicide chez les 15-34 ans ne diminue pas et a même tendance à augmenter. Actuellement, on estime à 100 par jour le nombre de TS réalisées par des enfants ou des adolescents en France, ce qui représente environ 40.000 jeunes de moins de 25 ans hospitalisés chaque année suite à une tentative de suicide (76). Steel, dans une étude datant de 2007, évalue le taux de TS à 600 pour 100.000 mais avec seulement un quart des suicidants qui seraient pris en charge médicalement.

Le rapport TS/suicide est égal à 22 pour les garçons et 160 pour les filles, contre un et trois chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Cette faible létalité ne doit néanmoins pas nous rassurer puisque, selon une étude menée par Schmidtke en 1996, 18 à 20% des suicidants récidivent dès la première année et 10 à 14% décèdent par suicide. Selon Lester (2007), la gravité des gestes augmente avec le nombre de récurrences et 66% des filles décédées par suicide ont au moins un antécédent de TS contre 23% des garçons.

En 2000, une enquête menée en milieu scolaire a montré que 9% des 14-19 ans ont déjà réalisé une tentative de suicide contre 7% six ans auparavant. Parmi eux, 1,2% ont déjà récidivé. Des études de cohorte menées par Choquet ont objectivé que 12 à 35% des adolescents interrogés ont déjà pensé mettre fin à leur jour, 7 à 9% des collégiens y pensant fréquemment (18). Il semble que la chronicité des idées suicidaires soit un facteur de risque de passage à l'acte mais toute idéation suicidaire n'implique pas obligatoirement un passage à l'acte.

Le peu d'études épidémiologiques nationales concernant les TS chez le jeune enfant, révèlent que l'idéation suicidaire est là aussi répandue puisque 16% des moins de 13 ans ont déjà eu des idées suicidaires (18). Le risque de récurrence varie de 10 à 40% selon les études.

Devant ces données préoccupantes, nous avons souhaité étudier le devenir à 10 ans de ces adolescents hospitalisés pour tentative de suicide à l'Hôpital d'Enfants de Nancy.

Les objectifs de cette étude sont :

- * d'apprécier le devenir à long terme des suicidants pris en charge à l'Hôpital d'Enfants;
- * de comparer ce devenir à celui d'adolescents suicidants inclus dans d'autres études du même type et, ainsi, d'évaluer nos pratiques ;
- * de mettre en évidence des facteurs de risque d'évolution psychosociale défavorable et de récurrences suicidaires.

Tout cela a fin d'optimiser la prise en charge des suicidants à l'Hôpital d'Enfants dans la prévention des récurrences suicidaires et de la morbidité, voire de la mortalité, qui en découlent.

I. MÉTHODOLOGIE

Nous avons tenu à poursuivre le travail initié par Mme A. Gehin en 2004 et Mme F. Ligier en 2006 et 2008, pour pouvoir corrélérer nos divers résultats et bénéficier d'un échantillon de population important, permettant des conclusions plus significatives au niveau statistique. Pour cela, nous avons suivi le même protocole d'enquête afin d'éviter, au maximum, des biais statistiques de sélection et d'évaluation.

Notre travail s'est dans un premier temps centré sur l'analyse du devenir à dix ans des jeunes suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2000. Pour cela nous avons associé l'étude d'une cohorte historique et une enquête transversale, débutée en mai 2010 et terminée en décembre 2010, concernant 62 enfants et adolescents suicidants.

1. CRITÈRES DE SÉLECTION

Tout comme dans les précédentes études, nous avons retenu deux critères d'inclusion. Les sujets éligibles étaient des adolescents ayant été considérés comme **suicidants** et, par ce fait, **pris en charge par le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2000**, quelle que soit l'intensité de leur désir de mourir et la durée et la spécificité de leur prise en charge.

Nous n'avons pas retenu les cas de trois patients présentant des idéations suicidaires, sans passage à l'acte associé, ainsi qu'une jeune fille ayant surconsommé des médicaments avec une camarade, « pour essayer ».

Pour l'année 2000, **62 adolescents** répondaient à ces critères et pouvaient donc être inclus dans notre étude.

2. RECUEIL DES DONNÉES

2.1. Données de 2000

Dans le but d'apprécier le contexte psycho-socio-familial des suicidants au moment de leur passage à l'acte suicidaire, nous avons recherché diverses caractéristiques personnelles, sociales et familiales ainsi que les spécificités du geste suicidaire et de la prise en charge proposée. Pour cela, nous avons étudié l'ensemble des dossiers médicaux de l'époque et consulté le logiciel informatique du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN), auquel est rattaché le service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy. Ce logiciel, dénommé CIMAISE, regroupe l'ensemble des observations et des courriers médicaux, paramédicaux et sociaux des patients du CPN.

Dans notre volonté d'éviter les biais statistiques et de pouvoir comparer au mieux nos données, nous avons décidé de rechercher les mêmes critères que lors des études précédentes.

Les caractéristiques recherchées pour la population de 2000 concernaient donc :

- * l'adolescent :
 - âge, sexe ;
 - antécédents personnels et comorbidités psychiatriques au moment du geste ;
 - antécédents personnels de TS, récurrences précoces ;
 - antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel ;
 - difficultés scolaires et retard scolaire ;

- * le contexte familial et social :
 - structure du couple parental ;
 - catégorie socio-professionnelle des parents, niveau socio-économique ;
 - taille de la fratrie ;
 - adoption du patient ou immigration familiale ;
 - lieu d'hébergement ;
 - antécédents familiaux de pathologie psychiatrique, d'éthylisme chronique et de conduites suicidaires ;

- * le geste suicidaire :
 - moyen utilisé ;
 - idée associée ;
 - moment de l'année ;

- * la prise en charge proposée :
 - service d'hospitalisation, durée, modalités de sortie ;
 - réalisation d'un bilan psychologique ;
 - instauration d'un traitement psychotrope ;
 - rencontre avec l'assistante sociale et reprise de contact à un an ;
 - durée du suivi psychologique à l'issue de l'hospitalisation.

2.2. Données de 2010

Afin d'apprécier le devenir de ces patients dix ans après leur geste, nous leur avons adressé, ainsi qu'à leurs parents, un questionnaire évaluant leur situation affective, professionnelle et leur santé en 2010. Ces questionnaires étaient accompagnés d'une lettre personnalisée justifiant notre démarche.

2.2.1. Recueil des adresses

La grande difficulté de cette étude a été de retrouver les adresses récentes de ces patients pris en charge il y a dix ans, devenus adultes, ayant probablement quitté le domicile parental et, pour les filles, pouvant porter un nouveau patronyme.

La première étape a été de retrouver les adresses de l'époque dans les dossiers médicaux et dans le logiciel CIMAISE. Ces données ont ensuite été confrontées à celles de l'annuaire, n'apportant que relativement peu de confirmations d'adresses. Cet écueil est probablement lié à l'essor des téléphones portables et d'Internet qui réduit le nombre d'abonnements à France Télécom et donc la publication des coordonnées dans les Pages Blanches de l'annuaire.

Pour certains patients, toujours inscrits dans un suivi psychologique au sein du CPN, nous avons pu retrouver des adresses récentes dans CIMAISE.

Pour ceux qui résidaient en foyer socio-éducatif ou en famille d'accueil au moment de leur TS, nous avons cherché des coordonnées récentes auprès des différents référents sociaux.

Malgré notre incertitude concernant de nombreuses adresses, nous avons réalisé un premier envoi de courrier. De nombreuses enveloppes annotées NPAI (N'habite Pas à l'Adresse Indiquée) nous sont revenues. Nous avons alors poursuivi nos investigations en contactant par téléphone les médecins traitants et/ou les derniers intervenants rencontrés lors du suivi psychologique faisant suite à l'hospitalisation à l'Hôpital d'Enfants.

2.2.2. Modalités d'envoi

Dans la majorité des cas, nous n'avons retrouvé que l'adresse des parents. Afin d'optimiser nos chances de recueillir le témoignage des anciens suicidants eux-mêmes, nous avons joint au courrier adressé aux parents le courrier adressé à leur enfant. Les enveloppes contenaient donc :

- * pour les parents : une lettre explicative, un questionnaire et une enveloppe timbrée à l'adresse du service pour le retour de courrier,
- * pour leur enfant : une enveloppe timbrée à son nom dans laquelle étaient glissés une lettre explicative, un questionnaire et une enveloppe affranchie pour nous répondre.

Nous avons suivi le même protocole quand nous ne connaissions que les coordonnées du jeune adulte. Dans tous les cas, nous avons précisé dans la lettre explicative de chaque protagoniste que leurs parents (ou enfant) allaient recevoir un courrier similaire au leur.

Trois à huit semaines après l'envoi des questionnaires, nous avons contacté par téléphone les personnes n'ayant pas répondu et adressé un nouveau courrier à celles que nous ne sommes pas parvenues à joindre.

2.2.3. La lettre explicative (annexe 1)

Cette lettre, jointe au questionnaire, a été adressée au patient ou aux parents, afin de leur expliquer le sens de notre démarche. Nous y exposons le contexte actuel de suicides conduites suicidaires chez les jeunes, l'importance pour les soignants d'évaluer le devenir des patients afin d'améliorer leur approche thérapeutique et la raison pour laquelle nous les contactons, à savoir le motif de l'hospitalisation de l'adolescent en 2000 à l'Hôpital d'Enfants.

Nous les priions de consacrer un peu de leur temps à remplir le questionnaire et de nous le retourner. De même, nous les priions de transmettre à leurs parents (ou enfant) celui qui leur (lui) était adressé si nécessaire.

Nous leur proposons de les rencontrer pour aborder ces questions lors d'un entretien s'ils le désiraient. Pour cela, deux numéros de téléphone du service ont été mis à leur disposition pour tout renseignement complémentaire.

Enfin, nous leur précisons que nous nous permettrions de les joindre par téléphone s'ils ne donnaient pas suite à notre courrier dans les 3 semaines suivant l'envoi des questionnaires.

2.2.4. Le questionnaire (annexe 2)

Nous avons repris le questionnaire utilisé dans l'étude de 1996 et n'avons réalisé que quelques modifications. Elles ont porté sur le critère « vit maritalement » que nous avons remplacé par « pacsé, en concubinage », termes qui nous semblaient plus actuels, et sur l'organisation de certaines questions.

Le questionnaire de 2010 comprenait 39 questions :

- * 22 questions fermées ;
- * 12 questions ouvertes dont 11 nécessitaient une réponse quantitative ou objective (comme le niveau d'études, l'activité professionnelle...) et dont une appelait une réponse subjective (sur les améliorations de la prise en charge) ;
- * 5 échelles d'évaluation de la satisfaction dans différents domaines, cotées de 0 à 10, sur lesquelles les personnes interrogées devaient apposer une croix.

Les questions étaient regroupées en quatre grandes parties :

- * la situation familiale actuelle du sujet ;
- * la situation professionnelle et scolaire actuelle du sujet ;
- * l'état de santé psychologique et somatique actuel du sujet ;
- * l'évaluation de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 2000.

2.2.4.1. Situation familiale

Nous avons évalué à l'aide de questions fermées :

- * la situation familiale par les items « marié », « célibataire », « pacsé, en concubinage » et « divorcé » ;
- * le fait d'avoir des enfants par les items « oui » ou « non » ;
- * le fait que ces enfants soient à la charge de leurs parents par les items « oui » ou « non » ;
- * le lieu de vie du patient par les items « avec vos parents », « seul », « en couple », « autre ».

Nous avons évalué par des questions ouvertes :

- * le nombre d'enfants ;
- * le lieu de vie des enfants qui ne sont pas à la charge de leurs parents.

La dernière question de cette partie concernait l'estimation de la vie affective des anciens patients, la personne interrogée devant dessiner une croix sur une échelle allant de 0 à 10, 0 correspondant à « malheureux » dans sa vie affective, 5 à « moyennement heureux » et 10 à « très heureux ».

2.2.4.2. Situation professionnelle et scolaire

Ont été évalués par des questions fermées amenant à une réponse « oui » ou « non » :

- * le retard scolaire ;
- * l'activité professionnelle ;
- * avoir connu des changements de profession fréquents.

Des questions ouvertes attendaient des précisions concernant :

- * le niveau d'étude ;
- * l'activité professionnelle ;
- * les classes redoublées.

La dernière question consistait en une échelle d'autoévaluation concernant l'estimation de la situation professionnelle, 0 correspondant à « pas satisfaisante du tout », 5 à « moyennement satisfaisante » et 10 à « très satisfaisante ».

2.2.4.3. Etat de santé psychologique et somatique

Nous avons évalué à l'aide de questions fermées amenant à une réponse « oui » ou « non » le fait :

- * d'avoir des problèmes de santé ;
- * de prendre des médicaments tous les jours ;
- * d'être souvent en arrêt maladie ;
- * de bénéficier d'une allocation pour adulte handicapé ;
- * de consommer régulièrement du tabac, de l'alcool, des drogues ;
- * d'avoir eu affaire à la justice ;
- * d'avoir refait des tentatives de suicide depuis 2000 ;
- * d'avoir encore des idées suicidaires ;
- * d'avoir eu un suivi psychologique après l'hospitalisation de 2000 ;

- * d'avoir consulté en milieu psychiatrique (psychiatre de ville, C.M.P., urgences psychiatriques,...) dans les dix dernières années ;
- * d'avoir été hospitalisé en de hors de l'hospitalisation index, pour un problème psychologique dans les dix dernières années ;
- * de se sentir actuellement déprimé ;
- * d'être encore suivi sur le plan psychologique.

Nous avons évalué par des questions ouvertes :

- * les problèmes de santé actuels ;
- * les médicaments consommés ;
- * la quantité de cigarettes fumées par jour ;
- * le nombre de récurrences de tentative de suicide après 2000 ;
- * la durée du suivi psychologique après l'hospitalisation de 2000 ;
- * le nombre d'hospitalisations pour problème psychologique en de hors de l'hospitalisation index.

Nous avons estimé à l'aide d'échelles d'autoévaluation :

- * la santé globale des anciens patients par une échelle allant de 0 « mauvaise », à 5 « moyenne », et 10 « très bonne » ;
- * leur bien-être psychologique à l'aide d'une échelle allant de 0 « très malheureux », à 5 « moyennement heureux », et 10 « très heureux ».

2.2.4.4. Prise en charge de 2000 :

La satisfaction de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 2000 a été évaluée avec une échelle allant de 0 « pas satisfait du tout », à 5 « moyennement satisfait », et 10 « très satisfait ».

Une question ouverte invitait les personnes répondant au questionnaire à proposer des modifications qui pourraient améliorer la prise en charge des jeunes suicidants.

2.2.5. La C.E.S.-D. (annexe 3)

Afin de nous rendre compte, de façon objective, de l'état psychique actuel des anciens patients, un questionnaire d'autoévaluation de la dépression a été joint au questionnaire destiné aux patients : la C.E.S.-D. (Center for Epidemiologic Studies Depression).

Ce questionnaire est composé de 20 affirmations (16 présentées sous forme négative et 4 sous forme positive) portant sur des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. Il est demandé au répondeur d'évaluer la fréquence à laquelle il a ressenti ces symptômes au cours de la dernière semaine. La fréquence est qualifiée conjointement par un adjectif et un nombre de jours afin de favoriser la clarté des réponses :

- * « jamais, très rarement, moins d'un jour » = 0 ;
- * « occasionnellement, 1 à 2 jours » = 1 ;
- * « assez souvent, 3 à 4 jours » = 2 ;
- * « fréquemment, tout le temps, 5 à 7 jours » = 3.

Pour les 4 items « positifs », les chiffres sont inversement associés aux réponses. Le score total se situe donc entre 0 et 60.

Le seuil de dépression est évalué en France et chez les adultes à 17 pour les hommes et 23 pour les femmes.

3. ANALYSE STATISTIQUE

L'analyse statistique a été réalisée par Mme le Dr A-C. Rat, épidémiologiste dans le service d'Epidémiologie et d'Evaluation Cliniques du Professeur Briançon, au Centre d'Epidémiologie Clinique-Inserm du CHU de Nancy.

La première étape a consisté à décrire deux populations, d'une part celle des suicidants de 2000 et d'autre part celle des répondants à l'enquête en 2010. Nous avons calculé les moyennes et les écarts-types pour les variables quantitatives et décrit les variables qualitatives en valeurs absolues et en pourcentages. Par ailleurs, nous avons complété les réponses concernant les récurrences suicidaires avec les données des dossiers médicaux et du logiciel CIMAISE afin de comptabiliser le nombre total de TS réalisées par chaque sujet.

Dans certains cas nous n'avons reçu que la réponse des parents. Afin d'éviter tout biais statistique, nous avons voulu déterminer les réponses pouvant être néanmoins utilisées. Pour cela, nous avons évalué la concordance entre les réponses des parents et de leur enfant, quand les deux avaient répondu, et nous avons utilisé les réponses des parents quand leur degré d'association était significatif.

Dans un troisième temps, les caractéristiques de 2000 des patients répondants ont été comparées avec celles des non répondants. Nous avons recherché une éventuelle différence entre les deux groupes afin de savoir si nous pouvions généraliser nos résultats de 2010 à l'ensemble de la cohorte initiale. Dans ce même but, nous avons comparé les caractéristiques de 2000 des patients considérés comme perdus de vue et de ceux dont nous sommes parvenus à retrouver les coordonnées.

Afin de déterminer si certaines caractéristiques de 2000 peuvent être considérées comme des facteurs prédictifs d'une évolution psychosociale défavorable, nous avons comparé statistiquement les données de 2000 et 2010. Ces recherches d'associations statistiques ont été réalisées à l'aide des tests de Fisher ou du Khi 2 pour les variables qualitatives et à l'aide du test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Les associations sont significatives lorsque p est inférieur ou égal à 0,05.

Après avoir regroupé l'ensemble des données des quatre études, nous avons décrit la cohorte des suicidants et celle des répondants selon le même protocole que celui précédemment

exposé concernant l'année 2000. Nous avons ensuite comparé les populations des quatre années entre elles en recherchant d'éventuelles différences liées à l'évolution de la société et de la prise en charge proposée à l'Hôpital d'Enfants.

Enfin, nous avons recherché des associations significatives entre les caractéristiques au moment du geste suicidaire et celles à dix ans, potentiellement prédictives de récurrences suicidaires ou d'un devenir psychosocial défavorable.

4. TERMINOLOGIE

La terminologie employée dans cette étude pour la description des gestes suicidaires et des hospitalisations est la suivante :

- La **tentative de suicide index** (ou geste index) est la première de l'année 2000 qui a donné suite à une hospitalisation à l'Hôpital d'Enfants de Nancy.
- Les termes de **récidive à un mois, trois mois, entre trois et six mois et à un an** se rapportent à toutes les récurrences connues, ayant eu lieu dans le mois, les trois mois, entre trois et six mois ou dans l'année suivant la tentative de suicide index.
- Les **récidives précoces** concernent l'ensemble des récurrences survenant dans l'année suivant la tentative de suicide index.
- Les **récidives à dix ans, ou dans les dix ans, ou entre un et dix ans** représentent toutes les récurrences connues ayant eu lieu entre la fin de la première année après la TS index et la fin de l'étude qui s'est déroulée 10 ans après le geste.
- Le **nombre de récurrences total** rassemble toutes les récurrences connues, ayant eu lieu après la TS index, soit la somme des récurrences précoces et des récurrences à dix ans.
- Un **multirécidiviste** est un suicidant qui a réalisé au moins trois TS.
- Dans les **antécédents personnels de tentatives de suicide**, on considère les TS réalisées avant la TS index, mentionnées dans les dossiers médicaux.
- Le **nombre total de tentatives de suicide** correspond au relevé du nombre total de TS connues, en comptant les antécédents personnels de TS, la TS index et le nombre de récurrences totales connues.
- L'**hospitalisation index** est l'hospitalisation ayant fait suite à la TS index.

- Le **nombre d’hospitalisations pour problème psychologique** correspond au nombre total d’hospitalisations que nous connaissons (hospitalisation index, hospitalisations antérieures et hospitalisations postérieures à l’hospitalisation index).
- Nous avons considéré que les anciens patients étaient **perdus de vue** quand nous n’avons pas retrouvé de coordonnées postales où leur adresser le courrier ou quand les courriers nous sont revenus avec la mention « NPAI » (N’habite Pas à l’Adresse Indiquée).
- Nous avons défini comme **répondeurs** les anciens patients pour lesquels nous avons reçu les questionnaires, qu’ils soient remplis par eux-mêmes ou par leurs parents.
- Nous avons considéré comme **non-répondeurs** les patients contactés mais dont le courrier est resté sans réponse et ne nous est pas revenu.
- La description « **satisfaits à très satisfaits** » et « **heureux à très heureux** » correspond aux patients ayant noté une valeur supérieure ou égale à sept sur dix sur les échelles d’auto-évaluation.

II. RÉSULTATS

A l'issue de notre recherche dans les dossiers médicaux et le logiciel CIMAISE, nous avons pu retrouver des coordonnées postales pour 58 patients sur les 62 de notre cohorte.

- * Pour 50 de ces patients nous n'avons retrouvé que l'adresse des parents :
 - dans six cas, les réponses provenaient à la fois des parents et de l'ancien patient dont un cas à la suite de notre relance écrite. Une mère a souhaité nous remettre les questionnaires en main propre et discuter avec nous de la prise en charge proposée à l'époque à sa fille. Un des patients nous a stipulé à la fin de son questionnaire qu'il ne souhaitait plus que nous les recontactions, lui et ses parents ;
 - dans six cas, nous n'avons obtenu que la réponse des parents. Une réponse a été recueillie suite à une relance téléphonique, les coordonnées nous ayant été remises par un soignant de l'époque resté en contact avec la jeune fille. Pour deux patients, les parents mentionnaient leur refus de transmettre le courrier à leur enfant qu'ils sentaient encore fragile ;
 - les parents d'un patient nous ont contactés téléphoniquement dès la réception du courrier pour nous faire part de leur refus de répondre et de transmettre le questionnaire à leur enfant, dénonçant une rupture du secret médical ;
 - dix-huit courriers nous sont revenus avec le sigle NPAI. Sept médecins traitants ont pu être contactés mais tous ont perdu de vue ces patients. Pour deux patients, les médecins de l'époque n'exerçaient plus et pour les neuf autres, le nom du médecin traitant n'était pas mentionné dans le dossier ;
 - dans douze cas nous n'avons reçu aucune réponse malgré une relance écrite.
- * Nous avons retrouvé des adresses distinctes pour trois anciens patients et leurs parents. Seuls deux des anciens patients nous ont répondu, le troisième étant considéré comme perdu de vue. Nous n'avons recueilli aucune réponse parentale.
- * Grâce au logiciel CIMAISE nous croyions avoir retrouvé l'adresse récente d'une patiente, mais celle-ci s'est avérée obsolète. Son médecin traitant nous a ensuite communiqué son nom d'épouse et sa nouvelle adresse, mais le courrier nous est encore revenu.

- * Une jeune fille était à l'époque placée en famille d'accueil. Nous avons pu contacter la famille d'accueil téléphoniquement mais ils étaient sans nouvelle d'elle depuis quelques années. La sachant inscrite sur des réseaux sociaux, ils se sont alors proposés de la prévenir de notre démarche. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles.
- * Une des jeunes filles devait déménager dans les mois suivant son hospitalisation dans une autre région de France et nous n'avons pas pu retrouver sa trace.
- * Deux patients étaient hébergés chez leurs grands-parents au moment de leur TS index. Dans un cas nous n'avons retrouvé ni adresse ni nom de médecin traitant dans le dossier médical. Dans le second cas le courrier nous est revenu. Nous avons pu contacter son médecin traitant qui a, malheureusement, refusé de nous communiquer la moindre information concernant sa patiente.
- * Quatre des patients étaient hébergés en foyer socio-éducatif en 2000. Nous avons contacté ces quatre établissements : deux d'entre eux n'ont pas pu nous donner d'indication, les deux autres nous ont communiqué les coordonnées des référents sociaux de l'époque. Nous avons ainsi pu retrouver les coordonnées des parents d'une patiente. Ceux-ci nous ont renvoyé le questionnaire en s'excusant de n'avoir pu répondre qu'à trois questions, n'ayant pas revu leur fille depuis l'hospitalisation index.

Ainsi, sur la population initiale de **62 patients inclus** nous avons retrouvé les coordonnées de 37 sujets (59,7%), 25 étant donc considérés comme perdus de vue (40,3%).

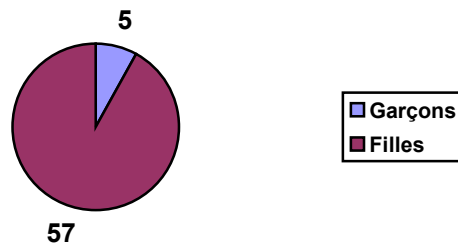
- * Parmi les 37 anciens patients contactés, 23 ont répondu (62%), 13 se sont abstenus (35,3%) et un a refusé (2,7%). Parmi les 62 patients inclus nous avons donc un **taux de réponse de 37%** contre 22,5% de non-répondeurs.
- * Parmi les **23 r épondeurs** : 14 réponses proviennent d'anciens patients et de leurs parents, deux d'anciens patients seuls et sept de parents seuls.
- * Parmi les **25 pe rdus d e v ue**, nous n'avons aucune adresse à laquelle envoyer le courrier pour six patients (24%) (trois hébergés en foyer, un allant déménager, un résidant chez ses grands-parents) et pour les 19 autres les adresses se sont avérées non attribuées (76%).

1. COHORTE DE 2000

Les caractéristiques des patients, au moment de leur TS index, sont décrites en pourcentages et en valeurs absolues pour les variables qualitatives et par des moyennes et des écarts-types pour les variables quantitatives.

L'ensemble des résultats est ramené au total de 62 patients.

1.1. Répartition par sexe et âge

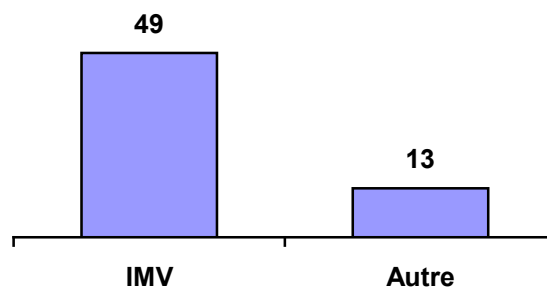


Nous retrouvons une nette prédominance du sexe féminin avec **91,9% de filles** suicidantes.

Les patients étaient à 85,5% âgés de 13 à 16 ans. La moyenne d'âge était de **14,63 ans** avec un écart-type de 1,6. Le sujet le plus jeune avait 11 ans et le plus âgé en avait 19.

1.2. Caractéristiques du geste suicidaire

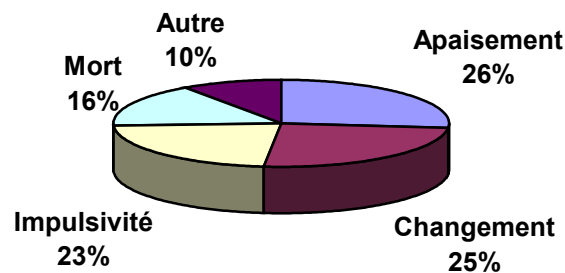
1.2.1. Moyen utilisé pour la tentative de suicide



La prise de médicaments était très largement majoritaire et représentait **79%** des moyens employés.

Six des suicidants avaient réalisé une phlébotomie (9,7%), un s'était défenestré (1,6%), un avait ingéré de l'alcool à brûler (1,6%), un s'était injecté un produit anti-adhésif en sous-cutané (1,6%), un avait tenté de s'étrangler manuellement (1,6%) et un patient s'était donné un coup d'arme blanche dans l'abdomen (1,6%). Notons aussi deux tentatives de pendaison (3,2%) particulières par leur contexte puisqu'elles avaient été réalisées en même temps par deux patientes hospitalisées dans le service de pédopsychiatrie.

1.2.2. Idée associée au geste suicidaire

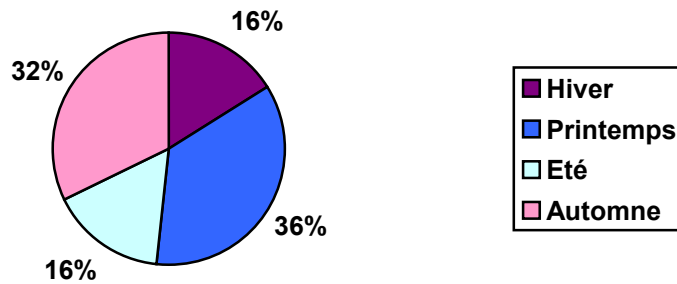


Parmi les 62 suicidants, **84% n'exprimaient pas un désir de mourir** corrélé à ce geste.

Pour près d'un quart d'entre eux ce geste était une réaction impulsive, 16 recherchaient l'apaisement d'un mal-être existentiel et 16 autres avaient le désir d'amorcer un changement dans l'équilibre familial. Deux patients expliquaient leur geste par le désir de punir leurs parents suite à un conflit (3,2%). Six ne parvenaient pas à l'expliquer (9,7%).

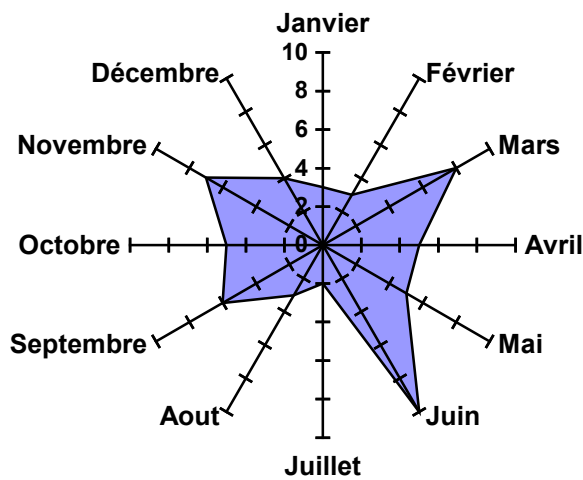
1.2.3. Moment du geste

1.2.3.1. Saison



Les tentatives de suicide ont été prépondérantes au printemps (22 gestes) et en automne (20 gestes) avec une nette majorité de gestes réalisés en dehors des vacances scolaires (50 gestes soit 80,6%).

1.2.3.2. Mois de l'année

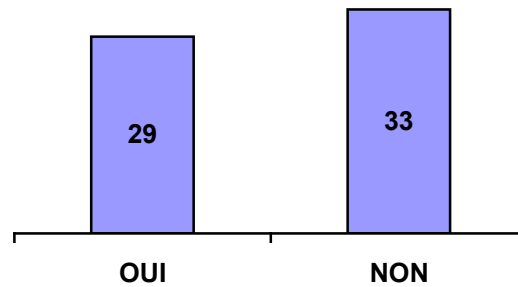


Près de la moitié des TS ont été réalisées en mars (12,9%), juin (16,1%), septembre (9,7%) et novembre (11,3%). Huit patients sont passés à l'acte durant le mois de leur anniversaire.

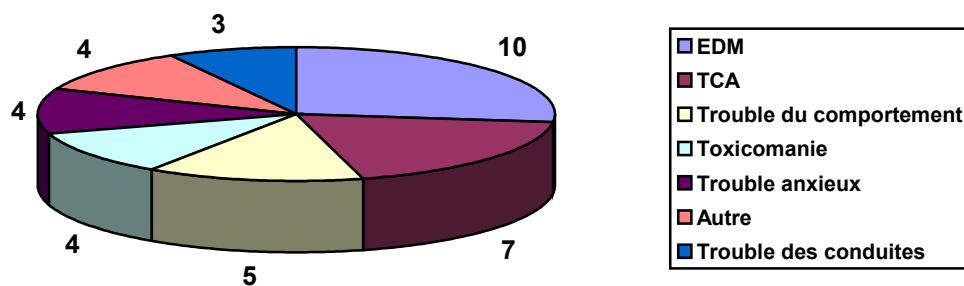
Concernant la répartition hebdomadaire des gestes suicidaires, 77% d'entre eux ont eu lieu durant la semaine.

1.3. Caractéristiques des suicidants

1.3.1. Antécédents personnels psychiatriques hors TS

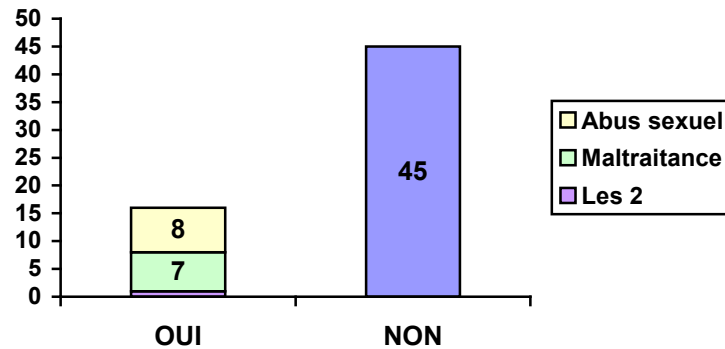


Nous avons retrouvé au moins un antécédent personnel psychiatrique chez 46,8% des suicidants : 22 n'en avaient qu'un (35,5%), six en avaient deux et une patiente en avait trois. Un seul garçon présentait un antécédent psychiatrique (troubles du sommeil).



L'antécédent psychiatrique le plus fréquemment retrouvé était l'**Episode Dépressif Majeur (16,1% des suicidants)**. Suivaient les Troubles du Comportement Alimentaire (11,3%), les troubles du comportement (8,1%), la dépendance au cannabis (6,5%), les troubles anxieux (6,5%) et les troubles des conduites (4,8%). Parmi les quatre autres antécédents on notait un épisode dysthymique, des troubles chroniques du sommeil, un épisode psychotique aigu et des automutilations dans l'enfance.

1.3.2. Antécédents de maltraitance ou d'abus sexuel



1.3.2.1. Maltraitance physique et psychologique

Treize pour cent des suicidants ont été victimes de maltraitance physique ou psychologique.

Une patiente a été victime de voyeurisme, nous avons considéré cela comme de la maltraitance psychologique.

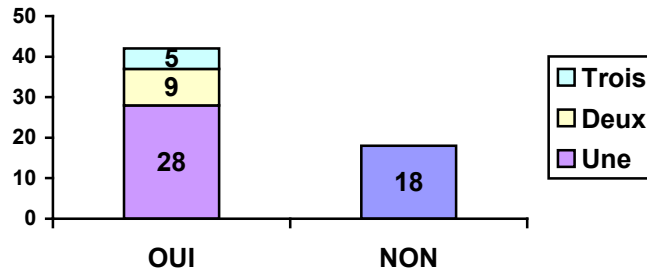
1.3.2.2. Abus sexuel

Près de 14,5% des suicidants ont été victimes d'attouchements sexuels ou de viols.

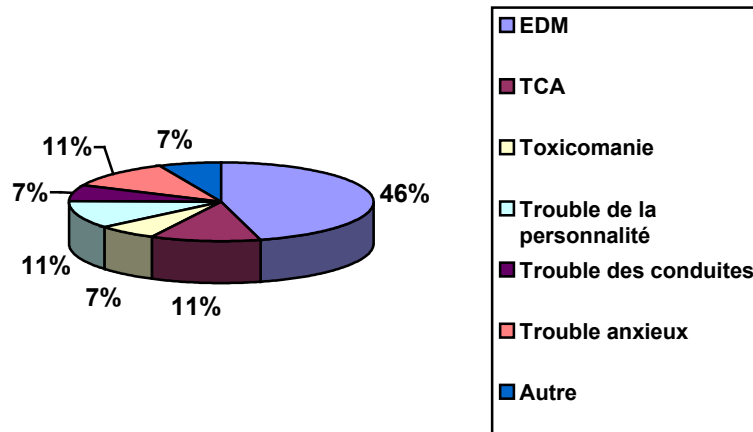
Parmi les victimes, une patiente d'origine gabonaise avait été violée dans son pays et, par ce biais, contaminée par le VIH. Cette infection a été diagnostiquée lors de l'hospitalisation index.

Une autre patiente a subi une maltraitance physique et psychologique ainsi que des abus sexuels au sein de sa famille.

1.3.3. Comorbidités



Au moment du geste, 42 des patients, soit **67,7%**, **présentaient au moins une comorbidité psychiatrique.**



Tout comme les antécédents personnels, la principale comorbidité était l'**EDM** (28 suicidants soit **45,2%**). Parmi eux quatre avaient déjà présenté un épisode dépressif.

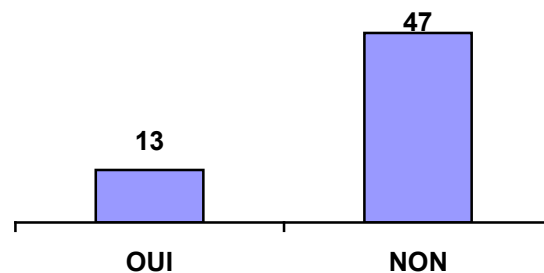
S'ensuivaient les TCA dans 11,3% des cas (4 avaient déjà un antécédent de TCA), les troubles de la personnalité (11,3%) et les troubles anxieux (11,3%) de type agoraphobie, Trouble Anxieux Généralisé (TAG), Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC) et phobie scolaire. Quatre patients étaient dépendants à la drogue (6,5%), trois d'entre eux avaient déjà été dépendants au cannabis auparavant et une des patientes avait réalisé son geste sous l'emprise de cannabis. Quatre patients présentaient des troubles des conduites (6,5%) avec une prépondérance des troubles des conduites de type mal socialisé.

Chez les autres on retrouvait une problématique encopréatique et des tendances à l'impulsivité.

Trois des cinq garçons présentaient une comorbidité : trois étaient dépressifs avec pour l'un un trouble anxieux et des traits de personnalité obsessionnelle associés. Le quatrième avait des traits de personnalité narcissique.

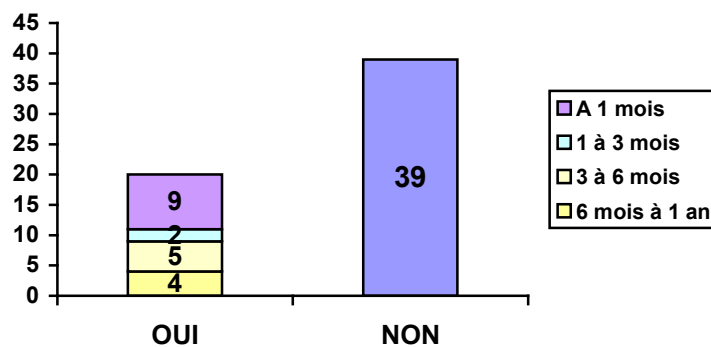
Chez les filles, neuf cumulaient de deux comorbidités dont un EDM et des TCA pour quatre d'entre elles. Quatre filles présentaient un EDM associé à un trouble anxieux et à une troisième comorbidité.

1.3.4. Antécédents personnels de tentative de suicide



Vingt-et-un pour cent des suicidants avaient déjà réalisé au moins une tentative de suicide au moment de la TS index. Pour une jeune fille il s'agissait de la quatrième en deux ans.

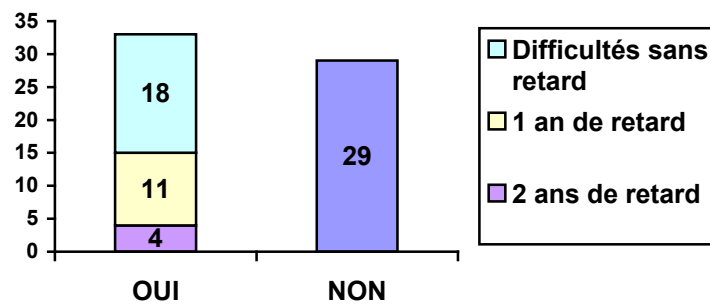
1.3.5. Récidives précoces



Vingt patients (32,3%) ont récidivé précocement, c'est-à-dire dans l'année suivant le geste index. Parmi eux trois avaient déjà réalisé une TS (4,8%) avant la TS index.

45% des récidivistes, soit neuf patients, ont récidivé dans le mois suivant la TS index et 80% ont récidivé dans les 6 mois. Trois patients ont réalisé deux tentatives de suicide dans l'année et un patient a récidivé trois fois en six mois.

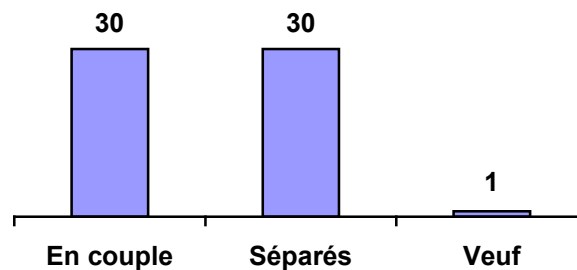
1.3.6. Difficultés et retard scolaire



Trente-trois patients, soit **53,2%** des suicidants, **présentaient des difficultés scolaires** et **24,2%** avaient **au moins un an de retard scolaire**. 11 patients avaient un an de retard (17,7%) et 4 en avaient deux (6,5%).

1.4. Contexte familial

1.4.1. Structure familiale

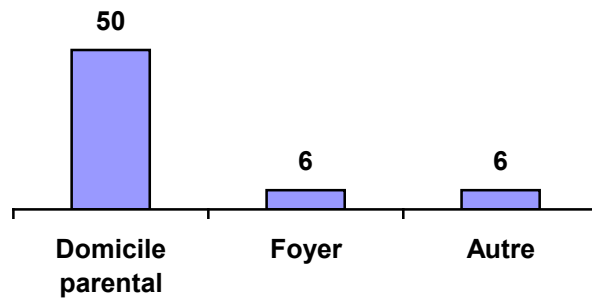


Les proportions des couples parentaux séparés et en couple étaient équivalentes, représentant chacun 48,4% des couples parentaux. Un père était veuf, sa femme s'étant suicidée.

Neuf suicidants vivaient dans une famille monoparentale (14,5%), 13 autres étaient dans une famille recomposée (21%).

Nous n'avons pas de données pour l'un des sujets.

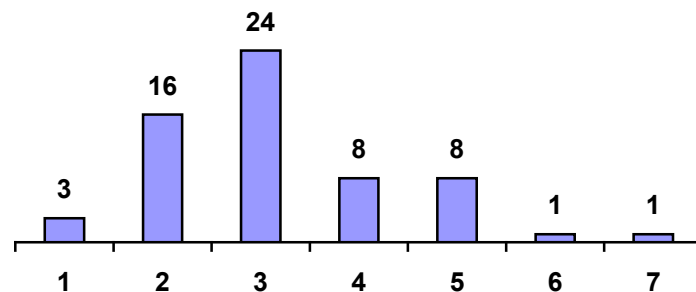
1.4.2. Lieu d'hébergement



Quatre-vingt-un pour cent des suicidants résidaient chez leurs parents, six étaient placés dans des foyers socio-éducatifs (9,8%).

Une patiente vivait en collocation avec d'autres étudiants, deux étaient dans un internat scolaire, une vivait en famille d'accueil et deux résidaient chez leurs grands-parents après que leurs parents aient été déchus de l'autorité parentale.

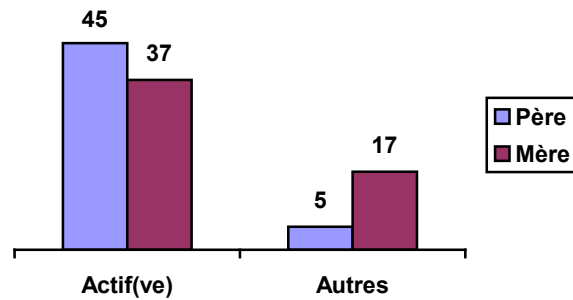
1.4.3. Fratrie



Dans notre échantillon, 38,7% des patients étaient issus d'une fratrie de 3 enfants et **29% d'une fratrie de 4 enfants ou plus.**

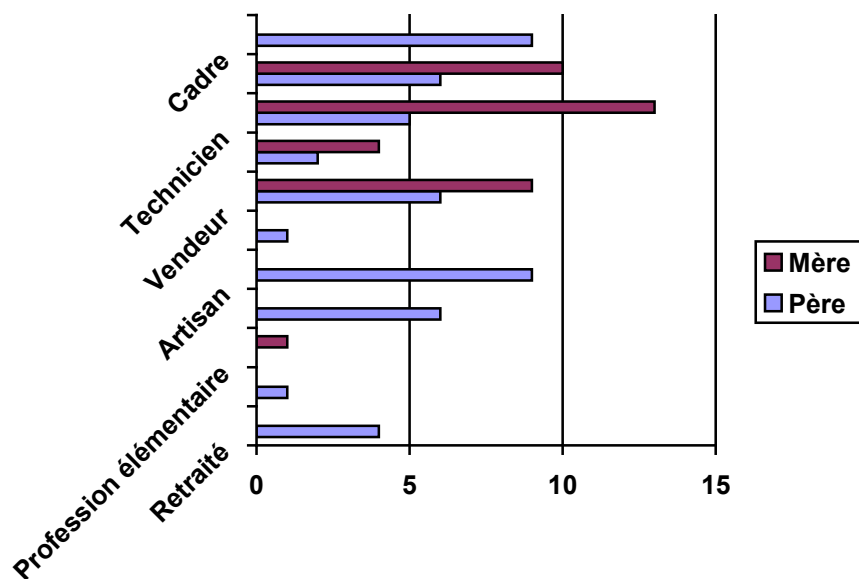
29% des patients étaient les aînés de la fratrie, 32,3% en étaient les benjamins.

1.4.4. Activité professionnelle des parents



Parmi les 49 couples parentaux pour lesquels nous avons retrouvé de s i nformations concernant leur situation professionnelle, **72,6% des pères et 59,7% des mères avaient une activité professionnelle.**

Les deux parents travaillaient dans 54,8% des cas et les deux étaient inactifs dans 6,5% des cas (trois des pères étant retraités).



Les professions les plus exercées par les pères étaient cadres et artisans (14,5% chacun). Les mères travaillaient en majorité comme techniciennes (21%).

1.4.5. Niveau socio-économique

Nous n'avons pas pu déterminer le niveau socio-économique des familles en 2000 en raison d'un manque de données. En effet, les biais d'interprétation liés à l'extrapolation des critères retrouvés étaient trop élevés, rendant le résultat non significatif.

1.4.6. Situation de l'hébergement

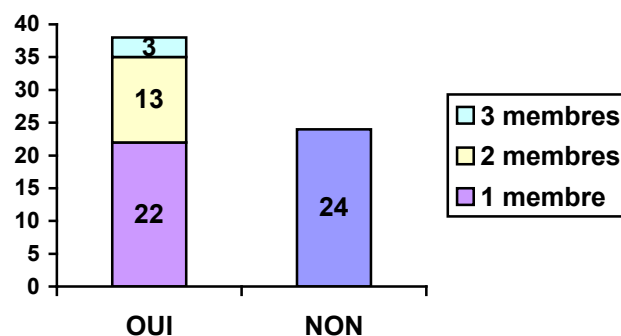
Les familles des suicidants étaient citadines dans 91,5% des cas.

1.4.7. Adoption

Deux patientes (3,2%) ont été adoptées, une était originaire du Gabon et l'autre du Sri Lanka. Aucune famille parmi notre échantillon n'était issue de l'immigration.

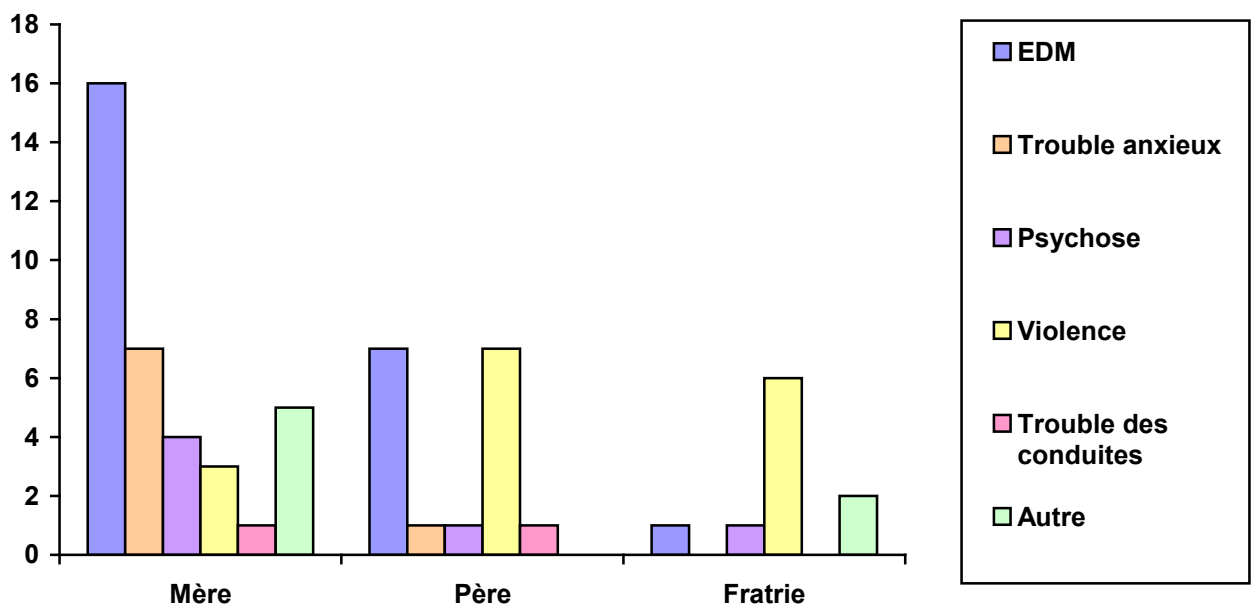
1.4.8. Antécédents familiaux psychiatriques

1.4.8.1. Antécédents familiaux psychiatriques hors éthyisme et conduites suicidaires



En nous intéressant aux membres de la famille des suicidants, au premier et deuxième degré, nous avons retrouvé des **antécédents psychiatriques dans la famille de 38 patients (61,3%)**, notamment chez:

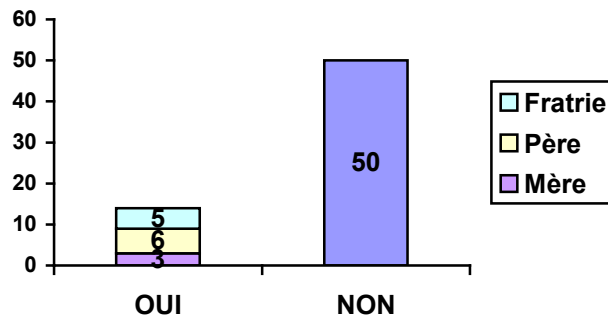
- * **31 mères (50%)** avec 32,3% de dépression ;
- * 15 pères (24,2%) dont sept avaient été dépressifs (11,3%) et sept auteurs de violence (11,3%) ;
- * sept membres de la fratrie (11,3%) avec une prédominance de faits de violence.



Treize patients avaient deux membres de leur famille ayant au moins un antécédent psychiatrique (21%). Pour neuf d'entre eux les deux parents avaient des antécédents (14,5%), dont six pour lesquels les deux parents avaient déjà été dépressifs.

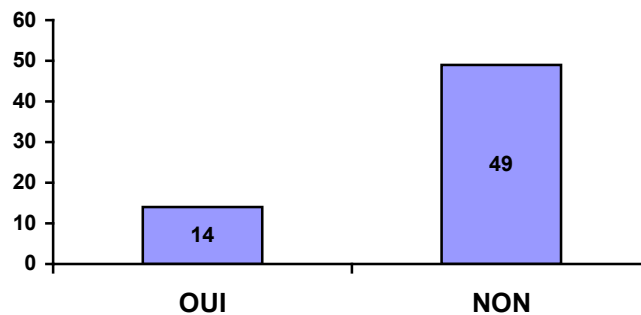
Trois patients avaient trois des membres de leur famille qui avaient présenté au moins un antécédent psychiatrique (4,8%).

1.4.8.2. Éthylisme



Pour 11 patients nous avons retrouvé des **antécédents d'éthylisme chronique (17,7%) chez les membres de la famille au premier degré** dont **54,5% chez le père** et **27,3% chez la mère**. Les deux parents étaient éthyliques chroniques chez un patient.

1.4.9. Antécédents familiaux suicidaires



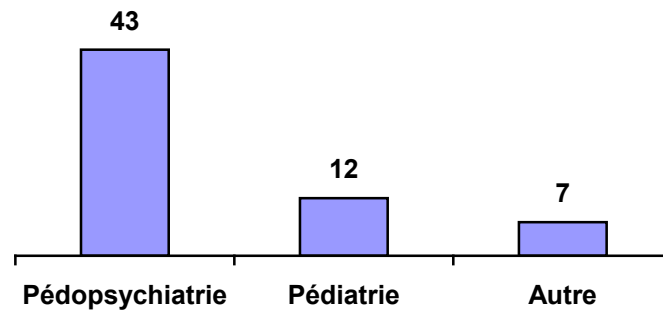
Des antécédents familiaux de conduites suicidaires ont été retrouvés chez douze patients (19,4%) dont 50% des cas chez la mère. Une des mères était décédée suite à un suicide.

Chez une patiente, la sœur, la tante et la grand-mère avaient déjà réalisé des TS.

Dans la famille de quatorze patients des antécédents familiaux d'éthylisme, de conduites suicidaires et de troubles psychiatriques (22,6%) ont été retrouvés. Cinq couples parentaux cumulaient deux de ces antécédents et quatre cumulaient les trois.

1.5. Prise en charge

1.5.1. Lieu d'hospitalisation



Quarante-trois patients, soit 69,4%, ont été hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie, douze en pédiatrie (19,4%), six autres ont été pris en charge aux Urgences et un en service de chirurgie en raison de la gravité somatique de son passage à l'acte (coup d'arme blanche dans l'abdomen).

1.5.2. Durée de l'hospitalisation

La durée moyenne des hospitalisations était de **10,6 jours** (écart type de 15,6 jours), la durée variant entre moins de 24 heures et 93 jours.

Sept patients étaient sortis de l'hôpital avant 24 heures d'hospitalisation (11,3%) dont deux contre l'avis du médecin psychiatre.

1.5.3. Modalités de sortie

Seules quatre sorties avaient eu lieu contre l'avis médical (6,5%). Dans les autres situations, elles résultaient d'une décision médicale suite à une concertation entre l'équipe soignante, le patient et ses parents.

1.5.4. Réalisation d'un bilan psychologique

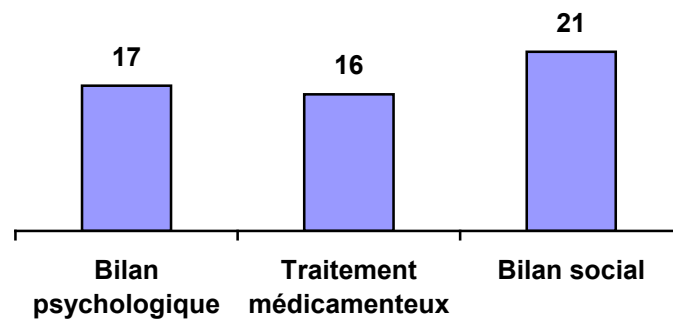
Outre les entretiens avec l'interne de psychiatrie et/ou le praticien responsable du service, dix-sept patients ont bénéficié d'un **bilan psychologique (27,4%)**.

1.5.5. Introduction d'un traitement pharmacologique

Pour seize patients, il a été nécessaire d'initier un **traitement psychotrope (25,8%)** : antidépresseur, anxiolytique ou neuroleptique.

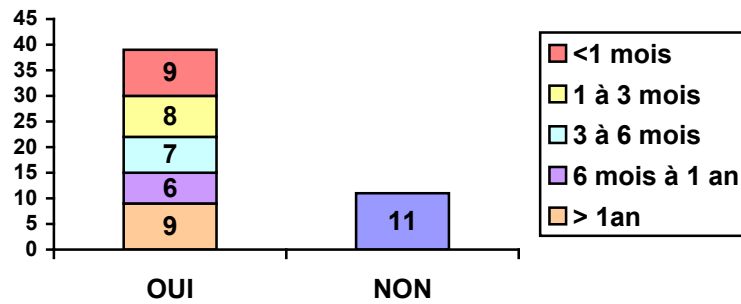
1.5.6. Entretien social

L'assistante sociale est rentrée en contact avec 21 familles (33,9%) lors des hospitalisations. Toutes ont été recontactées à un an.



1.5.7. Suivi psychologique après la tentative de suicide

Cinquante patients ont bénéficié d'un suivi psychologique à l'issue de l'hospitalisation index (80,6%), pour la majorité dans les CMP de secteur.



Parmi les 39 patients pour lesquels nous avons pu retrouver une trace du suivi :

- * 9 (14,5%) ont bénéficié d'un suivi pendant moins d'un mois ;
- * 8 entre un et trois mois (12,9%) ;
- * 7 entre trois et six mois (11,3%) ;
- * 6 entre six et douze mois (9,7%) ;
- * 9 pendant plus d'un an (14,5%).

2. COHORTE DE 2010

Vingt-trois anciens patients ont répondu à notre enquête dix ans après leur TS i index. Tout comme pour la population de 2000, leurs caractéristiques sont décrites en pourcentages et en valeurs absolues pour les variables qualitatives et par des moyennes et des écarts-types pour les variables quantitatives. L'ensemble des résultats est ramené au taux des répondants à la question concernée, ce qui explique que le total des réponses n'est pas toujours égal à 23.

2.1. Répartition par sexe et âge

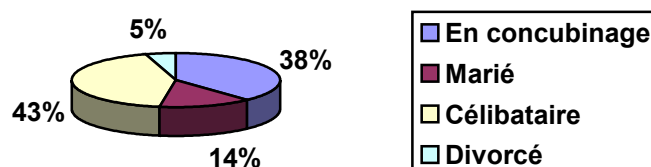


Vingt-deux réponses concernent des filles (95,6%) contre un seul garçon.

La moyenne d'âge est de 24,9 ans avec un écart type de 1,5ans.

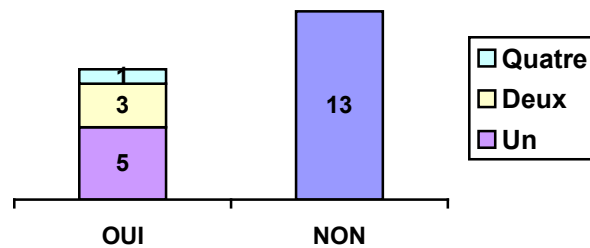
2.2. Situation familiale et environnement de vie

2.2.1. Situation familiale



Douze répondants sont en couple, soit 57,2%. Neuf s'ont célibataires (42,8%) dont une jeune femme qui est divorcée.

2.2.2. Enfants



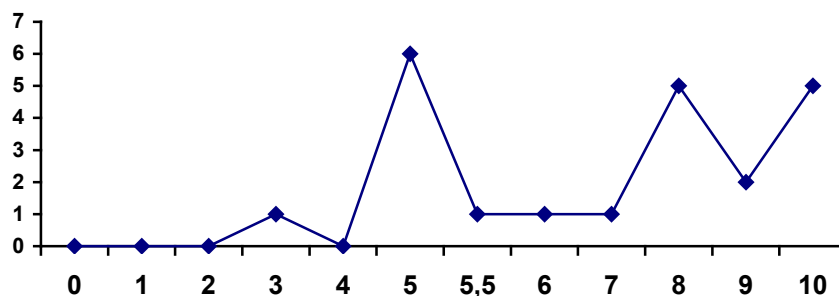
Neuf patients ont des enfants (39,1%), en moyenne 1,6 avec un écart-type de 1.

Tous en ont la garde hormis une patiente, mère de quatre enfants, qui, à la suite de son divorce, n'a pas eu la garde de son fils aîné.

2.2.3. Environnement de vie

Douze patients vivent avec leur concubin ou conjoint (52,2 %), six résident toujours chez leurs parents (26,1%) et quatre vivent seuls (17,4%).

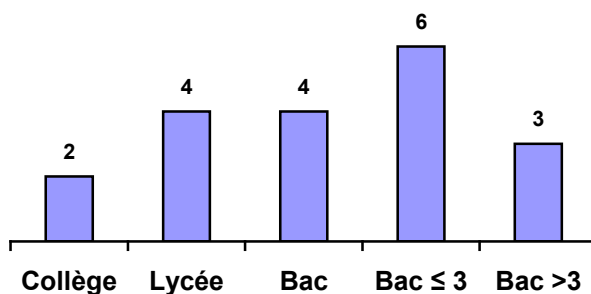
2.2.4. Échelle de satisfaction dans la vie affective



Parmi les répondants, 59% s'estiment satisfaits à très satisfaits de leur vie affective avec une moyenne de 7,3 sur 10 et un écart-type de 2,3.

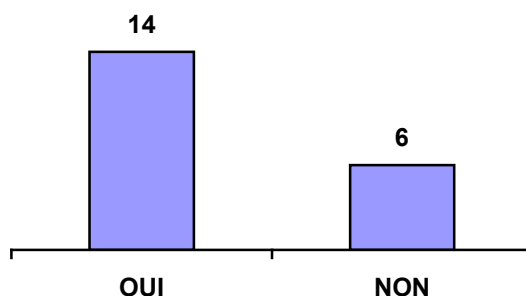
2.3. Situation professionnelle

2.3.1. Niveau scolaire et retard scolaire

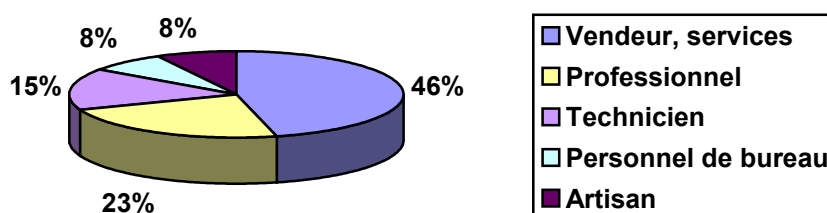


Parmi les répondants, **68,4% ont un niveau d'étude supérieur ou égal au bac**, **60% ont redoublé une classe** durant leur cursus et 5% en ont redoublé deux.

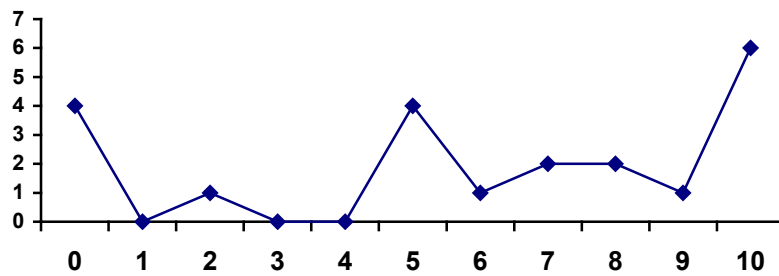
2.3.2. Activité professionnelle



Une activité professionnelle est exercée par 70% des répondants, en majorité comme vendeur ou prestataire de services (31,6%). Cinquante-cinq pour cent considèrent avoir un emploi stable.



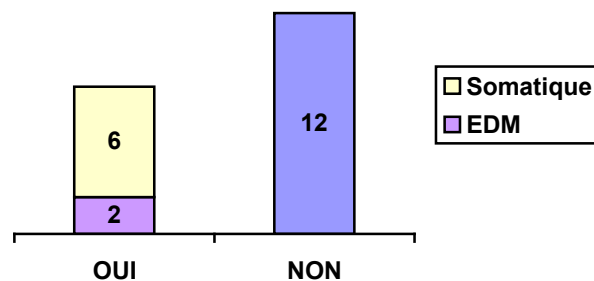
2.3.3. Échelle de satisfaction dans la vie professionnelle



Parmi les répondants, 52,3% s'estiment satisfaits à très satisfaits de leur situation professionnelle, avec une moyenne de 6,3 sur 10 et un écart-type de 3,8.

2.4. Santé psychologique et somatique

2.4.1. Problèmes de santé



Quarante pour cent des répondants ont des problèmes de santé : 75% souffrent d'une affection somatique et 25% d'un EDM.

Deux d'entre eux consomment quotidiennement un traitement médicamenteux (10%), une patiente prenant un traitement psychotrope pour une dépression, une autre patiente un traitement de substitution à l'héroïne.

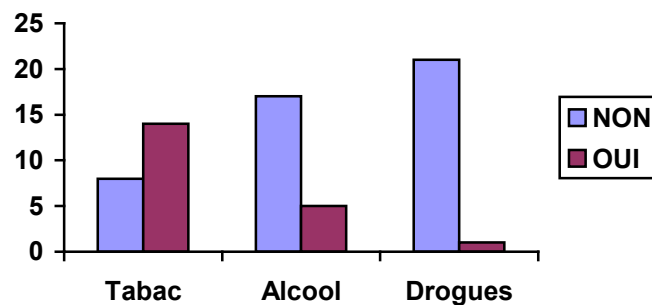
2.4.2. Arrêts de travail

Deux répondants bénéficient régulièrement d'arrêts de travail en lien avec leur pathologie dont une patiente souffrant d'un EDM.

2.4.3. Allocation Adulte Handicapé

Aucun des anciens patients ne perçoit l'Allocation Adulte Handicapé.

2.4.4. Consommation de substances psychoactives



Soixante et un pour cent des répondants ont une consommation tabagique régulière, la moitié fumant plus de dix cigarettes par jour.

Près de 22% consomment de l'alcool régulièrement.

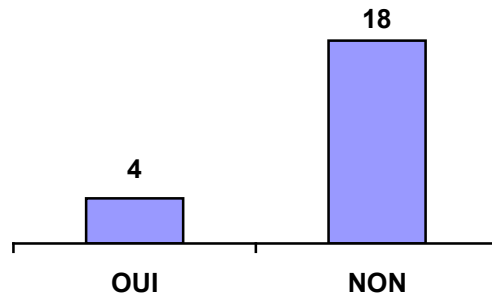
Une seule patiente ayant répondu consomme régulièrement des stupéfiants.

2.4.5. Santé mentale

2.4.5.1. Mortalité

Durant notre étude, nous n'avons retrouvé aucune information évocatrice d'un éventuel décès parmi nos jeunes suicidants.

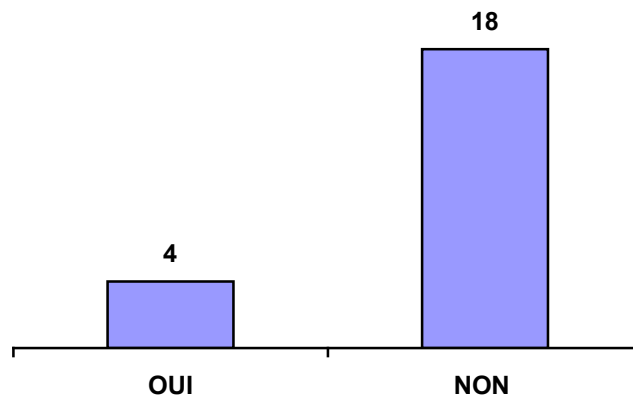
2.4.5.2. Récidives depuis la TS index



Quatre répondants ont récidivé dans les dix années suivant leur TS index (17,4%), trois patientes ayant même récidivé deux fois.

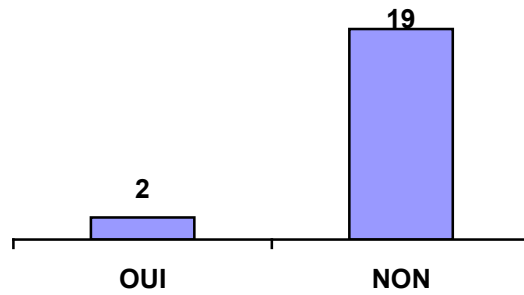
En reprenant les dossiers des 62 patients inclus nous retrouvons des **récidives entre un et dix ans chez dix patients, soit 16,1% de la population initiale**. Parmi nos répondants une patiente a répondu « non » à la question « Avez-vous refait des tentatives de suicide ? » alors que nous avons retrouvé dans son dossier médical la notion d'une récidive. A l'inverse deux patientes nous ont répondu « oui » sans que nous ayons retrouvé de trace de ces gestes. Nous avons décidé de tenir compte des réponses des patients.

2.4.5.3. Nouvelles hospitalisations pour problèmes psychologiques



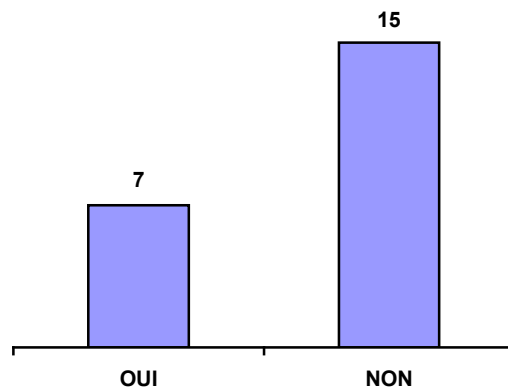
Dix-sept pour cent des répondants affirment avoir été de nouveau hospitalisés pour une souffrance psychologique dans les dix dernières années, dont trois parmi ceux ayant réalisé de nouvelles TS.

2.4.5.4. Idées suicidaires



Deux patientes confient avoir toujours des velléités suicidaires. L'une d'entre elle a déjà récidivé deux fois.

2.4.5.5. Dépression

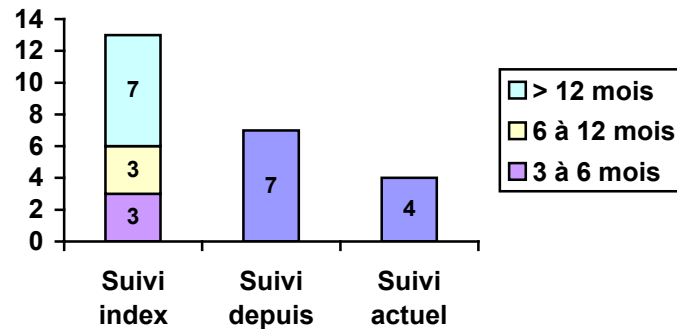


Trente pour cent des répondeurs se disent déprimés.

Le score moyen à la CES-D est de 17,56 avec un écart-type de 14,7.

Cinq anciennes suicidantes obtiennent un score supérieur à 23 (21,9%) et sont donc objectivement déprimées. Parmi elles, trois ont répondu se sentir déprimées mais une seule bénéficie d'un suivi. A contrario, de six patientes se disant déprimées obtiennent un score inférieur à 23 (15 et 17).

2.4.5.6. Suivi psychologique



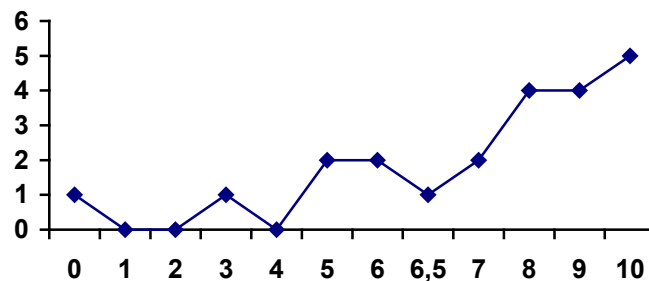
Seize répondants ont bénéficié d'un suivi psychologique à l'issue de l'hospitalisation index (69,6%). Pour sept d'entre eux le suivi a duré plus d'un an. Aucun n'a eu de suivi inférieur à trois mois.

Sept patientes ont ressenti le besoin de reprendre un suivi psychothérapeutique dans les dix dernières années (30,4%). Quatre patientes sont toujours suivies (17,4%) dont deux se disant dépressives.

2.4.6. Contact avec la justice

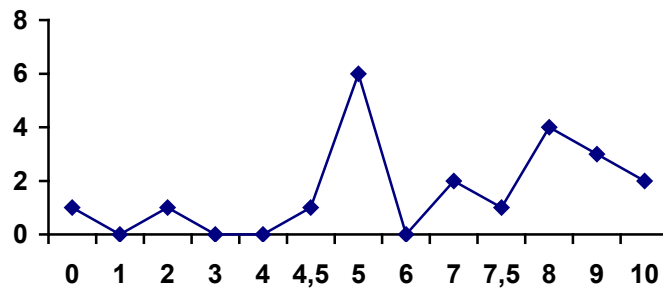
Trois patients (13%) ont été en contact avec la justice dont une en tant que plaignante à l'issue de révélations d'attouchements sexuels élaborées lors de son hospitalisation index.

2.4.7. Estimation de la santé globale



Parmi les répondants, 68% s'estiment satisfaits à très satisfaits de leur santé globale avec une moyenne de 7,43 sur 10 et un écart-type de 2,5.

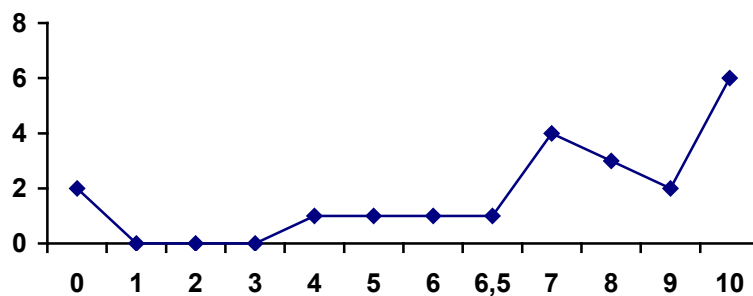
2.4.8. Estimation du bien-être psychologique



Cinquante-sept pour cent des répondeurs s'estiment heureux voire très heureux avec une moyenne de 6,7 sur 10 et un écart-type de 2,7.

2.5. Prise en charge à l'Hôpital d'enfants en 2000

2.5.1. Estimation de la prise en charge



Soixante et onze pour cent des répondeurs s'estiment satisfaits à très satisfaits de la prise en charge proposée à l'Hôpital d'Enfants en 2000 avec une moyenne de 7,3 sur 10 et un écart-type de 2,8.

Les propositions des patients et de leur famille concernant l'amélioration de la prise en charge après une TS sont intéressantes à étudier. Nous les reprendrons en détail dans la partie « Analyse et discussion ».

3. FACTEURS PRONOSTIQUES

En raison d'un faible échantillon de réponders, nous n'avons pas trouvé d'intérêt statistique à analyser l'ensemble des caractéristiques de 2000 et de 2010. Ainsi, afin d'analyser les associations entre le devenir psychosocial des patients à dix ans et leurs caractéristiques au moment de l'hospitalisation index, nous avons retenu quatre critères de jugement qui nous ont paru déterminants pour juger du devenir psychosocial des anciens suicidants et qui présentent un intérêt sur le plan statistique : l'**activité professionnelle**, la **récidive suicidaire**, le **bien-être psychologique** et le **score à la C.E.S.-D**. Notre objectif était de mettre en évidence d'éventuels facteurs de risque d'un devenir psychosocial défavorable.

Les associations entre les données de 2010 et les caractéristiques de 2000 ont été testées par le test exact de Fisher ou le test du χ^2 pour les variables qualitatives et par le test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. La différence est significative pour $p \leq 0.05$.

Aucune association étudiée n'est significative en raison d'un faible nombre de réponders qui invalide la significativité de notre échantillon. Néanmoins, certaines corrélations ressortent.

3.1. Activité professionnelle

Nous avons considéré que bénéficier d'une activité professionnelle est un facteur psychosocial positif inscrit dans une dynamique d'insertion sociale, limitant les préoccupations financières et leurs répercussions thymiques.

Parmi les réponders n'ayant pas d'activité professionnelle en 2010 nous objectivons :

- * 57,1% des patients dont le couple parental était séparé ;
- * **75% des patients dont un parent avait déjà réalisé un geste suicidaire ;**
- * **100% des patients pour lesquels on retrouvait un antécédent d'éthylisme parental.**

3.2. Évaluation subjective du bien-être psychologique

Dans cette étude, les anciens patients se décrivant malheureux à moyennement heureux dix ans après leurs gestes sont généralement ceux qui avaient des **antécédents personnels de tentative de suicide** au moment du geste index.

3.3. Score CES-D

En ce qui concerne l'estimation objective du bien-être psychologique, évalué par l'échelle CES-D, une probable dépression est envisagée lorsqu'un score supérieur à 23 est obtenu chez les femmes et à 17 chez les hommes.

Dans notre étude un score prédictif d'une dépression est modérément corrélé à la présence de comorbidités psychiatriques et de difficultés scolaires. Le lien est plus fort concernant les **antécédents personnels de TS** et la **séparation du couple parental**, notamment si une famille recomposée en est issue.

3.4. Récidives suicidaires

Parmi les anciens patients ayant récidivé dans les dix années, on retrouve :

- * 66,7% des patients ayant des antécédents personnels de TS au moment du geste index ;
- * 66,7% des patients dont au moins un des parents a déjà réalisé un geste suicidaire.

3.5. Facteurs de risque d'un devenir psychosocial défavorable

Au regard de ces données, nous pouvons dégager pour notre population certains facteurs prédictifs d'une évolution défavorable :

- * **les antécédents personnels de TS** qui laissent présager un risque de récurrence suicidaire et semblent prédictifs d'une dépressivité à long terme tant sur le plan subjectif qu'objectif (CES-D) ;
- * **les antécédents familiaux de conduites suicidaires** qui semblent favoriser le risque de récurrences suicidaires mais être aussi corrélés à l'inactivité professionnelle ;
- * **la séparation du couple parental**, à la fois facteur de risque d'une dépressivité objective et d'inactivité professionnelle ;
- * des difficultés scolaires en lien avec une dépressivité objective (CES-D) ;
- * l'éthylisme parental corrélé à l'inactivité professionnelle.

4. CORRÉLATIONS ENTRE LES REponses AUX QUESTIONNAIRES DES PATIENTS ET CELLES DE LEURS PARENTS

Il nous est apparu important d'étudier la concordance des réponses des anciens patients avec celles de leurs parents afin de déterminer si certaines réponses parentales peuvent être exploitées lorsque leur enfant ne répond pas.

Nous avons ainsi comparé leurs réponses quand nous avons reçu une réponse des deux côtés, soit pour 14 patients. L'effectif étant trop peu important et beaucoup de réponses n'ayant pas été spécifiées, ces comparaisons sont purement descriptives et ne sont pas significatives d'un point de vue statistique.

Nous avons utilisé la procédure de Means et le test de Student pour comparer les moyennes des réponses aux échelles d'évaluation. Les réponses peuvent être considérées comme concordantes quand $p > 0,05$, signifiant que les différences ne sont pas significatives.

4.1. Situation personnelle

Parmi les critères de la situation personnelle des anciens suicidants, nous n'avons relevé qu'une différence de réponse entre les anciens patients et leurs parents. Une patiente se définit comme célibataire alors que ses parents la pensent en couple.

Concernant l'évaluation de la situation personnelle, l'estimation moyenne des parents est de 7,325 (écart-type de 2,26) et celle des patients de 7,313 (écart-type de 2,17). Les réponses divergent dans le cas de six patients. La différence est de 3 points pour un d'entre eux (minoration parentale), de 2 points pour deux patients (parents tour à tour majorant et minorant l'estimation), de 1,5 points pour un d'entre eux (majoration parentale) et de 1 point pour deux sujets (parents minorant). La moyenne des réponses étant de -0,143 avec un écart-type de 1,167, les réponses peuvent être considérées comme concordantes ($p = 0,655$).

Nous pouvons donc considérer que toutes les réponses concernant la vie affective concordent.

4.2. Situation professionnelle

Il existe des divergences entre les réponses concernant le retard scolaire sans qu'il y ait de tendance particulière puisque des parents vont omettre un redoublement quand d'autres vont en rajouter un.

Quant au niveau scolaire, les parents d'une jeune fille ont tendance à le minimiser, alléguant un « niveau Bac » quand la jeune précise qu'elle est en « Bac+2 ».

Si les résultats concordent parfaitement au sujet de l'exercice ou non d'une activité professionnelle et de la catégorie socio-professionnelle de celle-ci, les discordances sont fréquentes lors de l'évaluation de la stabilité de l'emploi, les parents étant plus pessimistes dans trois cas.

Concernant l'évaluation de la situation professionnelle, l'estimation moyenne des parents est de 6,61 (écart-type de 3,66) contre 6 pour les patients (écart-type de 3,56). On retrouve neuf différences allant de 0,5 point pour un patient (parents minorant), 1 point pour un autre (parents majorant), 2 points pour cinq patients (parents minorant l'estimation dans 2 cas et la majorant dans 3 cas) à 3 points concernant 2 patients (parents minorant l'estimation dans un cas et la majorant dans l'autre).

La moyenne des différences de réponse est de 0,269 avec un écart-type de 1,715. Les réponses peuvent donc être considérées comme concordantes ($p=0,5819$).

Nous pouvons donc considérer comme concordantes les réponses au sujet du **niveau scolaire**, de l'**activité professionnelle** et de la **satisfaction concernant la situation professionnelle**.

4.3. Santé

En ce qui concerne la santé actuelle des anciens suicidants, les réponses tendent à être divergentes.

Ainsi, trois parents évoquent des problèmes de santé dont ne parle pas leur enfant (difficultés pulmonaires, endométriose, migraines). De plus, ils semblent, pour six d'entre eux,

méconnaître la prise quotidienne d'un traitement et dans un cas, la régularité des arrêts maladie de leur enfant.

Concernant la consommation de substances psychoactives, les parents tendent à être plus optimistes en minimisant la consommation de tabac (dans 3 cas) et d'alcool (dans 2 cas) de leurs enfants. Par contre les réponses sont équivalentes concernant la consommation de drogues.

Il en est de même concernant une éventuelle perception de l'A.A.H. et pour les liens avec la justice.

Quant au sentiment de dépression actuelle du jeune, sur cinq réponses discordantes trois des parents vont répondre « oui » alors que leur enfant le nie, l'inverse se produisant dans les deux autres cas. Parmi ces trois réponses parentales positives, le score au CES-D révèle une dépression pour deux des patients.

Les réponses sont équivalentes concernant les récurrences à dix ans, une seule différence ayant été retrouvée au sujet du nombre de ces récurrences, une mère ayant répondu « une » alors que sa fille en décrivait « deux ».

Tous sont d'accord pour dire qu'aucun des patients n'a d'idées suicidaires.

Concernant l'effectivité d'un suivi psychologique à l'issue de la TS index, quatre réponses divergent, deux des parents n'ayant tout suivi à l'encontre des déclarations de leur enfant et inversement pour les deux autres. Il en est de même au sujet d'une éventuelle reprise de contact avec un psychologue ou d'une nouvelle hospitalisation en milieu psychiatrique. Une jeune fille nous dit avoir ressenti le besoin de rencontrer de nouveau un psychologue sans que ses parents ne le sachent et une des mères évoque une nouvelle hospitalisation de sa fille sans que celle-ci n'en parle.

Par ailleurs, toutes les réponses s'accordent quant au suivi actuel.

La moyenne de l'estimation par les parents de la santé globale de leur enfant est de 7,725 (écart-type de 2,06) contre 7,375 pour les patients eux-mêmes (écart-type de 2,42).

Nous retrouvons neuf discordances entre les réponses parentales et celles des patients avec un écart de un point pour quatre d'entre eux (parents ayant tendance à minorer l'estimation dans deux cas et à la majorer dans deux cas), de 2 points pour quatre autres (parents qui minorent pour trois situations et qui majorent pour la quatrième) et de 3 points pour un patient en faveur de l'estimation parentale.

La moyenne des différences entre les réponses est de 0,214 avec un écart-type de 1,968 et celles-ci peuvent donc être considérées comme concordantes ($p=0,690$).

Il en est de même pour les réponses concernant l'évaluation du bien-être psychologique des anciens patients. En effet, la moyenne des différences entre les réponses est de 0,5 avec un écart-type de 1,454 ($p=0,221$) et la moyenne des réponses des parents est de 7,1 (écart-type de 2,2) contre 6,7 pour celle de leurs enfants (écart-type de 2,6).

En étudiant les réponses, nous retrouvons onze différences : de 1 point pour six sujets (parents majorant dans trois des cas et minorant pour les trois autres), de 1,5 point pour un patient dont les parents ont tendance à surestimer son bien-être, de 2 points pour trois patients (parents majorant dans deux cas et minorant pour le troisième) et de 3 points pour la dernière patiente qui estime son bien-être comme nul alors que sa mère le surestime à 3/10.

Nous pouvons donc considérer que les réponses des parents et des patients sont concordantes au niveau de **l'évaluation de la santé globale et du bien-être psychologique** ainsi que de **la perception de l'A.A.H., des contacts avec la justice, de la consommation de drogues, des récurrences à dix ans, des idéations suicidaires actuelles, d'une reprise de suivi et du suivi psychologique actuel.**

4.4. Prise en charge à l'Hôpital d'Enfants

L'évaluation moyenne de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants est de 7,60 (écart-type de 2,6) pour les parents et 7,29 pour les anciens patients (écart-type de 2,7). Huit réponses divergent entre les parents et leur enfant. L'écart entre les réponses varie entre 0,5 point pour un patient (parent majorant), 1 point pour deux patients (parents majorant pour l'un et minorant pour l'autre), 3 points pour trois patients (parents majorant dans deux cas et minorant pour le troisième) et 4 points pour deux patients (parents majorant pour un des patients et minorant pour le second).

La moyenne des différences de réponses est de 0,333 avec un écart-type de 2,35. Les réponses peuvent être considérées comme **concordantes** ($p=0,633$).

5. COMPARAISON DE LA POPULATION DES PATIENTS « CONTACTÉS » AVEC CELLE DES PATIENTS « PERDUS DE VUE »

Les deux populations ont été comparées en fonction de leurs caractéristiques au moment de l'hospitalisation index, par le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et par le test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité est $p \leq 0,05$.

A partir de l'ensemble de données de 2000, nous n'avons retrouvé **aucune différence significative** entre les anciens suicidants dont nous avons retrouvé les coordonnées et ceux dont nous n'avons plus de trace. Nous pouvons donc considérer leurs résultats comme équivalents ce qui rend nos conclusions transposables à notre population totale.

Nous remarquons néanmoins que parmi les patients considérés comme perdus de vue se trouvent :

- * 52,6% des patients hospitalisés dans un autre service que celui de pédopsychiatrie à l'issue de la TS index contre 34,9% des patients accueillis en pédopsychiatrie ;
- * 66,7% de ces patients résidant dans un foyer socio-éducatif au moment de la TS index.

Le fait d'avoir été contacté par l'assistante sociale lors de l'hospitalisation index, puis à un an, semble limiter la perte de vue des anciens patients. En effet, ils ne représentent que 33% des patients rencontrés contre 43,9% de ceux n'ayant pas bénéficié d'un bilan social.

6. COMPARAISON DE LA POPULATION DES PATIENTS « RÉPONDEURS » AVEC CELLE DES PATIENTS « NON RÉPONDEURS »

Les deux populations ont été comparées en fonction de leurs caractéristiques au moment de l'hospitalisation index, par le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et par le test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Le seuil de significativité est $p \leq 0,05$.

En nous r apportant à l'ensemble de s c ritères de 2000, nous a vons pu obj ectiver **trois différences significatives** entre les patients ayant répondu au questionnaire et ceux s'étant abstenus, à savoir :

- * **La structure du couple parental** : nous n' avons pa s reçu de r éponses concernant 77,4% des anciens patients dont le couple parental était séparé au moment de la TS index (dont un mari veuf), contre 46,7% des sujets dont les parents étaient en couple ($p=0,026$) ;
- * **La pa s sation o u no n d' un bilan ps ychologique** durant l' hospitalisation index : p armi les pa tients qui n' ont pa s bénéficié d' un bi lan ps ychologique, 71% d' entre eux n' ont pas répondu au questionnaire contre 41,2%% de ceux qui ont rencontré une psychologue durant l' hospitalisation index ($p=0,041$) ;
- * **La durée de l' hospitalisation** : l' hospitalisation des sujets considérés comme non-répondeurs a été m oins l ongue, a vec un e moyenne de 9 j ours (écart-type=16,3) contre 13,3 jours (écart-type=14,3) pour les répondeurs ($p=0,029$).

De plus, les non-répondeurs représentent :

- * 78,9% de ceux qui n' ont pas été hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie suite à la TS index contre 55,8% de ceux hospitalisés en pédopsychiatrie;
- * 87,5% de ceux n' ayant pas bénéficié d' un suivi à l' issue de l' hospitalisation index contre 58,5% de ceux ayant eu un suivi ;
- * 100% des patients sortis de l' hospitalisation index contre l' avis du médecin.

La rencontre avec l'assistante sociale ne semble pas avoir d'impact majeur dans leur décision de répondre ou non au questionnaire, les non-répondeurs représentant 63,4% des patients n'ayant pas eu de contact avec elle mais aussi 61,9% de ceux ayant été contactés.

Les deux populations étant majoritairement corrélables nous avons pu considérer que les conclusions concernant les patients répondeurs pouvaient être équivalentes à ceux des non-répondeurs.

**TROISIÈME PARTIE : ASSOCIATION
DES ÉTUDES DE 2004, 2006, 2008
ET 2010**

Afin de pouvoir bénéficier d'un échantillon de population assez important pour permettre d'aboutir à des conclusions statistiquement plus significatives, nous avons pris le parti d'associer les sujets inclus dans quatre études réalisées à l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy. Ces études, qui suivent ce même protocole, ont été menées par l'équipe du service de pédopsychiatrie du CHU de Nancy en 2004, 2006, 2008 et 2010.

Nous avons donc regroupé les données des quatre enquêtes en prenant soin de rechercher les éventuels récidivistes afin de ne pas inclure deux fois une même personne. Notre effectif final s'élève à **249 sujets**.

Les données des trois précédentes études avaient déjà été regroupées informatiquement par le Dr LIGIER. Il nous a donc suffi de convertir nos données dans des codes équivalents afin que les corrélations statistiques soient réalisables.

Dans un premier temps nous résumons les caractéristiques des populations de suicidants et de répondants. Puis, nous croisons statistiquement les données de ces deux populations obtenues afin de rechercher d'éventuels facteurs prédictifs d'une évolution psychosociale défavorable, voire de récurrences suicidaires. Enfin, nous comparons l'évolution de ces populations au cours des quatre années étudiées.

1. COHORTE DES SUICIDANTS

Notre population élargie regroupe les suicidants des années 1994, 1996, 1998 et 2000.

En prenant soin de ne pas prendre en compte les patients récidivistes inclus dans plusieurs des études, l'effectif total est de **249 sujets**.

Nous avons résumé dans les tableaux suivants les caractéristiques personnelles et familiales des suicidants ainsi que celles de leur prise en charge.

1.1. Caractéristiques personnelles

Sexe féminin	81,9%
Âge moyen	14,7 ans (écart-type de 1,7)
TS par IMV	83%
Antécédents de TS	38,9%
Comorbidités	54% dont 30,8% d'EDM et 9,6% de TCA
Antécédents d'abus sexuels	9,6%
Récidive précoce	38,8%
Retard scolaire	43%

1.2. Contexte familial

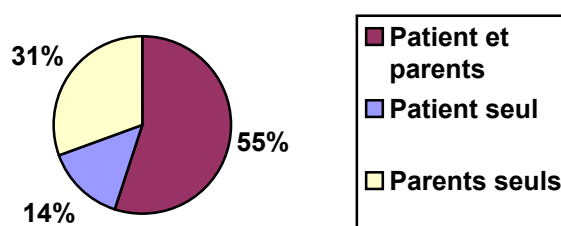
Parents en couple	44,5%
Hébergé chez les parents	81,8%
Famille recomposée	33,9%
Taille moyenne de la fratrie	3,3 (écart-type de 1,6)
Décès parental	9,2%
Activité professionnelle Père Mère	82,1% 67,2%
Immigration	9,5%
Antécédents familiaux de TS	35,8%
Antécédents familiaux d'éthylisme	24,5%

1.3. Hospitalisation

Hospitalisation en pédopsychiatrie	62%
Durée d'hospitalisation (j)	11,2 (écart-type de 18,7)
Sortie anticipée	5,2%
Bilan psychologique	49,6%
Entretien social	76,3%
Suivi psychologique à la sortie	62,7%

2. COHORTE DES RÉPONDEURS DIX ANS APRÈS LA TS INDEX

Notre population élargie de répondants regroupe **114 sujets** pour les années 2004, 2006, 2008 et 2010, soit 45,8% des 249 patients suicidants inclus.



Nous avons pu récupérer les réponses de 69,4% des patients et de 86,6% des parents. Dans 55% des cas, les réponses des patients sont accompagnées de celles de leurs parents.

Nous avons résumé dans les tableaux suivants les caractéristiques psychosociales des anciens suicidants dix ans après leur geste suicidaire index.

2.1. Situation personnelle

En couple	51,8%
Avec enfants	40,7%
Satisfaction vie affective Evaluation moyenne (sur 10)	62,3% « satisfaits à très satisfaits » 7,3 (écart-type de 2,2).

2.2. Situation professionnelle

Niveau scolaire \geq BAC	59%
Retard scolaire	73,2%
Activité professionnelle	67%
Satisfaction professionnelle Evaluation moyenne (sur 10)	44,8% « satisfaits à très satisfaits » 6,3 (écart-type de 3)

2.3. Santé

Problèmes de santé	29,8%
Traitement psychotrope	10%
Tabac	72,3%
Alcool	11,6%
Drogues	11,6%
AAH	0%
Récidives	20,5%
Idées suicidaires	14,4%
Dépression subjective	27,9%
Nouvelle hospitalisation	16,2%
Reprise d'un suivi	30,9%
Suivi actuel	8%
Evaluation santé globale Evaluation moyenne (sur 10)	65,8% « satisfaits à très satisfaits » 7,5 (écart-type de 2,1)
Evaluation bien-être Evaluation moyenne (sur 10)	53,5% « heureux à très heureux » 6,9 (écart-type 2,4)
Satisfaction prise en charge Evaluation moyenne (sur 10)	65,8% « satisfaits à très satisfaits » 7,4 (écart-type de 2,6)

3. FACTEURS PRONOSTIQUES

En comparant les caractéristiques des sujets suicidants et de leurs caractéristiques dix ans plus tard, nous avons pu objectiver certains facteurs prédictifs d'un devenir psychosocial défavorable.

3.1. Situation professionnelle et scolaire

Concernant l'exercice d'une **activité professionnelle**, les anciens suicidants dont les **parents étaient séparés** au moment de leur TS index sont plus fréquemment inactifs que ceux dont les parents étaient unis. En effet, ils sont 44,2% à ne pas avoir d'activité professionnelle contre 23,7% ($p=0,03$). Ce taux d'inactivité est aussi corrélé à un niveau d'étude moins élevé puisque seuls 47,1% d'entre eux ont le BAC contre 69% de ceux ayant des parents unis. Il en est de même pour les **sujets qui résidaient hors du domicile parental** puisqu'ils sont 77,8% à être sans emploi contre 29,7% ($p<0,01$).

Le **niveau d'étude** semble lui aussi tributaire de certaines caractéristiques initiales :

- * le **retard scolaire** : seulement 39,5% des sujets ayant au moins un an de retard au moment de la TS index ont le BAC contre 71,6% ($p=0,001$) ;
- * les **récidives précoces** : 41% ont le BAC contre 69,6% de ceux n'ayant pas récidivé précocément ($p<0,01$).

Outre ces critères individuels, le contexte familial joue pour beaucoup dans le devenir scolaire de ces jeunes suicidants. En effet, la séparation du couple parental, le décès d'un des parents, l'inactivité maternelle et l'éthylisme parental sont liés à un moindre niveau d'études :

- * **séparation du couple parental** : 47,1% ont le BAC contre 69% de ceux dont le couple parental est uni ($p= 0,03$) ;
- * **inactivité de la mère** : 40,7% ont le BAC contre 66,7% de ceux dont la mère travaille ($p=0,02$) ;
- * **éthylisme parental** : 29,6% ont le BAC contre 68,3% de ceux dont les parents ne sont pas éthyliques ($p<0,001$) ;
- * **Décès d'un des parents** : 27,3% ont le BAC contre 62,6% pour ceux ayant leurs deux parents en vie ($p=0,048$).

3.2. Santé

Les anciens suicidants **n'ayant pas bénéficié d'un suivi** à l'issue de l'hospitalisation index se décrivent **moins heureux** que ceux ayant été suivis, avec une différence de trois points entre les deux médianes, respectivement cinq et huit sur dix ($p<0,01$).

Parmi ceux qui se décrivent **déprimés** au moment de remplir le questionnaire, 57,1% de sujets avaient un **père sans emploi** au moment du geste index et 23% avaient un père qui travaillait ($p=0,02$). Par ailleurs 47,8% avaient un **antécédent familial d'éthylisme chronique** et 21,8% des anciens patients n'en avaient pas ($p=0,03$).

Quarante-quatre pour cent de suicidants dont **un des parents a vait réalisé un geste suicidaire** ont ressenti le besoin de **reprendre contact avec un psychothérapeute**. Ils ne sont que 21,5% parmi ceux qui n'avaient pas d'antécédent familial suicidaire ($p=0,01$).

Trente pour cent de ceux qui avaient un **retard scolaire** au moment de la TS allèguent des **idéations suicidaires actives** en répondant au questionnaire contre 10,2% de ceux étant dans les temps ($p=0,03$).

Dans notre étude, les **antécédents personnels de TS** ne présagent pas de futures conduites suicidaires mais d'une santé moins bonne par rapport à ceux dont le geste index était le premier. La différence est néanmoins moindre puisqu'elle ne correspond qu'à un point de médiane, soit sept contre huit ($p=0,01$).

3.3. Récidives suicidaires à dix ans

De plus, avoir un **niveau scolaire inférieur au BAC** est ici relié à un risque de récidives suicidaires dans les dix ans suivant le geste index ($p<0,01$). Il en est de même si, dix ans après, le sujet **se décrit malheureux** ($p<0,001$), allègue des **idées suicidaires** ($p<0,01$), des **problèmes de santé** ($p=0,01$) ou un **sentiment de dépression** ($p<0,001$), ou s'il a ressenti le besoin de **reprendre un suivi psychologique** ou a été **de nouveau hospitalisé en psychiatrie** ($p<0,01$).

3.4. Situation personnelle

S'il est difficile d'envisager les critères de situation personnelle comme significatifs ou non d'un devenir défavorable, il est intéressant de constater que le fait d'avoir des enfants semble corrélé à certaines caractéristiques précédemment décrites comme prédictives d'un devenir péjoratif, telles que les récidives précoces (57,5% contre 32,4%, $p=0,015$), un hébergement hors du domicile parental au moment du geste index (77,8% contre 36,3%, $p=0,03$) et un antécédent familial d'éthylisme (58,6% contre 34,9%, $p=0,03$).

3.5. Groupes à risque d'un devenir psychosocial défavorable

3.5.1. Perturbation de l'environnement familial

La plupart des facteurs prédictifs d'un devenir péjoratif concernent l'environnement familial des jeunes suicidants. En effet, la séparation du couple parental, le décès d'un des parents, l'éthylisme parental et le chômage maternel **perturbent la scolarité du jeune et contribuent à un arrêt précoce de ses études.**

Il existe aussi une corrélation directe entre la séparation du couple parental, le placement socio-éducatif des jeunes et l'**absence d'activité professionnelle à dix ans.**

De plus, nous retrouvons un **lien indirect** entre l'inactivité paternelle, l'éthylisme parental, les antécédents familiaux de TS et les **récidives suicidaires à dix ans** via la **persistance d'une thymie dépressive** et à un niveau scolaire inférieur au BAC, eux-mêmes directement liés aux récidives suicidaires.

3.5.2. Récidives précoces

Des **difficultés scolaires et un niveau d'étude inférieur au BAC** sont plus fréquemment retrouvés chez les jeunes ayant récidivé précocement.

3.5.3. Difficultés scolaires

Le retard scolaire est aussi indirectement corrélé au risque de récurrences par la **persistance d'idées suicidaires** dix ans après.

3.5.4. Prise en charge

Nous n'avons pas pu étudier l'impact d'une absence d'hospitalisation en raison d'un nombre insuffisant de données mais, concernant le service d'hospitalisation, nous ne retrouvons pas de différence significative sur le pronostic psychosocial entre une prise en charge dans le service de pédopsychiatrie ou celui de pédiatrie.

En revanche, **l'absence de suivi favorise la persistance d'une thymie dépressive**, elle-même vecteur potentiel de récurrences suicidaires.

3.5.5. Antécédents personnels de TS

Les antécédents personnels de TS sont corrélés ici à une **impression subjective d'être en moins bonne santé**.

3.5.6. Comorbidités

Dans notre étude les comorbidités psychiatriques ne sont pas prédictives d'un devenir psychosocial péjoratif.

De même, nous n'avons pas objectivé de relations entre les antécédents d'abus sexuels, l'adoption et un devenir psychosocial défavorable.

4. COMPARAISON DES SUICIDANTS DE 1994, 1996, 1998 ET 2000

Afin de rechercher une éventuelle évolution psychosociale des adolescents réalisant un geste suicidaire, au cours de ces quatre années, nous avons comparé statistiquement les quatre populations de suicidants.

Les tests utilisés ont été le test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives et le test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Les différences sont jugées significatives quand $p \leq 0,05$.

Après avoir pris garde de ne pas inclure certains sujets dans deux années, en raison de récurrences suicidaires dans les deux ans suivant un précédent geste, les effectifs de nos populations index de suicidants sont quasiment identiques, comprenant 62 sujets pour les années 1994, 1998 et 2000 et 63 pour l'année 1996.

4.1. Différences minimales

4.1.1. Caractéristiques des suicidants

L'âge moyen des sujets est compris entre **14,6 et 15 ans** ($p=0,50$).

Concernant les antécédents personnels des suicidants, la **violence sexuelle subie** n'est jamais nulle et concerne entre 0,5 et 1,5 patients sur dix ($p=0,19$).

4.1.2. Caractéristique du geste suicidaire

Le moyen suicidaire le plus utilisé reste l'**intoxication médicamenteuse volontaire**, concernant entre 8 et 9 patients sur dix chaque année ($p=0,27$).

4.1.3. Caractéristiques contextuelles

Les suicidants ont dans la majorité des cas des **parents séparés**. Les couples parentaux unis représentent entre 3,8 et 4,9 couples sur dix ($p=0,55$).

4.2. Différences moyennes

4.2.1. Caractéristiques des suicidants

Chaque année plus des trois-quarts des suicidants sont des **filles**, avec un minimum de 74,2% en 1998 et un maximum de 91,9% en 2000 ($p=0,07$).

4.2.2. Caractéristiques contextuelles

Lors de leur TS index la plupart des jeunes résident **chez leurs parents**, avec un taux variant de 72,1% en 1994 à 88,9% en 1996 ($p=0,09$).

Ils sont issus en moyenne d'une **fratrie de 3 à 3,6 enfants** ($p=0,08$).

Les mères inactives professionnellement restent minoritaires et 54,1% (1994) à 75,9% (1998) d'entre elles travaillent.

4.3. Différences significatives

4.3.1. Caractéristiques des suicidants

* **Antécédents suicidaires** ($p=0,015$) :

Les suicidants sont de moins en moins nombreux à pouvoir être considérés comme récidivistes au moment du geste index. Si cette diminution est progressive les trois premières

années (respectivement 48,4% ; 42,9% ; 41,9%), elle est plus brutale en 2000 avec seulement 21,7% des sujets inclus ayant des antécédents suicidaires.

* **Comorbidités** (p=0,005)

En 1996 et 1998 le nombre de patients présentant des comorbidités lors de leur passage à l'acte suicidaire index est nettement moins élevé qu'en 1994 et 2000, avec un taux environnant les 44% contre environ 70%.

* **Récidives précoces** (p=0,03)

Le taux des récidives précoces est élevé mais varie puisqu'il concerne trois patients sur 10 en 1996 et 2000, quatre patients sur dix en 1994 et plus de la moitié des sujets en 1998 (53,3%).

* **Retard scolaire** (p<0,001)

Les difficultés scolaires et le retard associés semblent en voie de progressive atténuation puisque plus de la moitié des patients avaient un retard d'au moins un an en 1994 et 1996 (respectivement 53,2 et 50,8%) contre un quart en 2000 (24,2%).

4.3.2. Caractéristiques contextuelles

* **Décès parental** (p=0,007)

La fréquence des patients orphelins d'au moins un des deux parents est variable au cours des années, ne représentant que 1,6% des patients en 2000 mais 17,7% en 1994.

* **Activité professionnelle paternelle** (p=0,001)

Entre 1994 et 1998 la proportion de pères ayant une activité professionnelle s'est accrue, passant de 66,1% à 92,3% avant de diminuer à 72,6% en 2000.

* **Immigration** (p<0,001)

Les suicidants issus d'un autre pays et résidant en France suite à une adoption ou à une migration familiale restent largement minoritaires malgré une variation du taux autour de 17% en 1994 et 1998 et 3,2% en 1996 et 2000.

* **Antécédents familiaux de conduites suicidaires** (p=0,017)

On observe une diminution de moitié de s antécédents parentaux de c onduites suicidaires depuis 1996. En effet, ils sont retrouvés chez 47,6% des patients en 1996 c ontre 20,3% en 2000.

* **Antécédents familiaux d'éthylisme** (p=0,016)

La même variation est observée pour les antécédents familiaux d'éthylisme chronique dont le taux a été quasiment divisé par trois en quatre ans, passant de 37,1% en 1996 à 17,7% en 2000.

4.3.3. **Caractéristiques de la prise en charge**

* **Service d'hospitalisation** (p<0,001)

Trois fois plus de patients sont hospitalisés dans le service de psychiatrie de 1994 (28,9%) à 1998 (87,1%) puis on observe un léger fléchissement en 2000 (69,4%).

* **Durée de l'hospitalisation** (p=0,01)

En parallèle aux hospitalisations en service spécialisé plus nombreuses, la durée des séjours a elle aussi augmenté, de 8,5 jours en 1994 à 15,6 jours en 1998, puis on remarque une légère diminution en 2000 avec une durée moyenne de 10,6 jours.

* **Bilan psychologique** (p<0,001)

Généralement, près de la moitié des suicidants bénéficient d'un bilan psychologique à l'issue de leur geste suicidaire, indépendamment d'une hospitalisation en pédopsychiatrie ou ailleurs. Néanmoins seul un quart des patients en ont bénéficié en 2000.

* **Entretien social** (p<0,001)

Alors que la grande majorité des patients et de leur famille ont rencontré une assistante sociale suite à leur tentative de suicide (82,5% en 1996, 96,8% en 1998) seul un tiers ont bénéficié d'un entretien social en 2000.

	1994 (62)	1996 (63)	1998 (62)	2000 (62)	p
Sexe féminin	82,3%	79,4%	74,2%	91,9 %	0,07
Âge moyen	14,6	14,7	15	14,6	0,50
TS par IMV	83,9%	90,5%	79%	79%	0,27
Antécédents de TS	48,4%	42,9%%	41,9%	21,7%	0,015
Comorbidités	71,4%	46%	42,6%	67,7%	0,005
Antécédents d'abus sexuels	6,5%	12,7%	4,8%	14,5%	0,19
Récidive précoce	40,4%	28,6%	53,3%	32,3%	0,03
Retard scolaire	53,2%	50,8%	41,9%	24,2%	<0,001
Parents en couple	48,4%	42,9%	37,7%	48,4%	0,55
Hébergé chez les parents	72,1%	88,9%	85,2%	80,6%	0,09
Taille de la fratrie	3,6	3,5	3	3,1	0,08
Décès parental	17,7%	4,8%	12,9%	1,6%	0,007
Activité professionnelle					
Père	66,1%	82,3%	92,3%	72,6%	0,001
Mère	54,1%	71%	75,9%	59,7%	0,067
Immigration	17,7%	3,2%%	16,7%	3,2%	<0,001
Antécédents familiaux de TS	38,7%	47,6%	35,5%	19,4%	0,017
Antécédents familiaux d'éthylisme	27,4%	37,1%	19%	17,7%	0,016
Hospitalisation en Pédopsychiatrie	28,9%	54%	87,1%	69,4%	<0,001
Durée hospitalisation (j)	8,5	10,1	15,6	10,6	0,01
Bilan psychologique	51,6%	69,8%	49,2%	27,4%	<0,001
Entretien social	91,9%	82,5%	96,8%	33,9%	<0,001

5. COMPARAISON DES RÉPONDEURS DE 2004, 2006, 2008 ET 2010

Afin de comparer les populations des répondus des quatre années, nous avons utilisé le test du Chi-2 ou test exact de Fisher pour les variables qualitatives et le test de Kruskal-Wallis pour les variables quantitatives. Les différences sont jugées significatives quand $p \leq 0,05$.

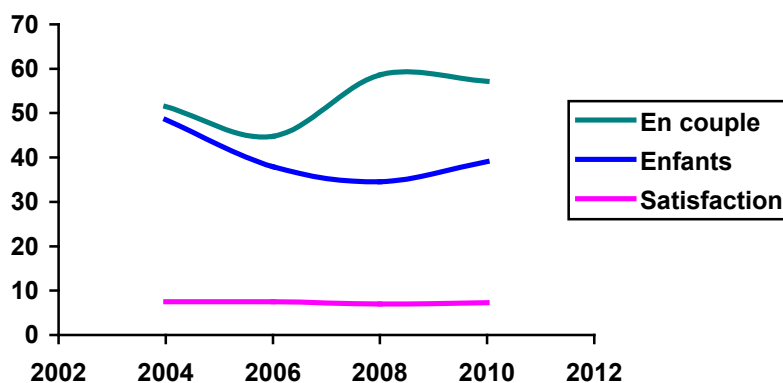
Après exclusion des patients récidivistes inclus plusieurs fois, l'effectif des répondus est de **111 sujets**.

La principale différence entre les panels de répondus de ces quatre années réside en leur effectif puisque, si 33 personnes ont répondu en 2004, elles n'étaient plus que 29 en 2006, 26 en 2008 et 23 en 2010 ($p=0,04$). A chaque fois il existe une prédominance des réponses féminines, dans une proportion équivalente à celle de la population des suicidants. La moyenne d'âge est stable, comprise entre 24,6 et 24,9 ans.

5.1. Situation Personnelle

Les différences entre les quatre années concernant la situation personnelle des anciens suicidants ne sont pas majeures. En effet, chaque année environ la moitié d'entre eux sont en couple (entre 44,8% en 2006 et 58,6% en 2008) ($p=0,78$) et entre 34,5% et 48,5% sont parents ($p=0,71$).

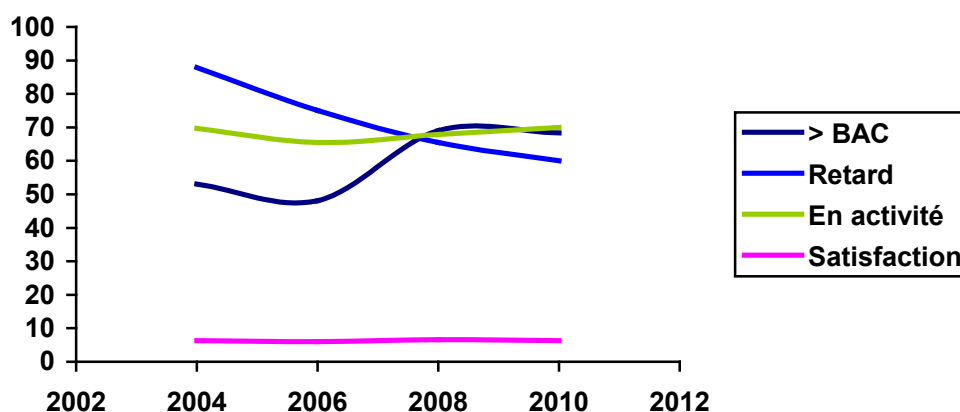
Depuis six ans la qualité de vie personnelle des anciens suicidants est relativement stable, avoisinant une évaluation moyenne de 7,5 en 2004 et 2006, 7 en 2008 et 7,3 en 2010. Il existe néanmoins une décroissance particulièrement importante de la proportion des sujets se disant « satisfaits à très satisfaits » qui, après une croissance entre 2004 et 2006 de 70,5% à 75%, chute à 59% des sujets répondus en 2010.



5.2. Situation professionnelle

En ce qui concerne la situation professionnelle, les résultats semblent encourageants puisque nous notons une nette diminution du retard scolaire associée à une élévation du niveau scolaire. Après une chute en 2006 (69,7%), le taux de sujets actifs augmente et atteint les 70% en 2010.

L'évaluation moyenne de la qualité de vie professionnelle globalement stable même si le nombre des sujets satisfaits de leur travail est globalement bas avec un minimum atteint en 2004 (41%) et un maximum en 2006 (55%) pour un taux de 52,3% en 2010.



5.3. Santé

En ce qui concerne la santé globale des anciens suicidants dix ans après leur geste, l'évaluation moyenne est stable depuis 2004, autour de 7,4, avec néanmoins une plus faible proportion de personnes satisfaites à très satisfaites en 2006 (65%) et 2010 (68%) par rapport à 2004 (72,5%). S'y corrèle une augmentation de problèmes de santé majoritairement somatique.

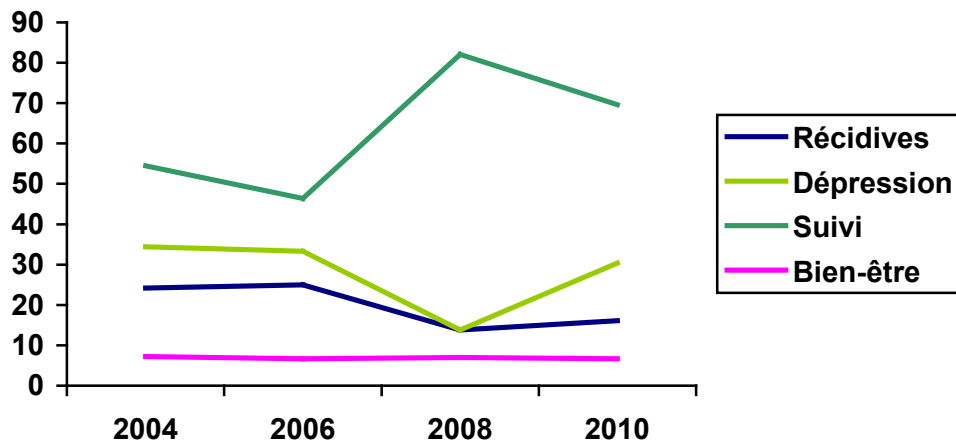
Concernant l'aspect psychologique, l'évolution est en deux teintes.

Nous observons une détérioration de certains critères en 2010 :

- * moins de sujets se jugent « heureux à très heureux » avec une proportion de 59% et 60% en 2004 et 2006 pour 57% en 2010 ;
- * la consommation d'alcool régulière est en augmentation depuis 2006, puisqu'elle concernait alors 3,6% contre 10,3% en 2008 et 21,7%.

Pourtant d'autres critères nous semblent encourageants tels que :

- * une diminution franche de la consommation de traitement psychotrope, tabac et drogues ;
- * un taux de mortalité nul en 2010, contre 5,4% en 2004 et 3,3% en 2006. Cette variable est difficilement interprétable en raison d'une incertitude de la donnée. En effet, nous ne pouvons pas omettre que certains non-répondeurs ou perdus de vue soient décédés sans que nous en ayons retrouvé la notion dans les dossiers ;
- * un moindre nombre de sujets se décrivant comme dépressifs et présentant des idées suicidaires au moment de remplir le questionnaire, avec un moindre taux de sujets ayant ressenti le besoin de consulter un psychologue. Le score moyen au CES-D restant globalement stable (21 en 2006 et 21,9 en 2010) ;
- * un plus grand nombre de suicidants ayant bénéficié d'un suivi psychologique à l'issue de l'hospitalisation (54,5% en 1994, 46,4% en 1996 et 69,6% en 2000), probablement corrélé au fait qu'ils aient été plus nombreux à être hospitalisés en pédopsychiatrie et donc plus habitués à un travail psychologique et sans doute mieux orientés à l'issue de l'hospitalisation ;
- * une diminution du nombre de récidivistes dans les dix années suivant le geste index, passant de 25% en 2004 et 2006 à 16% en 2010.



5.4. Evaluation de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants

L'évaluation globale de la prise en charge proposée lors de l'hospitalisation index est relativement stable depuis 1994. Lorsqu'il est demandé aux patients et à leur famille d'évaluer la prise en charge qui leur a été proposée à l'issue de la TS index, la majorité des répondants se déclarent « satisfaits à très satisfaits » dans une proportion qui ne cesse d'augmenter depuis 2004, passant de 65% à 68% en 2006 puis 71,4% en 2010.

A noter qu'en 2004 seulement 29,8% des jeunes suicidants avaient été hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie, pour une proportion de 53% en 2006 et de 69,4% en 2010. Les durées moyennes d'hospitalisation étaient équivalentes autour de 10,2 jours.

	2004	2006	2008	2010	p
En couple	51,5%	44,8%	58,6%	57,2%	0,78
Avec enfants	48,5%	37,9 %	34,5%	39,1%	0,71
<i>Satisfaction vie affective</i>	7,5	7,5	7	7,3	0,61
Niveau scolaire > BAC	53,1%	48,1%	69%	68,4%	0,29
Retard scolaire	87,9%	75%	65,5%	60%	0,16
Activité professionnelle	69,7%	65,5%	67,9%	70%	0,97
<i>Satisfaction professionnelle</i>	6,3	6	6,6	6,3	0,95
Problèmes de santé	24,2%	27,6%	31%	40%	0,92
Traitement psychotrope	15,6%	83,3%	10,3%	9,5%	<0,001
Tabac	75,8%	75%	72,4%	60,9%	0,77
Alcool	12,1%	3,6%	10,3%	21,7%	0,22
Drogues	15,2%	10,7%	13,8%	4,5%	0,69
Récidives	24,2%	25%	13,8%	16,1%	0,68
Nombre total de récidives	1,3	0,4	0,2	0,2	<0,001
Idées suicidaires	18,2%	23,8%	6,9%	9,5%	0,30
Dépression subjective	34,4%	33,3%	13,8%	30,4%	0,26
Suivi après la TS index	54,5%	46,4%	82,1%	69,6%	0,03
Durée > 6 mois	32,3%	83,3%	71,4%	66,7%	0,004
Suivi ultérieur	32,3%	35,7%	24,1%	30,4%	0,82
<i>Évaluation santé globale</i>	7,7	7,4	7,2	7,4	0,83
<i>Évaluation bien-être</i>	7,2	6,7	7	6,7	0,78
<i>Satisfaction prise en charge</i>	7,3	7,1	7,7	7,3	0,85

QUATRIÈME PARTIE : ANALYSE DES RÉSULTATS ET DISCUSSION

I. ANALYSE DES RÉSULTATS

1. À PROPOS DE L'ÉTUDE 2000-2010

1.1. À propos des caractéristiques des suicidants de 2000 (18,29,34,63,76)

Notre population de suicidants est **équivalente à celles d'autres études concernant la plupart de leurs caractéristiques**, tels que le sex-ratio et la moyenne d'âge (3,7 et 14,6 ans pour 3,5 et 15 ans en moyenne dans les autres études). De plus, à l'instar des données de la littérature évaluant une prépondérance des Intoxications Médicamenteuses Volontaires (80 à 90% des cas), 79% des TS de notre étude ont été accomplies par absorption médicamenteuse.

Les pourcentages de comorbidités sont très variables dans la littérature puisque, selon les études, ils oscillent entre 10,8% à 97% de scas (67,7% dans notre étude). Cette disparité majeure peut s'expliquer par les difficultés diagnostiques inhérentes à cette tranche d'âge, dues en grande partie à la sensibilité de chaque soignant à l'approche diagnostique. Certains préfèrent évoquer des « traits » de personnalité ou des « symptômes » dépressifs plutôt que d'affirmer un trouble caractérisé chez un adolescent en pleine mouvance de sa personnalité.

Les diagnostics les plus souvent associés aux tentatives de suicide sont des troubles de l'humeur de type EDM (de 5% à 81.1% pour les études, 45,2% dans la nôtre), des TCA pour les filles et des problèmes d'ordre sociaux ou de toxicomanie pour les garçons.

Les différents auteurs décrivent un taux de récives précoces se situant autour de 30%. Il est de 32,3% dans notre étude.

La prévalence de séparation du couple parental est équivalente aux autres études (48,4% contre 20 à 50% en moyenne dans les autres études).

Les **principales distinctions** entre notre cohorte et celles des autres études concernant les conduites suicidaires de l'adolescent sont principalement liées au **contexte familial** de nos jeunes patients. Ainsi, nous observons moins d'hébergement hors du domicile parental

puisque cela ne concerne que 19,4% de nos patients contre près de 50% dans certaines études. De même, alors que les suicidants sont souvent issus (jusqu'à 50%) d'une fratrie d'au moins quatre enfants dont ils sont souvent les aînés, dans notre étude seuls 29% des suicidants ont plus de trois frères ou sœurs et seuls 29% en sont les aînés.

Par ailleurs, alors que nous retrouvons des antécédents familiaux de conduites suicidaires chez 20,4% des primosuicidants et 21,4% des récidivistes, ce taux peut s'élever jusqu'à 50% dans d'autres études pour les primosuicidants et 72% chez les récidivistes. En revanche, notre panel présente une surreprésentation des antécédents familiaux psychiatriques avec près de 61% de nos patients contre 50% dans les différentes études : en grande majorité, éthylisme du côté paternel (9,7% dans notre étude), pathologie dépressive du côté maternel (32,3% pour notre panel), enfin troubles psychotiques et anxieux.

Concernant les caractéristiques des suicidants, les études retrouvent un pourcentage d'antécédents personnels de tentative de suicide allant de 14% à 40%, ce taux étant de 46,8% dans notre cohorte. A l'inverse, notre population présente moins de retard scolaire que celle des autres études puisque 24,2% de nos jeunes ont un retard scolaire contre une moyenne de 30% ailleurs.

1.2. À propos des caractéristiques des répondeurs de 2010

1.2.1. Devenir psychosocial

L'évolution à long terme de nos anciens patients paraît favorable pour la majorité d'entre eux. En effet, 59% se disent « satisfaits à très satisfaits » de leur vie personnelle, plus des deux tiers ont un niveau scolaire équivalent ou supérieur au BAC et 70% d'entre eux ont une activité professionnelle dont ils s'estiment « satisfaits à très satisfaits » dans 52,3% des cas. Soixante-huit pour cent se décrivent en bonne santé et 57% se disent « heureux à très heureux ». De plus, il semble que la TS index ne soit qu'un épisode isolé pour 50% d'entre eux.

Cette évolution psychosociale est en adéquation avec celle retrouvée dans la littérature, notamment par Granboulan en 1995, qui décrit que 25% à 56% des suicidants vont mieux à distance de leur geste et sont insérés socialement et familialement.

Cependant, **pour près d'un quart des répondeurs des symptômes invalidants persistent** et certains ont même une évolution péjorative avec un isolement social, un désinvestissement socio-professionnel, de troubles majeurs du comportement voire l'apparition d'une symptomatologie nouvelle. Près d'un répondeur sur cinq présentent une thymie dépressive, 18% bénéficient toujours d'un suivi psychologique et 10% consomment des antidépresseurs. De plus, ils sont 21,7% à consommer régulièrement de l'alcool et de ux patientes ont une dépendance aux opiacés.

Concernant les récurrences, la confrontation des dossiers médicaux aux réponses des patients objective :

- * **32,3% de récurrences précoces** : trois jeunes ayant récidivé deux fois et une patiente ayant récidivé trois fois dans l'année ;
- * 17,4% de récurrences entre un et dix ans, soit dix sujets parmi lesquels six avaient déjà récidivé précocement et trois récidivé deux fois ;
- * **38,7% de récurrences dans les dix ans** suivant la TS index, soit un nombre total moyen de 1,8 TS par personne.

Ainsi, si la TS index semble être un épisode isolé pour 50% des anciens suicidants, treize autres, soit 21%, sont considérés comme multirécidivistes.

Selon une étude menée par Schmidtke en 1996, 18 à 20% des suicidants récidivent dès la première année ; notre échantillon est donc surreprésenté (32,3%).

Pour Hawton et Fagg, dans une étude menée à Oxford dans les années 1980, les récurrences étaient plus fréquentes chez les patients qui n'avaient pas été hospitalisés (ni en psychiatrie, ni en pédiatrie) par rapport aux suicidants hospitalisés, ainsi que chez ceux qui avaient été hospitalisés en pédiatrie par rapport à ceux qui avaient été hospitalisés en psychiatrie. Cela n'est pas le cas dans notre travail où les taux de récurrences restent prédominants chez les sujets hospitalisés (38,2 % vs 28,6%) et ceux hospitalisés en pédopsychiatrie (39,6% vs 33%) qui sont, ne l'oublions pas, les patients jugés les plus inquiétants.

Nous n'avons pas retrouvé d'élément évocateur d'un éventuel décès concernant nos anciens patients mais certaines études objectivent 1 à 2% de décès dans l'année suivant la tentative de suicide index et 10 à 14% de décès par suicide, à moyen ou long terme.

1.2.2. Prise en charge à l'Hôpital d'Enfants

Parmi les répondus, 71,4% se disent « satisfaits à très satisfaits » de la prise en charge proposée en 2000.

Les principales critiques concernant la prise en charge sont en lien avec l'organisation du service qui regroupe des patients présentant diverses psychopathologies. Une patiente et sa mère le regrettent estimant que la jeune fille, hospitalisée pour un TCA, a réalisé un geste suicidaire après s'être identifiée à une jeune suicidante. La critique inverse est exposée par une mère qui décrit un « mimétisme » de sa fille, hospitalisée suite à son geste suicidaire, envers une jeune patiente souffrant d'anorexie mentale. Ce sont ces deux jeunes filles qui réalisèrent simultanément une tentative de pendaison dans le service de pédopsychiatrie.

Un père regrette de ne pas avoir été informé de l'hospitalisation en pédopsychiatrie de sa fille suite à la décision de l'équipe de l'UAUP. Il y a aussi un manque d'écoute et de reconnaissance de ses propres difficultés en tant que père.

Un parent critique la brièveté de l'hospitalisation de sa fille (seize jours) et l'absence de reprise de contact ultérieure par l'Hôpital d'Enfants, qu'il dit néanmoins « compensée » par la qualité du suivi au CMP. Cette fille n'avait pas rencontré l'assistante sociale à l'époque.

Un autre regrette qu'aucun suivi n'ait été organisé à partir du service. Sa fille n'avait pas été hospitalisée en pédopsychiatrie mais était restée trois jours en service de pédiatrie.

Une ancienne patiente dit ne pas avoir rencontré son psychiatre référent autant qu'elle l'aurait désiré.

Une autre déclare avoir eu des difficultés à supporter la séparation avec sa famille. Il est à noter qu'il s'agit de la patiente hospitalisée en raison d'un TCA pour lequel avait été établi un contrat de poids, incluant une séparation temporaire de l'environnement familial.

Deux parents ressentent toujours de l'animosité envers le psychiatre ayant pris en charge leur fille respective, l'un reprochant au médecin d'avoir « accusé » sa fille d'« affabuler », l'autre ayant eu l'impression d'une toute puissance médicale, accusatrice envers les parents et « incapable de se remettre en question ». Cette mère a d'ailleurs tenu à nous rencontrer personnellement afin de nous exposer ses griefs et son amertume toujours douloureuse dix ans plus tard.

Des parents disent avoir été blessés par des remarques désobligeantes émanant de visiteurs d'autres patients. Il s'agit de parents de la patiente ayant présenté un épisode aigu de déréalisation et dont la sœur est schizophrène.

Les commentaires positifs concernent l'écoute et la fermeté du personnel infirmier ainsi que l'intérêt des entretiens familiaux ayant permis, selon un père, « de renouer le dialogue » entre sa fille, sa femme et lui.

Une ancienne patiente et le père d'une autre jeune fille reconnaissent que l'hospitalisation a été vécue sur le moment comme une épreuve mais, qu'avec le recul, elle leur paraît avoir été constructive et nécessaire.

Une des jeunes filles a joint à son questionnaire un faire-part de naissance assorti d'une lettre exprimant ses remerciements à l'équipe de pédopsychiatrie et décrivant son bonheur actuel.

Enfin, trois patientes disent ne pas avoir de souvenir de leur prise en charge.

Ces commentaires ainsi que le taux élevé de suivi post-hospitalier témoignent de l'implication des familles et des patients et leur prise de conscience de l'intérêt d'un suivi psychologique. En effet, il est intéressant de voir qu'il peut nous être reproché l'absence de suivi ou de reprise de contact *a posteriori*, mais jamais le cas inverse. Tout comme le recommande l'ANAES, il paraît donc primordial de programmer un suivi ambulatoire avant que la sortie du service hospitalier ne soit effective (4). Il nous faut y rester particulièrement vigilant lorsque l'adolescent n'est pas hospitalisé dans le service de pédopsychiatrie.

Par ailleurs, les entretiens familiaux et la reconnaissance des difficultés et des désirs parentaux sont souvent plébiscités mais jamais critiqués. Ils apparaissent donc cruciaux dans la prise en charge des adolescents suicidants.

1.3. À propos des corrélations entre les réponses des patients et celles de leurs parents

Nous avons estimé que les réponses des parents pouvaient être considérées comme concordantes dès lors que nous ne retrouvions pas plus d'une discordance, ce qui était le cas pour le nombre d'enfants, le statut matrimonial, le niveau scolaire, l'activité professionnelle, une éventuelle reprise de contact avec un psychothérapeute et les cinq échelles d'évaluation.

Devant ces données majoritairement concordantes, notamment les variables subjectives, nous pouvons envisager une communication de qualité entre les anciens patients et leurs parents. Il semble donc que les parents soient à l'écoute et que la plupart des anciens suicidants puissent désormais communiquer leurs émotions et ressentis, ceci étant aussi le critère d'une évolution favorable.

Ces conclusions, bien que non significatives statistiquement, sont tout de même en faveur d'une utilisation possible des données parentales dans une étude prochaine car il existe une concordance entre trois critères retenus comme marqueurs d'une évolution favorable.

1.4. À propos des comparaisons entre les patients contactés et les patients perdus de vue

Le fait d'avoir été contacté par l'assistante sociale lors de l'hospitalisation index, puis à un an, semble limiter la perte de vue des anciens patients. Cette reprise de contact permet de s'assurer de la bonne évolution du jeune et de lui signifier notre disponibilité le cas échéant. Elle permet aussi aux familles de nous communiquer leurs éventuelles nouvelles coordonnées.

Nous remarquons que les patients hospitalisés dans un service autre que celui de pédopsychiatrie sont plus fréquemment perdus de vue. Ces patients ont certainement moins investi la prise en charge psychologique, vécue comme un « examen complémentaire », tout

comme ils ont été, aussi, moins investis par l'équipe de pédopsychiatrie (un seul intervenant, entretien « se rajoutant » à ceux des patients du service).

Il en est de même pour les jeunes résidant à l'époque en foyer socio-éducatif dont la trace a souvent été perdue par les équipes éducatives et sociales à leur majorité, pérennisant ainsi leur problématique de rupture.

1.5. À propos des comparaisons entre les patients répondeurs et les patients non-répondeurs

La séparation du couple parental est ici corrélée à un moindre taux de réponses. Il est possible qu'une fragilité relationnelle persiste entre les membres de ces familles et que certains parents refusent de communiquer cette enquête à leur enfant, soit pour le protéger de la résurgence de mauvais souvenirs, soit par conflit.

Concernant l'impact de la prise en charge dans la réponse ou non au questionnaire, la qualité du contact avec la psychiatrie semble primordiale puisque les patients ont moins souvent répondu quand ils étaient hospitalisés dans un autre service que celui de pédopsychiatrie mais aussi lorsqu'ils étaient sortis contre l'avis du médecin ou n'avaient pas bénéficié d'un suivi ultérieur. De même, une durée de séjour de neuf jours (en moyenne) n'est peut-être pas suffisante pour permettre à certains patients d'investir pleinement la prise en charge psychologique et prendre, par la suite, conscience de l'intérêt de cette étude.

2. À PROPOS DE L'ASSOCIATION DES QUATRE ÉTUDES

2.1. À propos des suicidants (18,29,34,63,76,93)

Nous retrouvons une prédominance féminine parmi notre cohorte de suicidants, telle que décrite dans la littérature. Notre sex-ratio est néanmoins légèrement plus élevé puisqu'il est de 4,5 contre 3,5 en moyenne dans les autres études. L'âge moyen de nos suicidants est de 14,7 ans (écart-type de 1,7) ce qui correspond à l'âge moyen de 15 ans retrouvé généralement.

À l'instar des données de la littérature évaluant une prépondérance des Intoxications Médicamenteuses Volontaires (80 à 90% des cas), 83% des tentatives de suicide de notre étude ont été accomplies par absorption médicamenteuse.

Les adolescents suicidants des différentes études ont un pourcentage d'antécédents personnels de TS allant de 14% à 40%, ce taux étant de 38,9 % concernant notre cohorte.

Tout comme expliqué dans le chapitre I.1, en raison des difficultés diagnostiques inhérentes à l'adolescence, les pourcentages de comorbidités oscillent selon les études entre 10,8% et 97% des cas. Au moment de leur geste, 54% de nos patients présentaient au moins une comorbidité psychiatrique, la principale comorbidité étant un EDM pour 30,8% d'entre eux puis les TCA dans 9,6% des cas avec une prédominance d'anorexie mentale. La tentative de suicide semblait se situer particulièrement lorsque la maladie était évoluée et que les patients traversaient une phase de culpabilisation, associée à un appauvrissement relationnel majeur.

Près de 9,6% de nos patients avaient été victimes d'abus sexuels avant leur tentative de suicide index, parmi eux, 62,5% avaient réalisé au moins deux gestes suicidaires à un an de leur TS index.

Les difficultés et le retard scolaires sont des éléments régulièrement retrouvés chez les suicidants, avec des taux variants entre 33% et 60% pour les difficultés scolaires et un taux avoisinant les 30% pour le retard scolaire. Notre panel estimait un retard d'au moins une

année dans 43% des cas. Nous n'avons pas de précision concernant une éventuelle déscolarisation de certains patients.

Si des études ont retrouvé une supériorité de jeunes issus d'un milieu socio-économique moyennement favorisé voire défavorisé parmi les suicidants (107), des études récentes tendent à démontrer que le faible niveau socio-économique est un facteur qui, à lui seul, n'est pas précipitant mais qui le devient lorsqu'il est associé à d'autres facteurs de risque. Ainsi, 70% des suicidants n'ont pas, ou peu, de facteurs sociaux défavorables. Malheureusement nous n'avons pas pu déterminer la catégorie socio-économique de nos patients en raison d'un nombre important de données manquantes dans les dossiers sociaux et médicaux entraînant une trop grande propension aux erreurs en cas d'extrapolation. En effet, si nous savons que 93,2% des familles de nos patients perçoivent un salaire, avec dans 54,8% des cas une activité professionnelle exercée par les deux parents, il nous est toutefois impossible de déduire un revenu moyen devant l'inconnu de la situation financière hors activité professionnelle (héritage, autres revenus), de possibles dettes, crédits...

Les études estiment qu'entre 20% à 50% des suicidants ont des parents qui sont séparés, avec un taux retrouvé supérieur (33% versus 16%) à celui d'une population d'adolescents non suicidants. Ce taux s'élève à 55,5% dans notre étude.

Neuf pour cent de nos patients étaient orphelins d'au moins un des deux parents. Il semble que cette situation soit équivalente dans d'autres études avec jusqu'à près d'un suicidant sur dix qui a un parent décédé.

En ce qui concerne leur lieu de vie, la majorité des suicidants vivent chez leurs parents ; ils sont cependant cinq à six fois plus nombreux que dans la population générale à ne pas y résider. Ainsi, il y a parfois jusqu'à 50% des suicidants qui vivent hors du foyer parental, à savoir en foyer socio-éducatif, en famille d'accueil, ou chez d'autres membres de la famille. Cette situation correspond à 18,2% de notre échantillon. Les suicidants grandissent souvent dans une famille monoparentale, comme pour 19,1% de nos patients.

En ce qui concerne leur fratrie, les suicidants sont souvent issus (jusqu'à 50%) d'une fratrie d'au moins quatre enfants dont ils sont souvent les aînés. Dans notre étude la taille moyenne des fratries était de 3,3 enfants.

Les études mettent en évidence des antécédents psychiatriques familiaux chez presque la moitié des suicidants. Les troubles décrits comprennent en grande majorité l'éthylisme du côté paternel, puis la pathologie dépressive du côté maternel.

Dans notre étude, nous retrouvons un antécédent familial d'éthylisme pour 24,5% de patients. Nous n'avons malheureusement pas matière à comparer les antécédents psychiatriques puisque ce critère n'a pas été évalué lors de l'étude de 2004.

Les différentes études objectivent une forte proportion d'antécédents familiaux de conduites suicidaires pouvant atteindre 50% à 72% selon qu'il s'agisse d'un premier geste suicidaire ou d'une récurrence pour le jeune. Dans notre panel, 35,8% des suicidants ont été confrontés à des tentatives de suicide de la part d'un membre de la famille du premier ou deuxième degré.

Trente-neuf pour cent de nos patients ont récidivé dans l'année suivant le geste index. Ce pourcentage est supérieur aux résultats des autres études où en moyenne seuls 30% de suicidants récidivent dans l'année.

Notre population de suicidants correspond donc en grande majorité à la population générale des suicidants rencontrés dans les autres études. Les différences principales sont une surreprésentation du retard scolaire pour notre panel, des séparations du couple parental et des récurrences précoces, associées à une sous-représentation des antécédents familiaux de conduites suicidaires. En parallèle, les antécédents personnels et les comorbidités principales sont équivalents ainsi que la prédominance féminine et l'âge moyen de nos patients.

En ce qui concerne l'évolution psycho-socio-familiale des suicidants entre 1994 et 2000, nous notons une diminution de la fréquence des antécédents personnels et familiaux de TS, du retard scolaire et des antécédents familiaux d'éthylisme chronique. À l'inverse, nous retrouvons une augmentation du nombre de patients ayant été victimes d'abus sexuels et de sujets ne résidant pas au domicile parental.

La prise en charge à l'Hôpital d'Enfants tend à proposer une hospitalisation en service de pédo-psychiatrie plus systématique sans que cela induise une récurrence significative sur le taux de récurrences précoces.

2.2. À propos des répondeurs dix ans après la TS index (18,29,34,63,76,93)

Dans les diverses études concernant le devenir à long terme des suicidants adolescents, entre 25% et 56% d'entre eux jugent avoir une situation personnelle, familiale et sociale satisfaisante. Les évolutions les plus favorables (à 70%) se retrouvent pour les suicidants qui ont, au moment du geste, un trouble de l'adaptation de l'adolescence isolé, donc aucune comorbidité. Le devenir à dix ans de notre cohorte de suicidants est aussi **majoritairement favorable**. En effet, seuls 20% d'entre eux ont récidivé entre un et dix ans après leur TS index et ils sont 62% à être satisfaits de leur vie affective, 66% à être en bonne santé et 54% à se dire « heureux ». Le principal écueil concerne leur satisfaction professionnelle puisque, s'ils sont 67% à travailler, seulement 45% sont satisfaits de leurs conditions de travail.

Cependant, pour un bon nombre, des symptômes invalidants persistent. Trente pour cent des anciens patients présentent toujours des problèmes de santé dont 34% sont des pathologies psychiatriques nécessitant un traitement psychotrope (soit 10% de s répondeurs). Huit pour cent sont actuellement suivis par un psychiatre ou un psychologue mais ils sont 31% à avoir repris un suivi durant les dix dernières années, 16% ayant même été réhospitalisés en milieu psychiatrique. De plus, 12% des répondeurs consomment régulièrement de l'alcool et de la drogue. Nous n'avons pas de diagnostic précis concernant nos patients qui présentent un trouble psychiatrique mais, en regard de la littérature, il semble que l'évolution soit plus favorable pour les patients à organisation névrotique par rapport à ceux présentant une pathologie psychotique ou limite.

Néanmoins, **la plupart de nos patients dont l'évolution n'est pas favorable n'ont pas de pathologie psychiatrique définie**. Leur problématique semble être corrélée à leur traits de personnalité, probablement en lien avec une fragilité des assises narcissiques, des difficultés de prises de décision, participant à la pérennisation des difficultés de l'adolescence telle qu'une mauvaise intégration scolaire puis professionnelle (41% n'ont pas le BAC, 33% ne travaillent pas et 55% de ceux qui ont un emploi n'en sont pas satisfaits), des conflits intra-familiaux voire une instabilité sociale.

Concernant les gestes suicidaires itératifs, parmi les 20% de récidivistes, 87% sont des multirécidivistes et ont déjà réalisé plus de trois gestes suicidaires au moment de remplir le questionnaire. Seuls trois d'entre eux, soit 15% des multirécidivistes, ont une pathologie

psychiatrique. Il semble donc que, pour la majorité d'entre eux, la répétition des passages à l'acte suicidaire ne soit pas explicable par une psychopathologie, mais que cela soit devenu leur moyen d'apaiser une tension et de ne pas élaborer les conflits. Ce schéma n'est alors plus inhérent au phénomène de l'adolescence mais semble bien inscrit dans un fonctionnement pérenne associant probablement une vulnérabilité génétique et neurobiologique à un dysfonctionnement cognitif (altération de la prise de décision, pessimisme) favorisant un passage à l'acte face à un ou plusieurs événements de vie stressants.

En résumé, nous pouvons retenir que nos résultats tendent vers un devenir psychosocial à long terme favorable : deux sujets sur trois ont une activité professionnelle, près de trois sur quatre n'ont aucun souci de santé et 80% d'entre eux n'ont pas récidivé à l'issue de leur geste suicidaire index. De plus, selon des critères plus subjectifs, ils se disent globalement satisfaits de leur vie affective, en bonne santé et heureux.

Par ailleurs, seuls dix pour cent des anciens patients présentent une pathologie psychiatrique nécessitant un traitement psychotrope mais aucun n'est justifié d'une reconnaissance de travailleur handicapé.

En ce qui concerne l'évolution des cohortes de répondeurs entre 2004 et 2010, les différences concernent principalement les variables objectives, les scores des différentes échelles d'évaluation étant globalement stables durant ces quatre années.

Deux paradoxes nous ont cependant interpellés. En 2006 et 2010 le nombre de sujets en couple avec des enfants et le taux de satisfaction personnelle sont inversement proportionnels. Ceci nous illustre donc qu'une vie personnelle épanouissante ne dépend pas du fait d'être en couple mais bien de la qualité des relations intraconjugales. Le second paradoxe concerne l'évolution du nombre de récurrences, d'idées suicidaires et de reprise d'une psychothérapie. Cette évolution, qui est encourageante depuis 2004, semble de nouveau s'inverser en 2010 alors que le nombre de suicidants ayant bénéficié d'un suivi post-hospitalier est plus élevé. Cette tendance nécessite d'être confirmée ou infirmée lors d'une autre étude puisqu'il pourrait s'agir d'un éventuel biais d'interprétation et de recueil des données ou du signe d'une moindre efficacité de la prise en charge proposée.

Au final, le devenir psychosocial des jeunes suicidants tend à s'améliorer au fil des années. Nous ne pouvons pas considérer la diminution du taux de réponse comme un biais interprétatif puisque, pour chaque étude, les différences entre les populations de patients répondeurs et non-répondeurs ne sont pas significatives (43,64).

Nous remarquons donc une augmentation du nombre de sujets ayant une profession assortie d'une élévation du niveau d'étude et d'une diminution du retard scolaire. Concernant la santé, l'évolution est en deux teintes puisque nous notons une majoration des problèmes de santé, notamment somatiques, et des alcoolisations régulières. En revanche, la consommation de traitement psychotrope, de tabac et de drogues tend à décroître et, surtout, la persistance d'idées suicidaires et le taux de récurrences à dix ans sont nettement diminués.

Malgré un taux constant de suicidants au cours des années, il semble que leur tentative de suicide soit de plus en plus souvent un épisode isolé, inscrit dans une problématique adolescente et non prédictif d'un avenir péjoratif.

3. À PROPOS DES FACTEURS PRONOSTIQUES D'UN DEVENIR PSYCHOSOCIAL DÉFAVORABLE (18,60,65)

Dans notre étude, la plupart des facteurs prédictifs d'un devenir péjoratif concernent l'**environnement familial** des jeunes suicidants. Il semble qu'un environnement perçu comme insécure, insuffisamment étayant (séparation du couple parental, chômage maternel, perte d'un des parents, éthylisme parental) engendre des **difficultés scolaires** et contribue à un **arrêt précoce des études**. Par ailleurs, il existe une corrélation directe entre la séparation du couple parental, le placement socio-éducatif des jeunes et **l'absence d'activité professionnelle** à dix ans, probablement en lien avec une problématique abandonnique, voire dépressive, majorée par les difficultés scolaires. Nous retrouvons aussi un lien entre l'inactivité paternelle, l'éthylisme parental, les antécédents familiaux de TS, et la **persistance d'une thymie dépressive** ainsi qu'un arrêt précoce des études. En raison des problématiques parentales, ces jeunes peuvent avoir développé une blessure narcissique et un pattern d'attachement insécure qui les empêchent de se sentir suffisamment en confiance en société et de s'adapter aux contraintes scolaires.

En ce qui concerne les facteurs personnels, les jeunes suicidants ayant **récidivé précocement** semblent plus fortement inscrits dans une dynamique négativiste conduisant à des **difficultés scolaires** et à un **niveau d'études inférieur au BAC**. Le **retard scolaire** au moment du geste index est quant à lui associé à une blessure narcissique qui favorise la persistance d'**idéations suicidaires** dix ans plus tard. Les **antécédents personnels de TS** sont corrélés ici à une impression subjective d'être en **moins bonne santé**. Nous ne retrouvons pas de lien direct avec les récives suicidaires bien qu'il soit admis qu'ils constituent leur principal facteur de risque (8,18,28). Dans notre étude les comorbidités psychiatriques ne sont pas prédictives d'un devenir psychosocial péjoratif. Pourtant, selon certaines études, il ressort que la dépression chez les filles et les troubles des conduites chez les garçons sont des facteurs de risque de récives tout comme les troubles de la personnalité borderline (18,60,65). De même, contrairement à la littérature, nous n'avons pas objectivé de relations entre les antécédents d'abus sexuels, l'adoption et un devenir psychosocial défavorable (8).

En revanche, nous pouvons percevoir l'intérêt de la poursuite de la prise en charge à l'issue de l'hospitalisation index. En effet, l'**absence de suivi** favorise la **persistance d'une thymie dépressive** dix ans plus tard. Il peut persister chez ces anciens suicidants une difficulté à verbaliser leurs affects et leur souffrance et une tentance au passage à l'acte en cas de sensation d'impuissance. Cette inhibition à demander de l'aide à autrui rend alors difficile l'apaisement d'un sentiment de mal-être existentiel.

L'ensemble des facteurs prédictifs cités précédemment est indirectement corrélé à un risque de récurrences suicidaires dans les dix ans suivant le geste suicidaire. En effet, ils peuvent favoriser la survenue d'éléments potentiellement vecteurs de récurrences, à savoir : un niveau scolaire inférieur au BAC mais aussi la persistance d'une thymie dépressive, d'idéations suicidaires, le sentiment d'être malheureux ou d'avoir des problèmes de santé ainsi que la nécessité de reprendre un suivi psychologique ou d'être de nouveau hospitalisé en psychiatrie.

Nous retrouvons donc un lien indirect entre l'inactivité paternelle, l'éthylisme parental, les antécédents familiaux de TS, et les **récurrences suicidaires à dix ans**. Ces résultats illustrent une vulnérabilité familiale aux conduites suicidaires non sur le plan génétique pur mais dans l'imitation voire la transmission de valeurs, de réponses aux facteurs de vie stressants par l'agir (alcoolisation ou passage à l'acte auto-agressif). Ces facteurs conduisent alors à des aménagements individuels et familiaux inadéquats après la première tentative de suicide. Ces facteurs familiaux, tels que la séparation du couple et les antécédents familiaux psychiatriques, d'éthylisme et de conduites suicidaires sont également mis en évidence dans la plupart des études comme des facteurs de risque de récurrences suicidaires (52,60,65). De même, il semble exister une dépendance au passage par l'acte comme mode de communication pour certains suicidants, possiblement ceux présentant des facteurs traits de personnalité comme l'impulsivité et la rigidité des schémas cognitifs.

Ces conclusions sont en accord avec nos résultats concernant l'évolution de nos cohortes. En effet, nous observons chez les suicidants une diminution des antécédents personnels de TS et familiaux de TS et d'éthylisme qui se corrént, dix ans plus tard, à une majoration du niveau d'études et d'exercice d'une profession, corrélé à une diminution du retard scolaire, des idéations suicidaires et du taux de récurrences à dix ans.

II. RÉFLEXIONS SUR L'ÉTUDE

1. QUESTIONS ÉTHIQUES

Concernant l' recueil des données postales un questionnement éthique s'est rapidement imposé, à savoir la limite à donner à notre méthode de recherche afin de récolter le maximum d'adresses tout en respectant l'intimité des patients. À l'heure où les réseaux sociaux se multiplient et où l'absence de confidentialité est devenue monnaie courante nous avons choisi de nous limiter au réseau professionnel : dossiers médicaux hospitaliers, médecins traitants, psychiatres libéraux et référents sociaux. Nous avons ainsi considéré que la perte de contact pouvait résulter autant d'un enlisement dans une psychopathologie, associant fuite thérapeutique et isolement social, que d'un épanouissement personnel rendant inutile tout suivi. Ces deux directions sont confirmées par l'absence de différences significatives entre les cohortes de patients perdus de vue et de patients contactés, sy nonymes de divers événements pluridirectionnels.

En étudiant les questionnaires reçus, nous avons considéré que les réponses de trois jeunes femmes étaient préoccupantes. En effet, elles obtenaient un score élevé à la CES-D et plusieurs critères de réponses nous faisaient craindre une inscription dans une crise suicidaire pouvant aboutir à un passage à l'acte auto-agressif : récurrences à l'issue du geste index, mal-être actuel, idées suicidaires actives et absence de suivi récent. Un courrier personnalisé leur a donc été adressé, expliquant la levée de l'anonymisation du questionnaire par notre inquiétude autour de ce que nous avons perçu comme un mal-être psychologique. Nous leur proposons de les rencontrer et leur communiquons les coordonnées du service de pédopsychiatrie ainsi que celles du CMP de leur secteur et de l'UAUP. Nous n'avons été contactés par aucune d'elles mais il semblerait qu'une de ces jeunes femmes ait repris contact avec son ancien psychiatre par l'intermédiaire de l'UAUP.

2. QUESTIONS DE MÉTHODOLOGIE

L'association des études de 2004, 2006, 2008 et 2010 nous a permis de bénéficier d'une cohorte suffisamment conséquente, tant au niveau de suicidants que de répondeurs, pour pouvoir considérer nos conclusions comme statistiquement significatives. Cette corrélation a été grandement facilitée par l'implication du Dr Rat dans les quatre études et celle du Dr Ligier dans les trois dernières. Cela nous a ainsi permis d'assurer une cohérence dans la logique méthodologique puis interprétative et d'éviter au maximum les biais de sélection et d'interprétation.

Afin de limiter l'écueil d'un échantillon trop faible, il pourrait être intéressant de recontacter plus souvent les suicidants, par exemple à trois ans, cinq ans puis dix ans, et d'ainsi tenter de minimiser le nombre de sujets perdus de vue. Tout comme le proposait le Dr Ligier, cela reviendrait à réaliser une étude prospective (64). Les patients en seraient informés lors de leur hospitalisation et ils pourraient donner (ou non) leur consentement éclairé et être libres de quitter l'étude dès qu'ils le désireraient. Ainsi, en les recontactant plus régulièrement nous pourrions recueillir plus facilement les changements d'adresses et favoriser leur compliance à l'étude. En effet, le sujet de cette étude est délicat et notre courrier peut faire brutalement resurgir de mauvais souvenirs douloureux. Une étude prospective et l'information préalable permettraient d'atténuer la décharge massive d'émotions majoritairement négatives (surprise, colère, tristesse) à la réception de ce courrier. Il paraîtrait aussi justifié que ces courriers soient signés par des personnes dont le nom est (re)connu et donc rassurant. Cela n'a malheureusement pas pu être le cas dans notre étude car, en raison d'une réorganisation institutionnelle, aucun des signataires n'avait pris en charge ou supervisé l'hospitalisation de ces jeunes suicidants. La situation était différente lors des précédentes études puisque le Pr Vidailhet travaillait déjà dans le service dix ans auparavant et représentait donc un repère pour ces anciens patients.

En ce qui concerne le protocole actuel d'étude il nous paraît indispensable de continuer à alléger la charge de travail dévolue au patient en fournissant les enveloppes pré-remplies et timbrées pour les retours de questionnaires et en formulant les questions de manière à les rendre le plus claires et neutres possibles. Il faudrait également simplifier les échelles

d'évaluation en les graduant à l'échelle centimétrique ce qui, de plus, les rendrait plus facilement interprétables.

Nous avons également pu constater que les réponses des anciens patients et de leurs parents étaient très proches et, qu'à l'avenir, la majorité de leurs réponses pourraient être utilisées même si celles de leurs enfants sont manquantes.

3. PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE

Dans le cadre du programme national de prévention du suicide chez les jeunes, mis en place par le secrétariat d'Etat à la Santé, l'ANAES a été sollicitée pour élaborer des Recommandations Professionnelles sur la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants. Depuis 1998, ces recommandations indiquent qu'**une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être systématiquement réalisée**. S'il n'y a aucun caractère obligatoire à l'hospitalisation d'un jeune suicidant, celle-ci reste néanmoins fortement recommandée, notamment si le risque de récurrence immédiat est majeur, si le patient en émet la demande ou si l'environnement socio-familial paraît peu étayant.

Le protocole de prise en charge des jeunes suicidants à l'Hôpital d'enfants de Nancy suit ces recommandations. En effet, en accord avec les équipes de pédiatrie et du SUP de l'Hôpital d'enfants, tout enfant ou adolescent ayant commis un acte suicidaire va rencontrer, à l'issue de l'examen et des soins somatiques urgents, un pédopsychiatre. Cet entretien réalisé quand les défenses psychiques sont encore effondrées va s'avérer propice à l'élaboration et à l'expression de leurs préoccupations.

Ces jeunes semblent souvent attendre un espace pouvant les mettre temporairement à l'abri de leur environnement et il leur est alors proposé de s'engager dans « l'aventure » de l'hospitalisation (99). Cette hospitalisation permet de reconnaître l'acte suicidaire et de signifier au jeune que nous avons perçu sa souffrance. De plus, elle offre du temps pour analyser la place et la fonction du geste suicidaire, pour observer le jeune et son mode de fonctionnement, pour rencontrer les parents et l'entourage et pour mettre en place les modalités de prise en charge ultérieures (5).

Parfois les parents s'opposent à cette hospitalisation, notamment si l'état somatique de leur enfant est favorable. Si malgré les arguments de l'équipe de pédopsychiatrie ils persistent dans leur refus et que la situation du jeune n'est pas jugée préoccupante, une consultation est fixée pour le lendemain ou le surlendemain, avec le soignant rencontré, afin de réaliser une nouvelle évaluation clinique et d'engager un suivi. En effet, un entretien unique au réveil n'est pas suffisant en raison d'un effet cathartique du passage à l'acte et d'un sentiment de culpabilité important qui peuvent conduire à la banalisation de la TS. Lorsque le refus de faire

hospitaliser l'enfant sous-tend un risque majeur pour le jeune patient, le procureur est informé de la situation et peut mettre en œuvre une Ordonnance de Placement Provisoire pour l'enfant, qui est alors hospitalisé contre l'avis de ses parents.

Le climat dans lequel s'effectue l'accueil hospitalier des suicidants conditionne pour une part l'adhésion des familles. Plus elles ont l'impression que leur enfant dérange, plus elles seront tentées de banaliser elles-mêmes le geste suicidaire ou de déplacer les problèmes posés sur les questions administratives et juridiques. Dès la première rencontre avec le personnel soignant il est donc nécessaire d'exposer aux proches les différentes séquences thérapeutiques. Selon De Clercq, « l'objectif essentiel du premier entretien est de ne pas être le dernier » et cette tâche va être dévolue aux somaticiens. En effet, ils sont les premiers intervenants, ceux qui réintroduisent la parole comme moyen de communication privilégié. En préparant l'intervention des professionnels de santé mentale et en la dédramatisant ils vont aussi permettre d'éviter leur rejet et conforter l'institution dans sa position de lieu de gestion et d'évaluation de l'acte de rupture qu'est la TS. La séparation momentanée est alors tolérable et les spécialistes pourront évaluer les patients dans de meilleures conditions (70,101,102).

Selon les disponibilités des lits, le jeune patient est pris en charge en service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie. Une hospitalisation en pédiatrie est souvent ressentie comme moins stigmatisante et est plus facilement acceptée par le jeune et sa famille. En cela, elle pourrait être une bonne solution dans certains cas (comme les primosucidants) mais seulement si l'adolescent est accueilli dans une unité adaptée, par une équipe formée pour le recevoir et suffisamment contenante. Ainsi, lorsque le pédopsychiatre juge que le suicidant présente un risque de récurrence ou de fugue majeur, l'adolescent est pris en charge de manière systématique en pédopsychiatrie où la surveillance peut être plus rapprochée, en raison de locaux adaptés (fermeture du service possible) et d'un personnel formé à ce type de situation. Malgré les critiques avancées lorsque nous proposons une hospitalisation en service de pédopsychiatrie, concernant la stigmatisation et la séparation d'avec le milieu familial, cette prise en charge s'avère offrir un cadre plus étayant et plus ferme, nécessaire à une recentralisation du jeune sur lui-même et à une mise à distance de l'environnement anxigène. Un compromis est actuellement mis en place à l'Hôpital d'enfants puisque les jeunes suicidants peuvent être « hébergés » en pédiatrie pour la nuit et pris en charge en service de pédopsychiatrie la journée.

Les modalités de l'hospitalisation sont expliquées au jeune patient et à ses parents lors d'un entretien familial. En général, les visites sont limitées les premiers jours afin de permettre au patient de se centrer sur lui-même et de s'adapter au fonctionnement du service. Cette

séparation permet aussi de réduire les tensions partagées par l'adolescent et son entourage. Rappelons que, *a posteriori*, cette séparation n'est nullement critiquée par nos anciens patients et leurs parents.

La durée de l'hospitalisation n'est pas fixée à l'avance et dépend de la psychopathologie du patient, du risque suicidaire et de la qualité de son environnement familial et social. La sortie est décidée dès que la situation clinique le permet, par le médecin chef de clinique en accord avec l'interne référent, l'équipe soignante, le patient et sa famille.

Durant son séjour, il est proposé au jeune une approche plurifocale à la fois individuelle, familiale et psychosociale, tout comme le recommandent l'ANAES et la plupart des études (4,49). En effet, il paraît nécessaire d'intégrer dans la prise en charge l'ensemble des acteurs qui ont une incidence sur le parcours de l'adolescent suicidant. Afin d'optimiser et de rendre cohérentes ces approches il est indispensable que l'institution soit contenante, pare-excitante et permette ainsi de régulariser et d'apaiser les tensions face à la désorganisation du passage à l'acte suicidaire.

La brutale et importante baisse de la tension et de l'anxiété du sujet à l'issue de la TS peut s'avérer un obstacle au travail individuel, l'adolescent repenti n'éprouvant plus le besoin de crier sa rage. Il sera donc continuellement nécessaire de travailler l'alliance thérapeutique.

Les objectifs des soins sont multiples et doivent notamment l'amener à déconstruire la chaîne des événements qui l'ont conduit à appréhender l'acte suicidaire comme l'ultime solution à son mal-être existentiel et/ou à ses difficultés relationnelles. Si de tels événements se révèlent insurmontables c'est qu'ils réactivent des souffrances plus secrètes dont il n'a pas clairement conscience. La raison apparente de l'acte suicidaire témoigne souvent d'un sentiment jugé indépassable d'abandon, de perte ou d'effondrement identitaire.

Les soins vont aussi miser sur les facultés des adolescents à entreprendre un travail d'élaboration psychique pour favoriser la mobilisation de leurs ressources, renforcer leur capacité de résolution de problèmes et améliorer leur communication. Cela leur permettra de s'adapter et de faire face plus aisément aux prochains événements de vie difficiles tout en diminuant leur propension au passage par l'acte (21,22,104).

Il va falloir créer ou recréer un lien autour du sujet, lien familial mais aussi affectif avec d'autres patients. Il est donc nécessaire d'amorcer un travail sur la relation, d'aider l'adolescent à mieux se situer dans la construction de son identité, dans sa relation à lui-même et dans sa relation à l'autre. C'est en cela que la polychromie des pathologies rencontrées dans le service est intéressante puisqu'elle peut permettre à l'adolescent de prendre conscience

qu'il n'est pas isolé dans sa souffrance et qu'il peut jouer le rôle de ressource pour ses pairs (et inversement). De plus, la vie en collectivité va aussi entraîner des conflits avec les autres adolescents et le personnel permettant un travail sur son vécu émotionnel (46,49,79,99).

Les entretiens médicaux et le bilan psychologique doivent aussi rechercher une éventuelle comorbidité psychiatrique et, ainsi, favoriser sa prise en charge psychothérapeutique voire médicamenteuse. En l'absence de psychopathologie associée, plusieurs écoles s'affrontent concernant l'indication d'un éventuel traitement médicamenteux en prévention de la survenue des conduites suicidaires. Les sujets qui présentent un dysfonctionnement sérotoninergique ayant un risque suicidaire élevé, une hypothèse serait d'envisager un effet protecteur de certains antidépresseurs, notamment les ISRS, par l'atténuation de l'agressivité impulsive (19,72). Mais, aux études se contredisant quant à leur efficacité préventive ont succédé celles se contredisant sur le surd'angerosité et le sur'impact dans la précipitation de s'conduites suicidaires (63,94,97). Actuellement, l'indication préventive des antidépresseurs n'est nullement retenue chez l'enfant et l'adolescent et seule une pathologie dépressive ou anxieuse résistante à une psychothérapie simple peut justifier d'un tel traitement, sous couverture d'une surveillance clinique renforcée (2).

En ce qui concerne l'action thérapeutique familiale, il ne s'agit pas seulement d'accompagner les familles dans la douleur mais de tenter de les placer en position de partenaires de soins, de leur faire comprendre que nous allons coopérer pour induire un changement. La première étape est de reconnaître leur détresse qui allie culpabilité et errance psychique : ils n'ont pas vu, pas anticipé, pas fait. Il s'agit ensuite de mettre en évidence les compétences familiales en explorant le fonctionnement familial et l'ambiance relationnelle, les transactions qui ont conduit à la TS et de les amener à sortir de la désignation, des logiques attractives du "comme avant" et des impasses relationnelles (49,107). La survenue d'une TS représente une rupture transitoire dans l'équilibre familial qui se retrouve confronté à une éventuelle contrainte de changement. Cette rupture impose soit des réaménagements soit une rigidification de ses mécanismes interactifs familiaux habituels. Deux facteurs semblent importants pour évaluer la capacité de remaniement de la dynamique familiale : la capacité à reconnaître la gravité de l'acte contre sa banalisation ; la capacité à reconnaître la souffrance de l'adolescent voire des divers membres de la famille contre le déni de ces affects. Cette double reconnaissance concerne aussi bien l'adolescent que les parents et le consultant (66).

Cette prise en charge familiale est complétée par un contact avec l'assistante sociale du service de pédiopsychiatrie qui évalue la situation socioéconomique de la famille. Elle

reprendra systématiquement contact avec la famille par téléphone un an après. La famille en est avertie lors de ce premier entretien.

Si ce travail individuel et familial est débuté lors de l'hospitalisation, il est primordial de convaincre les différents protagonistes de le poursuivre à son issue, d'autant plus que notre étude y objective un effet protecteur envers le risque de récurrences (49). Afin d'optimiser la compliance au suivi ambulatoire il paraît nécessaire de le programmer avant que la sortie du service hospitalier ne soit effective, quelle que soit la modalité d'hospitalisation, tout comme les recommandations de l'ANAES le spécifient (4). Cela nécessite d'autant plus de rigueur que l'adolescent n'est pas toujours hospitalisé dans le service de pédopsychiatrie. A l'Hôpital d'enfants, un suivi psychologique ou psychiatrique est donc systématiquement proposé et un rendez-vous pris avant le départ de l'adolescent. Lorsque le rendez-vous pour le relais est éloigné de la date de sortie d'hospitalisation, le suivi se fait dans un premier temps dans le service. Cela favorise ainsi la continuité des soins et tente de prévenir au maximum une récurrence qui est tout particulièrement à redouter dans les trois premiers mois après la tentative de suicide (18,34).

La qualité des soins et du suivi va dépendre de la qualité des relations entre les équipes de psychiatrie mais aussi avec le réseau scolaire, éducatif et le médecin traitant. A l'Hôpital d'enfants le lien médical est réalisé par courrier dans les huit jours de la sortie. Mais, il s'avère que le suivi est mieux accepté lorsqu'une concertation est réalisée avant la sortie entre l'équipe d'hospitalisation, l'équipe qui prendra le relais, le patient et sa famille. En effet, cela leur permet de se sentir pris en compte, d'exprimer leurs attentes et de pouvoir percevoir plus concrètement le réseau tissé au tour d'eux sans avoir l'impression de vivre une nouvelle rupture. Cela se montre indispensable car, si les soins pédopsychiatriques sont le plus souvent facilement acceptés par le jeune et sa famille au décours immédiat du geste suicidaire, la mise en place d'un suivi post-hospitalier durable l'est beaucoup moins. Selon Choquet, les ruptures thérapeutiques sont fréquentes à la sortie de l'hôpital, de 30 à 70%. Marcelli évoque le syndrome de « pseudo-guérison » dans les jours suivants la TS. La famille se mobilise, est attentive, les parents semblent prêts à accéder ce qu'ils refusaient avant, les systèmes d'interactions les plus pathologiques sont souvent suspendus : moins de mécanismes projectifs, moins de processus de désignation. Mais cette suspension est temporaire et leur résurgence est fréquente dans les semaines ou les mois qui suivent, souvent quand la prise en charge commence à s'essouffler (65).

Il est aussi primordial d'assurer au patient et à leurs parents que nous ne refermons pas les portes après l'hospitalisation et que les soignants restent disponibles pour que le jeune revienne avec une demande.

En ce qui concerne la question d'une reprise de contact à distance de l'hospitalisation par le service soignant, les études (qui concernent des suicidants adultes) s'accordent sur son effet protecteur. L'exemple de la Suède et de la Norvège est le plus marquant. Alors que dans les années 1970 ces nations avaient une des incidences du suicide les plus fortes, avec près de 35 pour 100.000 habitants, un profond changement de leur politique de prévention, impliquant notamment un recontact systématique des suicidants dans les six mois après leur geste, a permis une décroissance majeure de l'incidence des TS qui est proche de 15 pour 100.000 aujourd'hui. Deux études, américaine et française, objectivent aussi une diminution significative de la mortalité par suicide en lien avec une reprise de contact fréquente sur cinq ans pour la première et à trois mois pour la seconde (106,108). Ce principe semble donc efficace en terme de prévention de récurrences à court et moyen terme mais il rencontre plusieurs difficultés.

La première est de savoir ne pas devenir envahissant, de ne pas donner à l'adolescent (qui la plupart du temps ne récidivera pas) l'impression de ne pas pouvoir se détacher de l'étiquette de « suicidant » et par ce biais de « psychiatrique ». Comment alors gérer la fréquence des reprises de contact ? Il pourrait être intéressant de les réaliser à trois mois, six mois puis un an puisqu'il semble que cela soient les périodes les plus à risques de récurrences précoces. Pendant combien de temps ? Cette question nous renvoie à notre désir de pouvoir retrouver, lors de futures études, le maximum de patients et risque d'être confondu avec la recherche de bénéfices pour les patients. Peut-être que cette durée devrait être adaptée à chaque situation avec une durée d'un an minimum renouvelable selon la situation du patient au moment du contact à un an. Doit-on les recontacter s'il s'avère qu'ils bénéficient toujours d'un suivi ambulatoire et risquer de faire redondance voire de les amener à régresser dans l'avancée de leur psychothérapie ? Ce dernier biais pourrait éventuellement être évité par l'information des patients et de leur famille au moment de l'hospitalisation concernant la périodicité des reprises de contact et la complémentarité des deux approches.

La seconde difficulté concerne la méthode. Faut-il prévoir lors de l'entretien de sortie un rendez-vous à distance ? Le risque est alors fort que le jeune oublie ou manque de volonté car dans ce cas il devrait être actif. Faut-il se contenter d'un courrier, relativement impersonnel, donnant une latence à la réponse mais ayant l'avantage de pouvoir être lu quand le jeune est

psychiquement disponible, ou d'un coup de téléphone permettant un échange direct, une réponse immédiate mais survenant rarement au bon moment de la journée, de la semaine, de la vie de cet adolescent ? Une des solutions pourrait être, tout comme pour cette étude, d'adresser en premier lieu une lettre avec un questionnaire en essayant de personnaliser le courrier, de lui rappeler qu'il peut nous contacter par téléphone s'il le désire et de minimiser les efforts à fournir par le jeune (enveloppe préremplie et timbre fournis) puis de le contacter par téléphone s'il ne répond pas.

La troisième difficulté concerne la personne qui recontacterait le patient. Les personnes dépositaires de la problématique suicidaire au réveil du geste semblent être les plus à même de rester « inquiets » et donc de rester en lien avec le patient (14). L'accueil du CHU est la régularité des changements d'interne et de chefs de cliniques, premiers intervenants à rencontrer ces jeunes. Il paraît donc important qu'outre le référent médical, il existe d'autres référents. L'assistante sociale ? La charge de travail incombée s'avèrerait alors vite insurmontable. Des infirmiers ? Cela rend délicat la situation où les patients sont hospitalisés dans un autre service. Néanmoins, ils ont l'avantage de travailler souvent plusieurs années dans le même service et d'avoir une relation privilégiée avec les patients de par leur proximité. De plus, ils ont l'expérience pour repérer une éventuelle crise et pour ajuster les recours de soins le cas échéant comme l'organisation d'un entretien dans les 24 heures avec eux-mêmes, le psychiatre référent ou celui d'astreinte en cas de changement.

Mettre en place un tel protocole de suivi pourrait engendrer une moindre incidence de récurrences. Cependant, il nécessiterait de la rigueur et une information claire et systématique aux patients, à leurs parents mais aussi aux soignants impliqués, quant aux objectifs de prévention. De plus il devrait être réévalué par une nouvelle étude prospective afin d'en confirmer ou non l'efficacité après quelques années d'expérience.

CONCLUSION

Dans cette étude, nous avons analysé les caractéristiques de 249 adolescents suicidants pris en charge à l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy en 1994, 1996, 1998 et 2000 puis nous avons étudié le devenir psychosocial à dix ans des 114 patients répondeurs.

L'évolution psychosociale à long terme de nos suicidants s'avère le plus souvent positive puisque les deux tiers de nos répondeurs ont une activité professionnelle, se disent satisfaits de leur vie personnelle et sont en bonne santé. Au fil des années nous pouvons objectiver une augmentation du nombre de sujets ayant une activité professionnelle, associée à une élévation du niveau d'étude et à une diminution du retard scolaire. De plus, les répondeurs sont de moins en moins nombreux à consommer des traitements psychotropes, du tabac et de la drogue et, surtout, le taux de récurrences à dix ans diminue nettement. Ainsi, 80% d'entre eux n'ont pas récidivé dans les dix ans suivant leur TS index. Cependant, ils sont 10% à présenter une pathologie psychiatrique chronique et nous notons une majoration de symptômes éthylés depuis 2004.

Dans notre étude, la plupart des facteurs prédictifs d'un devenir psychosocial défavorable concernent l'environnement familial, plus particulièrement les antécédents familiaux d'éthylisme ou de conduites suicidaires et la séparation du couple parental. En ce qui concerne les facteurs personnels, ce sont les difficultés scolaires puis les récurrences précoces qui présagent d'une évolution péjorative et, par ce biais, de nouvelles récurrences suicidaires.

Toute prise en charge d'adolescent suicidant ne peut donc pas être complète et optimale sans une approche à la fois individuelle, ciblée sur ses traits de vulnérabilité et ses difficultés scolaires, familiale et sociale. De plus, il apparaît indispensable de ne pas se contenter d'une prise en charge de crise et de programmer un suivi psychologique, voire social, personnalisé. Un tel suivi semble, en effet, éviter l'enlèvement du sujet dans une problématique dépressive à long terme. Pour en optimiser la compliance, des efforts doivent être poursuivis concernant la communication entre les divers intervenants afin que le réseau tissé autour de l'adolescent soit assez solide et sécurisant pour lui éviter tout devenir défavorable à court, moyen puis long terme.

N'oublions pas que cet échange interdisciplinaire est aussi nécessaire à la prévention primaire. En effet, les acteurs de première ligne tels que les médecins traitants, les infirmiers et les

médecins scolaires, doivent pouvoir se sentir en confiance pour nous solliciter en cas de détection d'une crise suicidaire. Il est aussi de notre devoir de les informer de l'intérêt d'un tel dépistage, des principaux signes à rechercher (difficultés scolaires, absentéisme, changements d'humeur, attachement insécure avec mauvaise estime de soi, symptomatologie dépressive, troubles du comportement, fugues...) permettant l'évaluation du potentiel suicidaire. De telles avancées ont déjà montré leur efficacité par la diminution des taux de suicide (6,28,29,93,102,110).

Enfin, en regard de l'importance des récurrences précoces (39%) et de leur implication dans un devenir défavorable à long terme, il nous paraît important de réfléchir aux reprises de contact ultérieures par l'équipe hospitalière afin de protocoliser cette démarche pour que, comme le dit Caglar, à défaut d'éradiquer le suicide nous permettions aux jeunes suicidants d'envisager un autre chemin que celui de la répétition (14).

BIBLIOGRAPHIE

1. ADAM K., SHELDON KELLER A., WEST M.
Attachment Organisation and Vulnerability to Loss, Separation, and Abuse in Disturbed Adolescents
Attachment Theory, Social Developmental and Clinical Perspective Analytic, Hillsdale NJ, 1995
2. AFSSAPS
Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent : nouvelles recommandations
Communiqué de presse du 5 février 2008
3. ALVIN P., MARCELLI D.
Les tentatives de suicide
Médecine de l'adolescence, 2005, pp 163-175
4. ANAES
La crise suicidaire
Conférence de consensus, octobre 2000
5. ANAES
Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide
Texte des recommandations, novembre 1998
6. ATGER F., PIONNIE N.
Attachement et adolescence
Perspectives psy, Vol 42, n°2, pp 122-128
7. AUBREGE B.
Éléments de compréhension d'une action empêchée. Idéalisation de la personne suicidée : une impasse
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2004, Vol 8, n°76, pp 25-26
8. BERAUD J., GENESTE J.
Tentatives de suicide à répétition : histoire d'une dépendance (qui n'en finit pas)
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, janvier 2004, Vol 8, n°72, pp 51-54
9. BLANQUET B.
Les attaques du corps à l'adolescence
Dialogue, 1^{er} trimestre 2010
10. BOE E., BOTBOL M., MAZET P.
Qu'est-ce que l'adolescence nous apprend sur les abus sexuels vécus dans l'enfance ?
Psychiatrie de l'enfant, 2005, Vol 48, n°1, pp 5-30
11. BOTBOL M., CUPA D., BARRIGUETE A., MENETRIER C., BRANCO M., TABATABAI H.
Destins de l'attachement à l'adolescence
L'attachement : perspectives actuelles, 2000, pp 69-82
12. BRENT D.
Antidepressants and Suicidal behaviour : cause or cure ?
Am J Psychiatry, 2007, Vol 164, pp 989-991
13. BRODSKY B., OQUENDO M., ELLIS S., HAAS G., MALONE K., MANN J.
The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behaviour in adults with major depression
Am J Psychiatry, 2001, n°158, pp 1871-1877

14. CAGLAR H.
Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : Approches thérapeutiques
Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2004, Vol 2
15. CALATI R., SERRETTIE A., GIEGLING I., HARTMANN A-M., MOLLER H-J., COLOMBO C., RUJESCU D.
Serotonin receptor 1a, 2a, 2c and CONT SNPs and personality traits in suicide attempters and controls
European Psychiatry, avril 2008, Vol 23, n°S2, pp 171-172
16. CHARAZAC-BRUNEL M.
Prévenir le suicide, clinique et prise en charge
Paris : Dunod, 2002
17. CHAVAGNAT J-J.
Le groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) : de la réflexion à l'action
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2007, Vol 11, n°103, pp 29-30
18. CHOQUET M., GRANBOULAN V.
Les jeunes suicidants à l'Hôpital
Paris : EDK, 2004
19. CHOQUET M.
Antidépresseurs : dangereux pour les ados ?
Cerveau et psychologie, 2005, Vol 9
20. CIBIS A., BRAMESFELD A., MERGL R., ALTHAUS D., NIKLEWSKI G., SCHMIDTKE A., HEGERL U.
Gender differences in the lethality of suicide methods and their relation to suicide rates
European Psychiatry, 2009, volume 24, n°S1, p 787
21. COURTET P., PEROTTI COSTE V., CASTELNAU D., COLLECTIF.
Approches pharmacologiques des conduites suicidaires
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2001, Vol 5, n° 51, pp 8-13
22. COURTET P., JAKALA L., JOLLANT F., FRANC N., MALAFOSSE A.
Comment modéliser le processus suicidaire ?
Suicides et tentatives de suicide, Ed Flammarion, 2010, pp76-89
23. COURTET P.
Conduite suicidaire : des gènes à la prise de décision
Collège de France, juin 2007
24. COURTET P., GUILLAUME S., JAUSSENT I., JOLLANT F., MALAFOSSE A.
Are the genes of stress involved in the vulnerability to suicide attempts and in related-endophenotypes ?
European Psychiatry, 2009, Vol 24, n°S1, p 1267
25. COURTET P.
Interplay of environment, genes and cognitions in the vulnerability to suicide attempts
European Psychiatry, avril 2008, Vol 23, n°S2, p 32
26. COURTET P., GUILLAUME S., JOLLANT F., CASTELNAU D., MALAFOSSE A.
Neurobiologie des conduites suicidaires : voies de recherche actuelles
EMC Psychiatrie, 2008, 37-500-C-10
27. COURTET P., OLIE E., ANCELIN M-L., CHAUDIEU I., MALAFOSSE A., KAREGE F., JOLLANT F., GUILLAUME S., IONITA A.
Que nous apprennent les neurosciences sur la vulnérabilité suicidaire ?
Suicides et tentatives de suicide, Ed Flammarion, 2010, pp 5-14

28. COURTET P.
Suicide des jeunes et événement de vie
INSERM E 0361, CHU Montpellier
29. DEBOUT M.
Pour un observatoire national des conduites suicidaires
La Revue du praticien, septembre 2010, n°845
30. DE KERNIER N.
Le geste suicidaire à l'adolescence: étude clinique psychanalytique
Perspectives Psy, octobre-novembre 2010 ; Vol 29, n° 4, pp 290-296
31. DELAMARE C., MARTIN C., BLANCHON Y-C.
Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence, avril 2007, Vol 55, n 1, pp 41-51
32. DOUILLARDE J-L.
Les passages à l'acte suicidaires des jeunes issus de l'immigration maghrébine
Le journal des psychologues, 2003, n°212
33. DUCROS A.
Suicides et tentatives de suicide en milieu scolaire : quelles interventions ?
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2004, Vol 8, n°77, pp 27-29
34. DUVERGER P., CHOCARD A-S., MALKA J., NINUS A.
Tentatives de suicide
Psychopathologie en service de pédiatrie, 2010, pp 446-456
35. EBTINGER R., SICHEL JP.
L'hypochondrie et le suicide chez l'adolescent
Confrontations psychiatriques, 2003, n°43, pp 301-310
36. ETAIN B., MATHIEU F., LEBOYER M.
Introduction à l'épidémiologie génétique des maladies psychiatriques
EMC Psychiatrie, 37-020-A-10
37. FACY F.
Épidémiologie des conduites suicidaires
Suicides et tentatives de suicide, Ed Flammarion, 2010, pp 5-14
38. FIDELLE G., COLAS MD., SEYEUX BERTIN AL., COLLECTIF.
« Je cherche à comprendre ». Le psychothérapeute face au suicide d'un patient
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2004, Vol 8, n°76, pp 37-40
39. FREUD S.
L'Inconscient
Métopsychoanalyse, 1968, pp. 65-123
40. FREUD S.
Psychogenèse d'un cas d'homosexualité féminine
Œuvres complètes, 2002, Vol XV, pp 233-262
41. FREUD S.
L'intérêt de la psychanalyse
Résultats, idées, problèmes, 1984, pp. 187-213
42. GHEORGHIEV C.
TS à l'adolescence : entre geste de survie et pulsion de mort
Adolescence, été 2010, Vol 28, n°2, pp 315-319

43. GEHIN A., VIDAILHET C., KABUTH B.
Devenir, 10 ans après, de 65 adolescents suicidants, hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy
Thèse, juin 2005
44. GIMENEZ M-A., GUT A-S., SAINT-ANDRE S.
Conduites suicidaires chez l'enfant
La Revue du praticien, février 2011, Vol 61
45. GONDA X., LAZARY J., RIHMER Z., BAGDY G.
Association of 5HTTLPR with factors related to risk of suicide
European Psychiatry, avril 2008, Vol 23, n°S2, pp 175-176
46. GRANNEC P., WALTER M.
Idées de suicide, facteur de résilience ?
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mars 2004, Vol 8, n°74, pp 39-41
47. HAIM A.
Les suicides d'adolescents
Paris : Payot, 1969
48. HAMMAD T., LAUGHREN T., RACOOSIN J.
Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs
Arch Gen Psychiatry, 2006, Vol 63, pp 332-339
49. HAR A., ROCHE-RABREAU D.
Vers une approche intégrative et multi-systémique de l'adolescent suicidant et de sa famille
Thérapie Familiale, 2010, Vol 31, n°2, pp 133-149
50. HERVE-MINVIELLE A., BELLIVIER F.
Génétique des maladies psychiatriques
Semaine du cerveau, mars 2002
51. INSERM
Prévention du suicide : intérêt de l'autopsie psychologique
Santé mentale, 2005, n°98
52. JEAMMET P., BIROT E.
Étude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte
Paris : PUF, 1994
53. JEAMMET P.
Le suicide des jeunes : quelles réponses ?
Santé mentale, 2004, n° 91, pp 24-30
54. JOKINEN J, NORDSTROM P.
Attempted suicide and HPA axis dysregulation as suicide predictors in elderly mood disorder inpatients
European Psychiatry, 2009, Vol 24, n°S1, p 275
55. JOLLANT F.
Bases neurales de la vulnérabilité aux conduites suicidaires
Collège de France, juin 2007
56. JOUGLA E., PEQUIGNOT F., LE TOULLEC A., BOVET M., MELLAH M
Épidémiologie et histoire de la prévention du suicide
Actualité et Dossier en Santé Publique, 2003, n°45, pp 31-62
57. KABUTH B, VIDAILHET C.
Quelques réflexions à propos de psychothérapies d'adolescents suicidants
Psychologie Médicale, 1994, n°26, pp 1156-58

58. KAHN J-P.
Les médias peuvent-ils contribuer utilement à la prévention du suicide ?
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2004, n°78
59. LADAME F.
Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : Approche clinique
Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 2004, Vol 2, pp 1517-1527
60. LADAME F.
Les tentatives de suicide des adolescents
Paris : Masson, 1981
61. LADAME F.
Narcissisme, dépression et suicide à l'adolescence
Perspectives psy, 2009, Vol 48, n° 1, pp 61-65
62. LAUFER M., LAUFER E.
Adolescence et rupture de développement. Une perspective psychanalytique
Paris : PUF, 1984
63. LIBBI A-M., ORTON H-D., VALUCK R-J.
Persisting decline in depression treatment after FDA warnings
Arch Gen Psychiatry, 2006, Vol 66, pp 633-639
64. LIGIER F., VIDAILHET C., KABUTH B.
Devenir psychosocial, dix ans après, de 29 adolescents suicidants
L'Encéphale, octobre 2009, Vol 35, n°5, pp 470-476
65. MARCELLI D., HUMEAU M.
Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent
EMC Psychiatrie, 37-216-H-10
66. MARCELLI D.
Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours
Carnet psy, 2003, n°85, pp 21-24
67. MISHARA B-L., HOULE J.
Le rôle des proches dans la prévention du suicide
Perspectives Psy, 2008, n° 4, pp 343-349
68. MORHAIN E., MORHAIN Y.
« Violon ». La tentative de suicide d'une adolescente: travail de deuil et sublimation
Adolescence, été 2010, Vol 28, n°2, pp 331-345
69. NGUIMFACK MBODIE P-C.
Les tentatives de suicide à l'adolescence sont-elles toujours en rapport avec un état dépressif ?
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, septembre 2003, Vol 7, n°68, pp 35-40
70. OBADIA J., COSTISELLA O., BOUQUILLON J., COLLECTIF.
Après un suicide dans une famille : pour une approche systémique
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2004, Vol 8, n°76, pp 49-50
71. OBADIA J., BERNASCONI S., HENNIAUX M., COLLECTIF.
Pour un changement familial après la tentative de suicide : de l'alliance thérapeutique vers une nouvelle appartenance
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2003, Vol 7, n°66, pp 35-37

72. OLLIAC B., DUMONT C., PHAN THAN QUAN M.
Antidépresseurs chez l'adolescent: consommation excessive ou mauvaise gestion ?
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, juin 2010, Vol 14, n°113, pp 34-36
73. OUEDRAOGO A., SIRANYAN S., KARFO K., OUANGO JG.
Tentatives de suicide à répétition et dépression chez l'adulte jeune : étude d'un cas clinique à Ouagadougou au Burkina Faso
Perspectives Psy, 2007, n°2, pp 173-180
74. PACAUD-TRONCIN M., COLLECTIF
Influence du profil d'attachement sur les idéations suicidaires chez les sujets déprimés
42^{ème} journées du GEPS, Versailles 2010
75. PEDINIELLI J-L., ROUAN G., BERTAGNE P.
L'effet résilience : « suicide manqué » et « acte réussi »
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2004, Vol 8, n°74, pp 31-34
76. PERISSE D., COHEN D.
Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque
Carnet Psy, 2003, n° 85, pp 29-31
77. PHILIPPE A.
Epidémiologie du suicide
La Revue du praticien, février 2011, Vol 61
78. PHILIPPE P., GAUTHIER J-M., THOMAS A., JAQUART J., ORBAN G., SANDER R., HENIN E., ZDANOWICZ N., PIERREHUMBERT B., BERTRAND J.
Adolescents suicidants et attachement
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2006, Vol 10, n°96, pp 43-47
79. POMMEREAU X.
Accompagner les familles de jeunes suicidants
Perspectives Psy, 2008, n°4, pp 335-342
80. POMMEREAU X.
L'adolescent suicidaire
Paris : Dunod, 1996
81. POMMEREAU X.
Secrets et confidences autour du suicide à l'adolescence
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, 2003, Vol 7, n°65, pp 11-14
82. POMMEREAU X.
Suicide en institution : deuil et travail de deuil
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2004, Vol 4, n°76, pp 55-57
83. RABORD M.
Les programmes de prévention
Actualité et Dossier en Santé Publique, 2003, n°45
84. ROUSSILLON R.
Précarité et vulnérabilité identitaires à l'adolescence
Adolescence, 2010, Vol 28, n°2, pp 241-252.
85. ROY A., HU X-Z., JANAL M-N., GOLDMAN D.
Interaction between childhood trauma and serotonin transporter gene variation in suicide
Neuropsychopharmacology, 2007, n°32, pp 2046-2052

86. RUJESCU D.
Genetic association studies of aggression-related genes
European Psychiatry, mars 2007, Vol 22, n°S1, p 49
87. RUJESCU D., HARTMANN A., SCHNEIDER B., THALMEIER A., SCHNABEL A., MAURER K.,
MOELLER H., GIEGLING I.
Genetics of intermediate phenotypes in suicidal behaviour - focus on aggression
European Psychiatry, 2009, Vol 24, n°S1, p 221
88. SAIZ P.
Role of serotonergic pathways on suicidal behaviour: Relationship with the impulsivity of the suicide
attempt
European Psychiatry, avril 2008, Vol 23, n°S2, pp 31-32
89. SARCHIAPONE M., JAUSSENT I., ROY A., CARLI V., GUILLAUME S., JOLLANT F.,
MALAFOOSE A., COURTET P.
Childhood trauma as a correlative factor of suicidal behaviour via aggression traits.
European Psychiatry, janvier 2009, Vol 24, n°1, pp 57-62
90. SARCHIAPONE M.
Role of BDNF gene in suicidal behaviours
European Psychiatry, avril 2008, Vol 23, n°S2, page 31
91. SARCHIAPONE M., MARUSIC A., CARLI V., CUOMO C.
Risk factors and vulnerability to suicidal behaviour
European Psychiatry, mars 2007, Vol 22, n° S1, pp 48-49
92. SECRET BOBOLAKIS I., ALLILAIRE J-F.
La dimension narcissique dans le suicide
Annales médico-psychologiques, 2007, Vol 165, n°6, pp 428-430
93. SIBERTIN BLANC D.
L'intentionnalité suicidaire avant l'adolescence
Psychologie Médicale, 1994, Vol 26, pp 1141-1146
94. SIMON G-E., SAVARINO J.
Suicide attempts among patients starting depression treatment with medications or psychotherapy
Am J Psychiatry, 2007, Vol 164, pp 1029-1034
95. SKANDRANI S., LE TOUMELIN P., TAIEB O., BAUBET T., WARGON M., MORO M-R.
Facteurs associés aux tentatives de suicide des adolescents d'origine maghrébine en France
Annales médico-psychologiques, juillet 2008, Vol 166, n° 6, pp 473-480
96. SOUTOUL E.
Le suicide à l'hôpital : quelques précautions utiles...
Gestions Hospitalières, 2004, n°438
97. STONE M., LAUGHREN T., JONES M-L.
Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults
BMJ, 2009, Vol 339
98. SUBLON R.
Le suicide, acte éthique ?
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2004, Vol 8, n°76, pp 59-62
99. TEDO P.
Engrenages
Adolescence, 2010, Vol 28, n°10, pp 143-157

100. TERRA J-L.
Prévenir le suicide : repérer et agir
Actualité et Dossier en Santé Publique, 2003, n°45, pp 20-23
101. TERRA J-L.
Où en est la prévention du suicide en France ?
Journal des psychologues, 2003, n° 212
102. TERRA J-L.
Prévenir le suicide en abordant la souffrance psychique
Pratiques en Santé Mentale, février 2004, Vol 1
103. THUILE J.
Les suicidants multirécidivistes : une population particulière ?
Suicides et tentatives de suicide, Ed Flammarion, 2010, pp 5-14
104. TORRES S., COURTET P., CASTELNEAU D., COLLECTIF
Antidépresseurs et suicides : apport des méta-analyses
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, décembre 1999, n° 33
105. TYRODE Y., BOURCET S.
De la dépression au suicide
Psychiatrie clinique de l'enfant et de l'adolescent, 1999
106. VAIVA G., DUCROCQ F., MEYER P., COLLECTIF
Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study
BMJ, 2006, Vol 332, pp 1241-1245
107. VAIVA G.
Les suicidants et leur entourage familial
Perspectives psy, 2008, n°4, pp 330-334
108. VAIVA G., JARDON V., VAILLANT A., DUCROCQ F.
Prévention tertiaire du suicide : que faire pour éviter la récurrence ?
La Revue du praticien, février 2011, Vol 61
109. VEDRINNE J., HANUS M., SEGUIN M., COLLECTIF
Impact du suicide sur l'entourage, les soignants et les institutions
Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale, mai 2004, n° 76
110. WALTER M.
La crise suicidaire : évaluation du potentiel suicidaire et modalités d'intervention
Actualité et Dossier en Santé Publique, 2003, n°45, pp 25-30
111. WALTER M.
Prévention du suicide : le souci de l'autre
La Revue du praticien, février 2011, Vol 61
112. WASSERMAN D., SOCKOLOWSKI M., WASSERMAN J.
Genetic findings in the HPA-axis in suicide attempters
European Psychiatry, avril 2008, Vol 23, n°S2, p 31
113. WASSERMAN D., SOCKOLOWSKI M., WASSERMAN J.
Genetics of the hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis: a systemic stress modulator in relation to suicidal behaviour
European Psychiatry, 2009, Vol 24, n S1, p 1266

114. WASSERMAN D., SOCKOLOWSKI M., WASSERMAN J., ROZANOV V.
Nature and nurture in suicidal behaviour; the role of genetics: Some novel findings
European Psychiatry, mars 2007, Vol 22, n° S1, p 48
115. WINNICOTT W.
Jeu et réalité
Paris : Gallimard, 1971
116. YON L., MISSON H., BELLIVIER F.
Que nous apprennent les autopsies psychologiques ?
Suicides et tentatives de suicide, Ed Flammarion, 2010, pp 5-14

ANNEXES

ANNEXE 1 : Courrier adressé aux anciennes patientes en 2010

Madame, Mademoiselle,

Devant une augmentation de l'incidence des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent, il nous semble primordial d'essayer de les prévenir, les prendre en charge de manière adaptée et éviter leur récurrence.

Pour cela, il nous est nécessaire de comprendre au mieux ce qui peut pousser un adolescent à commettre un tel acte et comment nous pouvons le soutenir ensuite.

Dans le cadre du travail de thèse de Mlle ANGOT Catherine, pour l'obtention du doctorat en médecine, nous avons décidé d'effectuer une étude sur le devenir à 10 ans des adolescents hospitalisés pour tentative de suicide, en 2000, à l'Hôpital d'Enfants du CHU de Nancy.

Vous avez été hospitalisée en 2000 à l'Hôpital d'Enfants de Brabois et votre aide nous serait très précieuse dans cette démarche de recherche.

Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous consacrer un peu de votre temps en répondant au questionnaire anonymisé ci-joint et en nous le retournant à l'aide de l'enveloppe timbrée.

Ce questionnaire nous permettra également d'avoir votre avis sur la qualité des soins que vous avez reçus.

Si vous le souhaitez vous pouvez ajouter des commentaires ou poser des questions par écrit, auxquelles nous nous efforcerons de répondre.

Nous pouvons, bien sûr, vous rencontrer pour aborder toutes ces questions ou si vous désirez des renseignements supplémentaires. Mlle ANGOT est joignable au 03.87.38.48.50. ou au 03.83.15.45.53. N'hésitez pas à laisser un message avec vos coordonnées.

Si certaines questions vous dérangent, n'en soyez pas offusquée et rassurez-vous, ce questionnaire ne vous est pas personnellement destiné ; il est le même pour tous les patients.

Nous nous permettrons de vous joindre par téléphone si, dans les 3 semaines suivant l'envoi de ce courrier, vous n'y avez pas répondu.

Nous tenons à vous préciser qu'un questionnaire analogue a été adressé à vos parents, afin de pouvoir comparer vos ressentis respectifs et, ainsi, recueillir le maximum d'éléments pour poursuivre, de la meilleure façon possible, nos soins aux adolescents en difficulté.

Comptant sur votre participation et votre aide, qui nous sera très précieuse, nous vous prions de croire, Mademoiselle, à nos sincères salutations.

Mme le Dr LIGIER
Pédopsychiatre

Mlle ANGOT
Interne de spécialité

Concernant votre prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 2000 :

- En avez-vous été satisfaite?

0-----5-----10 pas satisfaite du tout moyennement satisfaite très satisfaite

-Comment cette prise en charge aurait-elle pu être améliorée?

ANNEXE 3 : CES-D

Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens ; pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements suivants, durant la semaine écoulée ?

Pour répondre noter le chiffre correspondant à la fréquence :

- 0 : Jamais, très rarement (moins d'un jour)
- 1 : Occasionnellement (un à deux jours)
- 2 : Assez souvent (trois à quatre jours)
- 3 : Fréquemment, tout le temps (cinq à sept jours)

Durant la semaine écoulée : (mettez une réponse pour chaque ligne)

- J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas
- Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit
- Je n'ai pas pu sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis
- J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres
- J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais
- Je me suis sentie déprimée
- J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort
- J'ai été confiante en l'avenir
- J'ai pensé que ma vie était un échec
- Je me suis sentie craintive
- Mon sommeil n'a pas été bon
- J'ai été heureuse
- J'ai parlé moins que d'habitude
- Je me suis sentie seule
- Les autres ont été hostiles avec moi
- J'ai profité de la vie
- J'ai eu des crises de larmes
- Je me suis sentie triste
- J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas
- J'ai manqué d'entrain

VU

NANCY, le 15 juillet 2011

Le Président de Thèse

Professeur B. KABUTH

NANCY, le 15 juillet 2011

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3663

NANCY, le 19 juillet 2011

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE