Devenir psychosocial à 10 ans de 64 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'enfants de Nancy

Fabienne Rouyer-Ligier

▶ **To cite this version:**

Fabienne Rouyer-Ligier. Devenir psychosocial à 10 ans de 64 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'enfants de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2007. hal-01732294

HAL Id: hal-01732294
https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732294

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.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

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

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1 FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

2007 N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Fabienne ROUYER-LIGIER

le 16 mai 2007

Devenir psychosocial à 10 ans de 64 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy

Examinateurs de la thèse :

Madame Colette VIDAILHET	Professeur	Présidente
Monsieur Michel VIDAILHET	Professeur	Juges
Monsieur Daniel SIBERTIN-BLANC	Professeur	
Monsieur Bernard KABUTH	Docteur en Médecine	

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 Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1er Cycle :	**M. le Docteur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Marc BRAUN**
de la Vie Facultaire :	**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT
Philippe CANTON – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

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

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

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

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

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

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

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : ***(Neurologie)***

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes)***

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie)***

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)***

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie)***

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

2ème sous-section : ***(Cardiologie)***

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie)***

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : ***(Chirurgie digestive)***

3ème sous-section : ***(Néphrologie)***

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : ***(Urologie)***

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : ***(Médecine interne)***

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : ***(Chirurgie générale)***

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

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

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : *(Endocrinologie et maladies métaboliques)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

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

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

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

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

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

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

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : ***(Parasitologie et mycologie)***

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

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

Docteur François ALLA – Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

Docteur François SCHOONEMAN

3ème sous-section : ***(Immunologie)***

Docteur Anne KENNEL

4ème sous-section : ***(Génétique)***

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)***

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***

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

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***

Docteur Jean PAYSANT

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

5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)***

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

***60ème section* : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT
Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT - Professeur Philippe CANTON – Professeur Pierre MATHIEU
Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Daniel SCHMITT – Mme le Professeur Colette VIDAILHET
Professeur Jean FLOQUET – Professeur Claude CHARDOT – Professeur Michel PIERSON – Professeur Alain BERTRAND
Professeur Daniel BURNEL – Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Michel VIDAILHET –
Professeur Marie-Claire LAXENAIRE – Professeur Claude PERRIN – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ –
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE

==========

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)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki 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 (VIÊTNAM)

A notre Maître et Présidente de thèse,

Madame le Professeur Colette VIDAILHET,

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

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

Nous vous sommes très reconnaissante de nous avoir ouvert une fenêtre sur la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dès la P.C.E.M.1 lors d'un cours de sciences humaines et sociales.

Vous avez su nous faire partager votre passion pour ce métier, en tant qu'externe puis en tant qu'interne, et nous vous remercions pour votre bienveillance, votre sens aigu de la clinique et vos qualités d'enseignement. Vous restez pour nous un exemple de disponibilité et de générosité envers les patients, et également envers les équipes soignantes.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et du respectueux attachement que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET,

Professeur émérite de Pédiatrie,

Officier de l'Ordre des Palmes Académiques.

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

En nous acceptant à vos côtés en Pédiatrie en tant qu'interne, vous nous avez permis d'enrichir notre expérience. Vous avez su nous faire part de vos connaissances, et nous avons pu admirer votre culture médicale, votre ouverture d'esprit, votre sens de la rigueur, et le dévouement exemplaire que vous portez à vos patients. Nous avions déjà pu apprécier vos qualités pédagogiques lors des deux premiers cycles de nos études médicales.

Que ce modeste travail soit pour vous un signe de l'estime et du respectueux attachement que nous vous témoignons.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,

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

Nous vous remercions infiniment de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous vous sommes très reconnaissante de votre accueil en tant qu'interne dans votre service. Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire partager vos expériences cliniques, vos connaissances théoriques, et de nous avoir appris à « faire du lien ».
Nous vous remercions également pour la qualité des enseignements que vous nous avez dispensés durant les quatre années du D.E.S. de Psychiatrie.
Nous espérons pouvoir encore, à l'avenir, bénéficier avec vous de riches échanges autour de situations cliniques d'enfants, d'adolescents, mais aussi de mamans.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe de la grande estime et du profond respect que nous vous témoignons.

A notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Bernard KABUTH,

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

Docteur en Psychologie.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu nous faire l'honneur de nous confier ce sujet de thèse et d'avoir accepté de le diriger.

Nous vous sommes très reconnaissante de la confiance que vous nous avez témoignée tout au long de l'élaboration de ce travail.
Nous vous remercions pour votre bienveillance, votre disponibilité, la qualité de vos compétences et l'atmosphère stimulante de travail que vous savez insuffler.

Nous avons beaucoup apprécié de travailler à vos côtés et nous vous remercions de nous faire l'honneur de poursuivre notre carrière au sein de votre équipe.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe de la gratitude, de l'estime et de l'amitié confraternelle que nous vous témoignons.

Pour l'élaboration de ce travail, UN GRAND MERCI :

A Madame le Docteur Anne-Christine RAT, pour ses qualités d'épidémiologiste et sa précieuse collaboration

A Madame Marie-Chantal DOSCH, dévouée, disponible, soutenante, et ayant toujours une parole agréable

A Madame Anouk GEHIN, pour ses conseils et sa bonne humeur

A Madame Michèle KOCH, assistante sociale dans le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants en 1996, pour la qualité de ses dossiers, très utiles dans la réalisation de ce travail

A Madame Fabienne GILET et Madame Françoise PIERRON, documentalistes à la bibliothèque du Centre Psychothérapique de Nancy, pour leur aide éclairée dans mes recherches

Au personnel du D.I.M. et des archives du Centre Psychothérapique de Nancy

A Catherine MARTIN pour son sourire en toute circonstance et son soutien

A l'Association des Médecins du Centre Psychothérapique de Nancy (A.M.C.) pour son soutien

A toute l'équipe du Département des Urgences du Centre Psychothérapique de Nancy (U.A.U.P. et CA.P.), qui m'a soutenue et encouragée au quotidien ces six derniers mois

A toute l'équipe de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du 4ème secteur Infanto-Juvénile de l'Hôpital d'Enfants de Brabois, pour son accueil et son appui

Enfin, à tous les patients et leur famille qui ont accepté de collaborer et sans lesquels ce travail n'aurait pu être réalisé.

Pour la formation professionnelle :

Pour votre accueil et la qualité de votre travail qui m'ont permis de m'enrichir au fil des stages d'internat, tant sur le plan professionnel que personnel

A Monsieur le Docteur Pierre HORRACH et toute l'équipe du S.M.P.R. de Metz

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN et toute l'équipe de Psychiatrie et de psychologie clinique du C.H.U. de Nancy

A Madame le Docteur Catherine PICHENE et toute l'équipe du Département des Urgences Psychiatriques du Centre Psychothérapique de Nancy

A Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC et aux équipes du 2ème secteur infanto-juvénile, en particulier celle des C.M.P. de Lunéville et celle de la Maternité Régionale de Nancy

A Monsieur le Professeur Michel VIDAILHET et toute l'équipe de consultations de médecine infantile de l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy

A Madame le Professeur Colette VIDAILHET et toute l'équipe du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy

UN GRAND MERCI A TOUS.

Plus personnellement :

A mon mari Romain et notre fille Amandine, deux êtres chers dont les seules présences riment avec bonheur

A ma mère, femme aux qualités innombrables, qui brille par sa générosité et qui sait toujours avoir la bonne parole au bon moment. En plus de son amour sans limite, elle m'a toujours apporté ses conseils, son aide et son réconfort, tout en gardant une grande humilité

A mon père, qui me parlait de F. Dolto, de S. Freud et de K. Jaspers, alors que je m'intéressais aux Doors et au dernier album de Morrissey alors... Merci d'avoir su m'ouvrir l'esprit vers d'autres horizons

A Thierry, grand frère formidable que j'aime tendrement, auquel la vie n'a pourtant pas toujours souri. Merci pour ta confiance et ton amour

A toute ma famille, avec un encouragement tout particulier pour Marie-Colette dans son combat contre la maladie. A tous ceux qui nous ont quittés et que nous gardons toujours en mémoire, avec une pensée émue pour ma grand-mère Yvette qui s'en est allée il y a deux semaines

A ma belle-famille pour son accueil et ses encouragements

A Grégoire et Amélie, à la fois famille et amis, qui ont su être présents dans des moments difficiles

A Carine et à Nathalie, mes sœurs de cœur, avec lesquelles j'ai traversé les vicissitudes de l'adolescence puis les joies de la maternité. A nos fous-rires et nos délires, à tous ces moments inoubliables qui nous ont fait mûrir et à tous ceux à venir

A Sophie et à Aurélie pour nos longues discussions téléphoniques et leur soutien

A Camille, amie de petites galères et de grands bonheurs

A Christian, pour ses bons conseils et son aide

A tous mes amis internes, assistants et praticiens hospitaliers : Alexandra, Aude, Aurélie, Catherine, Christine, Delphine, Emmanuelle, Jean-Marie, Laurence, Leïla, Romain, Sandrine, Solenn, Sophie, Stéphanie, Virginie, et les autres…

A tous ceux qui s'en sont allés trop tôt

A tous ceux qui m'ont permis d'arriver là où je suis

UN GRAND MERCI A TOUS.

SERMENT

"Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque".

TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS 22

INTRODUCTION 23

1ERE PARTIE : THEORIE ET EPIDEMIOLOGIE 26

1. APPROCHE THEORIQUE 27

1.1. **Le suicide à travers les âges** 27
1.1.1. Dans l'Antiquité 27
1.1.2. Au Moyen Âge 28
1.1.3. Du XVème au XVIIIème siècle 29
1.1.4. Aux XIXème et XXème siècles 29
1.1.5. Côté culturel 31
1.1.6. En France de nos jours 31

1.2. **Définitions actuelles** 32
1.2.1. Le suicide 32
1.2.2. La tentative de suicide, le parasuicide 33

1.3. **L'adolescence et les comportements suicidaires des adolescents de nos jours** 33
1.3.1. Quelques rappels sur l'adolescence (66) 33
1.3.2. Les conduites suicidaires à l'adolescence (8,18,99,108) 35
1.3.3. La dépression à l'adolescence 39

2. LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE EN CHIFFRES 41

2.1. **Epidémiologie du suicide (85)** 41
2.1.1. Dans le monde 41
2.1.2. En France (94) 42

2.2. **Epidémiologie du suicide chez les adolescents** 45
2.2.1. Dans le monde 45
2.2.2. En France 46

2.3. **Epidémiologie des tentatives de suicide (95)** 48
2.3.1. Dans le monde 48
2.3.2. En France 48

2.4. **Epidémiologie des tentatives de suicide chez les adolescents** 49
2.4.1. Dans le monde 49
2.4.2. En France (10) 49

3. CARACTERISTIQUES DES SUICIDANTS, FACTEURS PRONOSTIQUES DES RECIDIVES ET EVOLUTION GLOBALE DES SUICIDANTS 52

3.1. **Caractéristiques des suicidants (93)** 52
3.1.1. Sexe 52

3.1.2. Age 53
3.1.3. Antécédents personnels de tentative de suicide 53
3.1.4. Antécédents personnels psychiatriques 53
3.1.4.1. Idées suicidaires 53
3.1.4.2. Fugue 54
3.1.4.3. Troubles psychiatriques, troubles du comportement 54
3.1.4.4. Scolarité 54
3.1.5. Comorbidité 55
3.1.5.1. Dépression et manifestations psychosomatiques 56
3.1.5.2. Psychose 57
3.1.5.3. Troubles de la personnalité 57
3.1.5.4. Troubles du comportement alimentaire 58
3.1.5.5. Troubles de l'adaptation, des conduites, éthylisme et toxicomanie 58
3.1.6. Moment de la tentative de suicide 58
3.1.7. Motif de la tentative de suicide 59
3.1.8. Moyen utilisé 60
3.1.9. Milieu social 60
3.1.10. Origine 60
3.1.11. Situation de l'habitat 61
3.1.12. Situation, contexte familial 61
3.1.13. Troubles psychiatriques familiaux, éthylisme compris 62
3.1.14. Suicides et tentatives de suicide familiaux 63

3.2. Facteurs pronostiques de récidives et de décès 63
3.2.1. Facteurs de risque de récidive 64
3.2.2. Décès 65

3.3. Evolution globale (21,47,46,107) 66

4. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES JEUNES SUICIDANTS (87,91,92) 67

2EME PARTIE : ETUDE ET RESULTATS 73

1. PRESENTATION DE L'ETUDE 74

1.1. Buts de l'étude 74

1.2. Méthodologie 74
1.2.1. Critères d'inclusion 75
1.2.2. Lettres et questionnaires adressés en 2006 75
1.2.2.1. Modalités des envois 75
1.2.2.2. La lettre explicative (annexe 2) 76
1.2.2.3. Le questionnaire (annexe 3) 77
1.2.2.4. La C.E.S.-D., autoquestionnaire destiné aux anciens patients (5,16,42,annexe 4) 80
1.2.3. Terminologie 80

2. DEROULEMENT DE L'ETUDE 83

3. ANALYSE DE LA POPULATION EN 1996 86

3.1. Répartition par sexe 87

3.2. Répartition par âge 88

3.3. Moyens utilisés pour la tentative de suicide 88

3.4. Idée associée au geste suicidaire 89

3.5. Moment du geste 89

3.6. Comorbidité 91

3.7. Récidives précoces 92

3.8. Antécédents personnels de tentative de suicide 92

3.9. Antécédents personnels psychiatriques 93

3.10. Difficultés et retard scolaires 94

3.11. Situation familiale 95
3.11.1. Structure familiale 95
3.11.2. Contexte familial 95
3.11.3. Mortalité parentale 96
3.11.4. Fratrie 96
3.11.5. Activité professionnelle des parents 97
3.11.6. Milieu socioculturel 98
3.11.7. Immigration 98
3.11.8. Lieu d'hébergement 98
3.11.9. Situation de l'hébergement 99

3.12. Antécédents familiaux psychiatriques dont éthylisme 99
3.12.1. Antécédents psychiatriques familiaux, hors éthylisme et conduites suicidaires 99
3.12.2. Ethylisme parental 100

3.13. Antécédents familiaux suicidaires 101

3.14. Hospitalisation 102
3.14.1. Lieu d'hospitalisation 102
3.14.2. Durée d'hospitalisation 102
3.14.3. Modalités de sortie 103

3.15. Prise en charge 103
3.15.1. Modalités de prise en charge 103
3.15.2. Réalisation d'un bilan psychologique 103

3.16. Suivi psychologique après la tentative de suicide. 104

3.17. Associations entre les caractéristiques de 1996 104

3.18. Présentation clinique du patient récidiviste décédé par suicide en 1996 107

4. PRESENTATION DES RESULTATS 110

4.1. Analyse statistique 110

4.2. Description de la population en 2006 112
4.2.1. Répartition par sexe des répondeurs 112
4.2.2. Répartition par âge 112
4.2.3. Situation familiale et environnement de vie 113
4.2.3.1. Situation familiale 113
4.2.3.2. Enfants 113
4.2.3.3. Environnement de vie 114

4.2.3.4. Echelle de satisfaction dans la vie affective 114
4.2.4. Situation professionnelle 115
4.2.4.1. Activité professionnelle 115
4.2.4.2. Echelle de satisfaction dans la vie professionnelle 115
4.2.4.3. Niveau scolaire et retard scolaire 116
4.2.5. Santé psychosomatique 117
4.2.5.1. Problèmes de santé 117
4.2.5.2. Consommation de psychotropes 117
4.2.5.3. Consommation de substances psychoactives 118
4.2.5.4. Santé mentale 118
4.2.5.5. Estimation de la santé globale 123
4.2.5.6. Estimation du bien-être psychologique 124
4.2.5.7. Satisfaction de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 1996 124

4.3. Corrélation entre les réponses des questionnaires des patients et de leurs parents 125
4.3.1. Etude des similitudes entre les réponses concernant la vie familiale des anciens suicidants 126
4.3.2. Etude des similitudes entre les réponses concernant la vie professionnelle des anciens suicidants . 126
4.3.3. Etude des similitudes concernant la santé psychosomatique des anciens suicidants 127

4.4. Comparaison de la population des patients répondeurs avec celle des non répondeurs 130

5. FACTEURS PRONOSTIQUES : ASSOCIATIONS ENTRE LES 4 CRITERES RETENUS ET LES CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION EN 1996 131

5.1. Activité professionnelle à 10 ans 131
5.1.1. En fonction de la situation familiale 132
5.1.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires 132
5.1.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996 133

5.2. Bien-être psychologique à 10 ans 133
5.2.1. En fonction de la situation familiale 133
5.2.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires 134
5.2.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996 134

5.3. Récidives à 10 ans 135
5.3.1. En fonction de la situation familiale 135
5.3.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires 135
5.3.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996 136

5.4. Score obtenu à la C.E.S.-D. à 10 ans 136
5.4.1. En fonction de la situation familiale 137
5.4.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires 137
5.4.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996 137

6. COMPARAISON DES RESULTATS AVEC CEUX DE L'ETUDE MENEE EN 2004 139

6.1. Comparaison des caractéristiques des suicidants en 1994 et en 1996 139
6.1.1. Résultats semblables 139
6.1.2. Différences mineures 139
6.1.3. Différences majeures 139

6.2. Comparaison des réponses aux questionnaires en 2004 et en 2006 141
6.2.1. Résultats semblables 141
6.2.2. Différences mineures 141
6.2.3. Différences majeures 141

3EME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION 143

1. ANALYSE 144

1.1. A propos des caractéristiques des suicidants en 1996 144

1.2. A propos du taux de réponses à notre étude 148

1.3. A propos du devenir psychosocial des patients de notre étude 149

1.4. A propos des réponses des parents et de leurs enfants 153

1.5. A propos des répondeurs et des non répondeurs 155

2. REFLEXIONS SUR L'ETUDE 156

2.1. Réaction éthique, questions éthiques 156

2.2. Questions de méthodologie 159

3. PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE 161

CONCLUSION 167

BIBLIOGRAPHIE 170

ANNEXES 180

Annexe 1 : protocole d'accueil et de prise en charge des enfants / adolescents admis à l'Hôpital d'Enfants pour tentative de suicide 181

Annexe 2 : courrier adressé aux anciennes patientes en 2006 184

Annexe 3 : questionnaire adressé aux anciennes suicidantes 185

Annexe 4 : C.E.S.-D. 187

Annexe 5 : catégories socio-professionnelles 188

ABREVIATIONS

A.A.H. : Allocation Adulte Handicapé

AISCOBAM : Aide Scolaire Bénévole aux Adolescents Malades

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

B.E.P. : Brevet d'Etudes 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 Etudes de l'Evaluation et des Statistiques

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

E.D.M. : Episode Dépressif Majeur

I.M.V. : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

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

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.O.S.U. : Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgences

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

INTRODUCTION

En raison de leur fréquence et de leur retentissement important en termes de morbidité et de mortalité, les conduites suicidaires (le suicide et la tentative de suicide) représentent de nos jours un réel enjeu de santé publique.

Ces conduites, qui ne touchaient autrefois que les adultes, concernent dorénavant les adolescents, et même les plus jeunes.

De plus en plus d'adolescents sont confrontés aux conduites suicidaires et le suicide représente la 2ème cause de mortalité des adolescents et des adultes jeunes en France. La mortalité suicidaire concerne surtout la population masculine alors que la morbidité suicidaire, qui correspond aux tentatives de suicide, est davantage l'apanage de la population féminine.

Devant l'essor de ces conduites et de leurs conséquences, et ce afin de pouvoir les prévenir et les traiter de la manière la plus adaptée possible, il est important d'en connaître davantage sur leurs facteurs de risque et sur leur pronostic, en particulier sur celui de récidive.

Des études françaises et internationales à court, moyen et long termes ont déjà été réalisées sur ce thème, permettant ainsi de cerner de manière un peu plus précise la situation. Cependant, le nombre d'études concernant les enfants et les adolescents reste limité.

Au fil de notre expérience auprès de cette population, il nous est apparu primordial d'avoir plus d'éléments pouvant guider notre pratique thérapeutique. Pour ce faire, nous nous sommes attachée à étudier le devenir à 10 ans des patients suicidants hospitalisés en 1996 à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy. Notre étude fait suite à une étude similaire réalisée sur la population de 1994 par Mme A. Gehin. Nous pouvons ainsi comparer nos résultats avec les siens d'une part, et bénéficier d'un échantillon de patients plus important d'autre part, que nous pourrons utiliser pour un travail ultérieur et grâce auquel nous aurons des valeurs davantage significatives sur le plan statistique.

Dans la première partie de notre travail, nous décrivons l'évolution de la place du suicide dans la société, tant au niveau philosophique et légal qu'au niveau culturel. Nous définissons ensuite les différentes conduites suicidaires, puis nous abordons la problématique de l'adolescence et le sens que peuvent prendre ces conduites à cette période de la vie.

Dans une deuxième partie, après avoir décrit la situation épidémiologique des conduites suicidaires, nous reprenons les caractéristiques des suicidants, les facteurs pronostiques de

récidive de tentative de suicide puis l'évolution globale des adolescents ayant réalisé une tentative de suicide.
Enfin, nous décrivons les modalités de leur prise en charge.

La troisième partie de ce travail est consacrée à la présentation de notre étude. Nous reprenons tout d'abord les caractéristiques des 64 patients hospitalisés en 1996 à l'Hôpital d'Enfants de Nancy suite à une tentative de suicide, puis nous exposons les réponses des questionnaires réalisés en 2006 auprès de ces mêmes patients.
Nous étudions ensuite ces données, à la recherche d'associations entre certaines caractéristiques de 1996 et l'évolution en 2006, et comparons ensuite une partie de nos résultats avec ceux obtenus lors de l'étude de 2004.

Une fois tous nos résultats exposés, nous les analysons dans une dernière partie et confrontons nos conclusions à celles de certaines études nationales ou internationales.
Enfin, nous réfléchissons aux aménagements que ces constatations peuvent nous amener à réaliser auprès des adolescents, en termes de prévention secondaire, mais également primaire, en matière de comportements suicidaires.

1ère partie : THEORIE ET EPIDEMIOLOGIE

1. APPROCHE THEORIQUE

1.1. Le suicide à travers les âges

Acte exclusivement humain, le suicide est depuis tout temps universel, commun à toutes les cultures, toutes les couches sociales et tous les âges. La dynamique suicidaire a souvent relevé du tabou social, la privation d'un citoyen, d'un soldat ou d'un contribuable venant porter atteinte à la cohésion du groupe d'une part, et venant souligner l'échec des défenses psychologiques collectives contre le réel et la mort d'autre part (105).

Le suicide est cependant un phénomène répandu et lorsque nous l'évoquons, de nombreux noms de personnages nous viennent à l'esprit, comme : Diogène, Hannibal, Socrate, Cléopâtre, Antoine, Sénèque, Néron, E. Hemingway, Primo Levi, H. de Montherlant...

1.1.1. Dans l'Antiquité

A cette époque, les maîtres penseurs que sont les philosophes n'ont pas tous la même position face au suicide.

Les pythagoriciens (Pythagore : 570-480 av. J.C.) le proscrivent, tout comme Aristote (384-322 av. J.C.) par la suite (31).
A l'opposé, pour Epicure (341-270 av. J.C.), l'Homme prouve la maîtrise qu'il a sur ses conditions d'existence lorsqu'il se donne la mort et a le droit de quitter volontairement une vie devenue pénible.
Ainsi, « c'est parfois la peur de la mort qui pousse les Hommes à la mort » (105).

Sénèque (60-39 av. J.C.) rejoint cette pensée : « Choisir soi-même l'heure où l'on quittera ce monde, quand nul remède contre la souffrance n'existe plus que la mort, telle est la suprême dignité qui appartient au seul sage ».

Du côté du Droit, Athènes, Thèbes, et Sparte prohibent le suicide et prévoient des sanctions contre les corps des suicidés.

A Rome, le suicide est loué jusqu'au II^{ème} siècle quand il obéit à des critères compatibles avec la morale stoïcienne : c'est le législateur qui décide si le suicide est licite ou non (il est légitimé par la douleur physique, la folie, la perte d'un être cher...). Quoi qu'il en soit, les esclaves, les soldats et les veuves, considérés comme des membres utiles de la Cité, n'y ont jamais droit et s'exposent sinon à des mesures répressives (comme la confiscation des biens, la privation de rite funéraire...) (105).

Parallèlement, la morale chrétienne condamne cet acte, véritable pêché contre la charité que chacun doit se porter à lui-même. St Paul estime que « nul ne vit pour soi-même, et nul ne meurt pour soi-même » et pour St Thomas d'Aquin, le meurtre de soi est le pire des crimes ; il considère que « personne n'est juge en sa propre cause ». Traditionnellement, les suicidés n'étaient pas inhumés en terre consacrée, mais à l'extérieur du cimetière, sans cérémonie religieuse. Leurs âmes perdues n'accédaient pas au paradis.

Nous pouvons donc constater que le suicide, aux temps reculés, était déjà sujet à controverses et plus ou moins bien toléré.

Dans les paragraphes suivants, nous allons nous intéresser plus particulièrement à l'appréhension du phénomène du suicide en Europe occidentale.

1.1.2. Au Moyen Âge

La suprématie de l'Eglise en ce temps porte le courant de rejet du suicide et des suicidés. Quant au droit médiéval, il prévoyait généralement la confiscation de la propriété du suicidé et décrétait l'indignité du corps.

1.1.3. Du XV^{ème} au XVIII^{ème} siècle

Ces siècles voient se dessiner un véritable détournement des mentalités vis-à-vis du suicide : au cours de la Renaissance et à l'époque des Lumières, le suicide est abordé comme un acte tragique et n'ayant rien d'infamant.
Ensuite, la Révolution française va complètement dépénaliser cet acte « en supprimant toute sanction contre le cadavre et toute confiscation des biens » (31), sans pour autant l'approuver.

Entre le XVI^{ème} et le XVIII^{ème} siècle, l'humanisme contribue à une redécouverte de la vertu de cet acte (31).
Cependant, certains philosophes comme B. de Spinoza (1632-1677) et E. Kant (1724-1804) y restent opposés. Pour exemple, E. Kant considère le suicide comme pourvoyeur de la destruction de la moralité de la personne.

En 1733, D. Hume (1711-1776), auteur britannique, propose une défense du suicide dans « Essai sur le suicide », qui sera publié en 1777 (76).

De manière quasiment contemporaine, A. Schopenhauer (1788-1860) a lui, une position en demi-teinte face au suicide. Il ne voit, en effet, dans le suicide, qu'une délivrance imaginaire (« celui qui se donne la mort voudrait vivre »), mais défend cependant sa légitimité.

1.1.4. Aux XIX^{ème} et XX^{ème} siècles

Après quatre siècles durant lesquels se donner volontairement la mort reste discuté mais cependant mieux toléré qu'auparavant, le XIX^{ème} siècle reconstruit le mur de la honte autour du suicide. Les positions sont radicales et moralisatrices même si rien n'apparaît à ce sujet dans le code pénal (105).
L'Eglise reste sur ses positions et refuse la sépulture ecclésiastique aux suicidés jusqu'au milieu du XX^{ème} siècle (31).
Quant à la médecine, elle contribue également à ce courant. Ainsi, J-E. Esquirol (1772-1840), en 1838 dans « Maladies mentales, tome 1 », qualifie le suicide de « maladie honteuse due à une faiblesse d'esprit » et ajoute que « l'homme n'attente à ses jours que lorsqu'il est dans le délire ». J-E. Esquirol considère donc les suicidés comme des « aliénés » (51).

En 1855, le premier article sur le suicide des enfants paraît dans les Annales Médico-Psychologiques : « Etude sur le suicide des enfants », écrit par M. Durand Fardel (1815-1899) (34).

« Le suicide », œuvre de E. Durkheim (1858-1907), père de la sociologie, est un ouvrage publié en 1897. Il va bouleverser la manière d'appréhender le suicide et restera longtemps une référence en la matière. L'auteur y décrit la théorie d'implication spécifique du social dans le phénomène du suicide et des tentatives de suicide. Pour E. Durkheim, le suicide serait une conséquence directe de l'affaiblissement des liens familiaux traditionnels, de l'essor de l'individualisme. La cause profonde du suicide est alors à chercher dans le degré d'intégration des individus dans la société et dans l'action régulatrice que celle-ci exerce sur leur psychisme (35).
Cette théorie a ensuite été reprise par d'autres sociologues comme par M. Halbwachs (1877-1945). Cependant, et bien heureusement, même si cette théorie est en partie fondée, l'avènement d'une société basée sur l'autonomie des individus n'a pas conduit à une augmentation massive des suicides comme E. Durkheim l'avait prévu, et même au contraire, puisque leur nombre baisse alors que la société devient de plus en plus individualiste.

A la fin du XIX^{ème} siècle, F. Nietzsche (1844-1900) tient des propos ambivalents et contradictoires sur le suicide (76).
Et pour A. Malraux (1901-1976), dans « La voie royale », « celui qui se tue court après une image qu'il s'est formée de lui-même : on ne se tue jamais que pour exister ».

Du point de vue psychiatrique et psychanalytique, S. Freud (1856-1939) aborde peu le suicide dans son œuvre. Il y fait cependant référence en parlant d' « énigme du suicide » dans « Deuil et mélancolie », dans « Psychose et perversions » et dans « Essai de psychanalyse ». Pour Freud, une personne ne peut se suicider que si elle s'est identifiée à un objet qu'elle veut détruire et que si elle retourne contre elle un désir de mort qui était dirigé contre une autre personne (54).
Dans l'œuvre de J. Lacan (1901-1981), la tentative de suicide apparaît comme une proposition d'amour à l'autre (60).

Dans celle d'O. Fenichel (1897-1946), le suicide est « une révolte du Moi contre le Surmoi », avec l'intention inconsciente de détruire une figure d'autorité.

Plus récemment du côté des auteurs, H. de Montherlant (1895-1972) défend le suicide, considérant que surmonter la peur naturelle de la mort est une ultime victoire.

1.1.5. Côté culturel

Sur le plan culturel, le suicide est appréhendé de manière variable selon les traditions. Il y a par exemple des tribus africaines où le suicide revêt un côté démoniaque : il ne faut alors pas toucher le corps du suicidé sous peine d'encourir un maléfice.
A l'opposé, il y a d'autres sociétés où le suicide est du côté du courage et du sacrifice pour les siens, comme dans les tribus inuit où le vieillard se laisse mourir de froid, considérant que la survie du corps social est plus importante que la sienne.
En Asie, il existe aussi certaines formes de suicide qui sont ritualisées.

1.1.6. En France de nos jours

En ce qui concerne la manière dont les Français perçoivent le suicide de nos jours, d'après un sondage réalisé par la SOFRES en 2000 pour l'U.N.P.S. (Union Nationale de Prévention du Suicide), le suicide est d'abord « l'expression d'une détresse personnelle » pour une forte majorité des personnes interrogées. Cette détresse personnelle renvoie à la fois à la pathologie (dépression dans 66% des cas et maladie somatique dans 29% des cas), aux échecs de la vie (ruptures pour 25% et solitude pour 40%), mais aussi à la réalité sociale (le chômage à 40% et les problèmes d'argent à 22%).
Par ailleurs, la plupart des Français considèrent que c'est le lien familial (à 67%) qui peut le plus faire hésiter une personne à accomplir son acte.
Enfin, pour 62% des personnes interrogées, le suicide met d'abord en cause notre société à travers notamment l'exclusion sociale (28%). Nous retrouvons là les fondements de la théorie d'E. Durkheim. L'environnement familial défectueux n'est retenu que dans 21% des réponses et l'héritage génétique n'est pratiquement pas retenu (69).

1.2. Définitions actuelles

1.2.1. Le suicide

Le terme de **suicide** a été proposé par l'abbé Desfontaines en 1737, qui a créé ce mot à partir du latin « sui » : soi, et « cadere » : tuer. Le suicide correspond au meurtre de soi, à l'acte de se donner la mort.
La personne ayant péri suite à un suicide est un **suicidé** (104).

E. Durkheim définit le suicide comme « 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 ».
Il décrit trois sortes de suicide : le suicide altruiste, le suicide égoïste et le suicide anomique. Cette dernière catégorie de suicide, provient du mot « anomia » qui signifie « absense de règle, de norme » et correspond au suicide qui est réalisé dans un contexte de souffrance psychique résultant de la rupture des règles de la société (35).

Pour D. Marcelli, dans la psychologie générale du suicide, nous pouvons retrouver la fuite d'une situation ressentie insupportable, le deuil d'un élément de la personnalité ou du plan de vie, l'expiation d'une faute réelle ou imaginaire, une vengeance, un appel et un chantage, un sacrifice de passage, l'ordalie ou le jeu (72).

Dans la clinique du suicide, trois modes de passage à l'acte sont généralement décrits. Le suicide est réalisé soit sur un mode impulsif, soit après un long débat au cours duquel le sujet lutte, soit en relation avec un tiers (le suicide intervenant alors comme une demande ou une réponse à ce dernier). Nous pouvons donc imaginer qu'une prévention, surtout pour les deux derniers modes de passage à l'acte, peut être possible.

En ce qui concerne les classifications des maladies mentales (C.I.M. 10 ou D.S.M. IV-T.R.), le suicide n'y fait pas l'objet d'un codage autonome (49,81).

1.2.2. La tentative de suicide, le parasuicide

La **tentative de suicide** est également qualifiée de parasuicide et correspond à un acte ayant pour but une cessation des tourments et non de mettre fin à ses jours.

L'O.M.S. définit le **parasuicide** comme « un acte non fatal par lequel l'individu entreprend délibérément un comportement inhabituel qui, sans l'intervention d'autrui, causera des dommages autoinfligés ; ou ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite, ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener par des conséquences physiques, réelles ou supposées, des changements que le sujet désire » (102).

L'auteur d'une tentative de suicide, le sujet survivant à un geste autodestructeur, est un **suicidant** et celui qui menace de passer à l'acte suicidaire (soit verbalement, soit par son comportement) est un **suicidaire** (105).

1.3. L'adolescence et les comportements suicidaires des adolescents de nos jours

1.3.1. Quelques rappels sur l'adolescence (66)

L'adolescence (adolescere = grandir en latin) est une période charnière entre l'enfance et l'état adulte, dont les limites tendent à devenir de plus en plus floues.
C'est l'ère de la puberté, donc des transformations physiologiques et physiques du corps, mais aussi une ère de remise en question des données de l'enfance, une ère d'évolutions et de mouvance (51).

D. Marcelli illustre bien la nécessité d'adaptations à réaliser par l'adolescent lorsqu'il décrit l'adolescence comme « un pavé dans la mare lisse et sereine de l'enfance qui provoque en tombant des cercles concentriques ». Il y ajoute qu' « il y a trois cercles qui bougent : le corps de l'adolescent, sa famille, son rapport à la société » (74).

L'adolescence est une période de pertes d'objets simultanées.
En effet, l'adolescent doit faire face à la perte, entre autres, de l'objet œdipien, des images parentales (de sécurité et de protection), des images d'une réalité connue et du type de relation qu'il entretient avec l'autre. Ces multiples deuils vont lui demander des réajustements intrapsychiques importants et un travail de subjectivation : le jeune va devoir apprendre à se reconnaître comme un sujet actif de ses pensées, de ses désirs et de son savoir. Il va devoir s'autonomiser, lutter contre la dépendance vis-à-vis de ses parents, et notamment de sa mère.
Il connaît alors un deuxième processus de séparation-individuation. Cette période ne se traverse pas sans vicissitudes et l'adolescent, par moments, ne reconnaît plus son Moi et son Surmoi (10).

L'adolescence est une époque à laquelle le sujet doit réaliser différents deuils comme nous l'avons vu précédemment. Dans ce contexte, penser à la mort est nécessaire et structurant et pour D.W. Winnicott, il est toujours question de mort à l'adolescence (90).

Le corps de l'adolescent est souvent mis à rude épreuve, ou tout du moins vivement sollicité car il est le « champ de bataille de l'identité » (66).
Il est, en effet, un élément pivot de cette période, puisque c'est dans la transformation physique que les transformations psychiques vont puiser leurs racines. C'est pourquoi, les attaques et les rejets, globaux ou focalisés, dont le corps est l'objet, sont en fait des attaques que l'adolescent tourne contre ses objets internes, contre ses figures parentales, et à travers eux, contre son narcissisme et sa représentation de lui-même qu'il contribue à altérer et à amputer (55).
Ainsi, l'adolescent prétend à son droit à disposer de son corps, y compris dans les formes extrêmes que sont le droit à maîtriser et à détruire : le droit au suicide, à l'anorexie mentale, à la mode punk, aux automutilations (55).

Par ailleurs, l'adolescent est un être impatient devant le temps, il vit tout délai comme une frustration insupportable. Pour lui, le temps est rétréci aux dimensions de l'évènement immédiat et prend vite la valeur de l'irrémédiable (38).
Nous pouvons ainsi mieux comprendre pourquoi certains de nos jeunes patients ont des réactions parfois vives devant des refus ou des délais. C'est une dimension qu'il est majeur de prendre en compte dans notre pratique.

Enfin, sous le poids de tensions et de conflits intrapsychiques qu'il ne comprend pas, ne parvient pas à maîtriser et encore moins à élaborer, c'est souvent à travers des conduites agies que l'adolescent va parvenir à fuir les tensions insupportables qui l'assaillent (102).

Ainsi, l'adolescence est une période où la dimension de décharge motrice par le comportement prime sur l'élaboration psychique du travail de représentation et de liaison, c'est-à-dire sur la capacité à donner un sens à des situations intérieures ou extérieures de tension et de conflictualité.

1.3.2. Les conduites suicidaires à l'adolescence (8,18,99,108)

La question princeps concernant le suicide est de comprendre quel est celui que veut tuer le sujet qui se donne la mort. Un Moi diminué par un échec ? Un passé douloureux ? Une vie dépourvue d'intérêt (41) ?
Dans le suicide, on retrouve souvent l'idée d'une perte éprouvée par le Moi, d'un préjudice qui lui a été porté.
Le suicide est un acte qui permet d'éviter la réalité mal perçue et il apparaît parfois comme la seule solution au conflit proposé par la nature.

Chaque tentative de suicide est un cas particulier : la rencontre d'une personnalité, d'une situation et d'un facteur déclenchant.
Elle renvoie pour certains à une cassure avec le monde extérieur.
Selon différentes études, les sujets qui font des tentatives de suicide sont différents de ceux qui parviennent à se suicider. Mais les facteurs qui y mènent sont parfois les mêmes et la frontière n'est donc pas si nette.

Le suicide est multidéterminé et il présente diverses significations qui ne peuvent être appréhendées qu'en tenant compte de son mode, de sa cause, de sa réussite ou de son échec, et de son sens global. Autant de facteurs qui rendent cet acte parfois incompréhensible aux yeux des proches du suicidé ou du suicidant, mais aussi aux yeux des soignants.

A l'adolescence, les conduites suicidaires prennent un sens bien particulier.

Comme nous l'avons vu dans le paragraphe précédent, l'adolescent connaît de nombreux bouleversements internes et lutte contre une dépendance vis-à-vis de ses parents. Il est partagé entre le désir massif d'autonomie et d'indépendance, et le besoin qu'il conserve de savoir ses parents toujours présents (19).
Les pulsions génitales font parties des bouleversements dont l'adolescent redoute l'emprise, pulsions qui, de manière inconsciente, résonnent parfois avec la peur de l'emprise surmoïque de ses parents.

Il arrive à l'adolescent de se retrouver submergé par l'angoisse d'un avenir encore flou, d'une incertitude du quand et du comment (51).
L'idée qu'il peut se donner volontairement la mort va alors le réassurer. D'une part, se savoir mortel lui permet de savoir qu'il vit. Et d'autre part, il peut rétablir sa puissance sur lui-même, « le sentiment de libre arbitre et d'autonomie annulant le mystère dont il reste dépendant » (51). Il peut alors reprendre possession de son corps, lieu d'émergence d'un monde pulsionnel lors de la puberté qu'il a du mal à maîtriser, en dirigeant contre lui des agirs violents (51,62).

En quête d'une nouvelle identité, il lui arrive de se déterminer dans une forme d'identité négative qui demeure une illusion : le « ne pas exister ».
Et la recherche de limites va parfois le pousser à côtoyer les extrêmes, à aspirer à l'absolu et à l'infini, ce qui peut l'amener jusqu'aux portes de la mort (19).

Lorsque nous rencontrons des adolescents suite à un geste d'autolyse, il est intéressant de noter qu'ils expriment rarement un réel désir de mort, dans le sens d'un anéantissement définitif, mais plutôt une protestation contre la vie qu'ils mènent et qu'ils considèrent au-dessous de leurs aspirations. Ils parlent de dormir, de ne rien ressentir, recherchent une issue dans la mort.
Ainsi, la tentative de suicide est souvent pour eux l'expression d'un désir de « vivre autrement », de vivre une autre vie ; un désir secondaire à l'effondrement de leur organisation psychique (106). En général, l'adolescent ne se tue que pour exister, au sens de sortir d'une situation dans laquelle il se sent comme dans une impasse, et c'est alors pour lui le moyen de fuir une tension insupportable (75).
Pour D. Marcelli, l'adolescent veut vivre presque toujours mais autrement, « cherchant à se séparer d'une enfance ou à éteindre une excitation », l'une comme l'autre, envahissantes (75).
Pour Legendre, « le suicide est un acte au nom de la vie » (68).

L'attente de la mort, même sous-tendue par des fantasmes de renaissance, est en fait, un désir de changement radical par rapport à l'état antérieur.

L'effondrement de l'organisation psychique des jeunes sujets résulte d'un débordement des pare-excitations, d'un traumatisme qui submerge les capacités de leur appareil psychique à effectuer son acte de liaison (20).
P. Jeammet a mis en évidence que certaines caractéristiques du fonctionnement mental varient de façon uniforme chez l'ensemble de la population des suicidants, indépendamment des catégories diagnostiques, alors que d'autres en sont au contraire dépendantes. Ainsi, le narcissisme serait uniformément altéré chez l'ensemble des suicidants, tout comme l'incapacité à supporter la perte et l'angoisse de séparation (56).
Cependant, tout en étant une preuve patente de l'effondrement de l'estime de soi, la tentative de suicide correspond aussi à un essai de restaurer cette même estime de soi au travers d'un vécu tout-puissant. L'acte suicidaire est donc à la fois anti-narcissique et tout-puissant dans sa revendication d'emprise totale sur l'objet.

Les adolescents viennent à passer à l'acte autoagressif alors qu'ils ne parviennent plus à la réflexion et à l'élaboration mentale des conflits. Le comportement suicidaire est pour eux une modalité économique d'anti-pensée, transposition métaphorique « concrète » de ce qui ne peut être représenté (90). Cet échec de mentalisation les vulnérabilise et les amène à être à la fois sensibles aux variations environnementales (ressenti douloureux face aux évènements de vie) et dépendants des attitudes de l'entourage (102). L'agir leur permet de s'extraire d'un passé infantile irrémédiablement révolu (90).
En se suicidant, l'adolescent reprend un rôle actif, redevient maître de lui et la tentative de suicide est alors une solution active pour échapper à une soumission passive ou à l'angoisse de différenciation, en reléguant au second plan le poids de la réalité psychique (75).
La tentative de suicide offre par ailleurs un soulagement dans sa dimension de réponse à un conflit psychique insupportable, notamment face aux exigences cruelles du Surmoi (90).

Le geste autolytique est généralement tourné contre le corps réel, souvent vécu comme un objet à la fois étranger et propre au sujet, et siège de projection des affects et des fantasmes insupportables (62).

Pour Carbone et Gino, « La recherche de la mort réelle (...) exprime le projet délirant de se soustraire pour l'éternité à tous les changements qui sont le lot de la vie humaine » ; et à l'adolescence, la mort symbolique et la mort réelle sembleraient s'entremêler (61).

Le passage à l'acte peut donc être rencontré quand le sujet est confronté à un passage existentiel difficile qui déborde ses capacités d'adaptation. La tentative de suicide est le plus souvent la manifestation d'une tentative de rupture, liée à une accumulation d'évènements traumatiques et à une vulnérabilité psychique passagère.
Cet acte, tourné vers ou contre l'autre, et non seulement contre soi, peut également révéler une souffrance indicible.

Le recours à la conduite suicidaire à l'adolescence témoigne souvent d'une distorsion grave de la communication entre l'adolescent et son entourage familial et social (18,106), traduisant l'incapacité de l'entourage à assurer son rôle de soutien à l'égard de l'adolescent.

En ce qui concerne l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire chez l'adolescent, l'intention réelle peut rester souterraine, échappant à l'introspection consciente, et le discours des suicidants est souvent empreint de rationalisations secondaires (15,96).
Nous pouvons même être frappés par l'apparente légèreté et l'inconsistance du motif que les adolescents évoquent comme responsable de leur geste : l'ennui, un refus, une réprimande à propos du ménage... (38). Moins de 10% d'entre eux font part d'un malaise plus global (24).
Ainsi, l'adolescent croit souvent connaître les raisons de son geste, alors qu'il en ignore les soubassements profonds (56).
Il faut également garder à l'esprit que la pratique a démontré qu'il n'y a pas forcément de corrélation entre la gravité de l'acte et l'intensité de la douleur psychique.
Pour certains, le mode de tentative de suicide est à prendre en considération dans l'appréhension de l'intensité de l'intentionnalité suicidaire. Pour exemple, le suicide ordalique, suicide lors duquel l'adolescent s'en remet au destin, présenterait une gravité majeure car, lors de cet acte, l'adolescent s'abandonnerait de la manière « la plus aveugle, la plus ancestrale et la plus inconsciente » (38).

Quelle que soit la nature de son geste, il est primordial de prendre en charge l'adolescent suicidant, de lui apporter une écoute et un soutien afin que l'acte suicidaire ne devienne pas

son mode d'expression privilégié voire unique, le mode d'expression de sa souffrance, sa seule manière de « se dire » (78).

Pour certains auteurs, ce trouble du comportement reflète fondamentalement une problématique dépressive, et pour d'autres, un mode d'évitement de la dépression (36).
Ces données peuvent expliquer pourquoi certains adolescents suicidants vont passer par des moments de dépression durant leur traitement. Ces moments peuvent alors correspondre à une amélioration de leur état : ils vont élaborer autour de leurs conflits plutôt que les évacuer par l'agir (102).
La tentative de suicide ne doit pas systématiquement être interprétée comme un signe de dépression chez l'adolescent, mais toute tentative de suicide doit nous amener à rechercher un trouble de l'humeur sous-jacent.

Enfin, il est important de souligner que, depuis plus d'une décennie, les sites web ventant le suicide et les tentatives de suicide se multiplient. Et nombres d'émissions tant de fois décriées par les parents, mais qui font la joie des adolescents, se développent ; des émissions où les paris les plus dangereux et les plus absurdes se succèdent. Les adolescents peuvent même y participer ou envoyer des vidéos qu'ils réalisent, au risque de se blesser voire de mourir ; un surenchérissement de violence qui se déchaîne, une violence louée et valorisée.

1.3.3. La dépression à l'adolescence

Nous avons tenu à réaliser un paragraphe sur ce thème car la dépression fait partie des comorbidités retrouvées lors des tentatives de suicide chez les adolescents et revêt un visage particulier à cette période (64).
En effet, la dépression à l'adolescence est souvent difficile à diagnostiquer car atypique, protéiforme, et aux psychopathologies variées.
Elle a longtemps été considérée comme « normale », comme faisant partie intégrante de la « crise » dite « d'adolescence », formule voulant tout dire et ne rien dire à la fois.
Il est vrai qu'à cette période de la vie, tristesse, agitation, colère, ennui sont fréquents sans pour autant révéler un trouble de l'humeur sous-jacent. Cependant, l'adolescent, fragilisé par l'étape de développement qu'il traverse, peut déprimer (72).

La dépression de l'adolescent revêt des formes qui peuvent aller des troubles du comportement à la colère, la désobéissance, la fugue, l'hypocondrie, la toxicomanie, les passages à l'acte, la phobie scolaire, l'agressivité, l'instabilité... Autant de troubles qui ne sont pas pour autant pathognomoniques.
Le ralentissement psychomoteur est rare, l'adolescent est souvent plutôt renfrogné, hostile, irritable avec une prédominance des plaintes somatiques.
Dorénavant, les cliniciens différencient des sentiments dépressifs modérés et transitoires, considérés « normaux », de la dépression à proprement parler.
Ils décrivent les mêmes tableaux de dépression chez l'adolescent que chez l'adulte : l'état dépressif caractérisé (« épisode dépressif majeur »), le trouble dysthymique (ces deux entités étant définies de la même manière chez les adolescents et les adultes dans la classification D.S.M. IV-T.R.), les épisodes dépressifs brefs récurrents, la dépression atypique, le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive (48,49).

En ce qui concerne la psychopathologie de la dépression chez les adolescents, Braconnier décrit le « syndrome de menace dépressive », la « dépression d'abandon », la « dépression d'infériorité » et la « dépression majeure ».
Le « syndrome de menace dépressive » est souvent rencontré en début d'adolescence, alors que le sujet qui a souvent présenté lors d'étapes antérieures des traits névrotiques phobiques ou obsessionnels, lutte contre un danger qui semble le menacer ; l'angoisse est au premier plan de la clinique.
La « dépression d'abandon » est une forme de dépression où prédomine le passage à l'acte hétéro ou autoagressif. Elle survient généralement lorsque la mère de l'adolescent supporte mal la recherche d'individualisation de son enfant et décourage ses élans en retirant l'appui qu'elle lui amenait auparavant.
En ce qui concerne la « dépression d'infériorité », elle se caractérise plus par une baisse de l'estime de soi, un sentiment de ne pas être aimé et un désinvestissement objectal qui se traduit par un désintérêt. C'est donc alors davantage une problématique narcissique qui survient généralement dans les situations où un parent projette son idéal mégalomaniaque sur l'adolescent, se protégeant ainsi de sa propre dépression.
Enfin, plus rarement rencontrée dans cette population, la dépression majeure s'apparente à celle de l'adulte (11,72).

2. LE SUICIDE ET LES TENTATIVES DE SUICIDE EN CHIFFRES

Dans ce paragraphe, nous faisons une brève description de la situation internationale et nationale des taux de suicides et de tentatives de suicide pour la population générale, et pour les adolescents.

2.1. Epidémiologie du suicide (85)

2.1.1. Dans le monde

Dans le monde, **1 million de suicides** ont été recensés en 2000 : une personne met fin à ses jours toutes les 40 secondes. Ce chiffre est certainement en deçà de la réalité car les suicides ne sont pas tous répertoriés ; en France, la sous-évaluation des taux de suicide est estimée à 20% (97).

En 1996, pour les 53 pays dont l'O.M.S. possède des données, 15.1 suicides/100000 habitants sont dénombrés en moyenne : 24/100000 chez les hommes et 6.8/100000 chez les femmes.

Les taux de suicide sont relativement identiques dans les pays aux développements socioéconomiques équivalents et le suicide touche **en majorité les hommes** dans tous les pays, hormis en Chine où ce sont les femmes qui se suicident davantage. Cette exception chinoise s'expliquerait par la condition des femmes de ce pays, souvent mariées de force et sous l'emprise de leur belle-mère.

Entre 1970 et 1996, dans les 39 pays pour lesquels l'O.M.S. possède des données complètes, les taux ont connu une certaine stabilité avec toutefois, de grandes variations internes : les taux de suicide des jeunes hommes adultes ont augmenté alors que ceux des personnes plus âgées ont diminué.

En ce qui concerne les périodes et l'environnement qui semblent favoriser ce comportement, les suicides sont plus nombreux les lundis, au printemps, dans les milieux ruraux et dans les milieux socioéconomiques défavorisés (97).

Les suicides touchent donc les milieux les plus défavorisés mais dans les pays économiquement développés. En effet, il est constaté que le taux de suicide **croit avec le**

P.I.B. par habitant, en dehors des pays de l'ancien bloc soviétique qui, malgré leur relative pauvreté, concentrent les taux les plus élevés de suicide dans le monde. Ainsi en 2002, 38.4/100000 personnes se sont suicidées en Russie avec 69/100000 hommes et 11.8/100000 femmes (97).
Juste devant la Russie, le pays le plus touché par ce fléau en 2006 est la Lituanie.
Les pays les moins touchés, parmi ceux pour lesquels nous avons des informations, sont le Koweït, le Mexique et la Colombie.

Dans les pays européens, c'est en **Finlande** avec 22 suicides pour 100000 personnes que le taux de suicide est le plus élevé. La Belgique, l'Autriche, la France et le Luxembourg, ont également des taux de suicide particulièrement hauts, autour de 15/100000.
En 2001, **la France** se classe au **3ème rang** de l'**Europe** des 15 en termes de taux de suicide, derrière la Finlande et l'Autriche.
Ce sont les pays les plus méridionaux qui ont les taux de suicide les plus bas : la Grèce, l'Italie, le Portugal et l'Espagne. Le Royaume-Uni et les Pays-Bas ont également un taux relativement faible de mortalité par suicide. 2.8 suicides pour 100000 personnes sont dénombrés en 2001 pour la Grèce, 5.9 pour l'Italie, 6.3 pour le Portugal, 6.5 pour le Royaume-Uni et 6.7 pour l'Espagne.
Dans les pays européens, la surmortalité masculine est constante (3 fois plus élevée que la mortalité féminine) et la tendance générale est à la diminution ou à la stagnation des taux de décès par suicide pour les deux sexes depuis 1985. Seuls la Grèce et le Luxembourg connaissent une augmentation de leurs taux, pour les deux sexes pour le premier pays et pour les femmes pour le second. Cependant, les taux de suicide des moins de 40 ans ont augmenté depuis 1985, alors que ceux des personnes âgées sont en diminution.

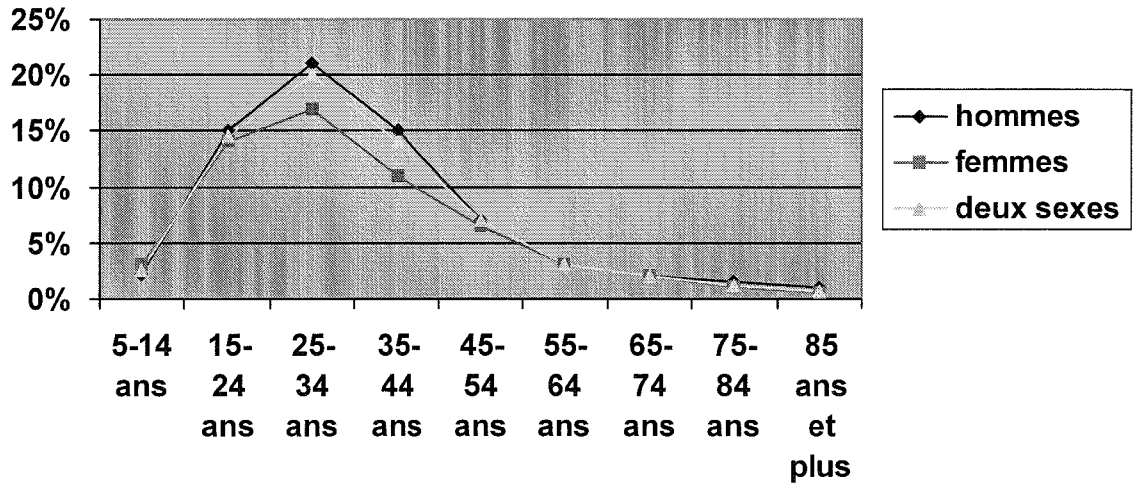
2.1.2. En France (94)

En France, le suicide est une préoccupation majeure en santé publique depuis 1980. C'est l'**un des 10 pays les plus concernés par ce fléau au monde**, parmi ceux pour lesquels nous avons des informations (85).
La mortalité suicidaire est établie en France à partir de l'étude des déclarations obligatoires des causes de décès. C'est une statistique systématique, publiée annuellement par l'Inserm.

En 2003, 10664 personnes sont décédées par suicide en France, soit 2% de l'ensemble des décès annuels, dont 7943 hommes et 2721 femmes. Ainsi, le taux de suicide annuel est de 17.8/100000 pour les deux sexes confondus, de 26.6/100000 pour les hommes et de 9.5/100000 pour les femmes.
Le chiffre des suicides est porté à 13000 en tenant compte de la sous-estimation de 20% que nous avons déjà mentionnée plus haut.

Les **hommes** réalisent **80%** des suicides chez les 15-24 et les 25-34 ans réunis, mais les femmes en réalisent presque un tiers chez les 55-64 ans.
L'importance relative du suicide par rapport aux autres causes de décès est maximum à 30 ans, représentant alors 20% des décès masculins et 15% des décès féminins.

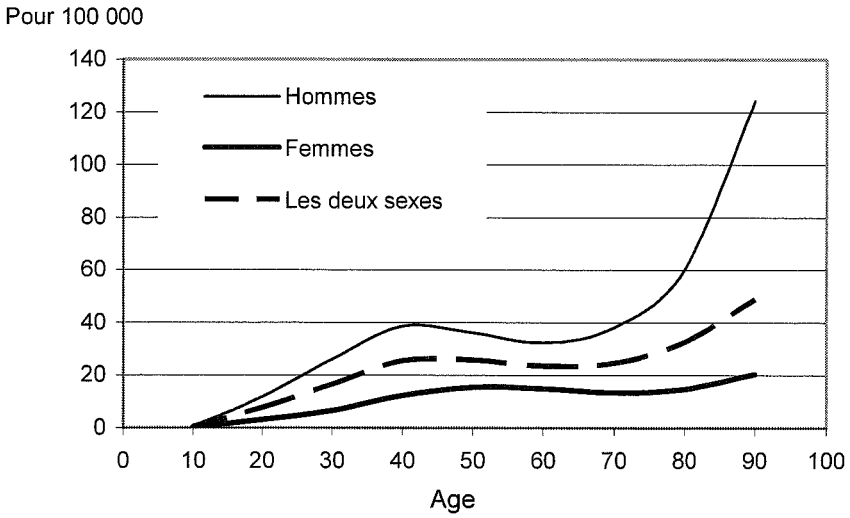
Proportion des suicides dans l'ensemble de la population en 1997 (4)



Une augmentation sensible du suicide a été observée entre 1975 et 1985, le nombre de suicidés passant de 8323 à 12501 entre ces deux périodes et atteignant, pour les suicides masculins, un taux de 33/100000 en 1985. Après une stabilisation des chiffres, une tendance à la baisse est notée depuis 1995, de l'ordre de 2% par an jusqu'en 2002. Les nombres ont alors oscillé à cette période autour de 10300 à 11000, soit un taux de l'ordre de 19 à 20/100000 (97).

Le risque de décès par suicide augmente avec l'âge mais différemment selon le sexe. Chez les hommes, on observe une première augmentation entre 15 et 34 ans, puis une relative stabilisation entre 35 et 54 ans autour de 36 à 39 décès par suicide pour 100000 hommes. Ce taux diminue modérément jusqu'à 64 ans puis est suivi d'une augmentation jusqu'aux âges les plus élevés (atteignant 60/100000 hommes de 75 à 84 ans et 124 pour ceux de 85 ans et plus). Le taux de décès par suicide est ainsi 10 fois plus élevé après 84 ans qu'entre 15 et 24 ans. Chez les femmes, l'augmentation est plus modérée avec une stabilisation entre 35 et 84 ans, puis il y a une légère augmentation chez les plus âgées (21/100000 femmes de 85 ans et plus). En s'intéressant au nombre et non au taux de suicide, les classes d'âges les plus touchées sont celles des 35-44 et des 45-54 ans, avec pour chacune près de 2200 décès par suicide identifiés en 2002 (4).

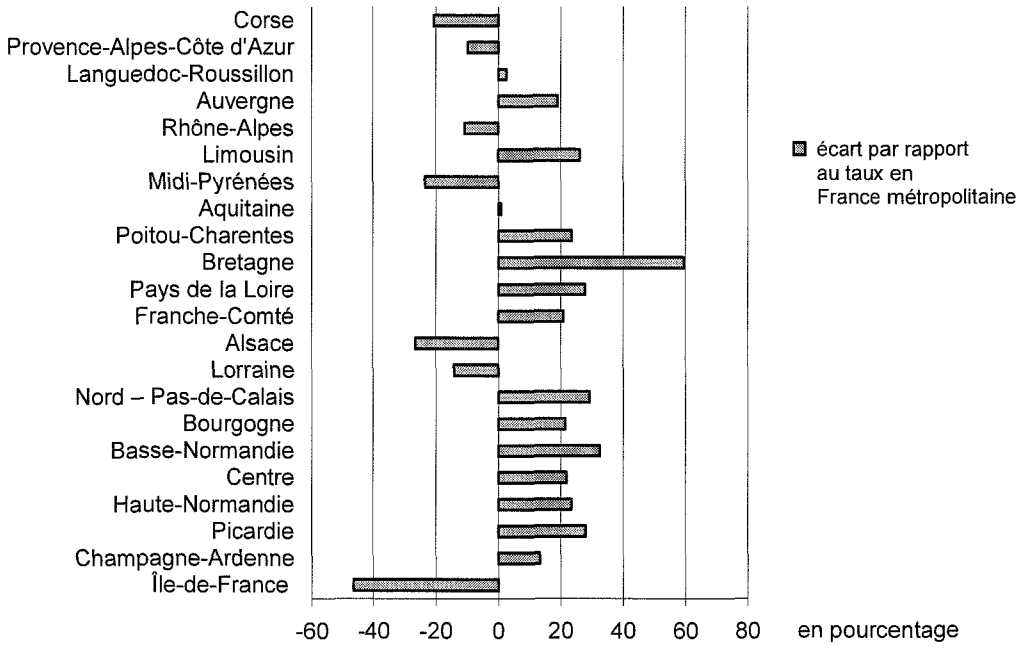
Taux de suicide pour 100 000 habitants selon le sexe et l'âge en 2002 (5)



En France, les régions ne sont pas toutes touchées par le suicide de la même manière. La région Nord-Ouest, de la Bretagne au Nord–Pas-de-Calais, est globalement en situation de surmortalité (+15% par rapport aux autres régions) ainsi que le nord des Pays de la Loire et les régions rurales du centre de la France.

A l'inverse, l'Alsace, le Midi-Pyrénées, la Corse et l'Ile-de-France connaissent les taux les plus faibles, inférieurs à la moyenne nationale.

Disparités régionales de la mortalité par suicide - 2000-2002
(réalisé à partir de (5))



En ce qui concerne le moyen utilisé, le mode le plus fréquent et qui est en augmentation, est la **pendaison** (45% en 2002), suivi par l'arme à feu (16% en 2002), puis par l'intoxication (15%), et ce quel que soit l'âge (97).

La pendaison est le moyen le plus utilisé par les hommes, quel que soit leur âge, et l'intoxication par ingestion est le mode le plus employé par les femmes entre 25 et 54 ans.

2.2. Epidémiologie du suicide chez les adolescents

2.2.1. Dans le monde

Chez les adolescents, le taux moyen de décès par suicide dans l'Union Européenne était en 1994 de 11/100000 chez les jeunes hommes et de 3/100000 chez les jeunes femmes.

Dans la plupart des pays occidentaux, le suicide est devenu la **2ème cause de décès à l'adolescence**, après les accidents de la route, avec une surcharge masculine flagrante dès l'âge de 13 ans.

Comme chez les adultes, c'est en **Finlande** que le taux de suicide des 15-24 ans est le plus élevé d'Europe ; le suicide occupe même la première place des causes de décès chez les adolescents dans ce pays.

Taux de mortalité (pour 100 000 habitants) par suicide des 15-24 ans en Europe en 1995 (21)

	Garçons	Filles
Allemagne	13.3	3.9
Royaume-uni	11.0	2.2
Autriche	25.8	3.8
Danemark (1993)	13.4	2.3
Espagne (1994)	7.3	1.8
Finlande	36.6	8.4
France	**15.2**	**4.6**
Grèce	4.4	0.8
Irlande (1993)	14.2	3.0
Italie (1993)	7.1	1.4
Pays-Bas	10.4	4.4
Portugal	4.3	3.0
Suède	13.4	5.2

2.2.2. En France

Il y a quasiment **2 adolescents qui se suicident chaque jour** dans notre pays.

En 1999, 604 jeunes de 15-24 ans se sont donnés la mort, soit 15% des décès masculins et 10% des décès féminins de cette classe d'âge. Pour les jeunes français, le suicide constitue la

2ème cause de décès, loin derrière les accidents de la voie publique (qui représentent 38% des décès).

Mais ce chiffre tendrait vers 2000 décès par an (!) d'après une étude réalisée par l'association marseillaise Christophe. Selon cette association, « le suicide est encore un sujet tabou et beaucoup de parents ne déclarent pas le suicide de leur enfant » (17).

Il est vrai que de nombreux certificats de décès concluent chez les adolescents à une « mort accidentelle non expliquée », ou à une « intoxication dans un contexte flou ».

Au cours des 40 dernières années, le nombre de suicides chez les 15-24 ans a tout d'abord augmenté jusqu'en 1985, pour ensuite marquer une **discrète régression** (65).

En France, 3 suicides d'adolescents sur 4 sont **masculins** (17).

La **pendaison** reste le premier moyen utilisé par ce public (36%), comme chez les adultes, mais l'arme à feu occupe une place plus importante (31%) que chez leurs aînés, suivie de loin par l'intoxication (10%) et la noyade (2%).

Evolution des taux de suicide en France entre 1993 et 2002 selon l'âge (77)

	5 à 14 ans	15 à 24 ans	25 à 34 ans	35 à 44 ans	45 à 54 ans	55 à 64 ans	65 à 74 ans	75 à 84 ans	85 ans ou plus
Taux spécifiques pour 100000 habitants									
1993									
Hommes	0.8	19.5	34.5	43.7	40.1	37.1	48.5	92.8	152.7
Femmes	0.2	5.6	9.7	14.2	16.9	17.1	16.8	25.4	26.2
Les deux sexes	0.5	12.6	22.1	28.9	28.6	26.7	30.8	50.1	60.0
2002									
Hommes	0.6	11.9	26.1	38.7	36.3	32.4	38.2	60.3	124.3
Femmes	0.4	3.1	6.7	12.4	15.5	15.0	13.4	14.8	20.5
Les deux sexes	0.5	7.6	16.4	25.4	25.8	23.6	24.6	32.5	48.8
Taux de croissance annuel moyen (en %)									
Hommes	///	-5.3	-3.1	-1.3	-1.1	-1.5	-2.6	-4.7	-2.3
Femmes	///	-6.4	-4.0	-1.5	-1.0	-1.4	-2.5	-5.8	-2.7
Les deux sexes	///	-5.5	-3.3	-1.4	-1.1	-1.4	-2.5	-4.7	-2.3

2.3. Epidémiologie des tentatives de suicide (95)

2.3.1. Dans le monde

Il y aurait **entre 10 et 20 millions** de tentatives de suicide par an dans le monde, et ce nombre serait en décroissance.

En Europe, le point culminant des taux de tentatives de suicide se situe **entre 25 et 44 ans** pour les hommes.

En Europe, c'est, comme pour les suicides, la **Finlande** qui a le taux de tentatives de suicide le plus élevé, à savoir 314/100000 en 2000. Les taux les plus bas sont retrouvés en Espagne avec 45/100000 (95).

Les tentatives de suicide sont réalisées en majorité par **intoxication médicamenteuse volontaire**, puis par phlébotomie.

2.3.2. En France

L'étude des tentatives de suicide n'est pas réalisée de manière systématique mais lors d'enquêtes spécifiques auprès d'établissements de soins, de praticiens...

Une enquête réalisée sur la population générale entre 1999 et 2003 par le Centre Collaborateur de l'O.M.S. et la D.R.E.E.S. (Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques) fournit une estimation des tentatives de suicide en population générale chez les plus de 18 ans : 9% des femmes et 6% des hommes de 18 ans ou plus en France métropolitaine déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Les tentatives de suicide semblent en augmentation ces dernières années.

En 2002, tous âges confondus, **195000 tentatives de suicide** ont donné lieu à un contact avec le système de soins, avec une nette **prédominance féminine** et des jeunes : parmi les suicidants, les femmes réalisent 2 fois plus de tentatives de suicide que les hommes et 7 suicidants sur 10 ont de 15 à 34 ans (97).

Les tentatives de suicide sont réalisées par **intoxication médicamenteuse volontaire** dans 90% des cas et à l'aide de tranquillisants pour 50% d'entre elles ; elles culminent en fin de semaine (97).

2.4. Epidémiologie des tentatives de suicide chez les adolescents

2.4.1. Dans le monde

Il n'existe actuellement dans aucun pays des enquêtes systématiques sur les tentatives de suicide.

Une enquête hospitalière initiée par l'O.M.S. dans 16 villes d'Europe (dont Bordeaux et Cergy-Pontoise) entre 1989 et 1992, a montré que, parmi les 15-24 ans, le taux masculin de tentatives de suicide dépasse 300/100000 en Finlande, au Royaume-Uni et dans l'une des deux villes françaises de l'étude (Cergy-Pontoise). Le taux féminin de tentatives de suicide dépasse 600/100000 en France et en Finlande.

Pour les femmes, le taux de tentatives de suicide culmine entre 15 et 24 ans.

En quatre ans, l'incidence a diminué en moyenne de 18% pour les garçons et de 11% pour les filles entre 15 et 24 ans, sauf en France, où l'on observe une augmentation respective de 20% et 31% (95).

Aux Etats Unis, lors d'enquêtes réalisées auprès de la population lycéenne, 7 à 9% des lycéens déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide, chiffres qui se rapprochent de ceux obtenus en France.

2.4.2. En France (10)

Le taux de tentatives de suicide a augmenté de 20% chez les garçons et de 31% chez les filles entre 1989 et 1992 chez les 15-24 ans, comme nous l'avons déjà évoqué précédemment (21,95). Entre 1993 et 1999, le taux de tentatives de suicide diminue chez les garçons de 2% et poursuit son augmentation chez les filles de 40% (22).

Morbidité suicidaire (T.S.) parmi les 14-19 ans : comparaison entre 1993 et 1999 (22)

	Garçons %	Filles %
1993	5.4	8.9
1999	5.3	12.5

Actuellement, on estime à **100 par jour** le nombre de tentatives de suicide réalisées par des enfants ou des adolescents en France.

Plus d'un tiers des suicidants a **moins de 25 ans**.

Les tentatives de suicides sont difficiles à dénombrer car toutes ne sont pas connues. On estime cependant leur nombre à environ 40000 par an (17).

Parmi les adolescents qui font une tentative de suicide, il y a 21% de garçons pour **79% de jeunes filles** selon certaines études, et un garçon pour 2 à 3 filles avec une proportion inverse pour les suicides dans d'autres études (37).

En France, le rapport filles/garçons pour les tentatives de suicide se situe entre 3 et 3.5.

En ce qui concerne le rapport tentative de suicide/suicide, il se situe parmi les 15-24 ans autour de 22 pour les garçons et de 160 pour les filles (65).

Une étude menée en 1989 en région parisienne auprès de 1600 adolescents pris au hasard et interrogés sur leur bien-être, leurs idées suicidaires,..., retrouve que 22% des garçons et 33% des filles, à 16-17 ans, ont déjà pensé au suicide (chez les collégiens : 16% des garçons et 23% des filles ont déjà pensé au suicide, et 5 et 10%, respectivement, y ont pensé souvent) (22,24).

Pourcentage d'adolescents rapportant des conduites suicidaires en France (1)

	Garçons				Filles			
	<13ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et plus	<13 ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et plus
Ont des idées suicidaires	16	17	22	25 ($p < 0.001$)	16	29	33	36 ($p < 0.001$)
Ont fait une T.S.	6	5	4	5 (ns)	4	8	9	12 ($p < 0.001$)
Rapport idées suicidaires/T.S.	2.7	3.4	5.5	5.0	4.0	3.6	3.7	3.0

Une enquête menée en milieu scolaire a montré que 9% des 14-19 ans avaient déjà fait une tentative de suicide contre 7% 6 ans auparavant ; parmi ces 7%, 5% en avaient fait une et 1.2% plusieurs.

Ce taux est multiplié par 2 lorsque le jeune a quitté précocement le système scolaire (22).

3. CARACTERISTIQUES DES SUICIDANTS, FACTEURS PRONOSTIQUES DES RECIDIVES ET EVOLUTION GLOBALE DES SUICIDANTS

L'étude que nous présentons concerne le devenir à long terme des jeunes suicidants, et notre travail d'analyse porte sur la recherche de facteurs pronostiques de récidive de tentative de suicide. A partir des dossiers médicaux et sociaux établis lors de l'hospitalisation index, nous avons également pu faire le point sur la situation sociale, familiale et psychologique des patients lors de leur geste. En plus des facteurs favorisant les récidives de tentative de suicide chez les adolescents et l'évolution globale à long terme des suicidants, il nous est apparu intéressant d'inclure dans notre présentation leurs caractéristiques lors de la tentative de suicide.

Dans ce genre de travail, il est classique de présenter quelques études portant sur le même sujet que l'étude réalisée, et de comparer leurs résultats. Nous avons cependant pris le parti de ne pas suivre cette voie, afin d'éviter le risque d'une redondance avec le travail de Mme A.Gehin sur le même thème (thèse soutenue en 2005 à la Faculté de Médecine de Nancy).

Nous avons donc réalisé une revue de la littérature, qui ne se prétend pas exhaustive tant les publications sur le sujet sont nombreuses, afin d'exposer les caractéristiques des jeunes suicidants, les facteurs de risque de récidive de tentative de suicide et le devenir des suicidants à moyen et à long terme.

3.1. Caractéristiques des suicidants (93)

3.1.1. Sexe

Les tentatives de suicide sont en grande majorité réalisées par les adolescentes : le sex-ratio est de 3,5 **filles** pour un garçon (65).

Il n'y a que pour les moins de 12 ans que les garçons sont plus nombreux (3 garçons pour 2 filles) (50,75).

Lorsqu'ils réalisent une tentative de suicide, les garçons seraient plus évolués dans le processus morbide que les filles, donc davantage « en danger » (44).

3.1.2. Age

L'âge moyen retrouvé dans la plupart des études est de **15 ans** (34,39,53,65).
Certaines études trouvent une moyenne de 13-14 ans (50) ou de 15-16 ans (21).

3.1.3. Antécédents personnels de tentative de suicide

Les adolescents suicidants des différentes études ont un pourcentage d'antécédents personnels de tentative de suicide allant de **14%** (107) **à 40%** (59) (jusqu'à 48% pour les filles (61)), et avoir fait une tentative de suicide multiplie le risque d'en faire une nouvelle par 20 (84).
Parmi les récidivistes, certains adolescents ont déjà fait au moins 2 tentatives de suicide avant la tentative de suicide index (7.2%) (67).

3.1.4. Antécédents personnels psychiatriques

3.1.4.1. Idées suicidaires

Lorsque les suicidants sont interrogés sur leur état d'esprit des jours et des semaines précédant leur geste, la notion d'idéations suicidaires latentes, plus ou moins anciennes, est souvent retrouvée.
Or, **le rapport idées suicidaires/tentative de suicide est de 4** et la chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte (90).

Une étude (23) portant uniquement sur la présence d'idéations suicidaires a mis en évidence que les adolescents qui en présentent, ont davantage de problèmes de santé (asthénie, cauchemars, insomnie), usent plus de drogues (tabac, alcool, drogues illégales, psychotropes) et ont davantage de comportements délinquants (vols, fugues, racket...). Par-dessus tout, les filles ont plus de problèmes à l'école (absentéisme et abandon).

En général, les jeunes qui ont des idéations suicidaires, expriment une violence de diverses manières. Ils parlent peu de leurs soucis directement mais consultent davantage pour des motifs somatiques.

Enfin, cette étude a démontré que des comportements typiques à un sexe sont plus souvent liés à des idées suicidaires dans l'autre sexe, ce qui vient pointer des difficultés d'adaptation, ou des troubles de l'identité sexuelle et sociale. Par exemple, lorsque des garçons ont des manifestations psychosomatiques, il y a plus de risques de retrouver chez eux des idées suicidaires associées et, de même, lorsque les filles prennent part aux rixes.

3.1.4.2. Fugue

30 à 70% des adolescents ont fugué avant de réaliser leur tentative de suicide (21,46).

La fugue est une conduite qualifiée d' « **équivalent suicidaire** » : elle correspond à l'évitement physique d'une situation devenue insupportable pour l'adolescent.

C'est donc un élément important à prendre en compte et facilement détectable par les parents et par les éducateurs.

3.1.4.3. Troubles psychiatriques, troubles du comportement

Les adolescents suicidés ou suicidants ont souvent des antécédents de violences sexuelles subies, une biographie émaillée de secrets de famille ou de filiation, des troubles de l'humeur et de la personnalité, des difficultés d'affirmation de l'orientation sexuelle, des questionnements identitaires majeurs.

Entre **26% et 60%** des suicidants ont des antécédents de troubles psychiatriques (troubles du comportement comme l'absentéisme scolaire, épisode dépressif, troubles anxieux, toxicomanie, alcoolisme aigu ou chronique, manifestations psychosomatiques) et 37% ont déjà vu un psychiatre ou un psychologue avant leur hospitalisation (65,107).

En ce qui concerne les troubles des conduites, elles sont parfois davantage représentées chez les adolescents suicidants, mais parfois davantage chez les témoins non suicidants (46).

3.1.4.4. Scolarité

Les difficultés, le retard scolaire, et plus encore le **fléchissement récent des résultats scolaires** sont des éléments régulièrement retrouvés chez les suicidants.

Les différentes études mettent en évidence chez les suicidants des difficultés et un retard scolaires en proportion variable mais toujours supérieure à 30%.
Certaines études retrouvent que 41% des suicidants ont des difficultés scolaires et 37% une scolarité normale (65), d'autres qu'un tiers des suicidants a des difficultés scolaires avec souvent un retard supérieur ou égal à 2 ans, contre un douzième chez les témoins (8) ; d'autres encore que 60% des jeunes suicidants ne suivent pas une scolarité « normale » (65), ou qu'1 adolescent sur 3 a au moins 1 an de retard scolaire et que la moitié a de mauvais résultats (50).

Les adolescents qui ont quitté précocement le système scolaire sont 2 fois plus à risque de faire une tentative de suicide comme nous l'avons déjà évoqué précédemment.
40% des suicidants ont manqué plus de 2 semaines durant le semestre précédant la tentative de suicide et 57% des garçons décédés n'étaient pas allés en classe la veille de leur suicide (14).

3.1.5. Comorbidité

Les données quant à la comorbidité retrouvée chez les adolescents suicidants varient de manière assez importante selon les études.
Tous les troubles psychiatriques (sauf la démence) augmentent le risque de décès par suicide, en particulier la schizophrénie, l'anorexie, la dépression et les troubles de l'humeur. Mais le risque est d'autant plus élevé que le trouble est précoce et serait multiplié par 22 pour les moins de 16 ans qui présentent des troubles de l'adaptation ou des troubles psychiatriques.
Dans certaines études, les troubles psychiatriques associés sont rares ou peu nombreux et la tentative de suicide est plus souvent révélatrice d'une vulnérabilité psychique, d'une grande fragilité narcissique, d'une intolérance à la perte (parents ou substituts) et d'une dépendance massive à ces liens primordiaux (78).
Plutôt qu'entraînés par un trouble psychiatrique tel qu'ils sont définis dans nos classifications, 40% des suicidants sont submergés par un trop plein d'émotion lié au développement normal de l'adolescence, avec des problèmes surajoutés (107).
A l'étude de l'historique des suicidants, divers indicateurs d'un mal-être ressortent : l'absentéisme scolaire, la toxicomanie, les troubles du comportement alimentaire, les conduites d'échec, les conduites à risque (comme la vitesse, la sexualité non protégée,...), les violences agies ; autant de **conduites de rupture** qui sont importantes à repérer. A noter que

ces conduites sont d'autant plus à risque de passage à l'acte qu'elles surviennent avant l'âge de 15 ans.

Les garçons suicidants ont plus souvent des comportements déviants que les filles, plus souvent d'absentéisme scolaire, et sont généralement moins bien adaptés socialement (44).

Les **manifestations psychosomatiques** sont parfois le seul symptôme patent du mal-être de l'adolescent. Elles sont majorées pour les adolescents suicidants dans les deux sexes par rapport à une population témoin, et de manière plus flagrante chez les garçons (44).

Les pourcentages de troubles psychiatriques associés favorisant le passage à l'acte (E.D.M., psychose, troubles sévères de la personnalité) sont très variables : dans 10.8% des cas (6), dans 20 à 30% des cas (1,90), dans 40 à 78% des cas (86), dans 80% (9), voire dans 97% (65)... Une disparité vraiment importante !

Cette disparité majeure peut s'expliquer par les difficultés diagnostiques inhérentes à cette tranche d'âge. L'adolescence est une période de mouvance, de devenir ; poser un diagnostic de trouble de la personnalité parait souvent hasardeux, voire délétère pour le patient. Il est alors préférable de parler de « traits » de personnalité ou de « comportement sur tel ou tel mode ».

En ce qui concerne les troubles de l'humeur, nous avons déjà vu dans notre première partie que le diagnostic de dépression chez l'adolescent est difficile à poser, les formes que prend la dépression à cette période de la vie étant souvent atypiques.

Les diagnostics associés aux tentatives de suicide sont le plus souvent des troubles de l'humeur de type E.D.M., des T.C.A. (surtout la boulimie) pour les filles et des problèmes d'ordre sociaux ou la toxicomanie pour les garçons.

3.1.5.1. Dépression et manifestations psychosomatiques

Le lien entre la dépression, le suicide et la tentative de suicide est confirmé par de nombreuses études : la dépression du sujet augmente sensiblement le risque de tentative de suicide, en particulier chez le garçon, et la dépression chronique augmente le risque de récidive. Le risque relatif de faire une tentative de suicide lorsque l'adolescent est déprimé est de 4 à 5. Récemment, seule une enquête ne retrouvait pas une telle corrélation (53).

Plus la dépression est majeure, plus le risque de suicide augmente et plus le moyen employé est « efficace ». Les sujets ayant des antécédents de tentative de suicide ont un niveau de

dépression plus élevé que ceux hospitalisés pour une première tentative de suicide, qui ont eux un niveau de dépression supérieur à ceux n'en ayant jamais faite (12).
Cependant, selon les études, entre 25 et 95% des jeunes suicidants (en particulier les filles) ne sont pas cliniquement déprimés.
Comme nous l'avons déjà souligné, il existe une forte disparité dans les pourcentages de patients suicidants diagnostiqués comme étant déprimés. Les moyens diagnostiques utilisés dans les différentes études divergeant, il nous est impossible de les comparer de manière scientifique.
Les études mettent en évidence un taux d'E.D.M. chez les suicidants allant de 5% à 81.1% (12,50,56,65,80,107) !
A côté de la dépression avérée, les études font mention de dysthymie pour 10% à 20% des patients (12,15,56) et de troubles anxieux pour 17.8% des patients (21).

3.1.5.2. Psychose

Les études retrouvent un taux de psychotiques parmi les suicidants s'étendant de 0% (6,53) à 10% (65), la tentative de suicide signant le plus souvent l'entrée dans la psychose.

3.1.5.3. Troubles de la personnalité

Dans une population de suicidants, les patients qui ont un trouble de la personnalité ont des taux d'antécédents de tentative de suicide et de récidives supérieurs à ceux qui en sont exempts.
Les troubles de la personnalité retrouvés chez les suicidants sont surtout les **personnalités limite et antisociale**, avec une grande variabilité des résultats entre les études, comme pour les diagnostics de dépression (12).

Les taux, selon les études, varient de 4.9% (53) à 81.1%, avec toutefois une nuance pour ce dernier taux important qui se réfère aux troubles mais également aux traits de personnalité (12).
Ainsi, des études retrouvent que 7% (65), 24% (107), ou 30% (65) des suicidants, ont un trouble de la personnalité, sans préciser lequel.
Plus précisément, lorsque 32% des patients ont un trouble de la personnalité, la personnalité psychopathique est représentée à 20%, la personnalité limite (ou état limite) à 7% et un trouble psychotique à 5% (46).

Dans une autre étude, 31% des suicidants présentent un état limite (versus 13% chez les témoins), la différence étant significative, et 10 à 12% présentent une névrose de type hystérie ou une pathologie du caractère (56).

3.1.5.4. Troubles du comportement alimentaire

Des suicidants présentent des troubles des conduites alimentaires comme l'**anorexie mentale** et la **boulimie**. Pour l'anorexie mentale, la tentative de suicide se situe particulièrement lorsque la maladie est évoluée et que les patients traversent une phase d'autoaccusation, de culpabilisation, et qu'ils sont au terme de leur appauvrissement relationnel (50).

3.1.5.5. Troubles de l'adaptation, des conduites, éthylisme et toxicomanie

Les études retrouvent, pour certaines, des troubles de l'adaptation de l'adolescence dans un tiers des cas (46,65) et des troubles des conduites chez la moitié des suicidants (65).
L'éthylisme chronique fait partie du quotidien de certains de nos jeunes patients, touchant jusqu'à 13.9% des garçons et 8% des filles (53).
La toxicomanie également, chez 4.3% des garçons et 1.1% des filles, tout comme la toxicophilie pour 17.6% des garçons et 3.6% des filles (53,50,65).

3.1.6. Moment de la tentative de suicide

La répartition des tentatives de suicide selon le mois est variable. Cependant, elles semblent prédominer dans le premier semestre de l'année avec une surreprésentation des **mois de printemps**. Cette surreprésentation serait-elle à rapprocher des dépressions de l'enfant et de l'adulte qui sont majorées à cette période ?
Ces résultats viendraient corroborer les écrits de E. Dukheim : « Ce n'est ni en hiver, ni à l'automne que le suicide atteint son apogée mais pendant la belle saison » (35).
Le printemps peut regrouper 46% des tentatives de suicide (34,50,75), avril et mai la majorité des tentatives de suicide de l'année (21), la période d'avril à juin 33% des tentatives de suicide (34) et mai 13.4% des tentatives de suicide (65) selon les études.

L'hiver est également une saison qui regroupe une part importante des tentatives de suicide : janvier peut représenter 11.1% (43) ou 13.4% des tentatives de suicide (65), la période de janvier à mars 27% (34), février 11.7% et mars 10.2% des tentatives de suicide (43).

L'automne regroupe tantôt des taux bas (3.7%), tantôt des taux moyens (21,34,65).

En ce qui concerne l'été, c'est à l'unanimité une période où les tentatives de suicide sont peu fréquentes : moins de tentatives de suicide de mai à septembre que pendant le reste de l'année (3.7% en juillet par exemple) (43,65).

En ce qui concerne le jour, dans une étude il y a deux pics de fréquence non significatifs les lundis (18.1%) et les mercredis (18.1%), et une majorité des tentatives de suicide les samedi et dimanche (50).
Dans d'autres études, les tentatives de suicide sont pour la plupart réalisées le soir au retour de l'école entre 18h et 24 heures (41.4%) avec une différence significative (65), effectuées au domicile du jeune suicidant (78.6%), et avec quelqu'un aux alentours (87.2%) (40,43).

3.1.7. Motif de la tentative de suicide

Comme nous l'avions déjà abordé dans notre sous-paragraphe sur les tentatives de suicide à l'adolescence, le motif évoqué par les jeunes suicidants est **souvent un fait précis**, comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école (surtout évoqués par les plus jeunes), une dispute et/ou une rupture avec le(la) petit(e) ami(e) (surtout évoquées par les plus âgés). Moins de 10% des sujets évoquent un malaise plus global (53,98).
L'intention de « mourir » n'est pas retrouvée en première place mais, malgré tout, chez 29% des suicidants (65). Les suicidants mettent sinon en avant un désir de « fuir », de « dormir », de « lancer un SOS » et, plus rarement, de « faire pression sur leur entourage » ; de manière encore plus rare, les suicidants ont agi « sous l'influence des autres » ou pour « provoquer un avortement » (65,107).
Enfin, dans certaines études, 40 à 54% ignorent la raison de leur geste et 4% nient la tentative de suicide (65,107).

3.1.8. Moyen utilisé

Pour les tentatives de suicide, le moyen le plus employé est la **prise de médicaments** (80 à 90% des cas), toutes études confondues, avec une prédominance significative d'I.M.V. chez les filles, notamment avec les dérivés du paracétamol et les psychotropes. Le moyen qui arrive en deuxième position est la phlébotomie (environ 10%).

Alors que les garçons ne représentent qu'environ 20% des suicidants, parmi les suicidants des deux sexes confondus nécessitant une prise en charge somatique hospitalière, ils sont 45.7% pour 54.3% de filles : ceci laisse à penser que les garçons emploient en général des moyens plus radicaux que leurs homologues féminines (6).

3.1.9. Milieu social

Etre issu d'un milieu social moyennement favorisé ou défavorisé est un facteur de risque de tentative de suicide qui a longtemps été évoqué et décrit dans la littérature.
Le « risque social », représenté par le faible niveau éducatif, le faible revenu et la mobilité de résidence, augmenterait sensiblement les risques de tentative de suicide.
Or, les études récentes tendent plutôt à démontrer que le faible niveau socioéconomique 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 facteur social défavorable (21,38,71).
Cependant, d'autres études retrouvent chez les suicidants, des jeunes issus de milieux moyennement favorisés ou défavorisés en proportion supérieure : 82% des adolescents suicidants sont issus d'un milieu social moyennement favorisé ou défavorisé (107), ou 40% des primosuicidants et 56% des récidivistes appartiennent à une couche sociale défavorisée (59,97).

3.1.10. Origine

Certaines études, comme celle qui met en évidence que 26% des adolescents suicidants sont d'origine étrangère dans un département où il n'y a que 7.9% d'étrangers (65), concluent à

une influence de l'origine des parents dans le comportement suicidaire. Cependant, beaucoup d'autres études infirment cette notion.

.

3.1.11. Situation de l'habitat

Il y a moins de suicides en ville ; il semblerait que **la ville protège** des comportements suicidaires, en partie par l'intermédiaire de « réseaux étendus qui sont particulièrement efficaces en cas de coups durs » (97).

3.1.12. Situation, contexte familial

La corrélation du statut matrimonial des parents du sujet avec le risque de tentative de suicide est évoquée dans la majorité des études : il est souvent retrouvé que la dissociation familiale (par divorce ou décès) augmente le risque de passage à l'acte, et davantage quand le sujet est masculin (71).

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 (21,34,50,107). Cependant, plus d'1 suicidant sur 2 a des parents mariés, ce qui relativise le poids de la séparation familiale comme facteur étiologique.

Ce qui semble peser davantage est plus **l'instabilité familiale** et les **relations familiales perturbées**. Leur dégradation est un indicateur capital : parents absents, manque affectif ou, au contraire, parents trop intrusifs, ou trop ambitieux pour leurs enfants (17,43).
Ce qui importerait surtout pour le jeune public serait donc la qualité des relations intrafamiliales (24).
De bonnes relations intrafamiliales seraient un facteur de protection contre les tentatives de suicide et des relations de mauvaise qualité un facteur de vulnérabilité. Des études retrouvent que 25% des couples de parents des suicidants sont en mésentente (71).
Par ailleurs, la violence entre les parents ou entre les parents et les enfants, surtout lorsqu'elle est accompagnée de violences sexuelles, fragilise l'estime que les jeunes ont d'eux-mêmes, alors que la psychopathologie des parents diminue leur capacité à éduquer, à gérer les conflits et à établir des relations chaleureuses avec leurs enfants (13).

Les suicidants sont également des adolescents qui ont été endeuillés : jusqu'à près d'1 suicidant sur 10 a un parent décédé, et 1 sur 20 ne connaît pas un de ses parents (50).
En ce qui concerne leur lieu de vie, la majorité des suicidants vivent chez leurs parents ; ils sont cependant 5.6 fois plus nombreux que dans la population générale à ne pas y résider (21).
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 leurs grands-parents (107).
Les suicidants grandissent plus souvent dans une **famille monoparentale**, plus généralement auprès de leur mère, et le risque suicidaire est supérieur quand le père est absent (soit dès l'origine, soit suite à une séparation) (19).

De plus, le cumul des troubles intrafamiliaux augmente sensiblement le risque de récidive.

En ce qui concerne leur fratrie, les suicidants sont souvent issus (jusqu'à 50%) d'une **fratrie d'au moins 4 enfants** avec une surreprésentation des fratries de plus de 4 (60%) chez les récidivistes (19).
Pour ce qui est de leur rang dans la fratrie, les études divergent ou les résultats ne sont pas significatifs mais les suicidants sont souvent **les aînés** (34,50).

3.1.13. Troubles psychiatriques familiaux, éthylisme compris

Les pathologies psychiatriques familiales sont des facteurs prédictifs avérés dans les suicides et les tentatives de suicide chez les adolescents (43).
Les études peuvent mettre en évidence une hérédité pathologique psychiatrique chez presque la moitié des suicidants, les troubles décrits comprenant en grande majorité l'éthylisme du côté paternel. Viennent ensuite la **pathologie dépressive** du côté maternel, les troubles psychotiques, les troubles anxieux (34,107).
Parmi les troubles énoncés, l'**éthylisme chronique** parental serait le facteur de risque le plus significatif. Néanmoins, il a été souligné que les enfants de mère déprimée auraient plus de risque de faire une tentative de suicide, en raison d'une diminution de la disponibilité affective de leur mère, un climat familial plus conflictuel et/ou plus angoissant. Ils présenteraient davantage d'idées suicidaires, surtout lorsqu'ils sont les premiers de la fratrie (71).

3.1.14. Suicides et tentatives de suicide familiaux

Les antécédents suicidaires familiaux sont également des facteurs prédictifs dans les suicides et les tentatives de suicide chez les adolescents (43).

L'exposition au suicide est corrélée à la multiplication des tentatives de suicide de l'adolescent. Ainsi, jusqu'à 72% des suicidants récidivistes et 50% des primosuicidants ont des proches qui ont eu un comportement suicidaire (tentative de suicide ou suicide accompli) ; alors que « seulement » 36% des adolescents non suicidants ont de tels antécédents (34,65,71).

3.2. Facteurs pronostiques de récidives et de décès

En raison de troubles sévères de l'organisation familiale, les suicidants développeraient des limitations caractérielles qui les empêchent d'être aidés par d'autres. De ce fait, les adolescents ont davantage de difficultés à demander de l'aide et à l'accepter lorsqu'on leur tend la main.

Les récidives seraient donc influencées par les aménagements individuels et familiaux mis en place après la première tentative de suicide (71).

Dans l'année suivant la tentative de suicide index, entre 12% et 40% des adolescents vont récidiver avec une moyenne de **récidives** se situant autour de **30%** (7,21,40,46,56,65, 67,85,95).

A partir de 3 tentatives de suicide, le suicidant est considéré multirécidiviste : multirécidiviste mineur pour strictement moins de 5 tentatives de suicide et multirécidiviste majeur à partir de 5. Le problème des multirécidivistes est que, pour beaucoup, la tentative de suicide est devenue leur moyen d'apaiser une tension, de ne pas élaborer les conflits (71,100,101).

Dans certaines études, le risque létal augmente avec le risque de passage à l'acte, alors que, dans d'autres, plus le nombre de tentatives de suicide augmente, moins le risque létal est important (83,90).

3.2.1. Facteurs de risque de récidive

Des études ont comparé les primosuicidants aux récidivistes afin de tenter de pointer des éléments prédictifs de la récidive.

Tout d'abord, le facteur de risque le plus important de faire une tentative de suicide est **l'antécédent de tentative de suicide**, qui multiplierait par 20 dans l'absolu (84), voir par 100 l'année suivant la tentative de suicide index, le risque d'en refaire une par rapport à celui qui n'en a jamais faite (7). Jusqu'à 67% des récidivistes lors de la tentative de suicide index ont récidivé dans les 3 mois. Le risque de récidive est donc un risque immédiat et augmente de manière exponentielle avec le nombre de gestes réalisés (7,21).

Le fait d'être **un garçon suicidant** présenterait, selon certaines études, un facteur de risque de récidive, ou tout du moins de récidives en plus grand nombre dans le mois suivant la tentative de suicide index, par rapport aux filles (7,30,40,85).
Un primosuicidant très jeune a plus de risques de récidiver qu'un primosuicidant plus âgé (7).

Les récidivistes présentent par rapport aux non récidivistes, lors de la tentative de suicide index ou dans leurs antécédents, davantage de troubles psychiatriques.
Selon la majorité des études, ressortent comme facteurs de risque de récidive :

- la **dépression**, surtout chez les filles, et d'autant plus que l'anxiété y est représentée et que le niveau de dépression est important (59,61,64,71),
- les troubles de la personnalité, principalement la **personnalité limite** (7,12,21,72,63),
- l'**éthylisme chronique** et la **toxicomanie**, surtout chez les garçons (7,32,59).

Par ailleurs, les adolescents récidivistes présentent davantage de **plaintes somatiques chroniques**, une moins bonne adaptation, sont plus isolés sur le plan social, ont de moins bons résultats scolaires et ont bénéficié en plus grand nombre d'un traitement médicamenteux

anxiolytique ou hypnotique par rapport aux primosuicidants. Cette dernière entité pouvant tout à fait s'expliquer par le pourcentage supérieur de comorbidité chez ces patients.

Les résultats concernant les troubles du comportement sont contradictoires.

Tous ces éléments ne font que souligner la souffrance majeure des récidivistes et peuvent donc tout à fait expliquer une récidive, même si, de manière assez surprenante, nous ne retrouvons pas plus de troubles psychotiques ou de tentatives de suicide graves chez les récidivistes que chez les primosuicidants en général (53,59).

Au niveau **familial**, les facteurs de risques de récidive mis en évidence dans la plupart des études sont :

- la dissociation et les **conflits** (56,61),
- les antécédents **psychiatriques** et l'**éthylisme** parental (7,59,72),
- les **comportements suicidaires** familiaux (7,59,72).

Le faible niveau socioéconomique est parfois incriminé dans certaines études mais pas dans d'autres (de la même manière qu'en facteur de risque des tentatives de suicide) (53,56,59).

A noter qu'une supériorité des récidives a été retrouvée chez les patients qui n'avaient pas été hospitalisés (ni en psychiatrie, ni en pédiatrie) par rapport aux suicidants hospitalisés, et davantage de récidives chez ceux qui avaient été hospitalisés en pédiatrie par rapport à ceux qui avaient été hospitalisés en psychiatrie, dans une étude menée à Oxford dans les années 1980 par K. Hawton et J. Fagg (53).

3.2.2. Décès

La tentative de suicide augmente le risque de décès par suicide ou par toute autre mort violente, en particulier durant la première année suivant le geste : **le risque global de décès est multiplié par 20** chez les anciens suicidants (1).
Les suicidants ont donc une surmortalité multipliée par 7 par rapport aux adolescents non suicidants, avec 1 à 2% de décès dans l'année suivant la tentative de suicide index pour certaines études et jusqu'à 10% (versus 1 à 3% pour les primosuicidants) pour une autre (7).

A long terme, la mortalité par suicide est évaluée à 10% (37,43,47,52,65,89).

3.3. Evolution globale (21,47,46,107)

L'évolution, à moyen ou long terme, dépend du diagnostic associé à la tentative de suicide index : un suicidant psychotique ne pourra en effet s'insérer de la même manière qu'un suicidant présentant un trouble anxieux.

Les évolutions les plus favorables (à 70%) se retrouvent pour les suicidants qui avaient un trouble de l'adaptation de l'adolescence isolé, donc sans comorbidité (46).
En général, l'évolution est plus favorable pour les patients à organisation névrotique par rapport à ceux présentant une pathologie psychotique ou limite, sauf dans une étude où les patients présentant une pathologie limite ont évolué de manière favorable à 62% (46).
Les patients qui avaient un trouble de l'humeur évoluent de manière favorable à 42%.
Les évolutions les plus défavorables concernent les patients psychotiques (seuls 14% vont mieux à distance de leur geste) puis les psychopathes (41% vont moins bien).

Les patients présentant un état limite ont souvent récidivé et présentent de nombreux troubles du comportement (T.C.A., toxicomanie, automutilations, aménagements pervers,...) ; pour ces derniers, la prise en charge est difficile et l'insertion sociale appauvrie.

En totalité, **entre 25% et 56% des suicidants vont mieux à distance de leur geste**, sont insérés socialement et en famille.
Cependant, pour un bon nombre, des symptômes invalidants persistent et certains ont même une évolution péjorative avec une marginalisation, un retrait, un désinvestissement, des troubles majeurs du comportement avec l'apparition d'une symptomatologie nouvelle.
Parmi eux, certains sont en invalidité du fait d'une maladie psychiatrique.
Une autre partie de ces patients dont l'évolution n'est pas favorable (stagnation) n'a pas de pathologie psychiatrique définie mais « ils sont englués dans une problématique directement en lien avec celle de leur adolescence, qui pèse quotidiennement sur leur vie d'adultes de 30 ans avec des difficultés professionnelles, une instabilité affective, des relations sociales médiocres, des conflits familiaux non résolus » (46,53).

4. MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES JEUNES SUICIDANTS (87,91,92)

Pendant une longue période, la majorité des adolescents suicidants est restée méconnue des services d'urgences pédiatriques.

Les parents, animés par un malaise, par une forte incompréhension, par un sentiment de honte ou de culpabilité, face au geste autoagressif de leur enfant, ont longtemps préféré qu'il soit pris en charge à domicile par le médecin de famille. Un voile était ainsi rapidement jeté sur ce qui venait de se dérouler.

Dans d'autres situations, l'adolescent était pris en charge aux urgences de pédiatrie, traité sur le plan somatique puis renvoyé à domicile. Il n'était hospitalisé que si son état somatique le justifiait et il ne bénéficiait pas systématiquement d'un entretien auprès d'un soignant de l'équipe de pédopsychiatrie. L'hospitalisation systématique des jeunes suicidants était donc loin de faire l'unanimité parmi les médecins, souvent confortés en cela par la réticence des familles et même par le discours du jeune patient. A quelques heures de leur tentative de suicide, les adolescents expriment souvent un certain soulagement, banalisent leur geste et majoritairement, dénient toute forme de souffrance psychique (73,86).

L'effet cathartique du geste autolytique vient donc renforcer l'absence de recours systématique à l'hospitalisation et/ou au pédopsychiatre.

Au fil des années, l'analyse des pratiques de soins a montré que l'orientation des suicidants vers une structure de soins était loin d'être la règle, que l'hospitalisation des suicidants n'était pas systématiquement proposée, que de nombreux suicidants pouvaient quitter une structure hospitalière sans avoir rencontré un pédopsychiatre ou sans avoir reçu les coordonnées d'un centre de soins psychologique. Parallèlement, les tentatives de suicide des adolescents s'amplifiaient quant à leur nombre.

Afin d'uniformiser et de potentialiser les soins apportés aux jeunes suicidants, leur prise en charge spécifique a fait l'objet de recommandations de l'A.N.A.E.S (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) en 1998, recommandations que nous détaillerons ultérieurement.

Selon une étude menée par M. Choquet (Inserm) en 1993, seule une minorité des enfants et des adolescents suicidants bénéficierait d'une prise en charge adaptée : 20 à 30% des suicidants ne seraient pas orientés vers une structure de soins et 75% des jeunes qui font une tentative de suicide en France ne seraient pas hospitalisés (22).
Dans cette étude, parmi les 25% des suicidants qui sont hospitalisés, la majorité des suicidants (83%) est admise en urgence. Ensuite, 17% des suicidants quittent l'hôpital dans les douze heures et 83% sont transférés soit en pédiatrie (41%), soit dans un service d'urgence (17%), soit en psychiatrie (9%), soit dans d'autres services de médecine (28%). Durant cette hospitalisation, 21% ne rencontrent pas de spécialistes « psy » et 21% quittent l'hôpital sans proposition de suivi (21).
Dans d'autres études, les chiffres sont, heureusement, moins alarmants et les jeunes suicidants sont hospitalisés dans 70 à 80% des cas (88).

Cependant, certaines études tendent à démontrer qu'un adolescent hospitalisé a plus de chance de s'en sortir ; pour exemple, l'équipe de P. Pommereau a mis en évidence que 75% des suicidants récidivant à très court terme, c'est-à-dire dans les 3 mois, n'avaient pas été hospitalisés (88).
L'hospitalisation a pour certains, comme pour J-J. Chavagnat, un rôle de pare-excitation (20).
Lorsqu'elle a lieu, l'hospitalisation moyenne en 2002 est de 4.6 jours, contre 24h il y a 13 ans (21,107).
En ce qui concerne le souvenir que les suicidants ont de leur hospitalisation à distance, une étude menée en 1997 par M. Choquet et V. Granboulan a objectivé que ce souvenir se négative fortement avec le temps et ce déjà au bout de 3 mois, et de manière encore plus marquée pour la gent masculine. Ainsi, le pourcentage des jeunes qui gardent un mauvais souvenir de leur séjour passe pour les garçons de 25% au moment de la sortie à 75% à 3 mois.
Lors de leur sortie d'hospitalisation, les deux sexes confondus, les adolescents sont satisfaits à 88%.
Par ailleurs, les filles, le temps s'écoulant, sont de plus en plus nombreuses à penser qu'elles ne sont pas restées assez longtemps à l'hôpital. Elles pensent alors qu'une hospitalisation durant 11 jours aurait été préférable et les garçons parlent eux de 15 jours. Pour ce qui est du but de l'hospitalisation, les adolescents des deux sexes désirent « renouer un dialogue avec leurs parents » et « être bien soignés » sur le plan psychiatrique (21).

L'absence de suivi psychiatrique semblerait augmenter le risque de récidive, en particulier pour les garçons qui sont souvent moins bien pris en charge que les filles. Cette prise en charge différentielle des sexes peut s'expliquer par l'attitude des cliniciens qui ne perçoivent pas toujours la gravité du suicide masculin et par celle des patients masculins qui se montrent plus réticents, vis-à-vis de la prise en charge, que leurs homologues féminines.

Le projet de suivi est proposé à la grande majorité (entre 50 et 78%) des suicidants lorsqu'ils sortent d'hospitalisation. Cependant, la rupture thérapeutique à la sortie de l'hôpital est importante : les suivis ne sont pas engagés ou rapidement interrompus pour plus de la moitié des adolescents, parfois jusqu'à 75% (107).

Les facteurs qui semblent déterminer le suivi psychologique sont : le sexe (les filles représentent 89% des suivis), la souffrance ressentie, la dépression, la durée d'hospitalisation (le suivi est multiplié par 2.6 quand l'hospitalisation a duré plus de 3 jours), le nombre d'entretiens psychiatriques durant l'hospitalisation (le suivi est multiplié par 1.7 quand il y a eu plus de 2 entretiens), le fait que les parents soient rencontrés (le suivi est alors multiplié par 1.5), le fait que le rendez-vous soit pris avant la sortie (le suivi est multiplié par 3.8), le fait que le psychiatre qui va prendre le relais soit contacté (le suivi est multiplié par 5.1) (10).

Une fois le suivi engagé, le problème de son maintien et de la régularité des présentations aux rendez-vous se pose :

- 20% des adolescents ne viennent que de manière irrégulière aux rendez-vous,
- à 3 mois, entre 30 et 68% des suicidants ont interrompu leur suivi (21,46,58),
- à 1 an, 44% des patients sont encore suivis, même irrégulièrement,
- et à 42 mois, 71% ne sont plus suivis (21).

Les motifs invoqués pour l'absence ou l'interruption du suivi sont importants à prendre en compte afin de prévenir la rupture thérapeutique : les jeunes ont « peur de parler » pour 51% de ceux qui ont interrompu leur suivi, et pour la moitié des filles et un tiers des garçons ils « n'en ressentent pas le besoin ». Un tiers des suicidants des deux sexes incrimine le fait qu'ils ne connaissent pas le psychiatre ou le psychologue qu'ils doivent rencontrer.

La prévention du suicide est depuis quelques années un enjeu de santé publique en France et de nombreuses stratégies sont mises en place.

Ces stratégies nécessitent la formation préalable des soignants et des différents interlocuteurs des adolescents, comme les professeurs par exemple.
En matière de prévention primaire, la formation des infirmières scolaires et des médecins généralistes dans la reconnaissance précoce des conduites de rupture a été proposée.
En matière de prévention secondaire, c'est une meilleure formation des médecins généralistes à la prise en charge des jeunes suicidants qui a été ciblée. Il s'agit de les inciter à recourir plus systématiquement à l'hospitalisation, même brève, en service d'urgence et/ou de pédiatrie.
Enfin, une augmentation des lits de pédopsychiatrie est encouragée.

A un autre niveau, dans la prévention primaire, il importe de mettre à la portée des adolescents le moins « d'outils » possibles. L'I.M.V. étant le mode le plus utilisé pour les tentatives de suicide, des actions en matière de conditionnement sont entreprises pour réduire la quantité de principes actifs par boîte (en particulier concernant les dérivés du paracétamol et les psychotropes qui sont les deux familles pharmaceutiques les plus représentées lors des tentatives de suicide). De même, la vente d'arme à feu (mode très utilisé lors des suicides) est réglementée ; cependant, 22% des foyers français en possèderaient une (103).
Lorsqu'ils rencontrent les parents d'un adolescent à risque, les professionnels de santé doivent leur préciser l'importance de mettre les médicaments sous clé, de ne pas conserver d'arme à feu chez eux,...
Chez le sujet suicidaire, l'agir - sous toutes ses formes - est vécu comme le seul moyen efficace d'apaiser sa souffrance psychique, comme nous l'avons déjà vu précédemment. En l'absence d'élaboration, le sujet va reproduire des actes en lieu et place d'une parole qui ne parvient pas à exprimer la douleur morale ressentie. Le médecin doit donc inciter le patient à mettre des mots sur ce qu'il éprouve et lui proposer une écoute active, l'amener à découvrir que la verbalisation des sentiments et des émotions peut l'apaiser plus durablement que l'agir et lui permettre de faire des liens et des associations donnant du sens à sa souffrance.
L'intervention du médecin pédopsychiatre va être intégrée dans tout un protocole détaillé dans les recommandations de l'A.N.A.E.S.
Ces recommandations professionnelles, réalisées en 1998 par l'A.N.A.E.S. dans le cadre du programme de prévention du suicide chez les jeunes mis en place par le secrétariat d'Etat à la Santé, s'appliquent aux jeunes suicidants de 11 à 20 ans.
La première recommandation consiste à l'admission systématique du jeune suicidant aux Urgences d'un établissement de soins. Il pourra alors y bénéficier d'une triple évaluation :

sociale, somatique et psychiatrique. C'est donc une prise en charge pluridisciplinaire et qui fait appel à une collaboration des différents partenaires.

Les éléments clés de cette prise en charge résident dans la stabilité et la disponibilité de l'équipe et du cadre thérapeutique, la continuité des soins, la souplesse et l'adaptation individuelle de la prise en charge et la désignation d'un professionnel référent qui organise et coordonne les soins et le suivi du patient sur un mode personnalisé.

L'A.N.A.E.S. recommande qu'à l'accueil aux Urgences, « l'empathie et la proximité relationnelle » soient favorisées, tout en conservant « un cadre strict » à la prise en charge.

Ensuite, l'examen somatique est réalisé pour l'évaluation de la gravité immédiate et différée du geste suicidaire. Parallèlement, il permet de faire une observation plus générale de la santé du sujet, de son hygiène de vie, de ses habitudes…

L'évaluation psychiatrique doit être réalisée le plus tôt possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission, quand l'état somatique le permet. C'est un entretien au cours duquel sont recueillies les premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise et du geste suicidaire (modalités, antécédents personnels ou familiaux de tentative de suicide, facteurs déclenchants,...), et au cours duquel sont recherchés une éventuelle pathologie psychiatrique sous-jacente et des signes de gravité pouvant faire craindre une récidive suicidaire. Cet entretien aborde également la biographie du sujet, son mode de vie et son insertion sociale…

Enfin, l'évaluation sociale réalisée par une assistante sociale de l'équipe, permet de préciser le contexte social de l'entourage, la situation scolaire du jeune suicidant, son niveau d'adaptation… Elle peut conduire à alerter les services sociaux et/ou les autorités judiciaires en cas de maltraitance.

Suite à cette première évaluation, l'hospitalisation est recommandée afin de poursuivre la prise en charge, idéalement dans une unité adaptée à recevoir des adolescents. Il n'y a pas de règle standardisée quant à la durée du séjour mais l'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie.

Les soins débutés lors de l'hospitalisation doivent se poursuivre et la prise en charge ultérieure être organisée en lien avec les intervenants extérieurs. La sortie du jeune patient doit être préparée et nous devons garder à l'esprit que la qualité du relais conditionne l'adhésion de l'adolescent au suivi, ainsi que l'impact à court et moyen termes de la prise en charge.

En 2000, les recommandations de l'A.N.A.E.S. ont été étendues à la prise en charge de la « crise suicidaire », terme qui représente une crise psychique dont le risque majeur est le

suicide. Lors de cette crise, les idées suicidaires du sujet sont de plus en plus prégnantes et envahissantes et peuvent le mener au passage à l'acte. Ces recommandations sont destinées aussi bien aux non professionnels qu'aux professionnels de santé.

2ème partie : ETUDE ET RESULTATS

1. PRESENTATION DE L'ETUDE

1.1. Buts de l'étude

Notre étude porte sur le devenir à 10 ans des patients hospitalisés pour tentative de suicide à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U de Nancy en 1996. La prise en charge des adolescents suicidants dans cet établissement s'appuie sur un protocole (annexe 1).

Les objectifs de cette étude sont :

- de pouvoir apprécier le devenir à long terme des suicidants pris en charge à l'Hôpital d'Enfants puis,
- de comparer nos résultats avec ceux obtenus auprès d'adolescents suicidants ayant été inclus dans des études du même type, et enfin
- de mettre en évidence des critères de pronostic et de gravité afin de définir des groupes à risque de récidive.

L'analyse des données de cette étude va contribuer à l'évaluation de nos pratiques, et nous permettre de proposer, si besoin, des mesures d'amélioration de la prise en charge des suicidants à l'Hôpital d'Enfants de Nancy.

1.2. Méthodologie

Rappelons que nous nous sommes attachée à employer la même méthodologie que celle utilisée par Mme A. Gehin qui avait déjà mené une étude identique 2 ans auparavant, afin de pouvoir comparer et additionner nos résultats avec le moins de biais statistiques possibles.
Notre travail se base à la fois sur l'étude d'une cohorte historique et sur une enquête transversale que nous avons menée d'avril 2006 à septembre 2006. Nous nous sommes intéressée aux 64 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy de début janvier à fin décembre 1996, et sur leur devenir psychosocial 10 ans après leur hospitalisation.

1.2.1. Critères d'inclusion

Est considéré « suicidant » tout adolescent ayant adopté volontairement soit un comportement qu'il savait dangereux pour son intégrité physique, soit un comportement à finalité autolytique.
Lorsqu'un jeune patient est pris en charge aux urgences pédiatriques du C.H.U de Brabois, un protocole d'intervention est appliqué. Les recommandations appliquées dans cet établissement, qui se réfèrent à celles de l'A.N.A.E.S., stipulent qu'un enfant ou un adolescent ayant commis un acte suicidaire doit être hospitalisé, quelle que soit la gravité de son état somatique. Lorsque les parents s'y opposent, ils doivent signer une demande de sortie contre avis médical et si le jeune patient est considéré en danger, à risque de récidive, le médecin doit en alerter le Procureur qui peut demander une Ordonnance de Placement Provisoire.

Pour l'année 1996, 64 patients répondent à ces critères et sont donc inclus dans notre étude.

1.2.2. Lettres et questionnaires adressés en 2006

1.2.2.1. Modalités des envois

Nous avons adressé aux patients et à leurs parents deux questionnaires en miroir.

Lorsque nous avons trouvé l'adresse personnelle des patients, ainsi que celle de leurs parents, nous avons adressé le même type de questionnaire et de lettre explicative à chacun d'eux.
Lorsque nous n'avons pu trouver les coordonnées personnelles des patients ou lorsque nous n'avons trouvé que leurs coordonnées, les questionnaires destinés aux patients et à leurs parents ont été placés dans la même enveloppe, accompagnés de deux lettres explicatives, une pour le patient et une pour ses parents et le courrier a été adressé, soit aux parents, soit aux patients selon les cas. Dans les trois situations, nous avons complété les courriers avec autant d'enveloppes timbrées à l'adresse de notre service que de questionnaires, pour encourager et faciliter le retour du courrier.
Dans les cas où les envois de questionnaires aux parents et à leur enfant n'étaient pas couplés, nous avons informé les différents destinataires que, leurs parents en ce qui concerne les enfants, et leur enfant en ce qui concerne les parents, allait(ent) recevoir un courrier identique au leur.

Trois patientes avaient déjà réalisé une tentative de suicide en 1994 et avaient donc déjà été sollicitées en 2004 ; tout comme en 2004, nous n'avons retrouvé les coordonnées récentes que pour l'une d'entre elles. Nous lui avons adressé un courrier particulier afin de lui préciser que nous étions consciente du renouvellement de la demande et afin de souligner l'importance que remplir ce 2ème questionnaire revêtait. Cependant, elle n'a pas répondu au questionnaire, comme elle n'avait pas répondu à celui de 2004.

Nous avons finalement trouvé les coordonnées individuelles de 13 patients et retrouvé l'adresse de 37 des parents d'anciens patients. 17 parents ou couples parentaux avaient déménagé depuis 1996.

Ainsi, parmi les 63 patients auxquels nous désirions envoyer un questionnaire (64 moins 1, décédé en 1996), nous avons pu en contacter 43, soit 67.2%.
Nous avons adressé un courrier comprenant les 2 questionnaires et les 2 lettres explicatives à 30 parents et à 6 patients et nous avons adressé individuellement un courrier, et aux patients et à leurs parents, dans 7 cas.

1.2.2.2. La lettre explicative (annexe 2)

La lettre jointe au questionnaire, adressée soit au patient, soit aux parents, permet de leur exposer le sens de notre démarche. Nous y décrivons les raisons pour lesquelles nous les contactons : le motif de leur hospitalisation, ou de celle de leur enfant, en 1996 à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy et l'importance pour les médecins d'évaluer le devenir des patients, permettant ainsi d'évaluer la qualité des soins que ces adolescents ont reçus et la qualité de la prise en charge actuelle.
Nous prions les anciens patients de consacrer un peu de leur temps à remplir et nous retourner leur questionnaire. De même, nous prions les parents de prendre un peu de temps pour remplir le questionnaire, de nous le retourner, et de transmettre à leur enfant celui qui lui est adressé si nécessaire.
Nous proposons, aux anciens patients comme à leurs parents, de les rencontrer pour aborder ces questions lors d'un entretien.
Deux numéros de téléphone (celui du service et notre numéro personnel) sont mis à leur disposition pour tout renseignement complémentaire.

Nous leur précisons enfin que nous nous permettrons de les joindre par téléphone s'ils ne donnent pas suite à notre courrier dans les 3 semaines suivant l'envoi des questionnaires.

1.2.2.3. Le questionnaire (annexe 3)

Nous avons repris le questionnaire utilisé dans l'étude de 1994 et n'avons réalisé que quelques modifications. Elles ont porté sur l'item « Avez-vous connu des échecs professionnels ? » que nous avons remplacé par « Avez-vous souvent changé de profession ? », critère qui nous semblait plus objectif et à connotation moins péjorative. Les modifications ont également porté sur la reformulation de questions concernant les récidives de tentative de suicide, le suivi psychologique après la tentative de suicide index et les nouvelles hospitalisations en psychiatrie. Nous avons ajouté des précisions de temps à ces questions afin d'éviter qu'elles puissent être mal interprétées, comme nous l'avait confié notre consœur qui avait réalisé l'étude en 2004.
Enfin, nous avons complété ce questionnaire par un dernier item portant sur l'opinion des destinataires sur la manière dont la prise en charge pourrait être améliorée.

Le questionnaire de 2006 comprend 39 questions :

- 22 questions fermées,
- 12 questions ouvertes dont 11 nécessitent une réponse quantitative ou objective (comme le niveau d'études, le nombre de cigarettes consommées,...) et dont 1 appelle une réponse subjective (sur les améliorations de la prise en charge),
- 5 échelles d'évaluation de la satisfaction, cotées de 0 à 10 dans différents domaines, sur lesquelles les personnes interrogées doivent mettre une croix.

Les questions sont regroupées en 3 grandes parties :

- la vie familiale des sujets :
    - la situation familiale est évaluée par les items « marié », « célibataire », « vit maritalement » et « divorcé » ;
    - le fait d'avoir des enfants par les items « oui » ou « non » et leur nombre par une question ouverte ;

- le fait que ces enfants soient à la charge de leurs parents est précisé par les items « oui » ou « non » et leur lieu de vie par une question ouverte quand la réponse est « non » ;
- le lieu de vie du patient par les items « avec vos parents », « seul », « en couple », « autre » (en colocation, sans domicile fixe, en foyer socio-éducatif,...) ;
- la dernière question de cette partie concerne l'estimation de la satisfaction dans le domaine de la vie affective. La personne interrogée doit mettre 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 ».

➢ le statut professionnel et la scolarité des sujets :

- avoir une activité professionnelle, avoir connu des changements de profession fréquents et avoir redoublé des classes pendant la scolarité sont évalués par des questions fermées « oui/non » ;
- l'activité professionnelle, le niveau d'étude et le nombre de classes redoublées par des questions ouvertes ;
- l'estimation de la satisfaction dans le domaine professionnel par une échelle d'autoévaluation ; 0 correspondant à « pas satisfaisante du tout », 5 à « moyennement satisfaisante » et 10 à « très satisfaisante ».

Pour le niveau d'étude, nous avons décidé de regrouper les réponses en 3 items : sans diplôme, diplôme C.A.P. (Certificat d'Aptitude Professionnelle) ou B.E.P. (Brevet d'Etudes Professionnelles), diplôme BAC ou supérieur.

➢ la santé somatique et psychologique des anciens patients :

Nous avons évalué à l'aide de questions fermées « oui/non » le fait :

- d'avoir des problèmes de santé,
- de prendre des médicaments tous les jours,
- d'être souvent en arrêt maladie,
- de consommer du tabac, de l'alcool de façon régulière, des drogues,
- d'avoir refait des tentatives de suicide depuis 1996,
- d'avoir eu un suivi psychologique après l'hospitalisation de 1996,
- d'avoir encore des idées suicidaires,

- d'avoir consulté en milieu psychiatrique (psychiatre de ville, C.M.P., urgences psychiatriques,...) dans les dix dernières années,
- d'avoir été hospitalisé en dehors de l'hospitalisation index, pour un problème psychologique dans les dix dernières années,
- d'être déprimé,
- d'être encore suivi sur le plan psychologique,
- de bénéficier d'une allocation pour adulte handicapé,
- d'avoir eu affaire à la justice.

Nous avons évalué par des questions ouvertes :

- le type de problème de santé,
- les médicaments consommés tous les jours,
- la quantité de cigarettes fumées par jour,
- le nombre de récidives de tentative de suicide après 1996,
- la durée du suivi psychologique après l'hospitalisation de 1996,
- le nombre d'hospitalisations pour problème psychologique en dehors de l'hospitalisation index,
- les modifications qui pourraient être réalisées dans le but d'améliorer la prise en charge des jeunes suicidants.

L'appréciation du suivi s'est faite selon 3 items : « moins de 3 mois », « entre 3 et 6 mois » et « plus de 6 mois ».

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

- la santé globale des anciens patients par une échelle allant de 0 « mauvaise », 5 « moyenne », à 10 « très bonne »,
- leur bien-être psychologique à l'aide du même type d'échelle allant de 0 « très malheureux », 5 « moyennement heureux », à 10 « très heureux »,
- la satisfaction de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 1996 avec une échelle allant de 0 « pas satisfait du tout », 5 « moyennement satisfait », à 10 « très satisfait ».

1.2.2.4. La C.E.S.-D., autoquestionnaire destiné aux anciens patients (5,16,42,annexe 4)

Nous avons décidé d'ajouter au questionnaire destiné aux patients un questionnaire d'autoévaluation de la dépression, la C.E.S.-D. (Center for Epidemiologic Studies-Depression scale). Il nous semblait intéressant de bénéficier d'un outil objectif sur la dépression afin de nous rendre compte de l'état psychique actuel des anciens patients.

Ce questionnaire est composé de 20 items (16 présentés sous forme négative et 4 sous forme positive) évaluant la fréquence des symptômes au cours de la semaine venant de se dérouler. La fréquence est qualifiée conjointement par un adverbe et un nombre de jours afin de diminuer l'hétérogénéité des réponses (42). Les items portent sur des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression, comme la qualité du sommeil, l'autodévalorisation, le sentiment de solitude, et inversement sur d'autres peu retrouvés dans la dépression comme le bien-être, la confiance en l'avenir...

Les réponses sont catégorisées et un chiffre est associé à chaque réponse :

- « 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.

Par exemple, lorsque le patient répond « occasionnellement » à l'item « je n'ai pas envie de manger, j'ai manqué d'appétit », 1 est attribué.

Lorsque le patient répond « occasionnellement » à l'item « j'ai été heureux(se) », 2 est attribué à cette réponse.

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.

1.2.3. Terminologie

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

- La **tentative de suicide index** est la première de l'année 1996 qui a donné suite à une hospitalisation à l'Hôpital d'Enfants de Nancy.

- Le terme de **récidive à trois mois** se rapporte à toutes les récidives connues, ayant eu lieu dans les 3 mois suivant la tentative de suicide index.

- Le terme de **récidive à un an ou entre trois mois et un an** regroupe toutes les récidives suicidaires connues, ayant eu lieu entre trois mois et un an après le geste pris comme référence.

- Les **récidives précoces** concernent les récidives à trois mois et entre trois mois et un an.

- Les **récidives à dix ans, ou dans les dix ans, ou entre un et dix ans** représentent toutes les récidives connues, ayant eu lieu entre la première année après la T.S. index et la fin de l'étude qui s'est déroulée 10 ans après le geste.

- Le **nombre de récidives totales** rassemble toutes les récidives connues, ayant eu lieu après la T.S. index, soit la somme des récidives à trois mois, entre trois mois et un an et entre un an et dix ans.

- Un **récidiviste mineur** est un suicidant qui a réalisé jusqu'à 4 T.S.

- Un **récidiviste majeur** est un suicidant qui a réalisé au moins 5 T.S.

- Un **multirécidiviste** est un suicidant qui a réalisé au moins 3 T.S.

- Dans les **antécédents personnels de tentatives de suicide**, on considère les T.S. réalisées avant la T.S. index, mentionnées dans les dossiers médicaux.

- Le **nombre total de tentatives de suicide connues** est évalué à partir du relevé du nombre total de T.S. que nous connaissions pour les 64 patients, en comptant le nombre de T.S. précédant la T.S. index, la T.S. index et le nombre de récidives totales connues.

- Lorsque nous parlons de l'**hospitalisation index**, il s'agit de l'hospitalisation ayant fait suite à la T.S. index, en 1996.

- Le **nombre d'hospitalisations connues pour problème psychologique** correspond au nombre total d'hospitalisations que nous connaissons par personne (hospitalisation index, hospitalisations antérieures et hospitalisations postérieures à l'hospitalisation index).

2. Déroulement de l'étude

Au début de notre travail, la difficulté a principalement résidé dans la recherche des coordonnées récentes des patients et de leurs parents pour l'envoi des questionnaires.

Notre tâche a été compliquée par le temps s'étant écoulé depuis la prise en charge de ces patients et par l'avènement des portables et des lignes internet qui réduisent considérablement le nombre de personnes abonnées à France Télécom et qui apparaissent dans les Pages Blanches.
Par ailleurs, la grande majorité de nos patients étant des filles, nous pouvons imaginer que certaines s'étaient mariées et avaient alors changé de nom.

Pour trouver les coordonnées récentes des anciens patients et de leurs parents, nous avons tout d'abord repris les dossiers médicaux de l'hospitalisation index de 1996.
Nous avons ensuite consulté deux logiciels du C.P.N. (Centre Psychothérapique de Nancy), établissement auquel est rattaché le service de pédopsychiatrie du C.H.U. de Nancy. Nous avons confronté les données figurant dans les deux logiciels, à savoir CIMAISE et C-PAGE, avec les adresses précédemment collectées. Nous avons ainsi pu prendre connaissance de changements d'adresse récents ou trouver directement l'adresse de certains patients suivis plus récemment.
(CIMAISE est un logiciel qui est venu, depuis 2004, remplacer le logiciel MAPPER, et qui contient des données du dossier médical. Quant à C-PAGE, c'est un logiciel qui regroupe les données administratives des patients. L'informatisation des données s'est progressivement faite à partir de 1990 dans l'établissement).
Une fois ces données rassemblées, nous les avons confirmées en consultant l'annuaire téléphonique par internet.

Ainsi, nous avons pu constater que 20 parents n'avaient pas déménagé, et que 5 adresses de patients sur les 12 retrouvées par l'intermédiaire des logiciels du C.P.N. étaient encore valables. Nous avons également pu trouver 6 nouvelles adresses, à savoir celles de 5 parents et celle d'un ancien patient.

Nous sommes également parvenue à collecter les adresses de 3 autres patients par l'intermédiaire du téléphone professionnel de leurs parents, retrouvé dans les dossiers de l'hospitalisation index de 1996.

Nous avons ensuite mené un travail d'investigations plus poussé et cherché à joindre d'autres partenaires ayant rencontré, ou rencontrant encore, les anciens patients, comme des médecins traitants, des assistantes sociales, des psychiatres.
Beaucoup n'avaient plus de contact avec eux mais nous avons quand même pu obtenir les adresses de 3 patients, communiquées par des médecins traitants.
Alors que nous contactions un médecin traitant pour avoir des informations concernant une ancienne suicidante, notre confrère a tenu à ce que nous lui lisions notre questionnaire avant de nous communiquer les coordonnées de sa patiente. Ce dernier nous a expliqué qu'il sentait la jeune femme « encore très fragile sur le plan psychologique » et qu'il voulait s'assurer que nos questions ne risquaient pas de la déstabiliser à nouveau. Nous lui avons volontiers lu notre questionnaire, et avons obtenu la nouvelle adresse de la patiente qui s'était mariée et avait changé de nom. Notre confrère nous a aussi expliqué que la jeune femme n'avait plus de contact avec ses parents. Nous lui avons cependant envoyé un courrier contenant les questionnaires destinés et aux anciens suicidants et à leurs parents. Quel ne fut pas notre étonnement quand nous avons reçu une réponse de la part de la jeune femme mais aussi de ses parents.

Enfin, c'est en nous appuyant sur la famille plus éloignée des anciens patients que nous avons rassemblé les 7 dernières adresses. Nous avons, par exemple, réussi à joindre indirectement une patiente par l'intermédiaire de son beau-père qui nous a communiqué le numéro de sa sœur, qui elle-même a adressé le questionnaire à la patiente qui ne réside plus en France. Nous avons aussi retrouvé les coordonnées des parents d'une patiente par l'intermédiaire de sa sœur que nous avons rencontrée.

L'évocation de ce sujet étant délicate et afin de nous assurer que nous adressions les courriers aux personnes concernées, nous avons préféré les joindre par téléphone avant d'envoyer les questionnaires.

4 parents ont alors exprimé leur refus de reparler de cette période à leur enfant et de nous communiquer leurs coordonnées. Ils ont cependant répondu au questionnaire qui leur était destiné pour 2 d'entre eux.

Trois à huit semaines après l'envoi des questionnaires, nous avons contacté par téléphone les personnes n'ayant pas répondu. Lorsque nous n'avons pas réussi à les joindre malgré plusieurs tentatives, nous leur avons adressé un nouveau courrier.

Au final, sur les 64 patients inclus dans l'étude, 43 ont pu être contactés, 20 ont été considérés perdus de vue (31.25%) et 1 est décédé (1.6%).

Parmi les 43 patients et/ou parents contactés (67.2%) à partir de la cohorte initiale, 28 ont accepté de répondre (65.1%), 13 n'ont rien renvoyé (30.2%) et 2 parents (4.7%) ont refusé de répondre et de transmettre notre courrier à leur enfant.
18 questionnaires ont été remplis par les parents et les enfants, 2 par les patients uniquement et 8 par les parents uniquement.

Si nous ramenons les résultats de l'envoi de nos questionnaires à la population initiale de 64, nous obtenons 43.75% de répondeurs, 23.4% de non répondeurs (regroupant ceux qui ont refusé de répondre avec ceux qui n'ont rien renvoyé) et 31.25% de perdus de vue.

3. Analyse de la population en 1996

La population incluse dans notre étude est constituée des 64 adolescents hospitalisés de janvier 1996 à décembre 1996 pour tentative de suicide à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy.
Lorsque des patients ont été hospitalisés plusieurs fois pour ce motif durant l'année 1996, nous considérons comme hospitalisation index leur première hospitalisation de l'année 1996.

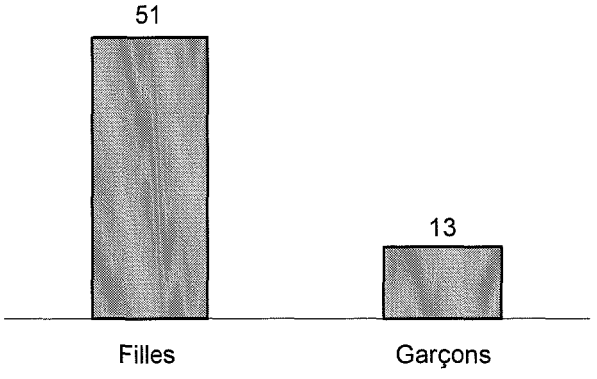
L'hospitalisation de ces adolescents dans l'établissement qui nous intéresse a majoritairement fait suite à une admission au P.O.S.U. (Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgence Pédiatrique). Ils y étaient venus directement avec un proche, amenés par les pompiers ou adressés par un médecin de ville. Dans quelques situations, ces jeunes patients étaient adressés à l'Hôpital d'Enfants par un collègue psychiatre de l'U.A.U.P. (Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques) qui les avaient rencontrés dans le Service d'Accueil des Urgences de l'Hôpital Central du C.H.U. de Nancy. Enfin, plus rarement, les jeunes patients avaient déjà été pris en charge dans un hôpital périphérique et transférés dans le service de pédopsychiatrie.

A partir des dossiers médicaux et sociaux correspondant à l'hospitalisation index des jeunes patients, nous avons étudié de nombreux items qui sont : le sexe, l'âge au moment de l'hospitalisation, le moyen utilisé pour la tentative de suicide, l'idée associée à la tentative de suicide, la date du geste et sa situation dans le calendrier scolaire, les pathologies psychiatriques personnelles associées, la réalisation ou non de récidive suicidaire à 1 an, l'existence d'antécédents suicidaires ou/et psychiatriques, les difficultés et le retard scolaires, la situation familiale et dans la fratrie, l'activité professionnelle des parents, le niveau socioéconomique de la famille, la notion d'immigration, le lieu de vie du patient et sa situation urbaine ou rurale, l'alcoolisme parental, les antécédents familiaux de conduites suicidaires ou de troubles psychiatriques, le lieu d'hospitalisation (dans le service de pédopsychiatrie ou dans un autre service de l'hôpital), la durée d'hospitalisation, le mode de sortie, les modalités de prise en charge, la réalisation ou non d'un bilan psychologique au cours de l'hospitalisation, la durée du suivi psychologique après la tentative de suicide lorsqu'il a eu lieu.

Les caractéristiques des patients lors de leur hospitalisation pour tentative d'autolyse en 1996 sont décrites en pourcentages et en valeurs absolues pour les variables qualitatives et par des moyennes et des écarts-types pour les variables quantitatives.

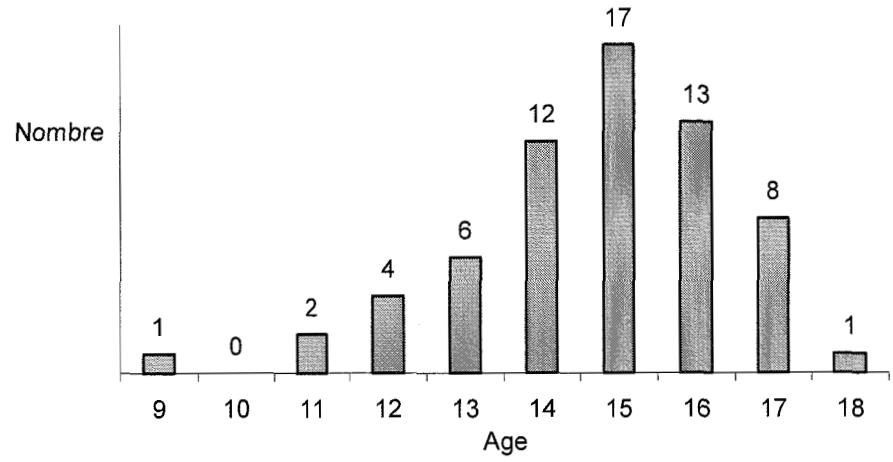
Les recherches d'associations statistiques entre les différentes caractéristiques de la population de 1996, sont réalisées à l'aide des tests de Fisher et du Khi 2 pour les variables qualitatives, et à l'aide du test de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Les associations sont significatives lorsque p est inférieur ou égal à 0.05.

3.1. Répartition par sexe



Nous pouvons relever une nette prédominance féminine, avec **79.7% de filles** pour 20.3% de garçons.

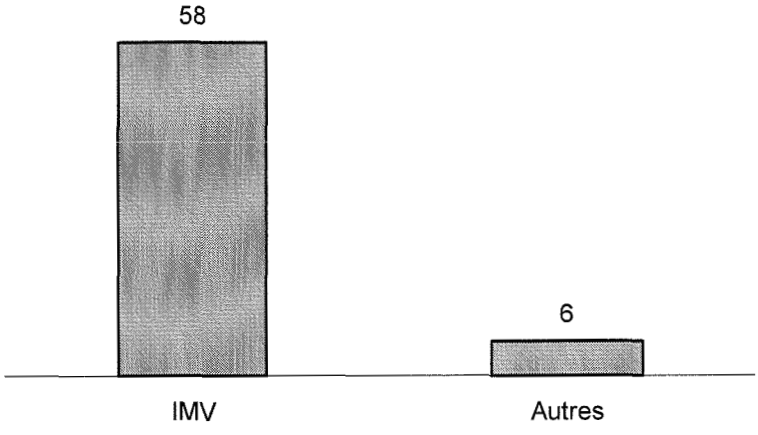
3.2. Répartition par âge



86% de la population était âgée de moins de 17 ans lors de la T.S. index, et 75%, donc trois patients sur quatre, avaient de 13 à 16 ans.

Les âges extrêmes étaient 9 et 18 ans et la moyenne d'âge était de **14.72 ans** avec un écart-type de 1.73.

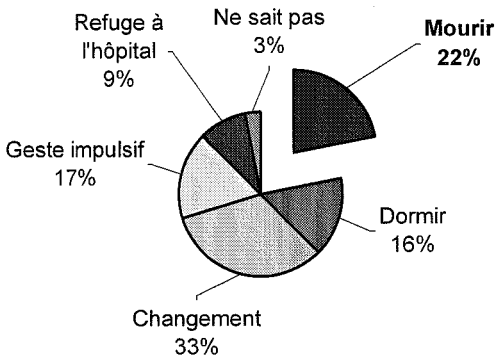
3.3. Moyens utilisés pour la tentative de suicide



Les suicidants ont employé l'intoxication médicamenteuse volontaire (I.M.V.) pour 90.63% d'entre eux ; 3 soit 4.69% d'entre eux ont réalisé une phlébotomie, 1 soit 1.56% une tentative de défénestration, 1 soit 1.56% une I.M.V. associée à une phlébotomie, et 1 soit 1.56% une I.M.V. associée à une alcoolisation aigue.

La prise de médicaments était très largement majoritaire et représentait, seule ou en association, **93.75%** des moyens employés.

3.4. Idée associée au geste suicidaire



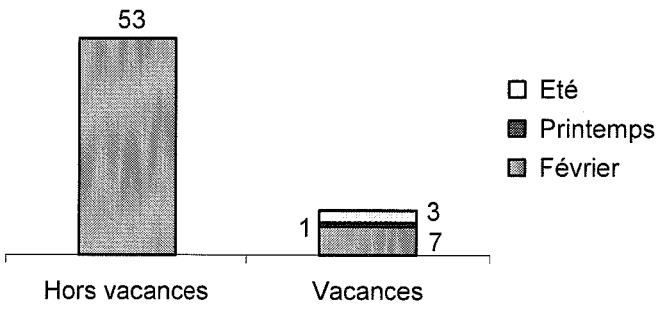
Lorsque les suicidants ont été interrogés sur leur motivation, 14 avaient répondu avoir voulu mourir.

Les 50 autres, soit plus de 78% des adolescents, n'aspiraient donc pas à mourir, mais pour 21 d'entre eux à faire changer leur situation.

3.5. Moment du geste

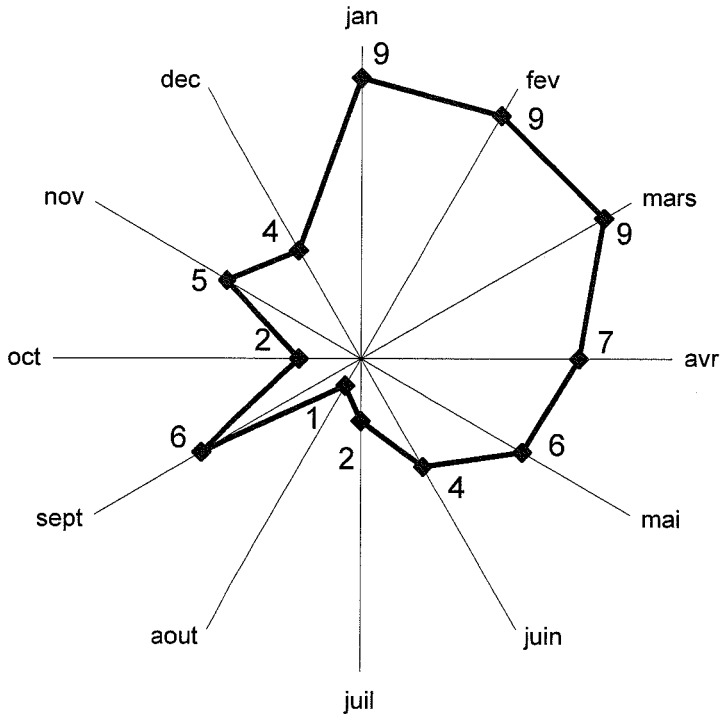
En ce qui concerne la répartition des tentatives de suicide selon les saisons : 25 T.S. (39%) ont été réalisées en hiver, 19 (29.7%) au printemps, 7 (11%) en été et 13 (20.3%) en automne.

Répartition des TS par rapport aux vacances



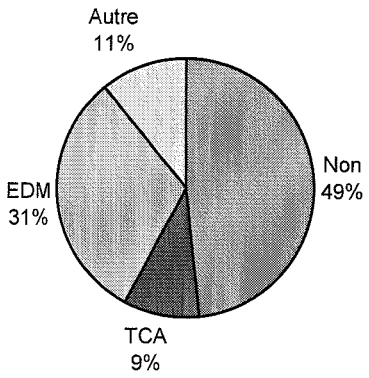
Dans le calendrier scolaire, nous avons dénombré **81.25%** de T.S. réalisées durant une **période de scolarité.**

Répartition mensuelle des TS



Au niveau de la répartition mensuelle, 53%, soit plus de la moitié des T.S. ont été réalisées durant les mois de janvier-février-mars-avril.

3.6. Comorbidité

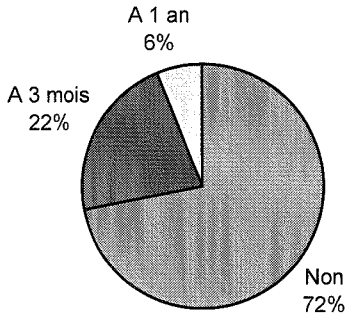


Parmi les 64 patients, 20 étaient déprimés, 6 jeunes filles présentaient des troubles du comportement alimentaire de type anorexie/boulimie et 7 suicidants souffraient d'autres troubles.

Les autres troubles retrouvés étaient : des troubles du sommeil majeurs (1), 1 trouble de la personnalité de type sensitive, 1 trouble de la personnalité de type hystérique, 1 trouble obsessionnel compulsif, 1 pathologie cardiaque invalidante, des troubles du comportement à type d'agressivité (2).

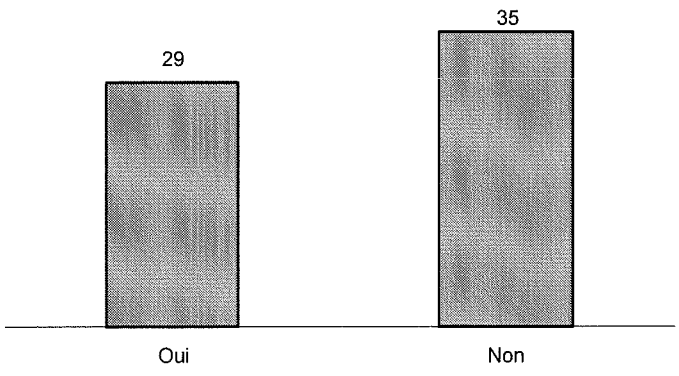
Au total, plus de la moitié des suicidants avaient une comorbidité et **la moitié** avait une **comorbidité psychiatrique**.

3.7. Récidives précoces

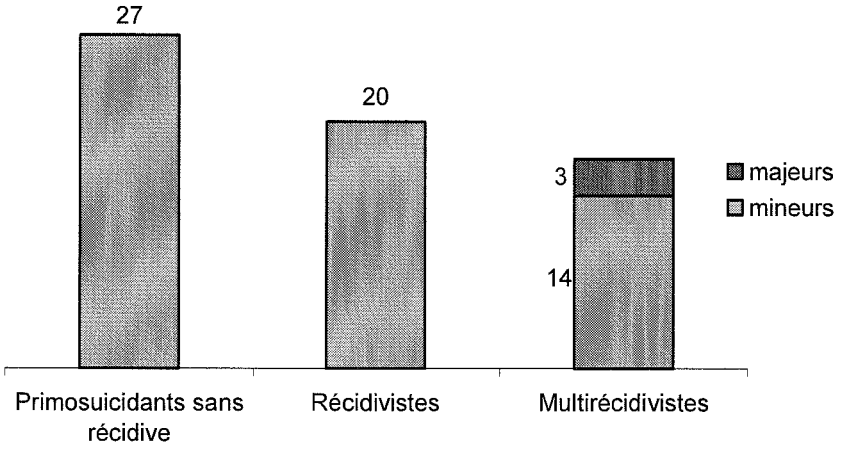


14 patients avaient récidivé dans les trois mois après la tentative de suicide index et 4 entre trois et douze mois. Au total, 18 des 64 suicidants ont récidivé dans l'année, soit **28%**.
Parmi eux, 2 adolescents ont récidivé à la fois dans les trois mois, et entre trois et douze mois et nous les avons comptabilisés dans ceux qui avaient récidivé à 3 mois. Pour 1 autre patient, la dernière récidive était un suicide accompli, six mois après l'hospitalisation index.
Nous reviendrons sur son histoire à la fin de ce chapitre.

3.8. Antécédents personnels de tentative de suicide

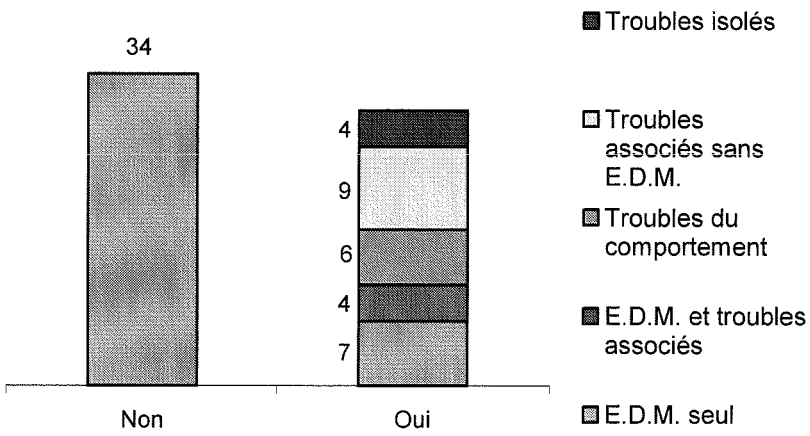


Au moment de la T.S. de référence, **45.3%** des suicidants étaient récidivistes.
Il est intéressant de noter que pour 1 suicidant, l'antécédent de T.S. était « passé inaperçu » et que pour 9 autres, ils n'avaient pas été hospitalisés suite à leur geste.



En additionnant les antécédents de T.S., la T.S. index et les récidives précoces, les suicidants, fin 1996, avaient réalisé : 1 geste pour 42.2%, 2 gestes pour 29.7%, 3 gestes pour 17.2%, 4 gestes pour 6.25%, 5 gestes pour 4.7%.
Ainsi, il y avait 57.85% de récidivistes, 23.45% de multirécidivistes mineurs et 4.7% de multirécidivistes majeurs sur les 64 suicidants étudiés.

3.9. Antécédents personnels psychiatriques

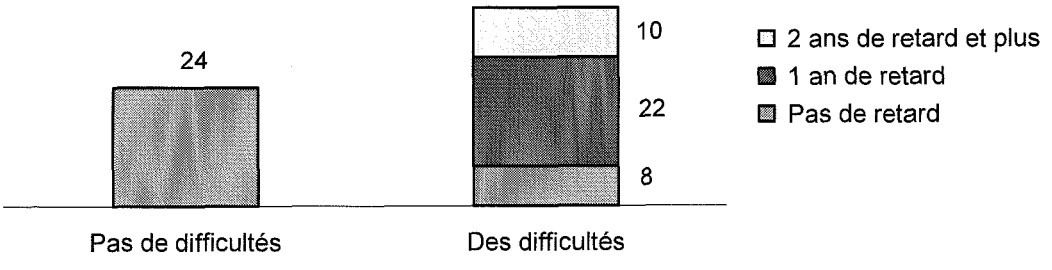


46.8% des suicidants avaient des antécédents psychiatriques :

- 11, soit 17.2%, un E.D.M. avec un suivi psychiatrique documenté dans 8 cas,
- 9, soit 14%, une hétéroagressivité, une impulsivité et des troubles du comportement,
- 6, soit 9.4%, des troubles du sommeil majeurs,
- 2, soit 3.1%, des troubles psychosomatiques, 2 une phobie scolaire, et 2 une anorexie mentale,
- 1, soit 1.6%, des troubles obsessionnels compulsifs, 1 une boulimie, 1 une angoisse majeure, 1 un « mal-être », 1 un bégaiement, 1 une fugue documentée, 1 des difficultés scolaires, 1 une énurésie primaire, 1 des carences majeures, 1 un abus sexuel, et 1 une maltraitance.

7 suicidants cumulaient 2 troubles et 2 en cumulaient 3.

3.10. Difficultés et retard scolaires

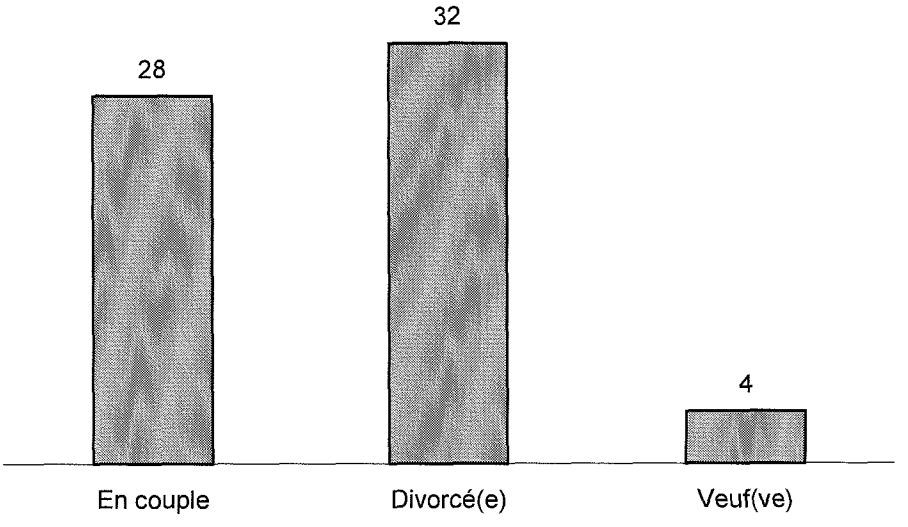


Parmi les suicidants, 37.5% n'avaient pas de difficultés scolaires au moment de l'hospitalisation, et **62.5%** présentaient des difficultés ou un retard scolaires.
12.5% de la population étudiée présentaient des difficultés scolaires, 34.4% un retard d'un an et 15.6% un retard d'au moins deux ans.

3.11. Situation familiale

Elle était très souvent perturbée.

3.11.1. Structure familiale

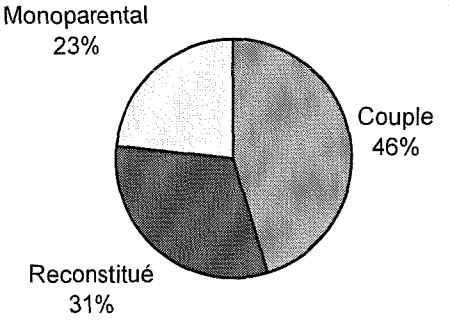


50% des couples avaient divorcé,

43.75% des parents vivaient ensemble,

6.25% des parents étaient veufs.

3.11.2. Contexte familial



29 parents vivaient ensemble, dont un couple divorcé car le papa refusait de quitter le domicile familial,

20 familles étaient reconstituées,

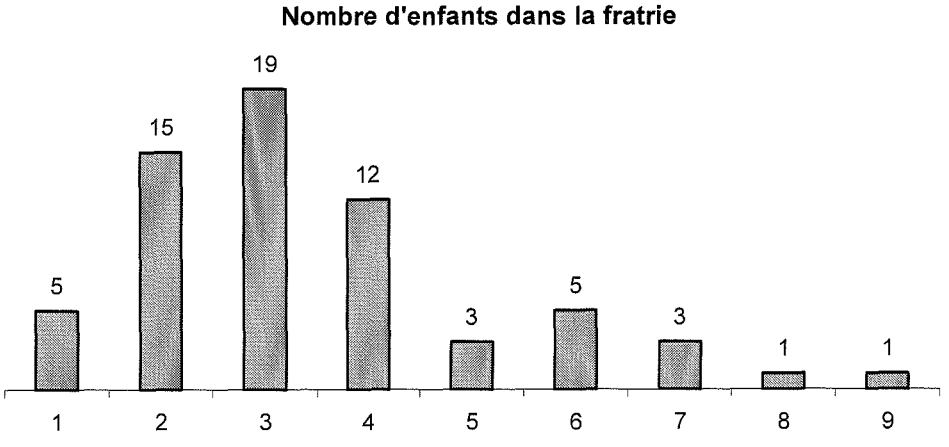
15 familles étaient monoparentales.

3.11.3. Mortalité parentale

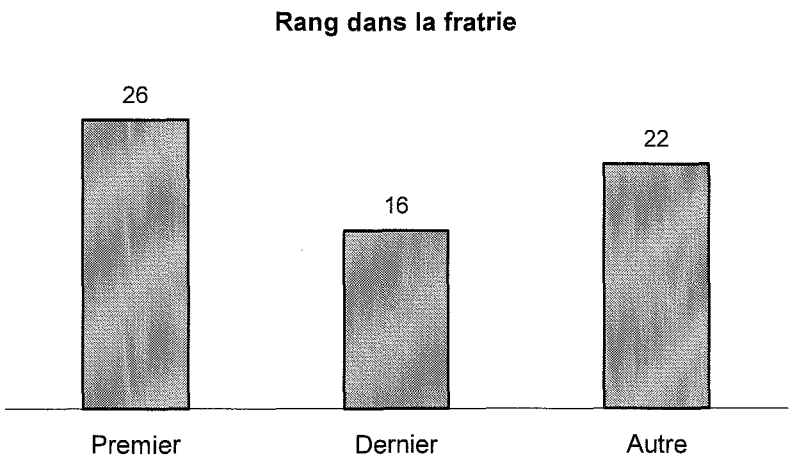
3 adolescents avaient perdu un de leurs parents, soit 4.7% : une mère et deux pères étaient décédés.

2 suicidants n'avaient jamais vu pour l'un sa mère et pour l'autre son père.

3.11.4. Fratrie



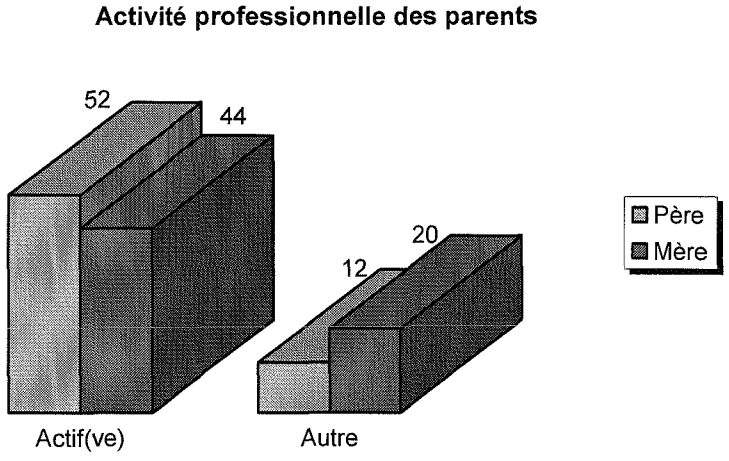
Dans notre population, 30% des patients étaient issus d'une fratrie de 3 et **39%** d'une fratrie de **4 enfants ou plus**.



En ce qui concerne leur rang dans la fratrie, **40.6%** des adolescents étaient **les aînés**, et 25% étaient les benjamins.

3.11.5. Activité professionnelle des parents

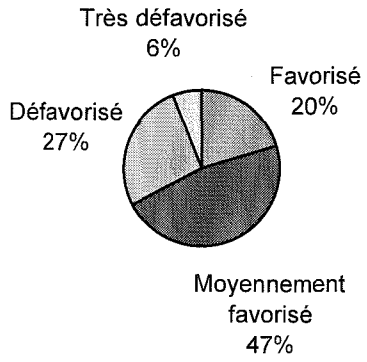
Nous avons pris en compte la profession du père du suicidant ou de son beau-père lorsque son père était décédé ou inconnu, l'activité professionnelle devant refléter le niveau de vie et d'insertion sociale de la famille. Il en est de même pour les mères.



81.25% des pères et 68.75% des mères avaient une activité professionnelle,

4 pères étaient en recherche d'emploi, 4 étaient inactifs, 1 était en invalidité, 2 étaient retraités et nous n'avons pas de renseignement pour le dernier,
3 mères étaient en recherche d'emploi, 14 étaient mères au foyer, 2 étaient en retraite et nous n'avons pas de renseignement pour la dernière

3.11.6. Milieu socioculturel



Rappelons que le niveau socioculturel familial avait été évalué par l'assistante sociale au cours d'un entretien réalisé avec le patient lors de son hospitalisation.
Au total, **plus de deux tiers** des suicidants (43) étaient issus d'un milieu socioculturel **moyennement favorisé ou favorisé**.

3.11.7. Immigration

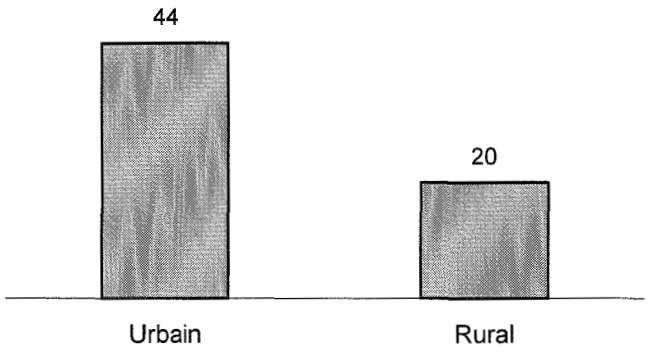
Quatre adolescents étaient immigrés ou transplantés (**6.25%**), dont un adopté.

3.11.8. Lieu d'hébergement

57 adolescents vivaient **au domicile parental**, soit **89%**,
6 étaient placés en foyer socio-éducatif, soit 9.4%,
et 1 vivait chez ses grands-parents.

Au total, 7 adolescents ne vivaient pas chez leurs parents, soit 11%.

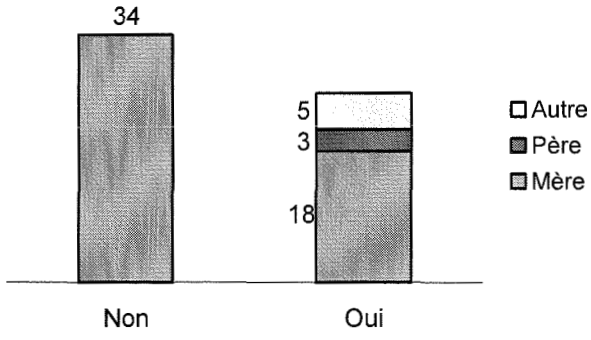
3.11.9. Situation de l'hébergement



Les suicidants étaient essentiellement urbains : 68.75%.

3.12. Antécédents familiaux psychiatriques dont éthylisme

3.12.1. Antécédents psychiatriques familiaux, hors éthylisme et conduites suicidaires

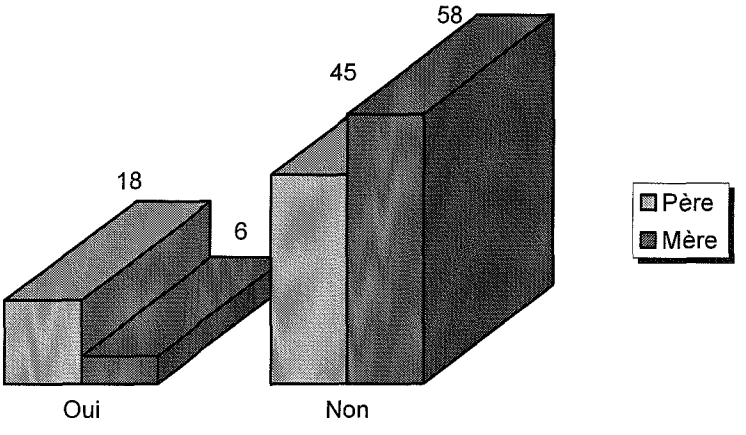


26, soit **43.33%** des parents du premier ou du deuxième degré des 60 suicidants pour lesquels nous avons des renseignements, avaient des antécédents familiaux psychiatriques :

- 17, soit 26.6% des mères étaient/avaient été déprimées, dont une en post-partum à la naissance du patient puis 2 ans après,
- 3, soit 5% des pères,
- 1, soit 1.7% des grands-mères maternelles,
- 3, soit 5% des grands-pères maternels avaient également présenté ou présentaient un épisode dépressif.

Par ailleurs, 1 mère, soit 1.7%, tout comme 1 tante paternelle, soit 1.7%, présentaient un trouble du comportement alimentaire anorexie/boulimie.

3.12.2. Ethylisme parental



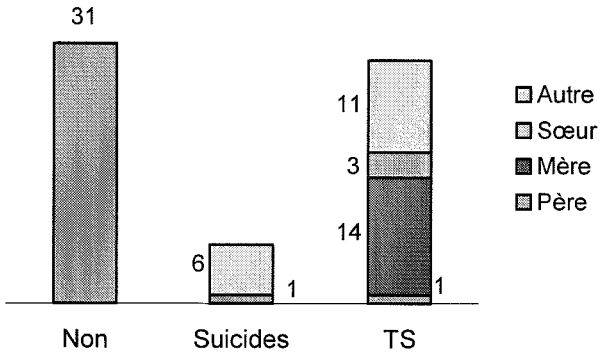
Nous n'avons pas de renseignement pour un père.

- 24 jeunes avaient un parent éthylique lors de l'étude, soit **37.5%**, et dans 75% des cas, il s'agissait du père. Il y avait un suicidant dont les 2 parents étaient éthyliques.
- 13, soit 20.6% des 63 suicidants pour lesquels nous avions les 2 données cumulaient l'éthylisme parental et la pathologie psychiatrique parentale.

Nous avons également retrouvé des antécédents d'éthylisme au 2ème degré pour 4 suicidants : 2 grands-pères paternels et 2 grands-pères maternels.

Parmi les 60 patients pour lesquels nous possédons toutes les données, 36, soit 60%, avaient des parents qui présentaient ou des antécédents familiaux psychiatriques avec une surreprésentation de la dépression maternelle, ou des antécédents familiaux d'éthylisme avec une surreprésentation paternelle.

3.13. Antécédents familiaux suicidaires



Dans les 63 suicidants pour lesquels nous avons les renseignements, 32 avaient un parent du premier ou du deuxième degré suicidant ou mort par suicide, soit plus de la moitié (**50.8%**).
Parmi ces 32, on retrouvait :

- 26 suicidants dont
  - 18 parents du premier degré ; une des mères avait fait une I.M.V. alors qu'elle était enceinte du patient inclus dans l'étude,
  - 11 parents du deuxième degré ;
- 6 suicidés dont
  - 6 parents du deuxième degré,
  - 1 père.

Pour 3 suicidants, soit 4.8%, plusieurs membres de leur famille avaient réalisé un geste suicidaire.
En 1996, 28.6% des suicidants avaient un parent du premier degré qui avait déjà réalisé une T.S. et 1.6% des suicidants en avaient un décédé par suicide.

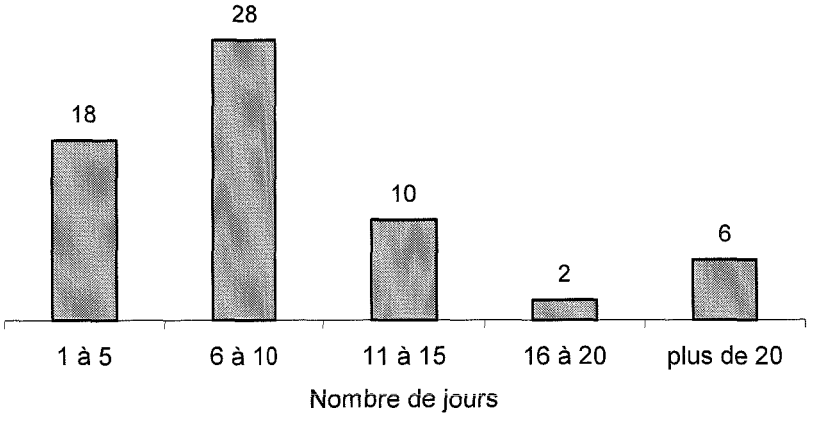
Au total, 33, soit 55% des 60 suicidants « renseignés » avaient un père et/ou une mère qui présentaient ou avaient présenté des troubles psychiatriques, un éthylisme ou des antécédents de comportements suicidaires : 10, soit 16.7%, avaient des parents qui cumulaient 2 troubles et 6, soit 10%, avaient des parents qui en cumulaient 3.

3.14. Hospitalisation

3.14.1. Lieu d'hospitalisation

19 suicidants avaient été hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie directement et 15 après avoir été hospitalisés dans un autre service. Au total, plus de la moitié (**53%**) étaient donc passés **dans le service de pédopsychiatrie.**
33 avaient réalisé tout leur séjour dans un autre service de pédiatrie.

3.14.2. Durée d'hospitalisation



La durée moyenne d'hospitalisation a été de **10 jours** avec une médiane de 7.5, et une grande disparité entre les différentes durées de séjours : la durée minimum d'hospitalisation a été de 24h et la durée maximum de 82 jours.

3.14.3. Modalités de sortie

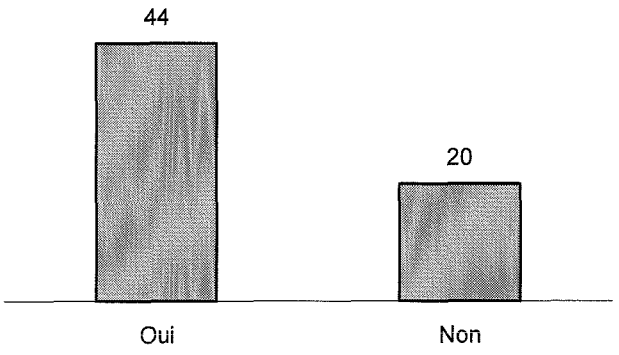
La sortie s'était faite une fois contre avis médical sur l'initiative des parents et une fois par fugue. Dans les autres situations, elle avait été réalisée suite à un avis médical et en concertation avec le patient et ses parents.

3.15. Prise en charge

3.15.1. Modalités de prise en charge

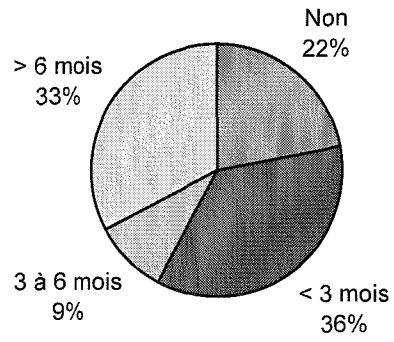
Les 64 patients ont été hospitalisés et ont bénéficié d'entretiens psychothérapiques. 10 d'entre eux ont également reçu un traitement chimiothérapique (anti-dépresseur, neuroleptique, ou anxiolytique) et 1 d'entre eux a bénéficié d'hospitalisations de jour suite à l'hospitalisation index réalisée à temps complet. Pour 1 patient, la prise en charge n'a pu être définie, la sortie ayant été précipitée (sortie contre avis médical).

3.15.2. Réalisation d'un bilan psychologique



68.75% des suicidants ont pu bénéficier d'un bilan psychologique.

3.16. Suivi psychologique après la tentative de suicide



- 23 suicidants avaient eu un suivi de moins de trois mois,
- 6 avaient eu entre trois et six mois de suivi,
- 21 avaient eu un suivi de plus de six mois après leur T.S.,
- et 14, pas de suivi du tout.

Au total, **78%** des suicidants avaient eu un suivi à leur sortie d'hospitalisation.

3.17. Associations entre les caractéristiques de 1996

Dans ce paragraphe, nous présentons les associations qui ont pu être mises en évidence par l'étude des caractéristiques de la population étudiée en 1996. Rappelons que l'association est significative lorsque p est inférieur ou égal à 0.05.

En nous intéressant plus principalement aux **récidives précoces,** elles ont été **plus représentées, de manière significative** chez :

- les patients **avec des antécédents personnels psychiatriques.** Ils ont récidivé à 40% versus 18% pour ceux qui n'en avaient pas (**p = 0.04**) ;
- les patients issus d'une **fratrie de plus de 4 (p = 0.02)** ;

- les patients qui ont bénéficié d'une **prise en charge plus complexe** (traitement chimiothérapique, hospitalisation de jour,...) que l'hospitalisation associée à la psychothérapie. Ils ont récidivé à 60% versus 23% (**p = 0.05**) ;
- les patients qui ont bénéficié d'une **hospitalisation plus longue** (11.5 jours versus 7 jours) (**p = 0.0048**) ;
- les patients qui avaient **un suivi psychologique** après la T.S. index. Ils ont récidivé à 44% contre 16% pour ceux qui n'en avaient pas, ou qui avaient bénéficié d'un suivi très bref (une à deux consultations) (**p = 0.01**).

Les **récidives précoces** ont été **plus représentées,** mais **sans différence significative** chez :

- les **filles,** qui ont récidivé à 29% alors que les garçons ont récidivé à 23% ;
- les patients qui avaient fait une T.S. index par **un autre moyen que l'I.M.V.** par rapport à ceux qui avaient employé l'I.M.V. (50% versus 27%) ;
- les suicidants qui avaient des **antécédents de T.S.** lors de la T.S. index. Ils ont récidivé à 35% contre 22% pour ceux qui n'en avaient pas ;
- les patients qui avaient une **comorbidité**. Ils ont récidivé à 33% versus 22% pour ceux qui n'en avaient pas ;
- les patients dont les **parents** étaient **séparés**. Il sont récidivé à 33% versus 21.5% pour ceux dont les parents vivaient ensemble ;
- les patients dont **les parents ne travaillaient pas**. Ils ont récidivé à 40% contre 24% pour ceux dont le père travaillait ;
- les patients issus d'un **milieu socioéconomique moyennement favorisé ou défavorisé**. Ces derniers ont récidivé à 43% contre 21% pour ceux issus d'un milieu favorisé ou très favorisé ;
- les patients qui **n'habitaient pas chez leurs parents**. Ils ont récidivé à 50% versus 26% pour ceux qui vivaient chez leurs parents ;
- les patients qui ont bénéficié d'un **bilan psychologique**. Ils ont récidivé à 32% contre 20% pour ceux qui n'en avaient pas eu ;

En résumé, les patients qui ont davantage récidivé précocement sont les filles, les patients aux antécédents psychiatriques ou de T.S., avec une comorbidité, qui avaient utilisé un autre mode que l'I.M.V. pour la T.S. index, dont les parents étaient séparés ou ne travaillaient pas, qui évoluaient dans un milieu socioéconomique moyennement favorisé ou défavorisé, issus d'une fratrie de 4 ou plus, et qui n'habitaient pas chez leurs parents.

En ce qui concerne leur prise en charge, elle avait été plus complexe, plus longue, avec un bilan psychologique et un suivi plus long que ceux qui n'avaient pas récidivé.

En nous intéressant au **suivi psychologique** après la T.S. index, il a été **plus important** en nombre et en durée pour :

- les patients qui avaient des **antécédents personnels de T.S.** lors de la T.S. index, (53% versus 33% pour ceux qui n'en avaient pas), sans différence significative ($p = 0.1$) ;
- les patients qui présentaient une **comorbidité** par rapport à ceux qui n'en avaient pas (55% versus 29%), avec une différence significative (**$p = 0.04$**) ;
- les patients issus d'un **environnement rural** (55% versus 37%), sans différence significative ($p = 0.16$) ;
- les patients issus d'un **milieu socioéconomique moyennement favorisé ou défavorisé**. Ces derniers ont été suivis à 48% contre 40% pour ceux issus d'un milieu favorisé ou très favorisé, sans différence significative ($p = 0.5$).

En nous intéressant au **nombre de jours d'hospitalisation** après la T.S. index, le séjour a été plus long pour :

- les patients qui présentaient une **comorbidité** (9 jours versus 6), avec une différence significative (**$p = 0.009$**) ;
- les patients qui avaient des **antécédents de T.S.** (8.5 jours versus 7 jours), sans différence significative ($p = 0.12$).

Nous analyserons tous ces résultats ultérieurement dans la partie « analyse des résultats et discussion ».

3.18. Présentation clinique du patient récidiviste décédé par suicide en 1996

Le jeune homme qui est décédé en 1996, et que nous allons prénommer Xavier, avait réalisé une I.M.V. au début de l'année lors d'une permission, alors qu'il était hospitalisé depuis fin novembre 1995 dans le service de pédopsychiatrie.
Il avait été adressé en hospitalisation par une pédopsychiatre de son secteur qui le suivait depuis plusieurs mois dans un contexte de dépression et de troubles obsessionnels compulsifs invalidants.

Lorsqu'ils s'étaient remémoré l'enfance de Xavier à la demande des soignants, ses parents avaient décrit le jeune patient « serviable, brillant, perfectionniste, timide et ayant des difficultés à s'exprimer ». Il avait grandi dans un milieu très favorisé et sa maman avait cessé son activité professionnelle pendant 10 ans pour s'occuper de lui. A partir du dossier médical, nous n'avons pas retrouvé d'antécédents psychiatriques familiaux, ni de comportement suicidaire ou d'éthylisme dans la famille.
Les parents de Xavier n'avaient rapporté de conflit, ni avec leur fils, ni entre leur fils et sa sœur de 2 ans son aînée.

C'était en 1993 que le "perfectionnisme" du jeune garçon s'était majoré pour laisser place à des T.O.C. (Troubles Obsessionnels Compulsifs) rapidement devenus invalidants. Xavier avait alors dû abandonner ses activités extrascolaires pourtant bien investies (piano, modélisme,...), n'ayant plus suffisamment de temps libre pour s'y consacrer.
En 1994, la rentrée scolaire lui avait été très pénible et le jeune homme avait fugué de son lycée au bout de 2 mois, invoquant alors un besoin de « fuir l'insupportable ». Il avait marché plus de 50 km sans but précis si ce n'était celui de s'éloigner. Xavier, dans sa recherche de perfection scolaire, apprenait ses leçons par cœur, relisait, revérifiait des dizaines de fois son

travail et progressivement s'épuisait psychiquement et physiquement. Parallèlement, il avait développé une trichotillomanie et une onychophagie, signes d'une angoisse croissante.
Après sa fugue, les jours d'absentéisme scolaire se sont multipliés. Partagé entre le désir de se rendre en cours et d'y exceller, et l'impossibilité de gérer l'angoisse générée par la scolarité, Xavier avait réalisé une I.M.V. aux vacances de Noël 1994. Il n'était plus retourné en cours par la suite.

En avril 1995, il avait pu entreprendre une psychothérapie en ambulatoire avec une pédopsychiatre de son secteur, qui lui avait également prescrit un traitement antidépresseur et anxiolytique.
Cependant, la dépression s'aggravant, Xavier s'enfermant dans un mutisme familial et ne pouvant plus se rendre en cours, il avait été orienté vers une prise en charge hospitalière fin 1995.

A son arrivée dans le service, le jeune patient était déprimé et son quotidien comme son esprit étaient envahis par les T.O.C. (obsessions idéatives centrées sur la nécessité de parfaire, vérifications multiples,...). Il s'exprimait peu si ce n'était pour faire part de son désarroi : « c'est trop dur pour être parfait », et de « son désir de disparaître». Dans des moments de grande lassitude, il évoquait la mort « comme une issue possible », « comme la seule solution ».
Le côté rassurant et contenant de l'hospitalisation, les entretiens médicaux et infirmiers, les activités, ainsi que le traitement chimiothérapique ont progressivement permis une diminution de l'importance des T.O.C. de Xavier et il a pu retrouver un élan vital. Il a pu bénéficier de cours à l'hôpital et passer en classe supérieure, ses professeurs le décrivant « brillant et intelligent ».
Cependant, en mars 1996, après un séjour aux sports d'hiver avec ses parents, le jeune homme a refait une T.S. par I.M.V., la veille de son retour à l'hôpital. Xavier a expliqué son geste par « la peur d'affronter ses professeurs alors qu'il avait peu travaillé durant ses vacances ». Il présentait également à cette époque un certain découragement quant à l'évolution de sa pathologie.
Au bout de quelques mois, il avait tout de même pu retrouver du plaisir et son désir de perfection était moins prégnant.
Fin mai 1996, il avait quitté le service, se sentant mieux, et il avait repris son suivi sur son secteur. En plus d'entretiens réguliers auprès de sa pédopsychiatre, et ce à sa demande, le

jeune homme venait de manière mensuelle en consultation à l'Hôpital d'Enfants auprès de l'équipe soignante qu'il avait beaucoup investie.
Les mois se sont ainsi écoulés, Xavier semblant moins angoissé, plus dynamique, même s'il restait toujours très préoccupé par un impossible désir de perfection, d'autant plus que la rentrée de septembre approchait.
A la rentrée, le jeune homme a repris ses cours, mais le lendemain, s'est suicidé avec une arme à feu ; une arme de collection non chargée mais qu'il a pu utiliser avec des cartouches qu'il avait achetées dans une brocante des mois auparavant. Un geste qu'il avait donc déjà envisagé depuis longtemps…
Ainsi Xavier, obsédé par une volonté de perfection qui se manifestait principalement sur le plan scolaire, ne se sentant pas capable de faire face à une nouvelle année de cours avec toute la souffrance générée par ses T.O.C., a pris ce jour-là la décision de partir définitivement.

Chez ce jeune homme, les facteurs de risque de récidive et de suicide étaient principalement liés à la comorbidité qu'il présentait, plus qu'à son environnement familial et social.

4. Présentation des résultats

Au total, nous avons reçu 46 questionnaires : 20 patients et 26 parents ont répondu (2 fois les anciens patients seuls, 8 fois les parents seuls et 18 fois les deux), 2 ont refusé de répondre, 19 sont perdus de vue, 1 est décédé et 14 n'ont pas renvoyé le questionnaire.

Les taux de réponses sont résumés ci-après :

	Fréquence	**Pourcentage**	**Fréquence cumulée**	***Pourcentage cumulé***
Questionnaires « patient » et « parent »	**18**	**28.12**	**18**	***28.12***
Questionnaire « patient » seul	**2**	**3.13**	**20**	***31.25***
Questionnaire « parents » seuls	**8**	**12.5**	**28**	***43.75***
Pas de questionnaire renvoyé	***36***	***56.25***	***64***	***100.00***

Sur les 26 parents répondants, il s'agit des mères dans 53.9% des cas, des pères dans 19.3% des cas, des deux parents dans 23% des cas, et d'une sœur dans 3.8% des cas.

4.1. 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, Centre d'Epidémiologie Clinique-Inserm, Hôpital Marin, au C.H.U de Nancy.

Nous avons tout d'abord fait une description globale des réponses aux questionnaires. Lorsque nous n'avions que des réponses provenant des parents, donc pour huit anciens suicidants, nous n'avons pris en compte que les données objectives comme la situation familiale, la profession. Nous avons préféré ne pas tenir compte des données subjectives,

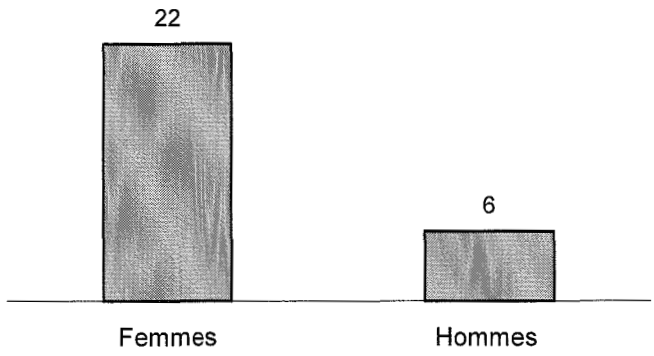
comme les différentes échelles d'autoévaluation ou le sentiment d'être déprimé par exemple, ce qui explique pourquoi nous n'obtenons pas toujours un total de 28 dans nos réponses.
Comme pour l'analyse des caractéristiques de la population en 1996, nous avons calculé les moyennes et les écarts-types pour les variables quantitatives et décrivons les variables qualitatives en valeurs absolues et en pourcentages.
En nous appuyant sur les réponses des questionnaires, nous avons analysé la situation familiale, professionnelle et la santé psychosomatique à 10 ans des répondeurs.
Nous avons complété les réponses concernant les récidives de T.S. avec les données des dossiers de l'hospitalisation index et d'autres obtenues dans les dossiers plus récents des anciens patients, et ce dans le but de comptabiliser le nombre total de T.S. et d'hospitalisations en psychiatrie.

Secondairement, pour les anciens suicidants dont nous disposons à la fois des questionnaires « patient » et « parents », les réponses sont comparées et leurs coefficients de corrélation ou de concordance sont établis, et ce afin d'étudier le degré d'association entre les réponses des anciens patients et celles de leurs parents.

Dans un troisième temps, ce sont les caractéristiques de 1996 des patients répondeurs que nous comparons avec celles des non répondeurs, afin de rechercher une différence entre les deux groupes, pour savoir dans quelle mesure nous pouvons généraliser nos résultats de 2006 à l'ensemble de la population initiale.

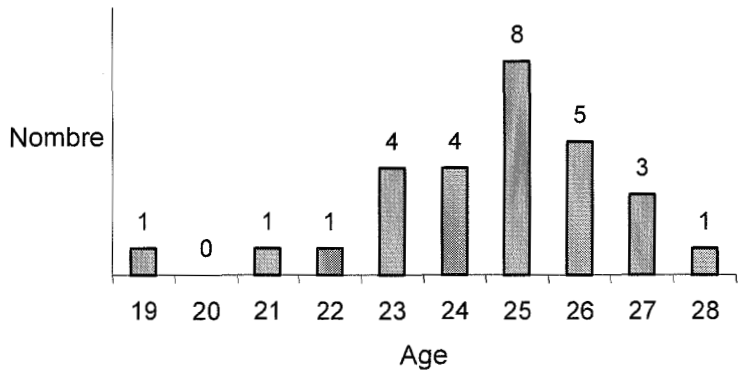
4.2. Description de la population en 2006

4.2.1. Répartition par sexe des répondeurs



Parmi les répondeurs, il y a **78.6% de femmes** et 21.4% d'hommes.

4.2.2. Répartition par âge

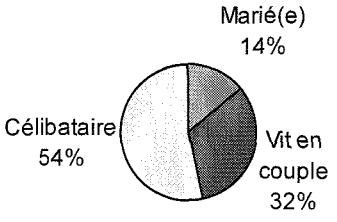


L'âge moyen des répondeurs est de **24.6 ans** avec un écart-type de 1.64.

75% des répondeurs ont entre 23 et 26 ans.

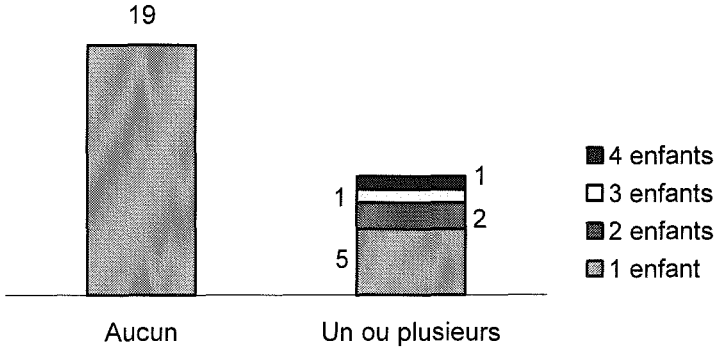
4.2.3. Situation familiale et environnement de vie

4.2.3.1. Situation familiale



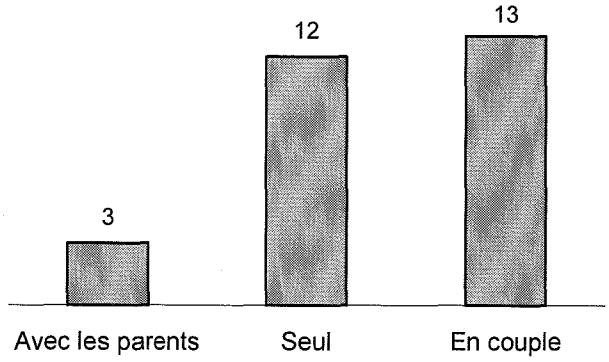
46% des répondeurs ont un compagnon. Une répondeuse est divorcée mais vit maritalement, c'est pourquoi nous l'avons intégrée à ce dernier groupe.

4.2.3.2. Enfants



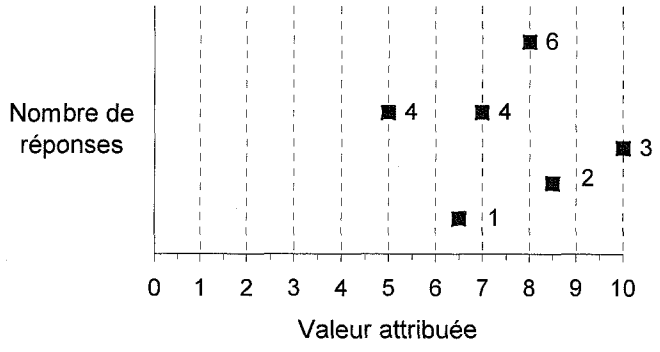
67.85% des anciens patients **n'ont pas d'enfant** ; parmi les 32.15% qui en ont, plus de 55% n'en ont qu'un seul.

4.2.3.3. Environnement de vie



10.7% des répondeurs vivent chez leurs parents, 42.9% seuls et 46.4% en couple.

4.2.3.4. Echelle de satisfaction dans la vie affective



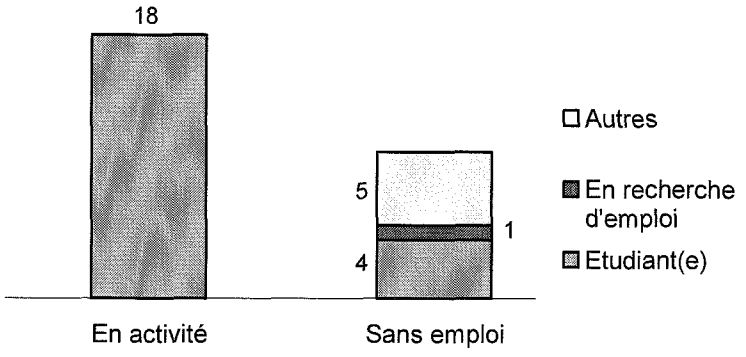
Les anciens suicidants évaluent la satisfaction de leur vie affective en moyenne à **7.48** avec un écart-type de 1.61.

75% estiment la qualité de leur vie affective à **au moins 7/10** et la totalité des répondeurs à au moins 5/10.

Pour résumer la situation familiale des répondeurs qui sont âgés en moyenne de 25 ans : quasiment la moitié vit en couple, presque un tiers a des enfants et plus des trois quarts déclarent être heureux dans leur vie affective dix ans après leur T.S.

4.2.4. Situation professionnelle

4.2.4.1. Activité professionnelle

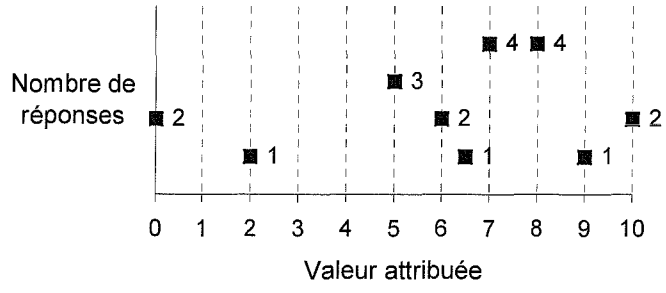


- **64.28%** des anciens patients **ont une activité professionnelle**,
- 21.42% ne travaillent pas dont 2 mères au foyer et 1 qui est en recherche d'emploi,
- 14.28% sont étudiant(e)s.

Parmi les 18 qui travaillent, 10 exercent des professions intermédiaires selon la nomenclature des catégories socioprofessionnelles (annexe 5) ; 5 sont employés dont 4 dans le commerce, 1 est ouvrier, 1 est artisan et nous ignorons la profession du dernier.

6 déclarent avoir souvent changé de profession, soit un tiers de ceux qui travaillent.

4.2.4.2. Echelle de satisfaction dans la vie professionnelle

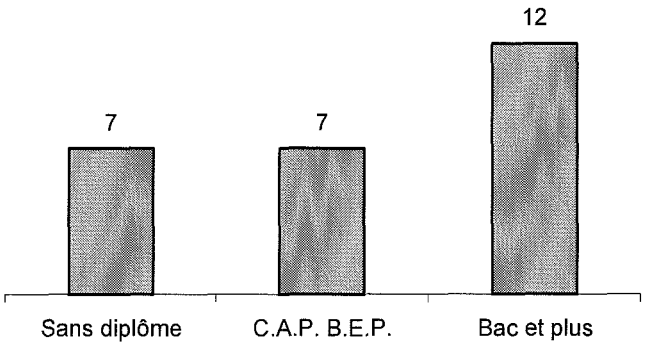


- **55%** des répondeurs s'estiment **satisfaits à très satisfaits** dans leur vie professionnelle,

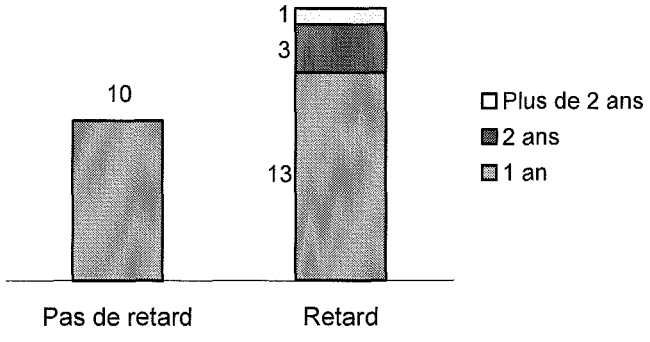
- 30% moyennement satisfaits,
- 15% ne sont pas satisfaits du tout.

La réponse moyenne donnée à cette échelle d'autoévaluation est **6.22** et les anciens patients sont moyennement ou très satisfaits dans leur vie professionnelle à 85%.

4.2.4.3. Niveau scolaire et retard scolaire



73% des répondeurs ont un niveau scolaire **supérieur ou équivalent au B.E.P.**,
2 n'ont pas répondu.



62.96% déclarent avoir un **retard scolaire**, 1 n'a pas répondu : 48.15% ont redoublé une classe pendant leur scolarité, 11.11% ont redoublé 2 classes, 3.7% en ont redoublé plus de 2.

Pour résumer la situation scolaire et professionnelle : dans la population des anciens suicidants qui ont répondu, quasiment les deux tiers ont redoublé au moins une classe pendant leur scolarité et presque trois sur quatre ont un niveau équivalent ou supérieur

au B.E.P. Presque les deux tiers exercent une profession, et pour la plupart une profession intermédiaire de la santé et du travail social, un tiers en a souvent changé. Enfin, trois sur quatre déclarent être moyennement ou très satisfaits dans leur vie professionnelle.

4.2.5. Santé psychosomatique

4.2.5.1. Problèmes de santé

8 anciens suicidants déclarent avoir des problèmes de santé soit 28.6% du total des répondeurs.

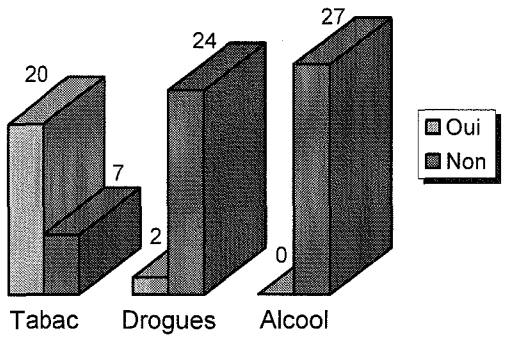
Les huit problèmes cités sont :

- troubles gastriques,
- anxiété,
- toxicomanie,
- anémie, troubles circulatoires,
- arythmie, gastrite, troubles intestinaux,
- kystes ovariens, fibrome, endométriose,
- fibromyalgie, asthénie chronique,
- non renseigné pour le dernier.

4.2.5.2. Consommation de psychotropes

4 répondeurs sur les 5 qui consomment régulièrement des médicaments, consomment des psychotropes, soit 14.28%.

4.2.5.3. Consommation de substances psychoactives



4.2.5.3.1. Tabac

74% des répondeurs fument tous les jours.

Parmi les fumeurs : 7 fument moins de 10 cigarettes par jour, soit 35%, 11 en fument davantage, soit 55%, avec un maximum de 30 par jour, et 2 n'ont pas précisé leur consommation.

4.2.5.3.2. Alcool

Aucun répondeur ne déclare boire de l'alcool tous les jours.

4.2.5.3.3. Drogues

7.7% consomment des drogues : 1 du cannabis et 1 de l'héroïne. Un ancien patient n'a pas répondu à cette question.

1 personne est polyconsommatrice et consomme tabac et drogue.

Presque les trois quarts de la population à 10 ans fument, aucun ne boit de l'alcool tous les jours et moins d'un sur dix consomme des drogues.

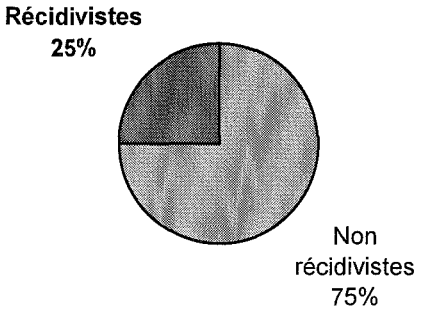
4.2.5.4. Santé mentale

4.2.5.4.1. Etude de la mortalité

Nous savons qu'1 patient est décédé par suicide et que 35 sont encore en vie (les 28 répondants, les 2 anciens patients ayant refusé de répondre, et 5 autres pour lesquels nous

avons des informations récentes par leurs dossiers informatisés). Le taux de mortalité dans cette étude est donc de **3.23%**.

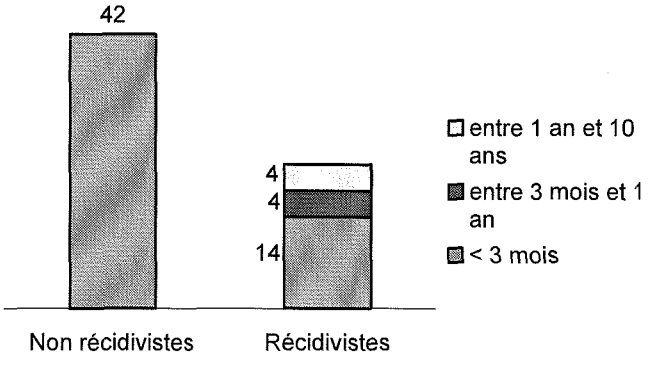
4.2.5.4.2. Récidivistes entre 1 et 10 ans après la T.S. index



Nous avons pu obtenir une information pour 27 patients par les questionnaires : 6 ont récidivé entre 1 et 10 ans après la T.S. index, 1 homme et 5 femmes. La moitié a récidivé 1 fois et l'autre moitié 2 fois.

En consultant CIMAISE, le logiciel d'informatisation des dossiers des patients hospitalisés au Centre Psychothérapique de Nancy, nous avons pu découvrir qu'1 patiente avait récidivé 2 fois et 1 patient 1 fois, et que 3 autres patients qui n'avaient pas répondu au questionnaire n'avaient pas récidivé, ce qui porte le nombre des récidives suicidaires entre 1 et 10 ans après la T.S. index à 8 sur 32 patients, avec pour 4 d'entre eux 1 récidive et pour les 4 autres 2 récidives.

4.2.5.4.3. Récidivistes depuis la T.S. index



Parmi ces 8 anciens patients, 3 avaient déjà récidivé dans les 3 mois suivant la T.S. index et 1 dans l'année suivant la T.S. de référence.

Si nous ajoutons les récidivistes de la première année et ceux de 1 à 10 ans après la T.S. index (en ôtant ceux qui ont déjà été comptabilisés la première année, soit 4), nous obtenons un total de 22 récidivistes dans les 10 ans suivant la T.S. index, soit **34.4% de la population initiale**.

Parmi les 34.4% des récidivistes à la fin de l'étude, 63.6% ont récidivé dans les trois mois après la T.S. index, 18.2% entre 3 mois et 1 an et 18.2% entre 1 et 10 ans.

(Notons que nous nous sommes permis de rapporter les données que nous possédions à la population initiale pour rendre compte des résultats sur le graphique ci-dessus).

4.2.5.4.4. Nombre de récidives après la T.S. index

Nous avons obtenu une réponse dans 32 cas, à partir des réponses des anciens patients dans 27 cas, et à partir des dossiers médicaux dans 5 cas.

A notre connaissance :

- 23 n'ont pas récidivé (71.9%),
- 5 patients ont récidivé une fois (15.6%),
- 4 ont récidivé 2 fois (12.5%).

4.2.5.4.5. Nombre total de T.S. connues par patient

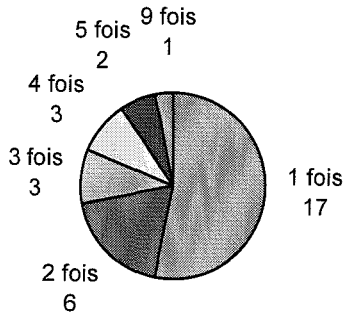
Nous pouvons nous appuyer sur les dossiers médicaux et les questionnaires pour 27 patients et uniquement sur les dossiers médicaux pour 5 patients.

Pour les 32 autres patients, nous n'avons que les données de 1996 et ne pouvons donc les inclure dans ce paragraphe.

Au total, sur les 32 patients « renseignés », 5 soit 15.6% ont fait 1 T.S. après la T.S. index, 3 soit 9.4% ont fait 2 T.S., et 1 soit 3.1% a fait 4 T.S. 1 patient qui a récidivé une fois dans l'année suivant la T.S. index est décédé dans cette même année par suicide.

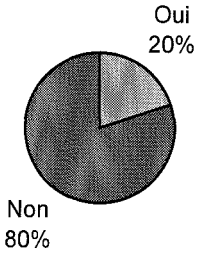
Lorsque nous additionnons ces chiffres aux T.S. antérieures : 5 soit 15.6% des 32 ont fait 1 T.S., 2 soit 6.3% ont fait 2 T.S., 1 soit 3.1% a fait 3 T.S. et 1 soit 3.1% a fait 4 T.S.

4.2.5.4.6. Nombre d'hospitalisations connues pour problèmes psychiatriques



Nous avons procédé de la même manière que dans le paragraphe précédent et nous basons donc sur un échantillon de 32 patients.
Parmi les 32 patients : 53.12% ont été hospitalisés une fois pour des problèmes psychiatriques (lors de l'hospitalisation index), 18.75% 2 fois, 9.4% 3 fois, 9.4% 4 fois, 6.25% 5 fois, et 3.1% 9 fois.

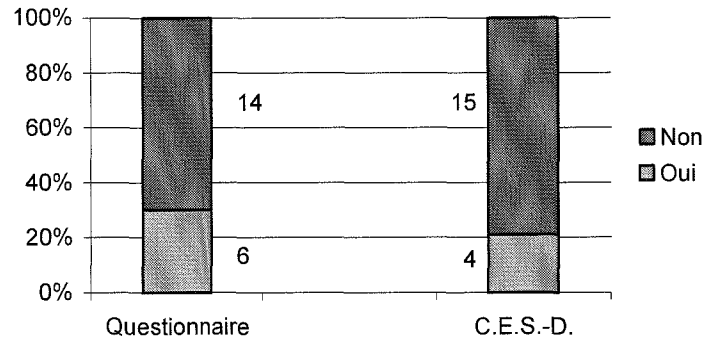
4.2.5.4.7. Idées suicidaires



Nous avons recueilli 20 réponses à cet item. Dans les « oui », nous avons inclus une réponse qui avait été ajoutée par la patiente : « parfois ».

4 anciens suicidants sur les 20 patients répondeurs disent avoir encore des idées suicidaires 10 ans après la T.S. index, soit **20%**.

4.2.5.4.8. Dépression

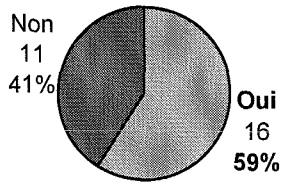


A la question **« vous sentez-vous déprimé(e) ? »**, 4 patients répondent « oui », et 2 « parfois », soit un total de **30%**.

A l'échelle de la **C.E.S.-D.**, 4 anciennes suicidantes obtiennent un score supérieur à 23 (seuil de la dépression), soit **21%**, et sont donc considérées comme étant déprimées. Parmi celles qui rentrent dans la catégorie des déprimées à la C.E.S.-D., 3 avaient répondu se sentir déprimées. A contrario, 1 patiente se disant déprimée obtient un très bon score à la C.E.S.-D. (7).

Les 2 patientes qui se sentaient « parfois » déprimées obtiennent un score de 14 et de 21.

4.2.5.4.9. Suivi psychologique



Sur les 27 réponses obtenues, la majorité a bénéficié d'un suivi après la T.S. index.

Le suivi a duré en moyenne **1 an et 2 mois** avec des extrêmes de moins de 3 mois et de 3 ans.
2 anciens suicidants déclarent être encore suivis actuellement soit 7.4% des répondeurs.

4.2.5.4.10. Consultations en psychiatrie dans les dix dernières années

9 patients disent avoir consulté (psychiatre de ville, urgences psychiatriques, Centre Médico-Psychologique,...) dans les 10 ans sur les 27 répondants à cet item, soit **un tiers**.

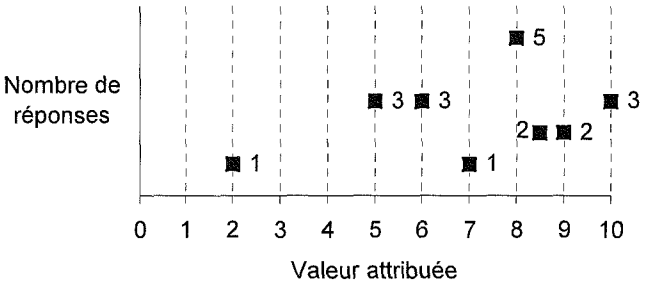
4.2.5.4.11. Arrêts maladie et allocation adulte handicapé

Aucun suicidant n'a répondu être souvent en arrêt maladie ou bénéficier d'une allocation pour adulte handicapé.

4.2.5.4.12. Contact avec la justice

2 ont déjà eu affaire à la justice soit **7.1%**.

4.2.5.5. Estimation de la santé globale

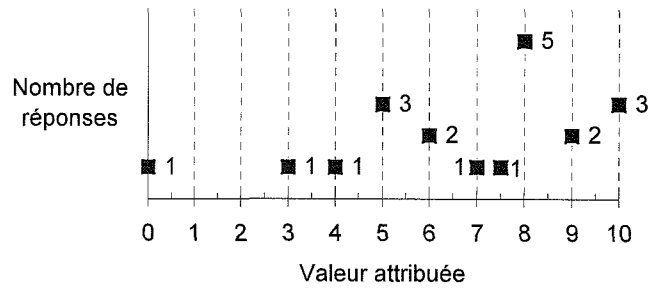


- 13, soit **65%** des patients, estiment leur santé de **bonne à très bonne**,
- 6, soit 30%, moyennement bonne,
- 1, soit 5%, mauvaise.

La réponse moyenne à cette échelle est **7.35** sur 10.

Presque les deux tiers des anciens suicidants s'estiment en bonne santé.

4.2.5.6. Estimation du bien-être psychologique

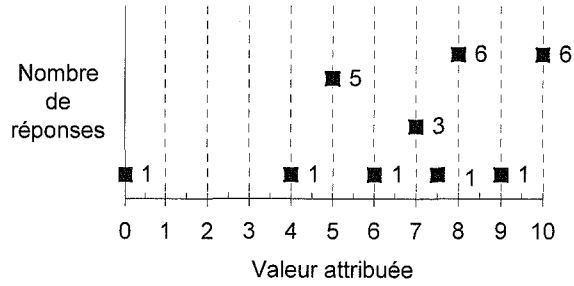


- 12, soit **60%** des répondeurs, estiment leur bien-être psychologique de **bon à très bon**,
- 6, soit 30%, moyennement bon,
- 2, soit 10%, mauvais.

La réponse moyenne donnée est de **6.9**.

60% des personnes se sentent heureuses ou très heureuses, un tiers moyennement heureuses, 10% malheureuses voire très malheureuses.

4.2.5.7. Satisfaction de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 1996



25 répondeurs ont complété cet item.

- 17, soit **68%** des anciens patients et de leurs parents, se disent **satisfaits à très satisfaits** de la prise en charge,
- 7, soit 28%, le sont moyennement,

– 1, soit 4%, n'est pas satisfait du tout.

La moyenne des réponses données à cette échelle est **7.22**.

Les propositions des patients et de leur famille concernant l'amélioration de la prise en charge après une T.S. sont intéressantes à étudier. 10 des 28 anciens patients et de leurs parents ont répondu à cette dernière question et nous reprendrons en détail leurs réponses dans la partie « analyse et discussion ».

4.3. Corrélation entre les réponses des questionnaires des patients et de leurs parents

Il nous est apparu intéressant de comparer statistiquement les réponses aux questionnaires des anciens patients avec celles de leurs parents.

Lors de notre étude, nous avons reçu à la fois le questionnaire des anciens patients et celui de leurs parents dans 18 cas.

Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé les coefficients de Kappa afin d'étudier la concordance des réponses.

Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé les coefficients de corrélation intraclasses (I.C.C.).

Plus le coefficient de Kappa est proche de 1, meilleure est la concordance et plus l'I.C.C. est proche de 1, meilleure est la corrélation.

Nous estimons que la corrélation, ou la concordance, est : excellente lorsque le coefficient est compris entre 0.8 et 1 ; moyenne lorsqu'il est entre 0.6 et 0.8 ; médiocre lorsqu'il se situe entre 0.4 et 0.6 et mauvaise en deçà de 0.4.

Les variables quantitatives du questionnaire sont :

- le nombre d'enfants,
- le nombre d'années de retard scolaire,
- le nombre de cigarettes fumées,
- le nombre de récidives de T.S. réalisées après l'année 1996,

- le nombre d'hospitalisations en psychiatrie après l'année 1996,
- les 5 échelles d'évaluation.

Toutes les autres variables étudiées sont qualitatives binaires (réponses par oui ou par non) ou avec des possibilités de réponses limitées à 3 items. Pour exemple, en ce qui concerne la durée du suivi après la T.S. index, nous l'avons catégorisée en 3 items qui sont :

- 1 = suivi < 3 mois,
- 2 = suivi compris entre 3 et 6 mois,
- 3 = suivi > 6 mois.

4.3.1. Etude des similitudes entre les réponses concernant la vie familiale des anciens suicidants

Pour les items concernant la situation familiale, le fait d'avoir des enfants et leur nombre, ainsi que le lieu de vie des anciens suicidants, **le coefficient de Kappa est de 1** : les réponses des anciens patients et de leurs parents sont donc parfaitement concordantes.

Pour l'échelle de satisfaction dans la vie affective, la moyenne des patients est de 7.58 (écart-type de 1.79) et celle de leurs parents est de 7.30 (écart-type de 2.07).

L'I.C.C. est de 0.64, nous pouvons donc estimer que les réponses sont moyennement corrélées pour cet item.

Il y 9 réponses différentes, les parents minorant parfois les réponses de leurs enfants, mais les majorant à d'autres moments. L'évaluation diffère de 1 point pour 4 d'entre eux (2 majorations et 2 minorations de la part des parents), de 1.5 pour 1 (avec une majoration parentale), de 2 pour 1 (avec une minoration parentale), de 3 pour 2 (avec 1 minoration et 1 majoration parentales) et de 3.5 pour le dernier (avec 1 minoration parentale).

4.3.2. Etude des similitudes entre les réponses concernant la vie professionnelle des anciens suicidants

Dans le domaine professionnel, nous retrouvons **un coefficient de Kappa de 1** pour : le fait de travailler, de changer souvent d'emploi, pour la catégorie socioprofessionnelle, ainsi que pour le niveau et le retard scolaires.

En ce qui concerne l'échelle de satisfaction dans la vie professionnelle, la moyenne des enfants est de 6.21 (écart-type de 3.05) et celle des parents de 6.31 (écart-type de 3.52).
L'I.C.C. est à 0.96, la corrélation est donc excellente.
Il y a 7 réponses différentes, qui divergent de 1 point pour 4 (2 minorant et 2 majorant les réponses de leurs enfants), et de 2 points pour 3 (2 majorant et 1 minorant).

4.3.3. Etude des similitudes concernant la santé psychosomatique des anciens suicidants

Pour les items concernant la présence de problèmes de santé, la consommation de tabac, de drogue, d'alcool, la réalisation d'une nouvelle T.S., la durée du suivi en 1996 après la T.S. index, le fait d'avoir consulté un psychiatre après 1996, le fait d'être actuellement suivi ou d'avoir eu affaire à la justice, **les Kappa sont tous de 1**, la concordance est excellente et donc les réponses totalement en accord pour tous les couples patient/parents répondeurs.
En ce qui concerne le nombre de cigarettes fumées par jour par les anciens suicidants, nous n'obtenons pas de différence dans les réponses lorsque nous les avons, mais des parents ont parfois préféré ne pas répondre à cet item, en précisant qu'ils ne pouvaient évaluer la consommation quotidienne exacte de leur enfant.
Pour l'item concernant la prise de traitement, les réponses sont toutes identiques sauf 1 (une mère n'a pas mentionné que sa fille prenait un traitement, non psychotrope par ailleurs) et la concordance est excellente avec **un coefficient de Kappa de 0.82**.

En ce qui concerne l'hospitalisation en psychiatrie après 1996, **le coefficient de Kappa est de 0.88** donc la concordance également excellente.
Il y a 1 réponse différente : la mère d'une patiente a répondu que sa fille avait été hospitalisée une fois après 1996 alors que la jeune fille a répondu par la négative. Nous n'avons pas d'élément pouvant nous guider dans l'explication de cette différence car, selon son dossier CIMAISE, la jeune fille n'a pas été hospitalisée en psychiatrie ni après 1996, ni en 1996 suite à l'hospitalisation index.

A la question « vous sentez-vous déprimé(e) ? » ou « pensez-vous que votre fils (fille) est déprimé(e) ? », le Kappa est de 0.45, donc la concordance est médiocre.

Il y a 4 réponses sur 16, soit 25% des réponses, qui divergent et de 4 manières différentes. Dans 1 cas, une mère pense que sa fille est déprimée alors qu'elle ne se sent pas elle-même déprimée, et c'est le contraire dans 1 autre cas. Dans un troisième cas, une mère pense que sa fille est « parfois déprimée » alors que cette dernière ne se pense pas déprimée et inversement pour la dernière situation.

Il est intéressant de noter, en se référant aux résultats de la C.E.S.-D. que les patients ont remplie, que la patiente qui se sentait « parfois déprimée » alors que sa mère chez laquelle elle vit ne la voyait pas déprimée, obtient un score élevé à 37 et rentre donc dans la catégorie des « déprimés ». Pour la patiente que la mère, psychothérapeute, estimait « déprimée » alors qu'elle ne se trouvait pas déprimée elle-même, le score de la C.E.S.-D. est à 3. La jeune femme ne remplit donc pas les critères de dépression selon cette échelle.

Pour les 2 réponses où le « parfois » est invoqué, le score de la C.E.S.-D. est à 13 et 14 donc intermédiaire. Mais correspond-il à une période plus dépressive ou au contraire à une période de « mieux » pour les patients répondeurs ?

En ce qui concerne les idéations suicidaires actuelles, **le coefficient Kappa est à 0.82** donc la concordance excellente.

Il y a 1 réponse qui diverge entre les parents et les enfants. Une patiente écrit avoir « parfois » des idées suicidaires alors que sa mère répond par la négative. A noter que cette patiente est celle qui se trouvait déprimée et qui l'était selon la C.E.S.-D. alors que sa mère ne l'avait pas trouvée déprimée.

La corrélation entre les réponses des patients et de leurs parents aux échelles d'évaluation de la santé globale et du bien-être psychologique est moyenne avec un **I.C.C.** respectivement de **0.65 et de 0.77**.

A l'échelle d'évaluation de la santé globale, les anciens patients ont une moyenne de 7.39 (écart-type de 2.17) et leurs parents une moyenne de 7.62 (écart-type de 2.03).

Il y a 12 réponses qui divergent, avec dans un cas l'absence de réponse parentale à cet item. Dans les autres cas, l'écart dans le couple de réponses est de 0.5 point pour 1 (avec une majoration de la part des parents), d'1 point pour 3 (avec 2 majorations et 1 minoration de la part des parents), il est de 2 points pour 4 autres (avec 2 majorations et 2 minorations), de 3 points pour 2 autres (avec 1 majoration et 1 minoration de la part des parents) et enfin de 4 points pour le dernier avec une majoration de la part des parents.

A l'échelle d'évaluation du bien-être psychologique, la moyenne des anciens patients est de 6.86 (écart-type de 2.69) et celle de leurs parents de 7.17 (écart-type de 2.75).

Il y a 9 réponses qui divergent et les 9 appartiennent au groupe des 12 réponses divergentes à l'item étudié précédemment. Dans 2 cas, les divergences chez les mêmes patients ne se font pas dans le même sens.
Pour cette échelle, nous retrouvons un écart dans les réponses d'1 point pour 5 « couples » de répondeurs (avec 2 majorations et 3 minorations parentales), de 2.5 points dans 1 cas (avec 1 majoration de la part des parents), de 3 points dans 1 cas (avec une majoration parentale), de 4 points dans 1 cas (avec une minoration parentale) et enfin de 5 points dans le dernier cas (avec une majoration parentale). A noter que les parents qui ont la plus grande différence de réponse avec leur enfant à cette échelle sont les mêmes que ceux qui avaient la plus grande différence de réponse à l'échelle précédente. Cependant, ils avaient répondu comme leur enfant pour les échelles d'évaluation de la vie affective et de la vie professionnelle.

C'est en ce qui concerne la **satisfaction de la prise en charge à l'Hôpital d'Enfants** que nous obtenons **l'I.C.C. le plus mauvais de tout le questionnaire** : il est de **0.19**, ce qui met en valeur une grande divergence entre les réponses des parents et de leurs enfants.
La moyenne des réponses des anciens patients est de 6.59 (avec un écart-type de 2.48) et celle de leurs parents de 8.08 (avec un écart-type de 2.59).
Il y a 13 réponses qui divergent et c'est donc à cet item que nous trouvons le plus de différences en nombre.
11 fois sur 13, les parents estiment plus favorablement que leurs enfants la qualité de la prise en charge en 1996 avec des différences de notation allant jusqu'à 5 points pour 4 d'entre eux. Nous retrouvons sinon 1 parent qui a majoré de 3 la notation, 2 parents qui l'ont majorée de 2, 1 de 1.5 et 2 de 1. Un parent a minoré de 5 la prise en charge la qualifiant de nulle et 1 dernier l'a minorée de 3 (passant de 9 à 6).

Nous analyserons toutes ces données dans notre partie « analyse et discussion ».

4.4. Comparaison de la population des patients répondeurs avec celle des non répondeurs

Les deux populations ont été comparées en fonction des caractéristiques étudiées au moment de l'hospitalisation index, par le test du Khi 2 pour les variables qualitatives et par le test de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

Selon tous les critères étudiés en 1996, nous n'avons retrouvé **AUCUNE** différence significative entre la population des répondeurs et celle des non répondeurs au questionnaire envoyé en 2006.

En 2004, à propos des caractéristiques de la population en 1994, les deux populations différaient de façon significative quant à leur milieu socioculturel, leur mode d'hébergement et leurs antécédents personnels de T.S. au moment de l'hospitalisation de référence.

Les répondeurs venaient plus souvent de milieux moyennement favorisés à défavorisés, ils étaient plus nombreux à être déjà récidivistes au moment de la T.S. de référence, et vivaient plus souvent dans le foyer familial en 1994 que les non répondeurs.

5. Facteurs pronostiques : associations entre les 4 critères retenus et les caractéristiques de la population en 1996

Pour analyser les associations entre le devenir des patients à dix ans et leurs caractéristiques au moment de l'hospitalisation index, nous avons retenu 4 critères de jugement qui nous semblaient refléter le devenir psychosocial des anciens suicidants et qui avaient 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.

L'analyse a été réalisée pour les 28 répondeurs (parents répondeurs seuls et patients) pour les données objectives (l'activité professionnelle) et pour les 20 anciens patients répondeurs pour les données subjectives (les 3 autres). Les associations entre les données en 2006 et les caractéristiques initiales ont été testées par le test exact de Fisher ou le test du Khi 2 pour les variables qualitatives, et par le test de Wilcoxon pour les variables quantitatives.
La différence est significative pour $p < 0.05$.

5.1. Activité professionnelle à 10 ans

L'activité professionnelle correspond au fait de travailler.

Dans cette population, 18 ont une activité professionnelle, soit **63.3%**, et 10 n'en ont pas, soit 35.7% (rappelons que parmi ce dernier groupe, 4 sont étudiants).
Parmi les 6 garçons répondeurs, 4 ont une activité professionnelle (66.7%) contre 2 sans emploi (33.3%) dont 1 étudiant ; pour les 22 filles, 13 ont une activité professionnelle (59.1%) contre 9 (40.9%) dont 1 en recherche d'un emploi, 6 inactives ou mères au foyer et 2 étudiantes. La différence entre le sexe et le fait de travailler n'est pas significative ($p = 0.43$).

5.1.1. En fonction de la situation familiale

Nous n'avons pu étudier toutes les données en raison du nombre réduit de répondeurs. Ainsi, nous ne pourrons exposer de résultats statistiques en ce qui concerne l'immigration. Parmi les personnes qui étaient immigrées ou adoptées et qui ont répondu, une personne immigrée ne travaille pas et une personne adoptée étudie.

Avoir des parents mariés ou séparés lors de la T.S. index n'influe pas sur le fait d'avoir une activité professionnelle à l'âge adulte ($p = 0.11$). Cependant, parmi les jeunes qui **ne travaillent pas en 2006, 70%** avaient des **parents séparés lors de la T.S. index.**
Dans le total des anciens patients qui travaillent, les 2/3 avaient grandi avec leurs deux parents, sans différence significative ($p = 0.2$).

Le fait d'avoir des parents en activité professionnelle ($p = 0.7$), des parents aux antécédents psychiatriques ou de comportements suicidaires ($p = 0.7$ et 1) lors de la T.S. index, n'est pas prédictif du fait de travailler à l'âge adulte dans cette étude.
Les patients dont le **père** était **alcoolique en 1996, ne travaillent pas à 55% en 2006**, alors que les patients dont le père ne buvait pas en excès, ne travaillent pas à seulement 26%, sans différence significative ($p = 0.21$) pour autant.

Le niveau socioculturel en 1996 n'influe pas non plus sur la probabilité future d'avoir un emploi ($p = 0.6$). Cependant, parmi ceux qui avaient un niveau socioculturel favorisé ou très favorisé, 68% travaillent contre 50% de ceux qui avaient un niveau socioculturel moyennement favorisé ou défavorisé.

5.1.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, les difficultés et le retard scolaires ne sont pas un facteur pronostique de l'activité professionnelle à l'âge adulte dans cette étude, même si 61% des anciens suicidants qui travaillent en 2006, n'avaient pas de difficulté ou de retard scolaires en 1996 ($p = 0.11$).

5.1.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996

Nous ne retrouvons pas de différence significative dans le fait de travailler en 2006 et d'avoir eu des antécédents de T.S. en 1996 ou une comorbidité lors de la T.S. index (p = 0.43 et 1).
Par contre, nous retrouvons une différence significative (**p = 0.002**) entre le fait de travailler et celui d'avoir des **antécédents psychiatriques personnels** lors de la T.S. index. Ainsi, tous les anciens suicidants qui ne travaillent pas en 2006, avaient des antécédents psychiatriques et tous ceux qui n'en avaient pas, travaillent.

Par ailleurs, nous constatons que 72% des anciens suicidants qui ont bénéficié d'un bilan psychologique travaillent sans différence significative (p = 0.41).

En résumé, nous constatons dans cette étude, qu'avoir une activité professionnelle est inversement corrélée de façon significative avec le fait d'avoir des antécédents psychiatriques personnels lors de la T.S. index, et semble lié au fait d'évoluer dans une famille unie, sans éthylisme parental, sans difficultés scolaires, et au fait d'avoir bénéficié d'un bilan psychologique.

5.2. Bien-être psychologique à 10 ans

La recherche d'associations a été réalisée pour les 20 patients répondeurs.
Les garçons cotent, en moyenne, leur bien-être psychologique mieux que les filles (moyenne de 8 versus 6.76). La différence n'est cependant pas interprétable sur le plan statistique car 1 seul garçon a répondu personnellement à cet item.

5.2.1. En fonction de la situation familiale

Les médianes des réponses à l'échelle de bien-être sont similaires, que les parents des patients aient été mariés ou séparés en 1996 (p = 0.43), qu'ils aient été alcooliques ou non (p = 0.9), qu'ils aient eu des antécédents psychiatriques (p = 0.6) ou des comportements suicidaires (p =

0.8) ou non, qu'ils travaillaient ou non (p = 1), et enfin qu'ils aient été vivants ou décédés (p = 0.4).

Nous avons relevé une différence de médiane de 3 points entre les anciens patients qui grandissaient dans une famille monoparentale en 1996 et ceux qui évoluaient avec leurs deux parents ou dans une famille reconstituée, sans pour autant trouver de différence significative (p = 0.25).

Le milieu socioculturel n'a pas non plus d'incidence sur leurs réponses (p = 0.8).

5.2.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires

Nous constatons une différence dans les médianes des réponses des répondeurs : ceux qui n'avaient pas de retard ou de difficultés scolaires ont une médiane (sur une échelle de 10) de 3 points supérieurs à ceux qui en avaient. Cependant, la différence n'est pas significative sur le plan statistique (p = 0.3).

5.2.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996

Les primosuicidants et les récidivistes lors de la T.S. index en 1996 ont une médiane de 8 et de 7.5 à l'échelle d'évaluation, donc quasiment semblables (p = 0.9).

Les récidivistes l'année suivant la T.S. index ont une médiane de réponses inférieure à celle des non récidivistes (4.5 versus 8) sans que la différence soit pour autant significative (p = 0.2).

Qu'ils aient ou non présenté une comorbidité lors de la T.S. index, les anciens patients ont une médiane très proche (p = 0.7), de même pour les antécédents psychiatriques personnels (p = 0.6), la nature du suivi proposé (p = 0.8), et la réalisation d'un bilan psychologique durant l'hospitalisation index. Les anciens patients qui ont bénéficié d'un bilan se sentent mieux (médiane majorée de 2 points) que leurs pairs qui n'en ont pas bénéficié (p = 0.14).

Nous ne constatons aucune association statistique à l'analyse bivariée du bien-être et des caractéristiques des suicidants lors de leur hospitalisation index.

Cependant, nous pouvons tout de même dire que les patients qui évoluaient dans une famille monoparentale, ceux qui avaient un retard ou des difficultés scolaires, ceux qui

avaient récidivé dans l'année, et ceux qui avaient bénéficié d'un bilan psychologique ont des médianes de réponses inférieures lorsqu'ils évaluent leur bien-être psychologique.

5.3. Récidives à 10 ans

Comme nous l'avons déjà vu, 8 patients ont récidivé dans les dix ans (25%) parmi les 32 patients pour lesquels nous avions des informations (27 répondeurs et 5 anciens patients dont nous avions pu obtenir des données à partir de leurs dossiers médicaux informatisés).

Parmi les 8 récidivistes, il y a 6 filles et 2 garçons, ce qui correspond à la distribution initiale de notre population : nous ne retrouvons pas de différence significative dans les récidives quant au sexe.

5.3.1. En fonction de la situation familiale

Nous n'avons relevé aucune différence significative entre le fait de récidiver dans les 10 ans et la situation familiale au moment de la T.S. index (parents séparés ou non, milieu socioéconomique, alcoolisme parental, activité professionnelle parentale, lieu de vie). Nous pouvons tout de même citer les variables pour lesquelles les chiffres diffèrent le plus, tout en sachant que ces différences ne sont pas significatives ($p > 0.05$).
Les récidivistes à 10 ans sont, pour la moitié, issus d'une famille qui était reconstituée en 1996 ($p = 0.4$), avaient pour 2/3 des antécédents familiaux psychiatriques ($p = 0.35$) et pour 2/3 des antécédents familiaux de comportements suicidaires ($p = 0.66$).

5.3.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires

Nous retrouvons pour cet item une différence significative avec $p = 0.016$ car **tous les récidivistes parmi les répondeurs présentaient un retard scolaire**.

5.3.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative parmi ces items.
Plus précisément, nous ne retrouvons pas d'association entre le fait d'avoir des antécédents de T.S. lors de la T.S. index ou le fait d'avoir fait une récidive précoce et celui de faire une récidive à 10 ans (p = 1 et 0.1 respectivement).
En ce qui concerne la comorbidité diagnostiquée lors de la T.S. index, les 2/3 des récidivistes n'en présentaient pas, et parmi ceux qui en avaient une en 1996, 81% n'ont pas récidivé à 10 ans (p = 1).
Parmi les récidivistes, les 2/3 avaient été suivis plus de 6 mois après la T.S. index (p = 0.19) et les 2/3 avaient bénéficié d'un bilan psychologique (p = 0.14) ; cependant, parmi les suicidants de 1996, répondeurs, qui ont été suivis plus de 6 mois, 69% n'ont pas récidivé.

A l'étude des associations entre les récidivistes et les caractéristiques initiales des suicidants, nous n'avons retrouvé une différence significative que pour le retard scolaire. Nous avons pu cependant observer une surreprésentation, parmi les récidivistes, de patients ayant évolué au sein d'une famille reconstituée, aux antécédents familiaux psychiatriques et de comportements suicidaires, et ayant bénéficié d'un bilan psychologique et d'un suivi de plus de 6 mois.

5.4. Score obtenu à la C.E.S.-D. à 10 ans

20 patients répondeurs, 1 jeune homme et 19 jeunes femmes, ont rempli cette échelle d'évaluation de la dépression. Rappelons que les patientes sont considérées comme étant déprimées lorsqu'elles obtiennent un score supérieur à 23, et les patients sont considérés déprimés lorsque leur score est supérieur à 17 (ce qui n'est pas le cas de notre ancien patient).

5.4.1. En fonction de la situation familiale

Les médianes des scores obtenus à la C.E.S.-D. sont similaires que les parents des patientes aient été mariés ou séparés en 1996 ($p = 0.26$), qu'ils travaillaient ou non ($p = 0.4$), qu'ils aient été alcooliques ou non ($p = 0.5$), qu'ils aient eu des antécédents psychiatriques ($p = 0.8$) ou non, quel que soit leur lieu de vie ($p = 0.3$) et leur milieu socioéconomique ($p = 0.3$).
Nous avons relevé une différence, non significative cependant, de médianes entre les anciennes patientes dont la famille était reconstituée en 1996 et les autres (21 versus 12 et 13 avec $p = 0.3$).
Nous avons également retrouvé une différence, non significative cependant, entre celles qui avaient des antécédents familiaux de comportements suicidaires et celles qui n'en avaient pas (19 versus 12 avec $p = 0.27$).

5.4.2. En fonction des difficultés et du retard scolaires

Les anciennes patientes qui avaient un retard ou des difficultés scolaires ont une médiane de réponses à 19 contre 12 pour celles qui n'en avaient pas, sans différence significative ($p = 0.14$).

5.4.3. En fonction de la situation psychologique et de la prise en charge en 1996

Qu'elles aient eu une comorbidité, des antécédents personnels de T.S. ou psychiatriques, un suivi ou non, et un bilan psychologique ou non, nous ne retrouvons pas de différence significative à la C.E.S.-D.
Par contre, nous retrouvons des médianes de scores à la C.E.S.-D. assez différentes en ce qui concerne les récidives précoces : les patientes qui ont précocement récidivé en 1996 ont une médiane à 29 contre 13 pour les non récidivistes, avec $p = 0.12$.

Nous n'avons constaté aucune association à l'analyse bivariée du score de la C.E.S.-D. et des caractéristiques des suicidants lors de leur hospitalisation index.
Cependant, nous pouvons tout de même dire que les patientes qui évoluaient dans une famille reconstituée, avec des antécédents familiaux de comportements suicidaires, qui

avaient un retard ou des difficultés scolaires et qui avaient récidivé précocement, ont des scores à la C.E.S.-D. qui sont plus élevés.

6. Comparaison des résultats avec ceux de l'étude menée en 2004

6.1. Comparaison des caractéristiques des suicidants en 1994 et en 1996

6.1.1. Résultats semblables

Nous retrouvons dans ces deux études une population relativement identique en ce qui concerne l'âge, le sexe, les moyens utilisés pour les T.S., le nombre de récidives à 3 mois, la fratrie, le retard et les difficultés scolaires, le nombre de parents qui vivaient ensemble ainsi que le contexte familial, et enfin le nombre de patients suivis après la T.S. index.

Dans les autres domaines, les différences sont plus ou moins marquées (nous ne ferons part en chiffre que des différences significatives).

6.1.2. Différences mineures

Les suicidants avaient davantage d'antécédents personnels de T.S. en 1994 (47.7% versus 43.75% en 1996).
La durée d'hospitalisation a été plus longue en 1996 (10 jours versus 8.6 jours en 1994).

6.1.3. Différences majeures

La durée des suivis après la T.S. index étaient variables même si, rappelons-le, le nombre de patients suivis après la T.S. index était quasiment identique.
Suite à la T.S. index, les patients de 1994 ont été en plus grand nombre suivis plus de 6 mois (42% versus 33% en 1996) et en nombre moins important suivis entre 3 et 6 mois (4.8% versus 9%) et moins de 3 mois (30.6% versus 36%).

Etaient **davantage représentés en 1994** :

- le nombre de veufs chez les parents des suicidants (16.9% en 1994 versus 6.2% en 1996),
- les **enfants immigrés ou adoptés** (16.9% versus 6.25%), avec une différence significative (**p = 0.02**),
- les **enfants ne vivant pas chez leurs parents** (27.7% versus 11%), avec une différence significative (**p = 0.02**),
- les **milieux socioéconomiques défavorisés** (21.5% versus 6%), avec une différence significative (**p = 0.015**),
- les antécédents de T.S. chez les parents du premier degré (40% versus 28.6%),
- les récidives précoces à 1 an (voir ci-dessous).

Les récidives précoces à 1 an étaient de 27% en 1994 et de 6% en 1996 alors que, rappelons-le, celles à 3 mois étaient identiques entre les 2 années.
Ainsi, le pourcentage de récidives dans l'année est de 40% en 1994 et de 28% en 1996.

Etaient **davantage représentés en 1996** :

- l'activité des parents (81.25% de pères actifs en 1996 versus 73% en 1994),
- l'éthylisme parental (37.5% versus 29.2%),
- **l'hospitalisation en pédopsychiatrie**, directement ou après un hébergement en pédiatrie (53% versus 28.6%), avec une différence significative (**p = 0.022**),
- la réalisation d'un **bilan psychologique** (68.75% versus 53.8%), avec une différence significative (**p = 0.03**),
- la comorbidité (voir ci-dessous).

La **comorbidité psychiatrique** évaluée de la même manière qu'en 1994, était de 43.75% en 1996 versus 21.5% en 1994, avec une différence significative (**p = 0.0003**).
La différence de résultats résulte d'une surreprésentation de la dépression en 1996 (presque 2 fois plus qu'en 1994) et d' « autres troubles » (presque 5 fois plus).

6.2. Comparaison des réponses aux questionnaires en 2004 et en 2006

Davantage d'anciens suicidants ont répondu en 2004 (52.3% versus 43.75%) en considérant les populations initiales au complet.

6.2.1. Résultats semblables

Nous retrouvons deux populations de répondeurs relativement identiques quant à leur âge, leur sexe, le nombre d'actifs, la moyenne à l'échelle de satisfaction affective, la moyenne à l'échelle de satisfaction professionnelle, le niveau d'études, la consommation de tabac, le pourcentage d'idées suicidaires encore présentes, le nombre de patients suivis après la T.S. index et suivis au moment du questionnaire, le nombre de patients bénéficiant de l'A.A.H., la moyenne aux échelles de satisfaction de santé globale et de bien-être psychologique.

6.2.2. Différences mineures

Il existe des différences mineures dans 3 domaines :

- le nombre de patients présentant des troubles somatiques (28.6% en 2006 versus 24% en 2004),
- la moyenne à l'échelle de satisfaction de la prise en charge de la T.S. index (7.22 en 2006 versus 6.83 en 2004) avec une surreprésentation des personnes très insatisfaites en 2004 (14% versus 4%),
- la mortalité (5.4% en 2004 versus 3.3% en 2006).

6.2.3. Différences majeures

Nous retrouvons une **représentation supérieure en 2004** :

- des personnes vivant en couple (52.3% versus 46% en 2006),
- des personnes ayant des enfants (50% versus 32.15%),

- du retard scolaire (88.2% versus 62.96%), la différence se situant au niveau des personnes ayant redoublé 2 classes,
- de la consommation de psychotropes (21% versus 14.3%), avec une différence significative (**p = 0.006**),
- de la consommation régulière d'alcool (21% versus 0),
- de la consommation régulière de drogue (21% versus 7.7%),
- de la durée du suivi après la T.S. index (2 ans et 4 mois versus 1 an et 2 mois),
- de la dépression ressentie par les répondeurs (38% versus 30%),
- des arrêts de travail fréquents (11% versus 0),
- des rencontres avec la justice (15% versus 7.1%),
- des récidives (cf ci-dessous).

Nous retrouvons une nette prédominance des récidives pour les patients de 1994 : entre 1 et 10 ans après la T.S. index de 1994, les patients ont récidivé en 2004 à 47% alors que les patients de 1996 ont récidivé à 25% en 2006. Rappelons que les patients de 1994 avaient déjà récidivé de manière précoce en plus grand nombre que ceux de 1996.
Depuis la T.S. index, les anciens patients ont récidivé à 55% en 2004 et à 34.4% en 2006 en se référant aux populations initiales et à 65% en 2004 et à 37.5% en 2006 en se rapportant aux populations « renseignées ».

En ce qui concerne le nombre de récidives après la T.S. de référence et jusqu'au questionnaire, elles sont plus importantes en 2004 : 26% (versus 15.6%) ont récidivé 1 fois, 15% (versus 12.6%) ont récidivé 2 fois et 24% ont récidivé plus de 2 fois (versus 0 en 2006).

Nous retrouvons une **représentation supérieure en 2006** :

- des personnes très satisfaites sur le plan affectif (76.19% versus 70.5%) même si, rappelons-le, la moyenne est semblable,
- du nombre d'actifs travaillant dans les professions intermédiaires (55.5% versus 30.4%) et du nombre d'étudiants (14.4% versus 0),
- des personnes très satisfaites sur le plan professionnel (55% versus 41%) même si, rappelons-le, la moyenne est semblable.

3ème partie : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

1. ANALYSE

Dans ce paragraphe, nous allons revenir sur les résultats décrits dans la précédente partie (caractéristiques de la population de 1996 et devenir psychosocial à 10 ans des anciens suicidants), les analyser, et les comparer aux données de la littérature, que nous avons déjà exposées dans la première partie de notre travail.

1.1. A propos des caractéristiques des suicidants en 1996

Les caractéristiques des adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy en 1996 étaient **relativement identiques** à celles généralement retrouvées parmi les jeunes suicidants, dans les études nationales, internationales, comme dans l'étude de 2004 que nous avons reprise : voir tableau page suivante (3,21,28,39,43,45,46,50,65,82,107).

Auteurs	Lieu	Nombre de cas	Recrutement	Recul	Age	Pic âge	Sex ratio	I.M.V.	% de réponses	% de récidives au début de l'étude	% de récidives à la fin de l'étude	% de mortalité	ATCD familiaux
Otto 1955-59	Suède	1547	Multi-centrique	10 ans à 13 ans	10-21	19	4	87%				5.4%	MP : 19% A : 13%
White 1970-71	Angleterre	50	Hôpital général	1 an	14-19		4.5	100%	80%		12%		D: 40% MP : 18%
Garfinkel Froese 1970-77	Etats-Unis	505	Pédiatrie	8 ans		15.1	3	87.9%		37%		1.6%	A : 59.1%
Granboulan Rabain 1970-80	France	265	Psychiatrie	11 ans 1/2	12-22	14-15	1.7	63%	47.9%	42.6%	30.7%	11%	DC : 13% MP : 34%
Kotila Lönnqvist 1973-82	Finlande	406	Hôpital Unviersitaire Général	10 ans	15-19	17.6	2.6			44%		3.2%	D : 15% MP + A : 33%
Guillon 1977-81	Réunion	67	Pédiatrie	1 à 5 ans	11-17	13-14	2.3	88%	22.4%	21%		0	D : 20% DC : 10%
Cummins 1977-82	Afrique du Sud	81	Psychiatrie	1 à 6 ans	10-15	12-13	2	79%	42%		27%		
Foussard Laurent 1982-92	France	587	Pédiatrie Pédopsy. Toxicologie	5 ans	8-17	15	3		39%		34%	2%	
Angle 1983		47	Psychiatrie	9 ans	12-18			100%	31.9%		47%	0	
Laurent Bosson 1986-91	France	102	Psychologie Médicale Infantile	6 ans	8-17	14.6	3.8	86%		30%	15%	1.1%	D : 50% MP : 31% A : 30%
Géhin Kabuth 1994-2004	France	65	Pédiatrie	10 ans	11-19	14-15	4.9	87.8%	52.3%	48%	34.5%	5.4%	D: 32% DC: 18% A : 29%
Choquet Granboulan 1997-98	France	769	Hôpital général	1 an	12-24	15-16	3.8	83.5%	20.5%	31%	21%		D :34% DC: 14%
Ligier Kabuth 1996-2006	France	64	Pédiatrie	10 ans	9-18	14.72	3.93	93.75%	43.75%	45.3%	34.4%	1.6%	D: 50% DC: 6.3% MP : 33% A : 37.5%

D : parents Divorcés, DC : parent Décédé, MP : parent présentant une Maladie Psychiatrique, A : Alcoolisme parental.

Avant toute analyse, il est important de souligner que notre échantillon de patients est réduit, même si, comme nous pouvons le noter dans le tableau ci-dessus, d'autres études ont également porté sur des échantillons de patients du même ordre que le nôtre. De ce fait, nous ne pouvons que faire des **constatations** et tenter d'élaborer des **hypothèses**. Nous ne pouvons,

et ne devons, absolument pas nous permettre d'avancer des conclusions franches quant aux données recueillies.

Par ailleurs, les données collectées dans les différentes études n'ont pas fait l'objet d'un recueil standardisé et nous pouvons supposer que, d'un établissement à l'autre, et plus encore d'un pays à l'autre, les caractéristiques étudiées peuvent diverger dans leurs définitions et leurs appréciations.

Nous avons choisi de ne pas reprendre toutes les caractéristiques de notre population une par une, d'autant plus qu'elles sont semblables à celles habituellement retrouvées dans les différentes études, et avons préféré ne présenter que les éléments divergents.

Dans la population de 1996, nous avons retrouvé des données qui différaient avec celles généralement retrouvées sur le plan :

- du moment du geste,
- de l'activité professionnelle des parents et du milieu socioéconomique,
- du lieu de vie du patient,
- de l'éthylisme parental,
- de la durée d'hospitalisation.

Nos anciens patients ont majoritairement réalisé **la tentative de suicide index en hiver** (42%), alors que la tendance générale souligne une surreprésentation des tentatives de suicide au printemps, période qui arrive, dans notre étude, en deuxième position (26.6%).

En ce qui concerne **l'activité professionnelle parentale** et le **milieu socioéconomique**, nous retrouvons un pourcentage de parents travaillant (81.25% des pères et 68.75% des mères) et un niveau de revenus (niveaux moyennement favorisé ou favorisé pour 67%) **supérieur** à ceux que les études mettent généralement en évidence. Nous ne trouvons donc **pas d'association entre le milieu socioéconomique et les tentatives de suicide**, comme dans certains travaux qui démontrent que, ce n'est qu'associé à d'autres facteurs que cet élément est prédictif.

Les parents des anciens patients de notre étude présentaient un **taux d'éthylisme (37.5%) supérieur** à celui généralement retrouvé qui avoisine les 20%. Nous avons tout d'abord pensé que cette différence résultait d'une prépondérance de la consommation d'alcool en Lorraine par rapport aux autres régions. Malgré tout, le taux d'éthyliques parmi les parents des adolescents de notre cohorte est supérieur à celui objectivé par Mme A. Gehin en 1994 (même

s'il n'y avait pas de différence significative), alors que le recrutement de nos populations est semblable.

Par ailleurs, dans notre étude, davantage d'adolescents vivaient **chez leurs parents (89%)** par rapport aux autres études qui retrouvent jusqu'à 50% d'enfants vivant en dehors du foyer familial, et même par rapport à celle de 2004 avec une différence significative, sans trouver d'explication à ce phénomène.

Enfin, en ce qui concerne la **durée moyenne d'hospitalisation** de la population étudiée, elle est de **10 jours** pour une moyenne habituelle de 4.6 jours, (voire de 24h en 1993, donc à l'époque de l'hospitalisation de nos jeunes suicidants). La durée moyenne d'hospitalisation des suicidants à l'Hôpital d'Enfants en 1996 était donc **très supérieure à la moyenne nationale** de cette époque.

Sans que nous ayons retrouvé de différences majeures, nos résultats sont dans les taux les plus hauts sur le plan :

- du retard et des difficultés scolaires, avec 62.5% pour des taux allant de 30 à 60%,
- du nombre de parents divorcés, avec 50% pour des taux allant de 20 à 50%,
- de l'importance du suivi psychologique, avec 78% de patients suivis après la T.S. index pour des taux s'échelonnant de 50 à 78% dans les études ou la littérature.

A noter qu'en ce qui concerne le taux de fugue réalisé dans les antécédents des suicidants, notre chiffre de 3.1% est bien en deçà de celui retrouvé en général (entre 30 et 70%). Soulignons cependant que les antécédents de fugue n'étaient pas systématiquement recherchés (ou mentionnés).

Par ailleurs, les problèmes relationnels intrafamiliaux n'étaient pas non plus systématiquement explorés, ou tout du moins non « cotés », alors que les perturbations familiales sont fréquemment observées dans les populations de suicidants étudiées.

Les facteurs de récidives précoces que nous avons mis en évidence correspondent, pour la plupart, à ceux retrouvés dans la littérature.

Cependant, à l'intérieur de notre échantillon, nous avons pu noter des différences sur le plan de la prise en charge des suicidants récidivistes. En effet, nous avons retrouvé que les **récidivistes** étaient **hospitalisés plus longtemps** (11.5 jours versus 7), avaient souvent un **traitement chimiothérapique** en plus de la psychothérapie (avec une différence significative), avaient en plus grand nombre un **bilan psychologique** et un **suivi plus long** par rapport aux suicidants qui n'ont pas récidivé (avec une différence significative). Nous

pouvons imaginer que cette différence résulte du fait que les patients qui ont récidivé étaient des patients qui apparaissaient plus vulnérables psychiquement, plus « à risque » que leurs pairs, et qu'ils étaient donc pris en charge d'une manière plus complexe.
Nous avons également trouvé des différences, pour les suicidants récidivistes de notre cohorte, avec les études ou les données de la littérature à propos des antécédents familiaux psychiatriques ou de comportements suicidaires, ainsi que concernant l'éthylisme parental. Ces 3 facteurs qui sont généralement reconnus comme des facteurs de risque de récidive ne sont pas apparus prédictifs, sur le plan statistique, dans notre étude.

Enfin, il est intéressant de souligner que, pour les jeunes suicidants étudiés, nous n'avons pas retrouvé de différence de suivi entre les patients qui vivaient dans un milieu rural par rapport à ceux issus d'un milieu urbain, alors que la tendance générale retrouve que les patients ruraux sont souvent délaissés (26).

1.2. A propos du taux de réponses à notre étude

Lorsque des études sont réalisées sur le devenir d'anciens patients, il y a **10 à 20% de perdus de vue par an**. Dans la très grande majorité des études aux modalités similaires à la nôtre, avec envoi de questionnaires aux anciens patients ou à leurs proches, **les taux de réponses sont généralement inférieurs à 50%** (43.75% pour notre étude) lorsque le recul est supérieur à un an ; et ce d'autant plus que le **sujet abordé est délicat** comme celui de la tentative de suicide. Nous avons, en effet, pu constater, qu'une fois les anciens patients contactés, ils pouvaient **refuser de répondre**, ne voulant se remémorer des souvenirs douloureux, ou ne voulant plus avoir affaire avec le service qui avait été témoin de leur souffrance ancienne (et parfois encore présente). Dans notre étude, nous en avons été tenu informée pour 2 des anciens suicidants, soit 3.1%, mais nous pouvons supposer que parmi les non répondeurs (14), certains anciens suicidants voulaient taire ou « oublier » ce passé.

En général, le pourcentage de perdus de vue ou de non répondeurs s'accroît avec la durée du recul. Or, si à l'issue d'une enquête sur le devenir à long terme, trop peu de réponses sont récoltées, il n'est plus possible d'étendre les données concernant la population retrouvée et

répondeuse à l'échantillon initial. C'est un des éléments qui rend ces études difficiles à réaliser et à exploiter.
La durée de recul de notre étude, de 10 ans, fait partie des plus importantes, comme le tableau inaugurant ce paragraphe le démontre, avec les études de U. Otto, de V. Granboulan et D. Rabain et de L. Kotila et J. Lönnqvist.

1.3. A propos du devenir psychosocial des patients de notre étude

L'évolution des anciens suicidants de notre étude a été **plutôt positive**, comparée aux données habituellement retrouvées.

En général, les anciens patients se sentent mieux pour 25 à 56% d'entre eux, et, dans notre population, plus des trois quarts des anciens suicidants qui ont répondu s'estiment heureux dans leur vie affective et plus de la moitié satisfaits ou très satisfaits dans leur vie professionnelle, sachant qu'ils travaillent à 64.28% même s'ils ont connu des difficultés ou un retard scolaires pour 63%. Par ailleurs, 70% des répondeurs ne rapportent pas de problème psychiatrique particulier.
Cependant, 5 anciens suicidants, soit 18% des répondeurs, présentent une pathologie psychiatrique chronique, et ont récidivé ou récidivent encore sur le plan des comportements suicidaires. L'1 d'entre eux, une jeune femme, est toxicomane et a refait une tentative de suicide, 1 autre présente un trouble de la personnalité de type état limite et multiplie les conduites de rupture et les passages à l'acte suicidaires, 1 autre présente des conduites anorexiques chroniques avec des périodes de dépression, et les 2 derniers anciens patients présentent un trouble dépressif chronique. Par ailleurs, 4 anciens suicidants, soit 12% des répondeurs, se situent dans une position intermédiaire, alternant des périodes d'amélioration et d'aggravation de leur état psychique (troubles dépressifs et troubles anxieux).

En comparant nos patients à la population générale de la même tranche d'âge, nous ne trouvons pas de grande différence. Malgré tout, nous avons pu objectiver que les anciens suicidants de 1996, 10 ans après la T.S. index, consommaient davantage de psychotropes mais sans grande différence (14.28% versus 12%), davantage de tabac avec une grande différence

(75% versus 34%) mais moins de drogue (7.7% versus 30%) par rapport à la population générale.

En ce qui concerne **la mortalité**, notre étude fait partie de celles dont **le taux est le plus bas** avec 1.56%.

Nous avons pu mettre en évidence un **score à la C.E.S.-D. supérieur** (sachant que pour un score élevé, la dépression est confirmée), lorsque les anciens patients avaient évolué au sein d'une **famille reconstituée** et qu'ils avaient des antécédents de **comportements suicidaires familiaux**. Rappelons que nous avions déjà retrouvé ces deux éléments comme probables facteurs de risque de récidive précoce. Avoir grandi dans une atmosphère peu sécurisante peut avoir fragilisé, à leur tour, les anciens suicidants et expliquer cette tendance dépressive retrouvée chez eux, une fois l'âge adulte atteint.
Un autre élément également commun avec les facteurs prédictifs de récidive précoce est concordant avec un score élevé à la C.E.S.-D. : les **difficultés et le retard scolaires**.
Enfin, les **récidives précoces** étaient représentées en plus grand nombre chez les patients qui ont un score élevé à la C.E.S.-D., ce qui peut tout à fait se comprendre, puisque les 2 entités ont des facteurs prédictifs communs, comme nous venons de l'exposer.

Parmi les adolescents suicidants, nous avons pu définir un **groupe à risque** de présenter une **évolution péjorative** à long terme sur le plan psychosocial :

- **en termes d'emploi**, pour ceux qui avaient des antécédents psychiatriques personnels et des difficultés scolaires lors de la T.S. index, qui évoluaient en 1996 au sein d'une famille désunie, avec un parent éthylique ;
- **en termes de bien-être psychologique**, pour ceux qui avaient des difficultés scolaires lors de la T.S. index, qui évoluaient dans une famille monoparentale en 1996, qui avaient récidivé dans l'année ;
- **en termes de récidive de T.S.**, pour ceux qui avaient des difficultés scolaires, qui avaient évolué au sein d'une famille recomposée, qui avaient des antécédents psychiatriques et de comportements suicidaires familiaux ;
- **en termes de dépression**, pour ceux qui avaient des difficultés scolaires, qui évoluaient dans une famille reconstituée, avec des antécédents familiaux de comportements suicidaires, et qui avaient récidivé précocement.

Nous pouvons remarquer, à l'énoncé de ces facteurs de risque d'évolution psychosociale péjorative à long terme, que certains facteurs de risque sont communs aux 4 critères d'évolution retenus :

- **les difficultés scolaires (comprenant le retard),**
- **la situation familiale complexe (famille reconstituée ou monoparentale),**

Le fait d'avoir **des antécédents parentaux psychiatriques ou de comportements suicidaires ou d'éthylisme** est retrouvé pour 3 des 4 critères d'évolution psychosociale que nous avions retenus, et le fait d'avoir **récidivé dans l'année** suite à la T.S. index est retrouvé pour 2 des 4 critères.

Les facteurs de risque de récidive que nous avons pu objectiver dans notre étude font partie de ceux énoncés dans la littérature et que nous avions exposés dans la première partie de ce travail.
En effet, nous retrouvons comme **facteurs de risque de récidive**, en regroupant les données de ceux qui ont récidivé précocement et celles des récidivistes à 10 ans :

- les antécédents de T.S., la comorbidité, **les antécédents psychiatriques personnels**,
- **les difficultés ou le retard scolaires**,
- le milieu familial dissocié, la **fratrie de 4 ou plus**,
- le milieu socioéconomique moyennement favorisé ou défavorisé,
- les antécédents psychiatriques familiaux, de comportements suicidaires ou d'éthylisme parental,
- la prise en charge plus complexe, avec une **hospitalisation plus longue**, la réalisation d'un bilan psychologique, l'adjonction d'un **traitement chimiothérapique**, un **suivi plus long** à la sortie d'hospitalisation.

Nous avons surligné les données pour lesquelles une différence significative a été objectivée. Pour les autres facteurs de risque cités, ce ne sont que des tendances qui ont été trouvées.

Nous pouvons imaginer que les patients récidivent davantage lorsqu'ils évoluent dans une famille reconstituée car elle peut être lieu de tensions ou de mésentente, entre les parents, entre les parents et les adolescents, entre les beaux-parents et les adolescents,... Les conflits peuvent générer une tension chez les jeunes déjà en plein bouleversement psychique, ou les

empêcher de demander de l'aide à leurs proches alors qu'ils en ressentent le besoin. Une mésentente avec ses parents, le fait de ne pas voir un de ses parents peuvent perturber un adolescent en pleine restructuration, ou avoir déjà créé chez lui un sentiment d'insécurité. Et rappelons qu'un manque d'assise narcissique peut, à l'adolescence, plonger l'adolescent dans une grande angoisse, venant gêner l'étape de séparation-individuation.

Nous pouvons également imaginer que l'ambiance familiale peut être perturbée lorsque les parents présentent des troubles psychiatriques ou des comportements suicidaires, et qu'ils ne peuvent pas forcément alors amener un étayage efficient à leurs enfants.
Il est important de souligner que l'investissement scolaire reflète souvent le mal-être de l'adolescent, et que c'est un signe facilement repérable et à ne pas négliger, et surtout à ne pas trop « facilement » rapporter à une paresse.
Enfin, les récidivistes ont davantage eu de bilans psychologiques et un suivi plus long que leurs pairs, probablement du fait du repérage par les soignants de leur problématique et de leur vulnérabilité.

En ce qui concerne le lien entre les récidives de T.S. et la mortalité, le seul patient pour lequel nous avons eu connaissance de son décès, avait déjà réalisé 3 gestes suicidaires et une fugue avant son suicide. Nous nous retrouvons alors dans la configuration de plusieurs tentatives de suicide avant un acte fatal. Ceci va à l'encontre de certaines études qui concluent que plus les actes suicidaires se multiplient, moins le risque d'acte létal est grand mais, rejoint d'autres études qui stipulent que le risque de mortalité augmente avec le nombre de passages à l'acte suicidaires.

Enfin, parmi les enquêtes que nous avons étudiées, nous n'en avons retrouvé aucune ciblant les facteurs prédictifs de l'activité professionnelle des anciens suicidants à long terme. Nous n'avons donc pu comparer nos résultats qu'à ceux obtenus pas Mme A. Gehin en 2004, et avons retrouvé un nombre plus important de personnes travaillant, 10 ans après la T.S. index, dans notre étude, sans différence significative.

1.4. A propos des réponses des parents et de leurs enfants

Il nous est apparu intéressant de comparer statistiquement les réponses aux questionnaires des anciens patients avec celles de leurs parents afin de savoir si elles étaient semblables ou non. En effet, retrouver des réponses globalement identiques, peut nous permettre d'imaginer qu'à l'avenir, nous pourrons utiliser des données amenées par les parents sans que nous les possédions directement de leurs enfants. Ceci peut être particulièrement intéressant lorsque nous sommes face à une population difficile à contacter, qui refuse, ou qui est dans l'incapacité de participer à une étude ; ce qui peut être le cas d'adolescents ou de jeunes adultes.

Bien sûr, dans notre étude aux échantillons de faible taille, nous nous devons de rester prudente, les données obtenues pouvant être le fruit du hasard, et pas forcément rigoureuses sur le plan statistique. Cependant, elles nous permettent quand même d'avoir une idée globale de la question.

Dans notre étude, les réponses aux questions objectives et subjectives sur la vie familiale sont respectivement similaires et quasiment similaires.

Les jeunes adultes et leurs parents répondent de façon tout à fait similaire aux questions se rapportant à la vie professionnelle et à la scolarité, même pour la question subjective.

Sur le plan psychosomatique, il nous est apparu intéressant de constater que les réponses concernant les conduites addictives et l'éthylisme étaient en adéquation totale, dans un domaine où nous aurions pu imaginer que les parents ne soient pas informés de la situation de leurs enfants.

A la question sur la dépression, les divergences sont en faveur des anciens patients qui semblent plus à même de s'autoévaluer. En effet, lorsque les anciens suicidants se sentaient déprimés à l'opposé de leurs parents, le score obtenu à la C.E.S.-D. venait confirmer leur ressenti. Et lorsque les parents estimaient que leurs enfants étaient déprimés au contraire de ces derniers, c'est, encore une fois, les anciens patients qui avaient « vu juste », l'analyse de leur score obtenu à la C.E.S.-D. ne venant pas confirmer un état dépressif.

Quand nous reprenons la situation dans laquelle une mère et sa fille, qui vivent sous le même toit, répondent de manière différente quant aux idéations suicidaires et à la dépression (la

jeune fille se sentant déprimée et ayant des idéations suicidaires épisodiquement), nous pouvons supposer que la jeune femme n'exprime pas, ou peu, sa souffrance, ou que sa mère ne peut l'entendre.

Enfin, nous n'avons pas été surprise de recevoir des réponses parents-enfants divergeant de manière importante (une moyenne de 8.1 pour les parents et de 6.6 pour les enfants), pour l'item concernant l'évaluation de la prise en charge de 1996.

Pourquoi une telle différence ? Nous pouvons supposer que les parents et les adolescents n'ont pas les mêmes attentes quant à la prise en charge en pédopsychiatrie, si tant est que les adolescents aient des « attentes ». Les parents sont généralement rassurés et soulagés de savoir leur enfant hospitalisé, surtout après un passage à l'acte autolytique pour lequel résonne toujours le spectre de la récidive. Quant aux adolescents, ils sont, pour certains, très mécontents d'être hospitalisés, d'autant plus qu'ils assimilent le service à une image parentale. Il ne leur est pas non plus toujours facile de se plier aux règles sociales (horaires, vie en collectivité,...) et ils supportent difficilement d'être éloignés de leurs amis. Cette question de la séparation revient d'ailleurs souvent dans leurs doléances, et même 10 ans après. Nous reprendrons plus en détails le contenu des propositions d'amélioration, dernier item de notre questionnaire, dans le dernier paragraphe de ce travail.

Par ailleurs, comme nous l'avons déjà souligné dans la première partie de ce travail, M. Choquet et V. Granboulan, lors d'une étude sur les jeunes suicidants à l'hôpital en 1997, ont mis en évidence que, les années passant, l'évaluation par les anciens suicidants de la qualité de l'hospitalisation se dégrade.

Pour résumer ce sous-paragraphe sur la comparaison des réponses des parents et de leurs enfants aux questionnaires de 2006, nous constatons que, globalement, les questionnaires « patient » et « parents » sont superposables, même au niveau de certains items se rapportant à la santé mentale.

Les **corrélations** et les **concordances** restent **très bonnes** en général, **voire excellentes**.

Il n'y a que pour l'évaluation de la dépression que la corrélation est moyenne à 0.45 et que les patients ont des réponses qui nous semblent plus fiables que celles de leurs parents.

Enfin, pour l'évaluation de la prise en charge en 1996, la corrélation est très médiocre à 0.19, différence dont nous avons déjà expliqué les fondements précédemment.

Nous pouvons donc imaginer qu'il est possible de prendre en compte des réponses de parents lorsque nous ne possédons pas celles des patients, et ce pour un bon nombre d'items, en évitant cependant les questions abordant le vécu dépressif, et le ressenti concernant une hospitalisation.

Par rapport à 2004, nous avons obtenu de meilleurs résultats en ce qui concerne la concordance et la corrélation des réponses parents/enfants (résultats qui par ailleurs, étaient déjà très bons).
Cette amélioration peut être tout à fait fortuite ou résulter des précisions que nous avons amenées aux items du questionnaire (pour une partie sous les conseils de notre collègue, Mme A. Gehin), précisions détaillées dans la deuxième partie de notre travail. Ceci tendrait à prouver qu'il faut être le plus clair possible dans la rédaction des questions afin d'éviter au maximum des ambiguïtés dans leur compréhension.

1.5. A propos des répondeurs et des non répondeurs

Lorsque nous avons comparé les caractéristiques de 1996 de la population des répondeurs avec celle des non répondeurs de 2006, nous n'avons pas trouvé de différence significative. Nous pouvons concevoir que les **résultats obtenus en 2006 sont transposables à la population initiale**, dans son ensemble, en amenant une fois encore, la nuance précédemment exposée à propos de la taille de l'échantillon.

2. REFLEXIONS SUR L'ETUDE

Les adolescents suicidants sont des sujets au comportement similaire mais à la clinique extrêmement polymorphe, comme nous le constatons au cours de notre pratique, et comme nous avons tenté de l'exposer dans ce travail. Leur prise en charge demande une adaptation et une remise en question de chaque instant. L'intervention thérapeutique ne doit pas s'arrêter à la gestion de la « crise » qui entoure le passage à l'acte, mais également prendre en compte le devenir à long terme de ces êtres en mouvance, en devenir, que sont les adolescents. Il nous a donc semblé important d'étudier une population de jeunes suicidants afin de distinguer des facteurs de risque de récidive, précoce ou tardive, et des facteurs de risque d'une évolution psychosociale péjorative à long terme, et ce afin d'adapter au mieux la réponse thérapeutique à apporter aux jeunes suicidants.

Tout d'abord, nous tenons à insister, une fois encore, sur la prudence avec laquelle il faut manier les résultats de notre étude, en raison de la taille de la population initiale (64 patients) d'une part, et plus encore de celle des répondeurs 10 ans après (28 patients) d'autre part.
Nous nous sommes renseignée auprès du Dr A-C. Rat, épidémiologiste qui nous a épaulée dans ce travail : Madame le Dr A-C. Rat a souligné que, même lorsque nous trouvons des différences significatives, elles restent « toutes relatives ». D'où l'importance de ne pas considérer nos conclusions comme des postulats mais plus comme des constatations, qui, si elles sont renouvelées, pourront alors se confirmer.
En ce qui concerne le déroulement de cette étude, la réaliser est loin de nous avoir laissée sans réaction.

2.1. Réaction éthique, questions éthiques

Elle nous a tout d'abord amenée à nous poser plusieurs questions du point de vue **éthique**. La première interrogation s'est située au niveau du fait de **recontacter des patients** 10 ans après une tentative de suicide réalisée lorsqu'ils étaient adolescents. Il nous semblait délicat, anxiogène même, d'amener les anciens suicidants à se replonger dans une époque, qui, pour certains, était reléguée du côté des mauvais souvenirs, ou, pour d'autres, marquait le début d'une souffrance encore actuelle. Nous avons donc préféré les contacter, autant que possible,

par téléphone afin de leur exposer notre travail et leur demander leur accord, avant de leur envoyer le questionnaire.

Nous n'avons alors essuyé qu'un refus direct de participer à notre étude, de la part d'une mère, qui s'exprimait au nom de sa fille. Elle nous a expliqué que « sa fille ne voulait plus entendre parler de cette époque révolue ». Elle a ajouté que sa fille était « éducateur spécialisé, mariée et qu'elle avait eu du mal à tourner la page, à surmonter cette période très douloureuse pour elle et toute la famille ».

D'autres parents, à savoir 3, ont accepté de répondre au questionnaire qui leur était adressé mais ont refusé de faire parvenir à leur enfant celui qui lui était destiné, préférant ne pas déstabiliser leur enfant en précisant les raisons de leur attitude par écrit ou par téléphone. Un père nous a ainsi contactée à propos de son fils, nous expliquant qu' « il était dans une période de stress, devant passer bientôt ses examens, que cette période était loin derrière, et qu'il ne voulait plus en parler ». Des parents ont joint un courrier justifiant leur choix concernant leur fille : « elle a connu des années très difficiles, en échec scolaire et social, et elle tente de se reconstruire depuis 2 ans, vivant en couple et suivant des cours par correspondance, avec encore beaucoup de difficultés et d'anxiété ». Ces parents expliquent qu' « après hésitation et réflexion, malgré la reconnaissance de l'importance de notre travail, ils ont décidé de ne pas lui transmettre notre courrier », ne souhaitant pas « prendre le risque d'une déstabilisation dans une période de fragilité ». Une mère, qui a répondu directement sur le questionnaire, nous explique que « son fils vit depuis 2 ans dans le Midi, qu'il est heureux, en couple, et qu'elle ne veut pas lui faire revivre ces mauvaises années de son enfance ». Enfin, dans le dernier cas, les parents nous ont renvoyé leur questionnaire rempli, accompagné du questionnaire destiné à leur fils, barré.

Un autre père nous a contactée pour nous informer qu'il ne pourrait répondre au questionnaire concernant sa fille, qu' « il n'a pas revue depuis 9 ans, et avec laquelle il ne communique plus que par S.M.S. à la demande de celle-ci ». Il nous a dit savoir qu'elle avait un enfant, et lui « envoyer régulièrement de l'argent lorsqu'elle le sollicite ». Il terminera l'entretien téléphonique nous faisant part de la souffrance générée chez lui par cette situation et nous expliquant qu' « il s'était toujours senti écarté de sa fille par sa belle-famille ».

Dans un article qui traite des réactions qui peuvent être engendrées par une reprise de contact à distance avec les anciens patients suicidants, tant « à but scientifique que thérapeutique », il

a été observé que contacter des anciens patients suicidants à distance de leur geste pouvait provoquer des « résurgences de symptômes », conséquentes de l'évocation de souvenirs douloureux, mais aussi permettre au patient d'adhérer à une nouvelle aide si besoin (27).

Rappelons-nous quelle attitude de prévention avait eu un médecin généraliste qui avait demandé à ce que nous lui lisions notre questionnaire avant d'accepter de nous permettre de le transmettre à sa patiente qu'il sentait « psychologiquement fragile », et qui nous avait donné son accord (la patiente concernée avait répondu).

Nous pouvons tout à fait imaginer combien aborder une problématique telle que la tentative de suicide à l'adolescence peut réactiver des souvenirs douloureux chez les anciens patients comme chez leurs parents. C'est pourquoi nous nous sommes tenue à leur disposition, par téléphone ou à l'occasion d'un entretien, en laissant nos coordonnées personnelles afin d'être facilement et rapidement joignable.

Ensuite, nous nous sommes également interrogée sur le plan éthique sur le fait d'adresser à la fois un questionnaire aux anciens patients et à **leurs parents**, alors que les anciens suicidants étaient devenus adultes. Nous avons pris le parti de le faire malgré tout, car l'évènement index avait impliqué les parents d'une part, et afin d'optimiser les chances de reprise de contacts, d'autre part. A posteriori, nous ne regrettons pas d'avoir utilisé cette approche bimodale, d'autant plus que nous n'avons eu aucune réaction négative, que ce soit de la part des anciens patients ou de leurs parents. Enfin, nous avons pu constater que les réponses des enfants et de leurs parents étaient très proches et que nous pouvions nous appuyer sur les témoignages de ces derniers pour des études ultérieures, pour la majorité des thèmes.

C'est à la réception de certains questionnaires que notre dernière préoccupation éthique a émergé. En effet, 3 anciennes suicidantes obtiennent un score important à la C.E.S.-D. (48, 37 et 39, pour un seuil de dépression à 23), nous disent présenter des idéations suicidaires et n'ont pas de suivi psychologique. Nous avons repris plus en détail les réponses qu'elles avaient amenées aux différentes échelles d'autoévaluation, et ces 3 **patientes nous sont apparues en souffrance** et isolées. Comment réagir alors que nous avions eu ces éléments par l'intermédiaire d'une étude ? Devions nous rester dans la position « d'enquêteur » et non

de soignant ? N'allions-nous pas faire preuve d'intrusion en les contactant à nouveau ? Après réflexion, et après nous être informée auprès de médecins confirmés, nous nous sommes permis d'adresser un courrier personnalisé à ces 3 jeunes femmes. Il nous a semblé impossible de ne pas réagir à ce que nous avions constaté, même « fortuitement », et ne nous avaient-elles pas fait part de leur douleur afin de nous interpeller ? Dans ce courrier, nous avons abordé leur situation psychique avec grande prudence, et leur avons précisé que nous étions à leur disposition pour les rencontrer ou leur donner les coordonnées de personnes pouvant les soutenir si elles le désiraient. Finalement, nous n'avons eu aucune réponse de leur part, mais pensons, qu'au moins, elles savent qu'une porte leur est toujours ouverte si elles en ressentent le besoin.

2.2. Questions de méthodologie

En dehors de ces préoccupations éthiques, c'est à propos de la **méthodologie** que nous nous sommes interrogée. Nous avons pu constater combien recontacter des anciens patients, 10 ans après, pouvait être complexe, que cela soit en raison des réactions générées, ou en raison de la difficulté à retrouver leurs coordonnées. D'autant plus qu'en France, au contraire d'autres pays comme la Suède, seuls les patients ou leurs proches peuvent nous informer de leur situation car nous ne pouvons avoir accès à des données les concernant à travers des registres divers. Nous nous sommes alors demandée si une **étude prospective** ne serait pas plus adaptée à la situation. Elle permettrait de limiter les contre attitudes négatives et le nombre de perdus de vue. Bien sûr, ce type d'étude demande du temps, de la disponibilité et de la rigueur. Il faudrait présenter l'étude au suicidant et à sa famille, au cours d'un entretien, avant la sortie d'hospitalisation index de l'adolescent. S'ils acceptent d'y participer, nous pourrions par exemple les contacter une fois par an par la suite. Parmi les mesures à prendre, il faudrait leur laisser un formulaire prérempli leur permettant de nous informer de leur désir de ne plus participer à l'étude, et un autre leur permettant de nous faire part d'un changement de leurs coordonnées.

Par ailleurs, dans toute étude, comme nous avons tenté de le faire au maximum dans la nôtre, les questionnaires doivent être simples avec des items neutres, et d'une longueur raisonnable, ce afin d'éviter de décourager les éventuels répondeurs. Nous avons pris soin de joindre une

enveloppe timbrée et adressée à notre service afin de faciliter au maximum l'envoi du questionnaire une fois rempli et de ne pas générer de dépense financière chez les participants.

3. PROPOSITIONS DE PRISE EN CHARGE

Comme nous l'avons déjà présenté précédemment, la prise en charge des adolescents suicidants à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy, s'appuie sur un **protocole** (annexe 1).

Tout enfant ou adolescent ayant commis un acte suicidaire doit, autant que possible, être **hospitalisé,** et ce, quelle que soit la gravité de son état somatique. Il doit également **rencontrer un pédopsychiatre**. Lorsque les parents refusent que leur enfant soit hospitalisé, ce qui peut arriver lorsque son état somatique est favorable, l'équipe de pédopsychiatrie tente de les convaincre. Cependant, s'ils persistent dans leur refus et que la situation n'est pas jugée « à risque » pour le mineur, un rendez-vous de consultation leur est fixé pour le lendemain ou le surlendemain en pédopsychiatrie, afin de réaliser une nouvelle évaluation clinique et engager un suivi. Lorsque le refus de faire hospitaliser l'enfant présente un risque 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.

Selon les disponibilités des lits et ses besoins de soins sur le plan somatique, le jeune patient est pris en charge en service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie. Cependant, lorsque le médecin juge que le suicidant présente un risque de récidive ou de fugue majeur, l'adolescent est pris en charge de manière systématique en pédopsychiatrie où la surveillance peut être plus rapprochée, les locaux s'y prêtant mieux et le personnel étant formé à ce type de situation. Un premier **entretien familial** est réalisé le plus rapidement possible, permettant de débuter l'évaluation de l'environnement du suicidant, et d'expliquer à l'enfant, comme à ses parents, les raisons et les modalités de l'hospitalisation.

L'hospitalisation qui fait suite à une T.S., permet tout d'abord d'**assurer les soins et la surveillance somatiques** nécessaires. Ensuite, elle a pour but de **qualifier le geste** réalisé par l'adolescent afin qu'il ne reste pas lettre morte. Enfin, elle permettra la mise en place d'un **soutien psychologique individuel et familial**. C'est à ce moment que sont également précisées les modalités de visite des parents et amis du jeune suicidant. En général, les visites sont limitées les premiers jours, afin de permettre au patient, de se centrer sur lui-même, de mettre à distance des conflits, et afin de lui laisser le temps de s'adapter au fonctionnement du service.

En ce qui concerne la durée d'hospitalisation, elle n'est pas fixée à l'avance, et dépend de la psychopathologie du patient, du risque suicidaire, et de son environnement familial et social.

Durant son hospitalisation, le jeune suicidant rencontre systématiquement **l'assistante sociale** du service de pédopsychiatrie, qui **évalue la situation socioéconomique de la famille**. Elle profite de cet entretien pour informer le patient et sa famille, qu'elle reprendra contact avec eux, par téléphone, 1 an après.

Dés que la situation clinique le permet, la sortie est décidée par l'assistant chef de clinique, en accord avec l'interne, le patient et sa famille.

Un suivi psychologique ou psychiatrique est systématiquement proposé, un rendez-vous est déjà pris au moment de la sortie, et le lien médical réalisé. 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 afin d'assurer la continuité des soins et de prévenir au maximum la récidive qui est tout particulièrement à redouter dans les 6 premiers mois après la tentative de suicide.

A noter qu'en 1996, le protocole de soins appliqué aux jeunes suicidants à l'Hôpital d'Enfants de Nancy, **correspond aux recommandations de l'A.N.A.E.S**, qui feront l'objet d'une publication 2 ans plus tard, et qui intègrent aussi l'importance de privilégier l'hospitalisation des jeunes suicidants, de réaliser une triple évaluation somatique, psychologique et sociale et de préparer le relais en ambulatoire.

Pour comprendre comment adapter au mieux notre prise en charge, il nous a semblé important de reprendre les propositions, les doléances, mais aussi les félicitations formulées par des anciens suicidants et/ou leurs parents.

Les anciens adolescents font souvent référence à la séparation avec la famille et les amis, qui leur est imposée dans un premier temps, et qui est parfois difficilement vécue, d'autant plus qu'elle n'a pas été « accompagnée d'explications ». Elle est alors assimilée à une « punition » en comparaison aux autres patients qui ne sont pas hospitalisés dans les mêmes conditions. Il est donc important de prendre le temps d'expliquer aux jeunes suicidants, tout comme à leurs parents, le but de leur hospitalisation et pourquoi les visites allaient, dans un premier temps,

être limitées, comme nous l'avons déjà abordé ci-dessus. Rappelons qu'aucune décision ne doit se prendre sans concertation avec le patient et sa famille et sans leur donner des explications, par respect pour eux, et afin d'assurer une alliance thérapeutique.

« L'insuffisance du temps de parole », du « nombre d'entretiens », le « manque d'écoute » et de « thérapie familiale » font également partie des doléances relevées, soulignant combien les jeunes suicidants et leurs parents ont **besoin de se sentir écoutés et respectés dans leur problématique individuelle comme familiale.**

En effet, le « manque de thérapie familiale » a également été mentionné à 2 reprises par des parents. N'oublions pas que les tensions et les dissociations familiales font partie des facteurs de risque de récidive de T.S., mais aussi que des difficultés de compréhension mutuelle entre les parents et leur enfant font partie des vicissitudes de l'adolescence.

A côté de cette nécessité d'adapter la prise en charge à chaque patient, les situations amenant au passage à l'acte suicidaire étant très variées, il faut donc s'attacher à respecter l'adolescent comme un sujet à part entière et parfois se dégager d'une présence parentale vécue envahissante. Il nous faut alors trouver « le juste milieu » entre la prise en charge familiale et la nécessité de laisser au patient un espace de liberté nécessaire, lui permettant de s'individualiser, et de progressivement se dégager d'une dépendance à ses parents lorsqu'elle est pesante pour lui. Il n'est pas toujours aisé de faire participer les parents au projet de soins, de faire alliance avec eux (autant de critères optimisant la prise en charge en hospitalisation et le suivi de leur enfant), sans que l'adolescent ne vive notre attitude comme une trahison. Cependant, il faut garder à l'esprit que ces parents, déjà choqués par le geste souvent inattendu du jeune patient, ne doivent pas se sentir dénigrés dans leur rôle, ni mis à l'écart par les soignants.

Par ailleurs, il nous faut dorénavant, et ce depuis la loi du 04/03/2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, ajouter une « nuance » supplémentaire à notre pratique. En effet, cette loi stipule que « le mineur peut demander à bénéficier de garder le secret sur son état de santé. Il s'agit, en quelque sorte, de considérer une « majorité sanitaire » qui permet au mineur, en fonction de son degré de maturité de préserver la confidentialité des soins dispensés par le médecin (...), si l'enfant mineur manifeste un refus réitéré et obstiné, alors, il se fait représenter par une personne majeure de son choix » ; aux soignants de

parvenir à concilier le respect des volontés des uns et des autres, ou à les amener à revoir leurs points de vue (70).

Enfin, certains suicidants, tout comme certains parents, remercient l'équipe soignante. Pour une ancienne suicidante, l'hospitalisation « lui a permis de prendre conscience que d'autres enfants et adolescents souffraient, et lui a permis de relativiser sa situation ». Une autre jeune femme semble avoir beaucoup investi le service et l'équipe soignante. Elle explique qu' « elle est venue donner des nouvelles régulièrement, est venue annoncer son mariage, la naissance de son enfant (...) ». Elle avait ainsi tenu à faire partager au service toutes les étapes importantes de sa vie. Par ailleurs, 2 mères remercient toute l'équipe de son soutien alors qu'elles étaient « seules ». Le service semblait avoir alors fait office de tiers entre elles et leur fille.

Au fil de cette étude, la qualité du recueil des données, réalisé auprès des patients et de leur famille, nous a semblé très importante. Les premiers entretiens doivent être bien structurés, à la recherche des facteurs de risque de récidive, permettant une évaluation de la qualité de l'étayage familial, de la situation sociale,... Autant de caractéristiques, qui ajoutées à la clinique de l'adolescent suicidant, vont permettre d'orienter et d'individualiser sa prise en charge à court et à moyen terme. En effet, en plus d'une prise charge individuelle, une prise en charge familiale s'impose dans la majorité des cas, afin de tester et d'analyser les enjeux relationnels familiaux et de permettre une réhabilitation du langage.
Faire remplir un autoquestionnaire de type C.E.S.-D. pourrait être envisagé, après s'être assuré que cela ne risque pas de déstabiliser le jeune patient. La C.E.S.-D. (outil d'évaluation de la dépression validé chez l'adulte), a déjà été étudiée chez les adolescents et reste à être validée dans cette population : une première étude réalisée par D. Bailly en 1989 a établi un score seuil de dépression à 21 et une deuxième, réalisée par H. Chabrol en 2000 et 2001 a retrouvé un score seuil à 24 (16).

Dans le service de pédopsychiatrie de Brabois, un rendez-vous pour la mise en place d'un suivi ambulatoire sur un C.M.P. est systématiquement fixé avant la sortie de l'adolescent du service et le jeune patient est revu en consultation dans le service si ce rendez-vous est trop éloigné, comme nous l'avons déjà évoqué ci-dessus. Par contre, nous n'avons que rarement la

possibilité de présenter le patient à son futur thérapeute, ou de l'accompagner à son premier rendez-vous avec ce dernier. Ne pourrions-nous pas cependant envisager une rencontre avec ce futur soignant, ou ne serait-ce même qu'une présentation, et ce durant l'hospitalisation? Ou un soignant référent du service ne pourrait-il pas se rendre au C.M.P. pour le premier entretien de l'adolescent, afin de faire le lien avec le médecin ou le psychologue qui le suivra par la suite ? C'est une configuration de prise en charge qui risque, bien sûr, d'être chronophage et pas toujours réalisable lorsque les patients viennent de loin. Cependant, nous avons vu combien préparer le suivi importait dans l'adhésion à la poursuite des soins, et dans l'investissement du patient dans sa prise en charge future.

Enfin, lorsqu'un rendez-vous fixé n'est pas honoré, il nous apparaît indispensable de recontacter le patient (en l'ayant prévenu à l'avance que cette démarche serait réalisée), de s'enquérir de la raison de sa non présentation au rendez-vous et de lui proposer un nouveau rendez-vous ou une autre modalité de prise en charge si besoin.

Nous avons pu constater que, parfois, les adolescents ne parvenaient pas à investir un suivi ambulatoire mais se présentaient de manière erratique ou téléphonaient régulièrement dans le service. Il est important de prendre en compte ces modalités de contacts qui sont dictées par le patient (garde-t-il alors une possibilité de maîtrise dans une situation qu'il ne parvient plus à gérer ?), même si elles demandent aux équipes une grande disponibilité dans un climat que nous savons de surcharge de travail dans les services.

Pour résumer les conclusions de notre étude, nous avons donc constaté que les patients avec :

- des antécédents de T.S., une comorbidité, des antécédents psychiatriques personnels,
- des difficultés ou un retard scolaires,
- un milieu familial dissocié, une fratrie de 4 ou plus,
- un milieu socioéconomique moyennement favorisé ou défavorisé,
- des antécédents psychiatriques familiaux, de comportements suicidaires ou d'éthylisme parental,

présentaient davantage de risques de récidive, d'autant plus que ces facteurs étaient associés. D'où l'importance de **procéder à une évaluation précise** de leur situation psychologique,

mais aussi familiale et sociale et pour ce faire, de privilégier une durée d'hospitalisation suffisante.

Nous avons également pu constater que l'adhésion au suivi et sa poursuite dans le temps étaient difficiles et qu'il faut donc le préparer et, autant que possible, **accompagner le patient** dans cette nouvelle démarche de soins ambulatoires. Et, comme nous l'avons déjà abordé, il s'avère important de **rester à la disposition des suicidants**, même lorsque le relais a été réalisé, et de leur laisser la possibilité d'être acteurs dans leur prise en charge.

Enfin, rappelons combien la prise en charge des jeunes suicidants est affaire d'une **collaboration** entre les différents médecins et entre les différentes institutions. Ce sont, en effet, les médecins généralistes, les infirmières scolaires, les éducateurs ou, comme à l'Hôpital d'Enfants de Nancy, les pédiatres qui sont en « première ligne » et reçoivent les adolescents et leurs parents. Il est très important d'être en lien avec eux, de prendre en compte leurs difficultés, de leur amener notre soutien et d'adapter notre pratique à la leur lorsque des soins somatiques doivent être prodigués.

CONCLUSION

L'analyse détaillée des caractéristiques de 64 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide, au cours de l'année 1996, à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy, ainsi que l'étude du devenir psychosocial des 28 patients répondeurs 10 ans après, nous ont amenée à diverses observations.

Nous avons tout d'abord pu constater que l'évolution psychosociale des anciens suicidants de notre étude avait été plutôt positive, puisque plus des trois quarts des anciens suicidants qui ont répondu s'estiment heureux dans leur vie affective, et plus de la moitié satisfaits ou très satisfaits dans leur vie professionnelle, sachant qu'ils travaillent à 64.28%. Par ailleurs, 70% des répondeurs ne rapportent pas de problème psychiatrique particulier.

Cependant, 18% présentent une pathologie psychiatrique chronique avec parfois la répétition d'actes suicidaires, et 12% se situent dans une position intermédiaire.

Nous avons pu mettre en évidence des facteurs de risque, au moment de la tentative de suicide index, prédisposant à une évolution psychosociale péjorative à long terme : les difficultés et le retard scolaires, la situation familiale complexe (famille reconstituée ou monoparentale), et les antécédents familiaux psychiatriques ou de comportements suicidaires ou d'éthylisme.

Il est donc très important de prendre le temps de réaliser une évaluation clinique, mais aussi de l'environnement social et familial du jeune patient suicidant lors de son hospitalisation afin de réaliser une prise charge la plus personnalisée possible, de répondre aux besoins de chacun, et de limiter les risques de récidive de tentative de suicide, mais aussi d'évolution péjorative psychosociale à long terme.

Il est ainsi primordial de prendre en compte les dysfonctionnements familiaux d'une part, et d'encourager la scolarité des jeunes patients, d'autre part. Dans le service de pédopsychiatrie de Brabois, ces éléments sont considérés comme faisant partie intégrante du soin du jeune suicidant. Ainsi, les entretiens familiaux sont favorisés et des cours sont dispensés par des enseignants, par l'intermédiaire de l'association AISCOBAM (Aide Scolaire Bénévole aux Adolescents Malades).

Notre pratique est souvent une intervention en prévention secondaire, mais la prévention primaire nous semble réalisable et de grande importance. Les pédiatres, les médecins et les infirmières scolaires, ainsi que les éducateurs, mais aussi les parents, peuvent dépister des

signes d'alarme chez les adolescents, que cela soit une fugue, des plaintes somatiques renouvelées, une baisse des résultats scolaires,..., d'où l'importance de l'information et de la formation de ces différents intervenants. L'actuelle politique de prévention du suicide en France intègre ces données, le comportement suicidaire des jeunes entraînant une mortalité, mais aussi une morbidité à court, à moyen et à long terme importante. Cette politique de Santé Publique veut privilégier le repérage de situations à risques, mais, en pratique, l'information et les formations ne sont pas encore généralisées.

Cette étude dans laquelle nous avions inclus les parents, nous a également permis de constater que les réponses des anciens patients et de leurs parents étaient très proches et, qu'à l'avenir, nous pourrions utiliser les données obtenues auprès des parents, même si nous n'avions pas celles de leurs enfants, et ce pour la majorité des questions.

Comme nous l'avons déjà abordé à différentes reprises au long de cet exposé, notre travail présente une réelle limite due au nombre restreint de patients inclus. Ces précisions nous amènent à nous tourner vers une prochaine étude : l'étude de la population de 1994 associée à celle de 1996. Nous bénéficierons ainsi d'un échantillon plus grand qui nous permettra, sur le plan statistique, d'avoir des données plus significatives, et comme nous venons de le voir, nous pourrons utiliser les données fournies par les parents en dehors de celles concernant le sentiment de dépression et l'évaluation des prises en charge de 1994 et de 1996. Nous pouvons rassembler ces données, même si nous avons mis en évidence quelques différences significatives entre les deux populations, car elles ont bénéficié du même recrutement, à deux ans près, sans que nous n'ayons retrouvé entre les deux années de changement marquant de l'environnement ou de la démographie. Nous évitons donc une partie des biais possibles. En ce qui concerne la prise en charge des suicidants, les protocoles appliqués en 1994 et en 1996 étaient identiques. Pour les deux années, la chefferie du service était assurée par Madame le Professeur C. Vidailhet. Il y a eu, tout naturellement, des modifications au niveau des équipes médicales, les assistants chefs de clinique et les internes s'étant succédés, mais sans pour autant que cela ne change la globalité de la prise en charge, Madame le Professeur C. Vidailhet insufflant les mêmes recommandations aux différents intervenants et veillant à leur bonne application.

BIBLIOGRAPHIE

1. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE
Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide
Texte des recommandations professionnelles. Paris : A.N.A.E.S., novembre 1998, 44p.

2. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE
Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.
Texte court. Paris : A.N.A.E.S., octobre 2000, 17p.

3. ANGLE C-R, O'BRIEN T-P, MCINTIRE M-S.
Adolescent self-poisoning : a nine-year follow up
Devel Behavior Pediatr, 1983, n° 4 (2), pp.83-87

4. BADEYAN G, PARAYE C, MOUQUET M-C, TELLIER S, DRAGOS S, ELLENBERG E.
Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique
Etudes et résultats.
D.R.E.E.S., n°109, avril 2001, 8p.

5. BAILLY D, BEUSCART R, ALEXANDRE J-Y, COLLINET C, PARQUET P-J.
Utilisation de la C.E.S.-D. chez l'adolescent. Résultats préliminaires
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1992, n° 40(8-9), pp.486-496

6. BEAUTRAIS A, JOYCE P, MULDER R.
Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, septembre 1996, 35-9, pp.1174-1182

7. BOBIN E, SARFATI Y.
Tentatives de suicide à répétition : peut-on arrêter les « récidivistes » ?
Nervure, septembre 2003, tome XVI(3), pp.14-18

8. BONNET D, RAYNAUD J-P, CHABROL H.
L'adolescent suicidaire en milieu scolaire : intentionnalité et faillite sociale
Psychologie Médicale, 1994, n°11, pp.1150-1152

9. BOUVARD M-P, DOYEN C.
Le suicide chez l'adolescent
Encéphale, 1996, n°sp.IV, pp.35-39

10. BRACONNIER A, CHILAND C, CHOQUET M.
Idées de vie, idées de mort : la dépression en question chez l'adolescent
Paris : Masson, 2004, 151p.

11. BRACONNIER A.
Dépressions à l'adolescence
Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 37-214-A-10, Paris : Editions Techniques, 1993, 4p.

12. BRENT D, JOHNSON B, BARTHE S, BRIDGE J, RATHER C, MATTA J, CONNOLLY J, CONSTANTINE D.
Personality disorder, tendancy to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, janvier 1993, n° 32-1, pp.69-75

13. BRENT D, PERPER J, MORITZ G, LIOTUS L.
Familial risk factors for adolescent suicide : a case-control study
Acta Psychiatr Scand, 1994, n° 69, pp.52-58

14. BROOKSBANK D-J.
Suicide and parasuicide in chilhood and early adolescence
Br J Psychiatry, 1985, n°146, pp.459-463

15. CHABROL H, BONNET D, TELLIER O, MORON P.
L'évaluation de l'intentionnalité suicidaire chez l'adolescent
Société de psychiatrie de l'Est. G.E.P.S., 1994, vol. 26, n° 11, pp.1139-1140

16. CHABROL H, MONTAVANY A, CHOUICHA K, DUCANGE E, MASSOT E, KALLMEYER A.
Etude de la C.E.S.-D. dans un échantillon de 1953 adolescents scolarisés
Encéphale, 2002, n° XXVII, pp.429-432

17. CHABROL H.
Le suicide des adolescents : un enjeu de santé publique. Dossier
Bulletin de l'Ordre des Médecins, février 2005, pp.8-12

18. CHABROL H.
Les comportements suicidaires de l'adolescent
Paris : P.U.F., 1984, 91p.

19. CHARAZAC-BRUNEL M.
Prévenir le suicide : clinique et prise en charge
Paris : Dunod, 2002, 258p.

20. CHAVAGNAT J-J, DELCOUSTAL M, PERIVIER E.
Le suicidant : avant et après l'hospitalisation
Psychologie Médicale, 1993, n°25(5), pp.411-413

21. CHOQUET M, GRANBOULAN V.
Les jeunes suicidants à l'Hôpital
Paris : Editions E.D.K., 2004, 191p.

22. CHOQUET M, LEDOUX S.
Adolescents : enquête nationale
Paris : La documentation française-Inserm, 1994, 346p.

23. CHOQUET M, MENKE H.
Suicidal thoughts during early adolescence : prevalence, associated troubles and help-seeking behavior
Acta Psychiatr Scand, 1989, n° 81, pp.170-177

24. CHOQUET M.
Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques
Méd Thér Pédiatr, 1998, n°1, pp.337-343

25. CHOQUET M.
Epidémiologie et psychiatrie : à propos des recherches auprès des adolescents
Perspectives Psychiatriques, 1993-1994, n° 40-V, pp.305-312

26. COLDEFY M.
Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France
Etudes et résultats.
D.R.E.E.S., n°443, novembre 2005, 12p.

27. CUCHEVAL E, SIOBUD E, VAIGA G.
Recontacter un suicidant à distance de son geste : éthique et intérêt
Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, février 1998, n°15, pp.39-41

28. CUMMINS R-R, ALLWOOD C-W.
Suicide attempts or threats by children and adolescents in Johannesburg
S Afr Med J, 1984, n°66, pp.726-729

29. DAVIDSON F, ANGEL P.
Prévoir et prévenir le suicide des adolescents
Cahiers de Médecine, 1978, n°38, pp.2247-2253

30. DAVIDSON F, CHOQUET M.
Le suicide de l'adolescent : étude épidémiologique et statistique
Paris : E.S.F., 1981, 135p.

31. DEBOUT M.
La France du suicide
Paris : Stock, 2002, 305p.

32. DIEKSTRA R-F-W.
Epidémiologie du suicide
Encéphale, 1996, n° sp. IV, pp.15-18

33. DIWO R, THOMASSIN L, KABUTH B, MESSAOUDI M.
Passages à l'acte. Pulsion de vie, pulsion de mort : une intrication à mieux évaluer dans une démarche de prévention de l'agir suicidaire à l'adolescence
Psychologie clinique et projective, 2004, vol. 10, pp.57-87

34. DUCHE D-J.
Suicides et tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent
Acta Paedopsychiatrica, 1978, vol.43, pp.209-211

35. DURKHEIM E.
Le suicide
Paris : P.U.F., 1967, 2ème édition, 462p.

36. DYER J-A-T, KREITMAN N.
Hopelessness, depression and suicidal intent in parasuicide
Br J of Psychiatry, 1984, n° 144, pp.127-133

37. FACY F, JOUGLA E, HATTON F.
Epidémiologie du suicide de l'adolescent
Revue du Praticien, 1998, n°48, pp.1409-1414

38. FAU R, CHATEAU R, MACHU M.
Le suicide chez l'adolescent : à propos de 23 observations médico-psychologiques
Annales Médico-psychologiques, 1965, n° 1, pp.1-20

39. FOUSSARD N, LAURENT A, BOUCHARLAT J.
Adolescence et suicide : l'ampleur du problème
Nervure, mars 1995, n°2(tome VIII), pp.14-16

40. FOUSSARD N, LAURENT A, BOUCHARLAT J.
Les tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent
Synapse, mai 1995, n°116, pp.29-34

41. FRANCOIS I, GRILLET C, COMTE T.
Tentatives de suicide chez l'adolescent : pour quoi ?
Psychologie Médicale, 1994, n°11, pp.1153-1155

42. FUHRER R, ROUILLON F.
La version française de l'échelle C.E.S.-D. (Center for Epidemiology Studies-Depression Scale). Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation
Psychiatrie et Psychobiologie, 1989, n° 4, pp.163-166

43. GARFINKEL B, FROESE A, HOOD J.
Suicide attemps in children and adolescents
Am J Psychiatry, octobre 1982, n° 139-10, pp.1257-1261

44. GASQUET I, CHOQUET M.
Gender role in adolescent suicidal behavior : observations and therapeutic implications
Acta Psychiatr Scand, 1993, n°87, pp.59-65

45. GEHIN A.
Devenir, 10 ans après, de 65 adolescents suicidants, hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy
Thèse, Nancy : 2005, 175p.

46. GRANBOULAN V, RABAIN D, BASQUIN M.
The outcome of adolescent suicide attempts
Acta Psychiatr Scand, 1995, n° 91, pp.265-270

47. GRANBOULAN V.
Devenir de l'adolescent suicidant
Revue du Praticien, 1998, n°48, pp.1440-1443

48. GUEDJ M-J.
Les épisodes dépressifs de l'adolescence
Nervure, septembre 2003, n°spécial 3(tome XVI), pp.7-13

49. GUELFI J-D. (traduit par)
AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION
D.S.M. IV-T.R. Manuel Diagnostique et Statistique des troubles Mentaux. 4ème édition, texte révisé
Paris : Masson, 2003, 1120p.

50. GUILLON J-L, BRUNOD R, GALLET J-P.
Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. A propos de 67 observations d'un service de Pédiatrie Générale
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1987, n° 35-6, pp.227-238

51. HAIM A.
Les suicides d'adolescents
Paris : Payot, 1969, 303p.

52. HARRIS E-C, BARRACLOUGH B.
Suicide as an outcome for mental disorders : a meta-analysis
Br J Psychiatry, 1997, n°170, pp.205-228

53. HAWTON K, FAGG J.
Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89
Br J of Psychiatry, 1992, n° 161, pp.816-823

54. HOCHART-CREMNITZER C.
L'énigme du suicide. Le suicide dans l'œuvre de Freud et Lacan
Psychiatries, 1999, n°126-127, pp.26-30

55. JEAMMET P.
Adolescence et processus de changement, pp.687-726
Dans Traité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent
Wildlöcher D.
Paris : P.U.F., 1994, 105p.

56. JEAMMET PH, BIROT E (sous la direction de)
Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune
Paris : P.U.F., 265p.

57. KABUTH B, VIDAILHET C .
Quelques réflexions à propos de psychothérapies d'adolescents suicidants
Psychologie Médicale, 1994, n°11, pp.1156-1158

58. KERFOOT M, MCHUGH B.
The outcome of childhood suicidal behavior
Acta Paedopsychiatrica, 1992, n°55, pp.141-145

59. KOTILA L, LÖNNQVIST J.
Adolescents who make suicide attempts repeatedly
Acta Psychiatr Scand, 1987, n° 76, pp.386-393

60. LACAN J.
Essai sur la signification de mort par suicide
Scilicet, 1968, n° 1-volume 1, pp.125-146

61. LADAME F, OTTINO J, PAWLAK C.
Adolescence et suicide
Paris : Masson, 1997, 198p.

62. LADAME F, OTTINO J.
Les paradoxes du suicide
Adolescence, printemps 1993, n°1(11), pp.125-136

63. LADAME F, PERRET-CATIPOVIC M.
Tentative de suicide à l'adolescence
Encycl Méd Chir, Psychiatrie, 37-216-H-10, Paris : Editions Techniques, 1999, 6p.

64. LATOURELLE J.
Tentatives de suicide et adolescence : liens entre passage à l'acte suicidaire et état dépressif
Information Psychiatrique, novembre 2005, n° 9-volume 81, pp.797-802

65. LAURENT A, BOSSON J-L, BOSTT M, BOUCHARLAT J.
Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents. A propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie
Neuropsychiatrie de l'Enfance, 1993, n°41 (3-4), pp.198-205

66. LE BRETON D.
Les conduites à risque des jeunes
La Revue du Praticien, 2005, n° 55, pp.1069-1072

67. LE HEUZEY M-F.
Quel avenir pour les jeunes suicidants?
Chapitre 7, pp.101-104
Dans Suicide de l'adolescent
Paris : Masson, 2001, 120p.

68. LEGENDRE P, PAPAGEORGIOU-LEGENDRE A.
Filiation
Paris : Fayard, 1990, 235p.

69. LES FRANÇAIS ET LA PREVENTION DU SUICIDE
http://www.tns-sofres.com/etudes/pol/030200_suicide.htm, 2p.

70. Loi du 04 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé, article L.1115-5
http://www.legifrance.gouv.fr

71. MARCELLI D, BERTHAUT E.
Dépression et tentative de suicide à l'adolescence
Paris : Masson, 2001, 264p.

72. MARCELLI D, BRACONNIER A.
Adolescence et psychopathologie
Paris : Masson, 2000, 5ème édition, 567p.

73. MARCELLI D.
Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide
Nervure, octobre 2002, n°7(tome XV), pp.18-21

74. MARCELLI D.
Suivi psychologique de l'adolescent. Comment repérer et aider ceux qui vont mal ?
Revue du Praticien, 2005, n°55, pp.1061-1063

75. MARCELLI D.
Tentatives de suicide et de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents
Carnet Psy, 2003, n°85, pp.21-24

76. MISHARA B-L, TOUSIGNANT M.
Comprendre le suicide
Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal, 2004, 180p.

77. MOUQUET M-C, BELLAMY V.
Suicides et tentatives de suicide. Etudes et résultats
D.R.E.E.S., n°488, mai 2006, 8p.

78. MUNIER.V.
Le suicide des adolescents en France
Journal des Psychologues, 2002, n°194, pp.13-15

79. NARDINI-MAILLARD D, LADAME F
The results of a follow-up study of suicidal adolescents
J. Adolesc., 1980, n°3, pp.253-60

80. 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, n° 68-tome VII, pp.35-40

81. O.M.S. (Organisation Mondiale de la Santé)
C.I.M. 10. Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement. Dixième révision
Paris : Masson, 2000, 305p.

82. OTTO U.
Suicidal acts by children and adolescents : a follow-up study
Acta Psychiatr Scand, 1972, suppl.223, 123p.

83. PEQUIGNOT F.
Suicide, cadrage statistique et qualité des données
6ème séance du séminaire « santé, inégalités, ruptures sociales » de l'unité 444 de l'Inserm, consacrée aux « tentative de suicide à l'adolescence, souffrance singulière et mal-être social », Paris, le 22 mai 2003, 6p.

84. PERISSE D, COHEN D.
Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque
Carnet Psy, 2003, pp.29-31

85. PHILIPPE A.
Les suicides en France
Annales Médico-Psychologiques, 1999, n° 8, pp.530-537

86. POMMEREAU X, TEDO P.
Pourquoi hospitaliser les jeunes suicidants ?
Santé Mentale, octobre 2004, n°91, pp.35-39

87. POMMEREAU X.
Approche thérapeutique du suicide de l'adolescent
Revue du Praticien, 1998, n°48, pp.1435-1439

88. POMMEREAU X.
Crise suicidaire : faut-il un suivi à court terme ?
http://psychodoc-fr.broca.inserm.fr, 11p.

89. POMMEREAU X.
La prise en charge médico-psychologique des jeunes suicidants en unité spécifique de court séjour
Nervure, mars 2001, Tome XIV, n°2, pp.27-31

90. POMMEREAU X.
L'adolescent suicidaire
Paris : Dunod, 2001, 238p.

91. POMMEREAU X.
Prévention en santé mentale, prévention du suicide
Dans Rapport sur la santé des jeunes
http://www.sante.gouv.fr, avril 2002

92. RAUTUREAU PH, PICHENE C, LAXENAIRE M.
Prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital général et suivi à 3 mois
Psychologie Médicale, 1993, n° 25-5, pp.414-415

93. REINHERZ H, GIACONIA R, SILVERMAN A, FRIEDMAN A, PAKIZ B, FROST A, COHEN E.
Early psychosocial risks for adolescent suicidal ideation and attempts
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, mai 1995, n°34(5), pp.599-611

94. RIVALLAN A.
Suicide et tentatives de suicide en France
Soins psychiatriques, sept-oct 2006, n°246, pp.18-19

95. SCHMITDKE A, BILLE-BRAHE U, DELEO D.
Attempted suicide in Europe : rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992
Results of the W.H.O./EURO. Multicentre Study on Parasuicide
Acta Psychiatr Scand, 1996, n°93, pp.327-338

96. SIBERTIN-BLANC D.
L'intentionnalité suicidaire avant l'adolescence
Psychologie Médicale, 1994, n°26, pp.1141-1146

97. SOUTY J.
Le point sur... Le suicide dans le monde
Sciences Humaines, mars 2006, n°169, pp.8-13

98. SPIRITO A, BROWN L, OVERHOLSER J, FRITZ G.
Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt
J Clin Chid Adolesc Psychol, Jun 2003, n°32(2), pp.284-289

99. STHENEUR C.
Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger ?
Journal de pédiatrie et de puériculture, 2006, n°19, pp.218-222

100. SUOMINEN K, ISOMETSÄ E, SUOKAS J, HAUKKA J, ACHTE K, LÖNNQVIST J.
Completed suicide after a suicide attempt : a 37-years follow-up study
Am J Psychiatry, mars 2004, n°161(3), pp.562-563

101. TEJEDOR M-C, DIAZ A, CASTILLON J-J, PERICAY J-M.
Attempted suicide: repetition and survival-findings of a follow-up study
Acta Psychiatr Scand, 1999, n°100, pp.205-211

102. TENTATIVE DE SUICIDE A L'ADOLESCENCE
Colloque du Centre international de l'enfance
Paris : C.I.E. Editions, 1989, 281p.

103. TERRA J-L.
La limitation de l'accès aux moyens du suicide : l'exemple des armes à feu
Actualité et dossier en santé publique, décembre 2003, n°45, pp.24-25

104. TRIBOLET S.
Précis de sémiologie des troubles psychiques
Thoiry : Editions Heures de France, 2000, 461p.

105. VEDRINNE J, SOREL P, WEBER D.
Sémiologie des conduites suicidaires
Encycl Méd Chir, Paris : Elsevier, Psychiatrie, 37-114-A-80, 8p.

106. VIDAILHET C.
La tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent : expression du désir de vivre autrement
Psychologie Médicale, 1994, n°26(11), pp.1-3

107. WHITE H-C.
Self-poisoning in adolescents
Br J of Psychiatry, 1974, n° 124, pp.24-35

108. WILMOTTE J, BASTYNS J-M, DEMAR G, DUVIVIER M.
Le suicide : psychothérapies et conduites suicidaires
Bruxelles : Editions Pierre Mardaga, 1987, 308p.

ANNEXES

Annexe 1 : protocole d'accueil et de prise en charge des enfants / adolescents admis à l'Hôpital d'Enfants pour tentative de suicide

ADMISSION (souvent en urgence) :

Le service de pédopsychiatrie est informé de l'admission d'un enfant au P.O.S.U. (Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgences pédiatriques) de l'Hôpital d'Enfants. Parfois, c'est l'U.A.U.P. (Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques) de l'Hôpital Central, voire un hôpital périphérique, qui nous sollicite.

Tout adolescent ayant commis un acte suicidaire doit être hospitalisé, quelle que soit la gravité somatique du geste.

Les médecins du pôle des Urgences de l'Hôpital d'Enfants cherchent un lit (en priorité en pédopsychiatrie, sauf si la surveillance somatique nécessite des soins en milieu pédiatrique).

Tout adolescent admis pour T.S. doit être examiné par un médecin du service de pédopsychiatrie (médecin du service de Brabois, de 9 h à 18 h 30, psychiatre d'astreinte de 18 h 30 à 9 h), de préférence immédiatement, à défaut dans les heures qui suivent son admission (ce qui est souvent le cas lors des admissions de nuit, le pédopsychiatre d'astreinte juge alors avec l'urgentiste de la possibilité de reporter l'entretien psychiatrique au lendemain avec le médecin du service de pédopsychiatrie qui suivra l'enfant). L'examen de l'adolescent est complété par un entretien familial.

Après l'entretien, le dossier médical et P.M.S.I. doivent être remplis par le médecin de notre service et donnés à la secrétaire pour enregistrement.

HOSPITALISATION :

L'hospitalisation est systématique. Si le risque de suicide ou le risque de fugue est majeur, il est demandé d'hospitaliser l'adolescent(e) en pédopsychiatrie, afin de ne pas mettre en difficulté les services de pédiatrie.
Il n'y a pas de durée d'hospitalisation fixée à l'avance, cela dépend de la psychopathologie et du risque suicidaire (c'est en moyenne une semaine).

Les objectifs de l'hospitalisation sont exposés à l'adolescent(e) et aux parents (ou éducateurs des foyers où peuvent être placés ces adolescent(e)s) :

- assurer les soins et le suivi somatique ;
- prendre en compte ce geste comme signe de souffrance, appel à l'aide, demande de changement, et faire le travail de "crise" qu'il nécessite (c'est-à-dire établir les liens entre le passé et l'avenir) ;
- prendre en compte la souffrance familiale et faire le travail avec l'enfant et sa famille pour que la communication reprenne.

Comme tout **travail de crise**, il est intensif.
Il nécessite :

- des entretiens psychiatriques avec l'enfant seul, un examen psychologique (pas toujours possible faute de psychologue) ;
- des entretiens psychiatriques avec les parents ensemble et/ou séparément ;
- une observation et une prise en charge infirmières ;
- un examen médical général (réalisé par l'externe) et la prise de connaissance du carnet de santé ;
- un entretien sur la situation familiale avec l'assistante sociale ;
- des réunions de synthèse.

L'entretien social : suite au premier entretien familial, le pédopsychiatre informera les parents de l'appel téléphonique de l'assistante sociale du service qui leur fixera un rendez-vous. Cet entretien social peut avoir lieu à l'hôpital, au domicile ou par téléphone. Il est systématique. Il permet de compléter les renseignements administratifs, d'évaluer d'éventuelles difficultés d'ordre social. Il est proposé quel que soit le milieu socioculturel.

L'assistante sociale informera la famille qu'elle prendra systématiquement des nouvelles de l'adolescent(e) par téléphone, un an plus tard.

L'assistante sociale est informée dès l'admission, par l'interne, de l'identité du patient et de ses coordonnées afin de joindre la famille. Les informations nécessaires lui sont données ainsi que des demandes « particulières » s'il est souhaité qu'elle « creuse » sur certains points et/ou prenne contact avec l'assistante sociale de secteur. Photocopie du dossier médical administratif peut lui être faite. Cet entretien avec l'assistante sociale n'a de sens que s'il donne lieu à des échanges avec le psychiatre (par téléphone ou lors d'une synthèse). L'assistante sociale assiste à la synthèse du jeudi matin.

SORTIE ET SUIVI :

Pour tous les patients, avant la sortie, le « questionnaire d'évènements de vie » doit être complété par l'interne (avec l'aide des infirmiers si besoin).

La sortie peut parfois se faire très vite à la demande des parents (à éviter si possible). Dans tous les cas, la situation de l'adolescent(e) doit être évoquée à la synthèse du jeudi pour "conduite à tenir", et le dossier P.M.S.I. doit être rempli.

La sortie est décidée par le Chef de Clinique en accord avec l'Interne, l'adolescent(e), sa famille. **Une lettre de sortie est faite dans les 8 jours (C'est une recommandation de l' A.N.A.E.S.)**. Le dossier est donné au secrétariat. Un suivi psychologique ou psychiatrique est systématiquement proposé, les modalités en sont fixées lors de la synthèse. Le relais est difficile à prendre, aussi le service assure ce suivi dans un premier temps (les risques de récidive sont majeures dans le mois qui suit l'admission et dans les 6 premiers mois).

Lorsque l'enfant ou l'adolescent(e) était suivi par un C.M.P. ou un psychiatre privé, il lui est réadressé, avec un compte-rendu de l'hospitalisation ; dans certains cas, cela n'empêche pas de revoir l'adolescent(e) et sa famille, à condition que cela soit bien explicité au psychiatre traitant, afin d'éviter un double suivi ou des problèmes déontologiques.

Annexe 2 : courrier adressé aux anciennes patientes en 2006

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre du travail de thèse de Mme Fabienne LIGIER 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 1996 à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy.

Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent sont de plus en plus fréquentes et c'est pourquoi les prévenir, les prendre en charge de manière adaptée et éviter leur récidive est d'une importance capitale.
Pour cela, nous avons besoin de comprendre au mieux ce qui peut pousser un adolescent à commettre un tel acte et comment nous pouvons le soutenir ensuite.

Vous avez été hospitalisée en 1996 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 ci-joint et en nous le retournant à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe.
Par ailleurs, ce questionnaire nous permettra d'avoir votre avis sur la qualité des soins que vous avez reçus.

Vous pouvez, naturellement, ajouter des commentaires ou poser des questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre.
Nous pouvons bien sûr vous rencontrer pour aborder toutes ces questions ou si vous désirez des renseignements supplémentaires. Je suis joignable au 03.83.15.45.53 ou au 06.98.42.23.79. N'hésitez pas à laisser un message avec vos coordonnées.
Si certaines questions vous choquent, n'en soyez pas offusquée, ce questionnaire ne vous est pas spécifiquement destiné ; il est le même pour tous les patients.

Je me permettrai de vous joindre par téléphone si, dans les 3 semaines suivant l'envoi de ce courrier, vous n'y avez pas répondu.

Comptant sur votre participation et votre aide qui nous sera très précieuse pour poursuivre de meilleure façon possible nos soins aux adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Mademoiselle, à nos meilleures salutations.

Mme le Dr VIDAILHET
Pr Emérite de Pédopsychiatrie

Mr le Dr KABUTH
Médecin Chef
Service de Pédopsychiatrie
Hôpital d'Enfants de Brabois

F. LIGIER
Interne des Hôpitaux

Annexe 3 : questionnaire adressé aux anciennes suicidantes

Questionnaire patiente

Répondre en cochant la case appropriée à votre situation ou en indiquant la réponse sur la ligne tracée

-Quelle est votre situation familiale ? □ mariée □ célibataire □ vit maritalement □ divorcée

-Avez-vous des enfants ? □ oui □ non
-Combien ? _____

-Vos enfants sont-ils à votre charge ? □ oui □ non
-Si non, où vivent-ils ? _____

-Quel est votre lieu de vie ?
□ avec vos parents
□ seule
□ en couple
□ autre : _____

-Sur une échelle de 1 à 10, vous estimez-vous heureuse dans votre vie affective ?

0----------5----------10		
malheureuse	moyennement heureuse	très heureuse

-Avez-vous une profession ? □ oui □ non

-Quelle est votre activité professionnelle ? _____

-Avez-vous souvent changé de profession ? □ oui □ non

-Quel est votre niveau d'étude ? _____

-Avez-vous redoublé des classes ? □ oui □ non
-Combien ? _____

-Sur une échelle de 1 à 10, pensez-vous que votre vie professionnelle est satisfaisante ?

0----------5----------10		
non satisfaisante	moyennement satisfaisante	très satisfaisante

-Avez-vous des problèmes de santé ? □ oui □ non
-Lesquels ? _____

-Prenez-vous des médicaments tous les jours ? □ oui □ non
-Lesquels ? _____

-Etes-vous souvent en arrêt maladie ? □ oui □ non

-Fumez-vous ? □ oui □ non
-Environ combien de cigarettes pas jour ? _____

-Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? □ oui □ non

-Consommez-vous des drogues ? □ oui □ non

-Avez-vous refait des tentatives de suicide depuis 1996 ? □ oui □ non
-Si oui, combien ? _____

-Avez-vous encore des idées suicidaires ? □ oui □ non

-Avez-vous eu un suivi psychologique après votre tentative de suicide de 1996 ?
□ oui □ non
-Si oui, pendant combien de temps ? _____

-Avez-vous consulté en psychiatrie (psychiatre libéral, urgences psychiatriques, ...) depuis ces 10 dernières années ? □ oui □ non

-Avez-vous été hospitalisée, en dehors de votre hospitalisation en 1996, pour un problème psychologique ? □ oui □ non
-Combien de fois ? _____

-Vous sentez-vous déprimée □ oui □ non

-Etes-vous suivie actuellement ? □ oui □ non

-Bénéficiez-vous d'une allocation adulte handicapé ? □ oui □ non

-Avez-vous eu affaire à la justice ? □ oui □ non

-Comment estimez-vous votre santé globale sur une échelle de 1 à 10 ?

0----------5----------10
mauvaise moyenne très bonne

-Estimez votre bien-être psychologique sur une échelle de 1 à 10 ; vous vous sentez :

0----------5----------10
très malheureuse moyennement heureuse très heureuse

-Avez-vous été satisfaite de votre prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 1996 ?

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

-Comment cette prise en charge aurait pu être améliorée?

Annexe 4 : C.E.S.-D.

Suite questionnaire patiente

Explication du questionnaire : 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 présentés dans cette liste durant la semaine écoulée ?

Pour répondre, cochez la case correspondante à la fréquence :

-0-	Jamais ; très rarement	*(moins d'un jour)*
-1-	Occasionnellement	*(1 à 2 jours)*
-2-	Assez souvent	*(3 à 4 jours)*
-3-	Fréquemment : tout le temps	*(5 à 7 jours)*

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

1-J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas..... ____

2-Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit..... ____

3-Je n'ai pas pu sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis... ____

4-J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres..... ____

5-J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais..... ____

6-Je me suis senti déprimée..... ____

7-J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort..... ____

8-J'ai été confiante en l'avenir..... ____

9-J'ai pensé que ma vie était un échec..... ____

10-Je me suis sentie craintive..... ____

11-Mon sommeil n'a pas été bon..... ____

12-J'ai été heureuse..... ____

13-J'ai parlé moins que d'habitude..... ____

14-Je me suis sentie seule..... ____

15-Les autres ont été hostiles envers moi..... ____

16-J'ai profité de la vie..... ____

17-J'ai eu des crises de larmes..... ____

18-Je me suis sentie triste..... ____

19-J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas..... ____

20-J'ai manqué d'entrain..... ____

Annexe 5 : catégories socio-professionnelles

Nomenclature des professions et catégories socio-professionnelles (PCS)
(Attention : nomenclature non imbriquée)

Niveau agrégé (8 postes dont 6 pour les actifs occupés)	Niveau de publication courante (24 postes dont 19 pour les actifs)	Niveau détaillé (42 postes dont 32 pour les actifs)
1. Agriculteurs exploitants.	10 Agriculteurs exploitants.	11 Agriculteurs sur petite exploitation.
		12 Agriculteurs sur moyenne exploitation.
		13 Agriculteurs sur grande exploitation.
2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise.	21 Artisans.	21 Artisans.
	22 Commerçants et assimilés.	22 Commerçants et assimilés.
	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus.	23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus.
3. Cadres et professions intellectuelles supérieures.	31 Professions libérales.	31 Professions libérales.
	32 Cadres de la fonction publique, professions intellectuelles et artistiques.	33 Cadres de la fonction publique.
	36 Cadres d'entreprise.	34 Professeurs, professions scientifiques.
		35 Professions de l'information, des arts et des spectacles.
		37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise.
		38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise.
4. Professions intermédiaires.	43 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé, de la fonction publique et assimilés.	42 Instituteurs et assimilés.
		43 Professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social.
		44 Clergé, religieux.
		45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique.
	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises.	46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises.
	47 Techniciens.	47 Techniciens.
	48 Contremaîtres, agents de maîtrise.	48 Contremaîtres, agents de maîtrise.
5. Employés.	51 Employés de la fonction publique.	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique.
		53 Policiers et militaires.
	54 Employés administratifs d'entreprise.	54 Employés administratifs d'entreprise.
	55 Employés de commerce.	55 Employés de commerce.
	56 Personnels des services directs aux particuliers.	56 Personnels des services directs aux particuliers.
6. Ouvriers.	61 Ouvriers qualifiés.	62 Ouvriers qualifiés de type industriel.
		63 Ouvriers qualifiés de type artisanal.
		64 Chauffeurs
		65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport.
	66 Ouvriers non qualifiés.	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel.
		68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal.
	69 Ouvriers agricoles.	69 Ouvriers agricoles.
7. Retraités.	71 Anciens agriculteurs exploitants.	71 Anciens agriculteurs exploitants.
	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise.	72 Anciens artisans, commerçants, chefs d'entreprise.
	73 Anciens cadres et professions intermédiaires.	74 Anciens cadres.
		75 Anciennes professions intermédiaires.
	76 Anciens employés et ouvriers.	77 Anciens employés.
		78 Anciens ouvriers.
8. Autres personnes sans activité professionnelle.	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé.	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé.
	82 Inactifs divers (autres que retraités).	83 Militaires du contingent.
		84 Élèves, étudiants.
		85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités).
		86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités).

VU

NANCY, le **16 janvier 2007**
Le Président de Thèse

Mme le Professeur **C. VIDAILHET**

NANCY, le **5 avril 2007**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur **P. NETTER**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **10 avril 2007**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ Henri Poincaré, NANCY 1

Professeur **J.P. FINANCE**

Résumé de la thèse

Les comportements suicidaires à l'adolescence sont devenus en France un réel problème de Santé Publique depuis plusieurs décennies, en raison de leur importance en nombre mais aussi en raison de leurs conséquences à court et à long terme. Prévenir les récidives suicidaires chez ces jeunes patients, ainsi qu'une évolution psychosociale péjorative est capital.
Afin d'adapter au mieux la prise en charge proposée aux adolescents suicidants, il est important de connaître les caractéristiques personnelles, familiales et sociales de ces jeunes patients au moment de leur geste, et surtout l'influence que ces facteurs ont sur les récidives, ainsi que sur le devenir à plus long terme. Ces différentes données sont recherchées et analysées dans cette étude, pour 64 adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy, après une tentative de suicide, en 1996.
Des facteurs de risques de tentative de suicide comme les difficultés et le retard scolaires, des facteurs de risque de récidive comme les antécédents psychiatriques personnels, et des facteurs prédictifs d'une évolution psychosociale péjorative à 10 ans comme une situation familiale complexe, ont été objectivés. Tous ces éléments ont ensuite été comparés aux données de la littérature et à celles d'une étude similaire menée en 2004.
Cette étude révèle une évolution psychosociale plutôt positive pour les trois quarts des anciens patients suicidants de la population étudiée.
Elle vient confirmer l'importance de recevoir le geste suicidaire des adolescents comme le signe d'une souffrance personnelle et la nécessité de prendre en compte les jeunes patients suicidants dans leur globalité, en travaillant de manière individuelle et familiale. Ils ont besoin de soutien et d'aide, afin de pouvoir mettre en mots plutôt que dans l'agir leurs difficultés, et afin de pouvoir rétablir une communication de qualité avec leurs parents. Autant d'éléments qui leur permettront d'appréhender l'avenir dans de meilleures conditions.

Titre en anglais

Ten years psychosocial outcome of 64 adolescent suicide attempters hospitalized in Nancy Children Hospital

---

Thèse : Médecine Spécialisée – Année 2007

Mots-clés : adolescence / devenir / récidive suicidaire / tentative de suicide

---

Intitulé et adresse de l'U.F.R.

Faculté de Médecine de Nancy

Université Henri Poincaré, Nancy 1

9 avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDŒUVRE LES NANCY Cedex