



HAL
open science

Devenir, 10 ans après, de 65 adolescents suicidants, hospitalisés à l'hôpital d'enfants de Nancy

Anouk Gehin

► **To cite this version:**

Anouk Gehin. Devenir, 10 ans après, de 65 adolescents suicidants, hospitalisés à l'hôpital d'enfants de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2005. hal-01733619

HAL Id: hal-01733619

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733619v1>

Submitted on 14 Mar 2018

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

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

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

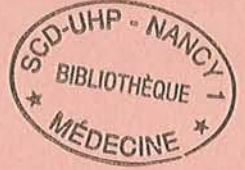
<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

T/NCY/2005 (GEHIN)
(double)

183 253

UNIVERSITE HENRI POINCARÉ, NANCY 1
Année 2005

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N° 60



THESE
pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

28 JUIN 2005

par

Anouk GEHIN

Le 22 juin 2005

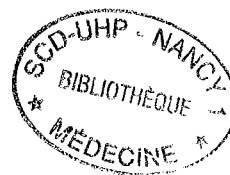
**DEVENIR, 10 ANS APRES, DE 65 ADOLESCENTS SUICIDANTS,
HOSPITALISES A L'HÔPITAL D'ENFANTS DE NANCY**

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur		Président
M. P. MONIN	Professeur	}	
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	}	
M. B. KABUTH	Docteur en Médecine	}	Juges
Mme C. PICHENE	Docteur en Médecine	}	



THESE
pour obtenir le grade de



DOCTEUR EN MEDECINE

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

28 JUIN 2005

par

Anouk GEHIN

Le 22 juin 2005

**DEVENIR, 10 ANS APRES, DE 65 ADOLESCENTS SUICIDANTS,
HOSPITALISES A L'HÔPITAL D'ENFANTS DE NANCY**

Examineurs de la thèse :

Mme C. VIDAILHET	Professeur		Président
M. P. MONIN	Professeur	}	
M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	}	
M. B. KABUTH	Docteur en Médecine	}	Juges
Mme C. PICHENE	Docteur en Médecine	}	

A la mémoire de Guillaume,

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 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON
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
Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – 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

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

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

Professeur Bernard FOLIGUET

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

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} 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

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

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

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

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

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIEWSKI

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

Professeur Bernard FORTIER

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

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

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

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

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

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

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

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

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (Réanimation médicale)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

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

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

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

Professeur Jean-Pierre KAHN

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

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

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

Professeur Jean-Marie ANDRE

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

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

Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

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

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET - Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

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

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

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

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

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

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

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

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

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

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

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

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

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

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

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

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

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

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

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

Professeur Hubert GERARD

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

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

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

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

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

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

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

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

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

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

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

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

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

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

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

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

Docteur Bruno CHENUUEL

4^{ème} sous-section : (Nutrition)

Docteur Didier QUILLIOT

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

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

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

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

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

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

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

Docteur François ALLA

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

Docteur Pierre GILLOIS

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

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

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

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

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

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

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

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

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

Docteur Jean PAYSANT

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

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

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

05^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

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

Monsieur Alain DURAND

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

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

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

Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES

Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – 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

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (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 Würzburg (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 (VIËTNAM)*

REMERCIEMENTS

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 sommes très reconnaissante de nous faire l'honneur d'accepter de présider ce jury et de juger notre travail.

Nous avons apprécié vos qualités humaines, votre dévouement à l'exercice de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et votre sens de l'enseignement.

Recevez ici, par ce travail, le modeste témoignage de notre estime et de notre profond respect .

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Pierre MONIN,

Professeur de pédiatrie.

Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger ce travail.

Vous avez su nous faire part de vos connaissances et nous avons apprécié vos enseignements lors du premier cycle de nos études.

Soyez assuré de notre reconnaissance et de notre respect.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,

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

*Vous nous faites l'honneur de bien vouloir juger
notre travail.*

*Nous avons eu le privilège de vous avoir comme
Professeur lors du premier cycle de nos études,
nous vous en sommes tout à fait reconnaissante.*

*Veillez recevoir, avec nos remerciements,
l'expression de notre gratitude et de notre respect.*

A notre Juge,

Monsieur le Docteur Bernard KABUTH,

*Chef de service du quatrième secteur
de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
de Meurthe-et-Moselle,*

Docteur en Psychologie.

*Nous sommes très sensible de la confiance que
vous nous avez témoignée en acceptant de diriger
notre thèse.*

*Nous avons pu apprécier tout l'intérêt que vous
avez porté à l'élaboration de ce travail.*

*Nous sommes tout particulièrement reconnaissante
de votre disponibilité, de votre gentillesse et du
dévouement que vous portez à vos patients.*

*Que ce travail soit pour vous l'expression de notre
profond respect et de notre reconnaissance.*

A notre Juge,

Madame le Docteur Catherine PICHENE,

Chef de service du département d'urgences psychiatriques,

Docteur en médecine.

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Nous vous sommes particulièrement reconnaissante de nous avoir autorisé à consulter les dossiers médicaux des patients inclus dans notre étude, hospitalisés dans votre service au cours de ces dix dernières années.

Sans votre précieux accord, notre travail n'aurait pu aboutir à de telles conclusions.

Veillez recevoir, avec tous nos remerciements, l'expression de notre gratitude et de notre respect.

A Madame Michèle Koch,

A Marie-Chantal,

A Madame le Dr Anne-Christine Rat,

A Madame Annick Achener,

Au personnel du Département d'Informatique Médicale du CPN,

En remerciement pour leur aide précieuse à l'élaboration de ce travail.

A toute l'équipe du service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants de Nancy que je remercie pour leur accueil et leur gentillesse.

Aux équipes soignantes qui ont participé à ma formation.

Enfin et surtout, à tous les anciens patients qui ont accepté de participer à notre étude, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir. Nous leur souhaitons le meilleur avenir possible.

A Alex,

Pour avoir eu la merveilleuse idée de m'inviter au Népal...et pour ton amour, ta tendresse, ton humilité, ta quiétude, ta façon de voir et d'appréhender la vie...et pour tout le reste...

A Etienne et Lulu,

Pour être toujours là pour moi.

A Fred,

Pour ta complicité et ton précieux soutien dans les moments difficiles.

A Bernard et à Thierry,

Pour leurs aides et leurs bons conseils.

A Violaine,

Ma sœur de fac...

A Delph,

Ma deuxième (et belle !) sœur...

A Bonito,

Avec qui « Todo me parece bonito ! ».

A Lionel,

Pour avoir renoué contact avec la fille de Rupt !

A toute ma famille, Roger et Jeannette, Alice et Albert, Michèle, Odile, Christine, Josiane, Marie-Hélène, Christine, Stan et Anne, Claude et Daniel, Fanny, Emilie, Manu, Corinne, Fabienne, Laurent, Fabienne, Thierry, Boris, Natacha, Eve-Hélène, Simon, et tous les autres.

A tous mes amis internes, Sylvain S, Cyril, Stéphan, Marie, Anne, Marine, Isa, Marion, François D, Kamel, François C, Benoît, William, Sébastien, Sylvain J, Philippe et tous les autres.

A tous mes amis d'enfance, Mélanie, Sébastien, Franck, Jérôme K, Marilyne, Sophie, Jérôme G, Yoann, Guillaume, Céline et tous les autres.

A Rabah, Franck et Patricia.

A Bernadette, Victor et Christophe Mansuy.

A Jacques Courbet.

Et à tous les autres...

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 ET ABREVIATIONS

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE : EPIDEMIOLOGIE ET REVUE DE LA LITTERATURE	26
I/ Historique et généralités sur le suicide et les tentatives de suicide	27
II/ Epidémiologie descriptive	31
1) Epidémiologie du suicide dans la population générale	31
2) Epidémiologie du suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune	35
3) Epidémiologie des tentatives de suicide dans la population générale	40
4) Epidémiologie des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune	42
III/ Présentation des enquêtes publiées sur le devenir des adolescents suicidants	46
1) Etudes portant sur les taux et les facteurs de récurrence et de mortalité	46
2) Etudes portant sur le devenir à long terme des suicidants	51
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE L'ETUDE ET DES RESULTATS	61
I/Présentation de l'étude	62
1) Buts de l'étude	62
2) Méthodologie	62
2.1) Définition et modalités de prise en charge	62
2.2) Description de la lettre et du questionnaire	63
2.3) Terminologie	67
II/ Déroulement de l'étude	68
III/ Analyse de la population en 1994	72
1) Répartition par sexe	72
2) Répartition par âge	73
3) Durée d'hospitalisation	74
4) Modalités de sortie	74
5) Moyens utilisés pour la tentative de suicide	75
6) Antécédents personnels de tentative de suicide	75
7) Récidives précoces	76
8) Comorbidité	77
9) Etude de la structure familiale	78
9.1) Etude de la situation familiale	78
9.2) Etude du contexte familial	78
9.3) Etude de la fratrie	79
9.4) Etude de l'activité professionnelle des parents	80
9.5) Etude de la mortalité parentale	80
9.6) Etude de l'alcoolisme parental	80
9.7) Etude du milieu socioculturel	81
9.8) Etude des antécédents familiaux suicidaires	81
9.9) Etude de l'immigration	81
9.10) Etude du lieu d'hébergement	81
10) Difficultés et Retard scolaires	82
11) Suivi psychologique après la TS	82
12) Lieu d'hospitalisation	82

13) Réalisation d'un bilan psychologique	83
IV/ Présentation des résultats	83
1) Analyse statistique	84
2) Description de la population en 2004	86
2.1) Répartition par sexe des réponders	86
2.2) Répartition par âge	86
2.3) Situation familiale et environnement de vie	87
2.4) Situation professionnelle	89
2.5) Santé psychosomatique	90
3) Corrélations entre les questionnaires « patient » et les questionnaires « parents »	102
3.1) Etude des corrélations concernant la vie familiale des anciens suicidants	102
3.2) Etude des corrélations concernant la vie professionnelle des anciens suicidants	104
3.3) Etude des corrélations concernant la santé psychosomatique des anciens suicidants	104
4) Comparaison de la population des patients réponders avec celle des non-réponders	107
4.1) Comparaison selon le sexe et l'âge	107
4.2) Comparaison selon la structure familiale	108
4.3) Comparaison selon les difficultés et le retard scolaires	109
4.4) Comparaison selon les antécédents personnels de TS, les récurrences, les hospitalisations en psychiatrie et le suivi psychologique après la TS de référence	109
4.5) Comparaison selon le geste employé, la comorbidité, la réalisation d'un bilan psychologique, le mode de sortie et le service d'hospitalisation lors de la TS de référence	110
5) Facteurs pronostiques : associations entre les 3 critères retenus et les caractéristiques de la population en 1994	110
5.1) Etude des associations entre l'activité professionnelle à 10 ans et les caractéristiques de la population de départ	110
5.2) Etude des associations entre le bien-être psychologique à 10 ans et les caractéristiques de la population de départ	114
5.3) Etudes des associations entre le nombre de récurrences totales et les caractéristiques de la population de départ	117
TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION	121
I/ Analyse des résultats	122
1) Analyse de la population en 2004	122
2) Analyse des corrélations entre les questionnaires « patient » et « parents »	127
3) Analyse de la comparaison des réponders et des non-réponders	131
4) Analyse des associations retrouvées entre le devenir des patients à dix ans, déterminé par les trois critères retenus, et les caractéristiques de départ de notre population	139
II/ Comparaison de nos résultats avec les données de la littérature	142
1) Comparaison de notre population avec les données de la littérature	143
2) Comparaison de notre taux de réponses avec ceux des autres études du même type	144
3) Comparaison des taux de récurrences et de mortalité avec ceux des autres études	145
4) Comparaison du devenir psychosocial de nos patients avec celui retrouvé dans les autres études	148
III/ Réflexions sur l'étude	151
IV/ Propositions de prise en charge	153

<i>CONCLUSION</i>	<i>159</i>
<i>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</i>	<i>162</i>
<i>ANNEXES</i>	<i>175</i>

ABREVIATIONS

- T.S.** : Tentative de Suicide
U.A.U.P. : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques
C.P.N. : Centre Psychothérapique de Nancy
I.M.V. : Intoxication Médicamenteuse Volontaire
D.I.M. : Département d'Informatique Médicale
C.M.P. : Centre Médico-Psychologique
P.O.S.U. : Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgences
B.E.P. : Brevet d'Etude Professionnelle
C.A.P. : Certificat d'Aptitude Professionnelle
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
I.N.S.E.R.M. : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé
C.F.E.S. : Comité Français d'Education pour la Santé
U.F.A.T.T. : Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes
E.V.A. : Echelle Visuelle Analogique
A.N.A.E.S. : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
O.R. : Odds Ratio
D.S. : Déviation Standard

INTRODUCTION

Les conduites suicidaires sont un grave problème de Santé Publique en France comme dans l'ensemble des pays industrialisés. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité des adolescents et des adultes jeunes et est majoritairement masculin. La morbidité suicidaire, représentée par les tentatives de suicide, est très inquiétante elle-aussi. Elle s'aggrave chez les jeunes en France et plus particulièrement chez les filles. Le problème majeur posé par les actes auto-agressifs est le risque élevé de récurrences. Face à ces constatations alarmantes, la nécessité d'en connaître plus sur leur pronostic s'est fait sentir. Des enquêtes de court terme, puis de plus long terme, ont été réalisées. Elles ont d'abord exclusivement porté sur les taux de récurrence et de mortalité des conduites suicidaires, pour s'intéresser au champ plus élargi du devenir psychosocial des suicidants. Elles restent cependant en trop petit nombre du fait des difficultés rencontrées lors du suivi de cette population, très sujette à la rupture thérapeutique. Ces enquêtes sont pourtant indispensables à l'amélioration de la prise en charge de ces patients. C'est pourquoi nous nous sommes attachés à étudier le devenir à long terme des adolescents suicidants hospitalisés à l'hôpital d'enfants de Nancy.

La première partie de ce travail expose la réalité préoccupante des conduites suicidaires dans la population générale et plus spécifiquement chez l'adolescent et l'adulte jeune, en France. Elle propose ensuite une revue de la littérature des différentes études publiées à ce jour sur le devenir des adolescents suicidants.

La seconde partie rend compte de l'étude réalisée à l'hôpital d'enfants de Nancy et des résultats obtenus. Après une présentation de l'enquête et de son déroulement, nous avons décrit la population de départ. La présentation des résultats a consisté en une description des caractéristiques du groupe des répondants, puis à la réalisation de différentes analyses statistiques. Nous avons tout d'abord étudié les corrélations existantes entre les réponses des jeunes au questionnaire et celles de leurs parents. Nous avons ensuite comparé la population des répondants avec celle des non-répondants pour savoir dans quelle mesure nous pouvions généraliser nos résultats à l'ensemble de la population. Enfin, nous avons recherché des associations entre les caractéristiques de l'échantillon de départ et les trois critères retenus afin de mettre en évidence des facteurs prédictifs et des groupes à risque de mauvais devenir. La troisième partie est consacrée à l'analyse de ces résultats et à leur comparaison avec ceux obtenus dans les autres études, aux réflexions inspirées par cette enquête et à des propositions de prise en charge des adolescents suicidants.

**PREMIERE PARTIE :
EPIDEMIOLOGIE ET REVUE DE LA
LITTERATURE**

I/ Historique et généralités sur le suicide et les tentatives de suicide

« Il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux : c'est le suicide » Albert Camus (Le mythe de Sisyphe).

Le phénomène suicidaire existe depuis que l'Homme existe. Il est universel, intéresse toutes les cultures, tous les âges, toutes les couches sociales. Il n'en reste pas moins incompréhensible et effrayant, si ce n'est inacceptable, surtout lorsqu'il concerne des êtres en devenir comme les adolescents. Il a longtemps fait l'objet d'interdits moraux, religieux, et encore récemment légaux. Le tabou social qui le caractérise est encore et toujours d'actualité.

En étudiant l'histoire du suicide (1), on s'aperçoit que des attitudes très variées à son égard se sont succédées au fil des siècles.

Chez les Grecs, Aristote qualifie le suicide comme un acte de lâcheté face aux difficultés de la vie. Platon nuance ses propos, adoptant une attitude plus compréhensive face aux suicidés en cas de maladie douloureuse et incurable. Les épicuriens, les cyniques et les stoïciens acceptent qu'un individu quitte volontairement la vie si elle lui devient trop pénible : Sénèque (2), avant de mettre fin à ses jours, disait « la vie est comme une pièce de théâtre. Ce qui compte n'est pas qu'elle soit longue mais qu'elle soit bien jouée ».

Dans la Rome Antique, l'acte suicidaire n'est autorisé que sur certains critères bien définis, répondant à la morale stoïcienne (douleur physique, perte d'un être cher, fureur, folie). En dehors de ces cas précis, et pour tout esclave et soldat, les conduites suicidaires sont condamnées par la loi.

Dans le christianisme, le suicide est considéré comme une offense à la religion et à l'humanité, un crime de lèse-majesté divine.

Entre le XVI^e et le XVIII^e siècle s'effectue un changement profond des mentalités, notamment parmi les élites intellectuelles. Cependant, le suicide renvoie toujours à des pesanteurs culturelles tournant autour du crime et de la culpabilité.

Esquirol écrit en 1838 « l'Homme n'attente à ses jours que dans le délire et tous les suicidés sont des aliénés » (3), phrase qui résume bien l'opinion des psychiatres au sujet du suicide à cette époque.

A la fin du XIX^e siècle, pour le sociologue Durkheim (4), « chaque société est prédisposée à fournir un contingent déterminé de morts volontaires ». Freud en 1905 (5), explique le suicide comme le retournement de l'agressivité contre le moi.

A partir de la seconde guerre mondiale, dans un souci de santé publique grandissant, on cesse progressivement d'opposer au suicide les dogmes, les concepts, pour être plus pragmatique, et mettre l'accent sur la prévention des conduites suicidaires. Les tentatives de suicide, après avoir été réduites à un simple trait de caractère hystérique, à une simple quête affective, sont de plus en plus considérées comme l'expression d'une souffrance, avec une véritable fonction d'appel au secours.

Cependant, encore récemment, les développements cliniques n'ont pas totalement évacué la référence à la loi. En France, la loi de 1987 réprime la provocation au suicide, promulguée en réaction au trouble induit par le livre « Suicide, Mode d'emploi » (6). La loi de 1993 aux Pays-Bas dépénalise l'euthanasie, sous certaines conditions, y compris chez le malade mental suicidaire (7). Ces recours à la loi montrent bien la persistance d'un profond désarroi devant les conduites suicidaires.

Le suicide et les tentatives de suicide peuvent être définis de façon très simple :

« On appelle suicide la volonté et/ou le désir conscients et délibérés de se donner la mort. La tentative de suicide caractérise l'échec d'un suicide quelle que soit la cause de cet échec. » (8). La tentative de suicide est ici définie par rapport au suicide. Le fait de la considérer comme un échec est très réducteur, et difficilement acceptable d'un point de vue éthique.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) définit le suicide comme une « mort volontaire » ; et la tentative de suicide comme une « conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir » (9).

Dans son ouvrage sur l'adolescent suicidaire (10), Xavier Pommereau nous rappelle que « tout acte suicidaire se définit, stricto sensu, comme l'expression d'une volonté délibérée de

mettre fin à ses jours. Son issue est ou non fatale, ce qui conduit à distinguer le suicide abouti - acte mortel par lequel son auteur devient, à titre posthume, un suicidé -, la tentative de suicide (TS) - acte non mortel faisant du rescapé un suicidant-, et le projet d'en finir avec la vie qui conduit à dénommer suicidaire l'individu animé d'une telle idéation. »

Seulement, en pratique, il n'est pas toujours aussi simple d'évaluer la détermination du suicidant. Est-ce toujours la mort réelle qui en est l'enjeu? Comme le dit si bien X. Pommereau « s'il veut « en finir », est-ce avec la vie ou avec cette vie-là qui lui paraît « invivable » ? » (10). On admettra que des définitions aussi réduites s'accordent mal avec toutes les interrogations que posent les phénomènes suicidaires.

Pour beaucoup de psychiatres et notamment P. Jeammet (11, 12, 13, 14), X. Pommereau (10, 15), C. Vidailhet (16), les tentatives de suicide sont plutôt l'expression d'un désir de « vivre autrement » qu'un réel désir de mourir. P. Jeammet voit dans l'acte suicidaire « un moyen de fuir une tension insupportable » plutôt que « le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort » (14). C. Vidailhet écrit dans son article « La tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent : expression du désir de vivre autrement » en 1994, qu'il y a dans la tentative de suicide une intention de communiquer et non pas une intention de mort, un désir de modifier sa relation avec l'autre (16). C'est également l'idée qu'exprime J.J. Chavagnat et Coll. dans leur publication sur « le suicidant : avant et après l'hospitalisation » (17). Ils concluent leur article par cette phrase « la problématique suicidaire a pour fonction d'entretenir le projet de continuer à vivre...surtout si on peut en parler. »

De nombreux écrivains et philosophes expriment cette même idée. Nous pouvons citer :

Racamier : « Ce n'est pas parce que d'aucuns ne croient pas à la mort, ni à la leur, qu'ils ne se tuent pas. Au contraire, on se tue d'autant plus qu'on y croît moins. »

Charles Baudelaire : « Je me tue parce que je me crois immortel et que j'espère. »

Schopenhauer : « Celui qui se donne la mort voulait vivre. »

André Malraux : « On ne se tue jamais que pour exister. »

Roland Barthes : « Parfois vivement éclairé par quelque circonstance futile et emporté par le retentissement qu'elle provoque, je me vois tout à coup pris au piège, immobilisé dans une situation impossible : il n'y a que deux issues et elles sont toutes les deux également verrouillées : des deux côtés, je ne peux que me taire. L'idée du suicide, alors, me sauve, car je puis la parler (et je ne prive pas) : je renais et colore cette idée des couleurs de la vie... » (18).

Une jeune suicidante de 16 ans disait : « Si je vais en enfer après mon suicide et que ça ne me plait pas, de toute façon je me resuiciderai » (19).

II/ Epidémiologie descriptive

1) Epidémiologie du suicide dans la population générale

Les conduites suicidaires sont un grave problème de santé publique. La France fait partie des pays occidentaux à forte mortalité par suicide, située au quatrième rang européen en 1996, après la Finlande, le Danemark et l'Autriche, au même rang que la Suisse et la Belgique (20). En 1999 environ 10 268 décès ont été enregistrés comme suicides, soit 1.9 % de l'ensemble des causes de décès (21).

Toutefois, il semble établi que ces données sous-estiment la réalité. Les statistiques sur la mortalité par suicide sont établies à partir de l'exploitation des certificats de décès ; or certains sont codés selon les cas sous la rubrique « causes inconnues et non déclarées » ou « traumatismes et empoisonnements à l'intention non déterminée » de la classification internationale des maladies, 9^{ème} révision. On peut alors penser qu'un certain nombre de ces décès était en réalité des suicides. La limite des statistiques de la mortalité par suicide tient notamment à la difficulté d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte. La sous-estimation est de l'ordre de 20 à 25 % (22). C'est chez les jeunes que la proportion de décès de cause inconnue est la plus forte. Pour la classe d'âge des 15-24 ans, le taux de correction à utiliser est de l'ordre de 25 % (22, 23).

Le suicide est majoritairement masculin. En 1999, il concerne 7 427 hommes contre 2 841 femmes, soit 3 % des décès masculins et 1 % des décès féminins. Ainsi, sur dix suicides, sept concernent un homme (21).

C'est dans la classe d'âges des 35-54 ans que les taux de suicide sont les plus importants, en nombre absolu. 2 000 décès ont été enregistrés pour chacune des tranches d'âges 35-44 et 45-54 ans en 1999 (21).

Les décès masculins par suicide sont environ trois fois plus nombreux que les décès féminins jusque vers 50 ans, puis ils sont environ deux fois plus nombreux aux âges plus élevés (graphique 1) (22). Rapportée aux effectifs de la population, l'incidence du suicide augmente avec l'âge jusque vers 40 ans (41 pour 100 000 hommes, 28 pour 100 000 femmes), reste relativement stable jusque vers 70 ans et augmente ensuite fortement chez les hommes (73

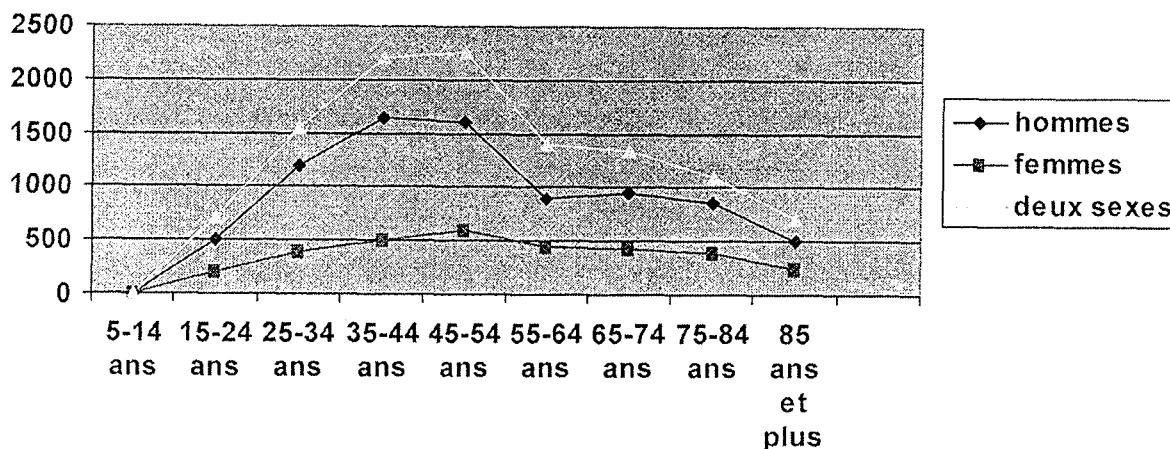
pour 100 000 vers 80 ans et 133 pour 100 000 vers 90 ans) (graphique 2) (22). Les premières études statistiques réalisées par Durkheim à la fin du 19^e siècle (4) constataient déjà cette augmentation du taux de suicide avec l'âge.

La proportion des suicides dans l'ensemble des causes de décès donne un aperçu de la gravité de ce phénomène en terme de santé publique (graphique 3) : les suicides représentent en effet plus de 15 % des décès entre 15 et 44 ans (20 % entre 25 et 34 ans) et encore 7 % entre 45 et 54 ans d'après les données de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) (22). Ainsi, pour la classe d'âge de 15 à 24 ans, le suicide représente la deuxième cause de mortalité après les accidents de la circulation, et la première cause pour les 25-34 ans (22).

Parmi les principaux modes de suicide, tous âges confondus, la pendaison reste le mode le plus utilisé (38 % des cas), suivi de l'usage d'une arme à feu (24 %), puis de l'ingestion de substances toxiques (14 %) (graphique 4) (22). Les modes de suicides sont très différents selon le sexe : les hommes se tuent par pendaison dans quatre suicides sur dix alors que les femmes usent de ce moyen une fois sur quatre. La plus grande différence entre les sexes concerne l'usage des armes à feu et les intoxications : 30 % des hommes suicidés ont eu recours à une arme à feu contre 9 % des femmes, tandis que 26 % des femmes se sont suicidées par intoxication contre 8 % des hommes. Une part non négligeable des suicides féminins se fait par saut d'un lieu élevé (22). Les principaux modes de suicides sont donc la pendaison et l'usage d'armes à feu pour les hommes, et la pendaison et l'usage de substances toxiques pour les femmes (22).

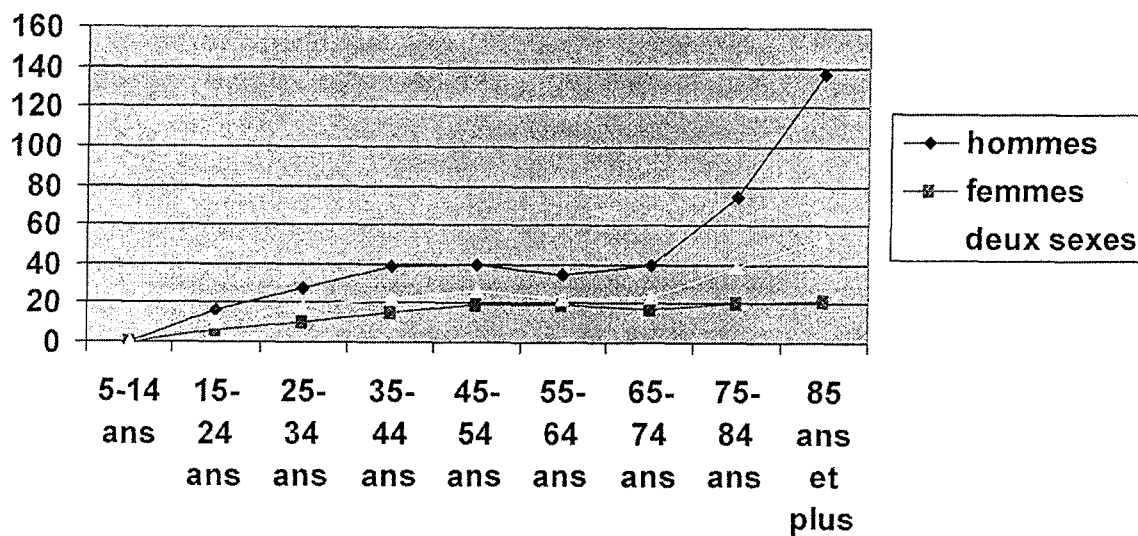
Ce cadrage statistique n'aborde pas les facteurs du suicide autres que l'âge et le sexe et qui sont multiples : facteurs sociaux, culturels, géographiques, psychiques, etc.

Graphique 1. Nombre de décès enregistrés par suicide en 1997.



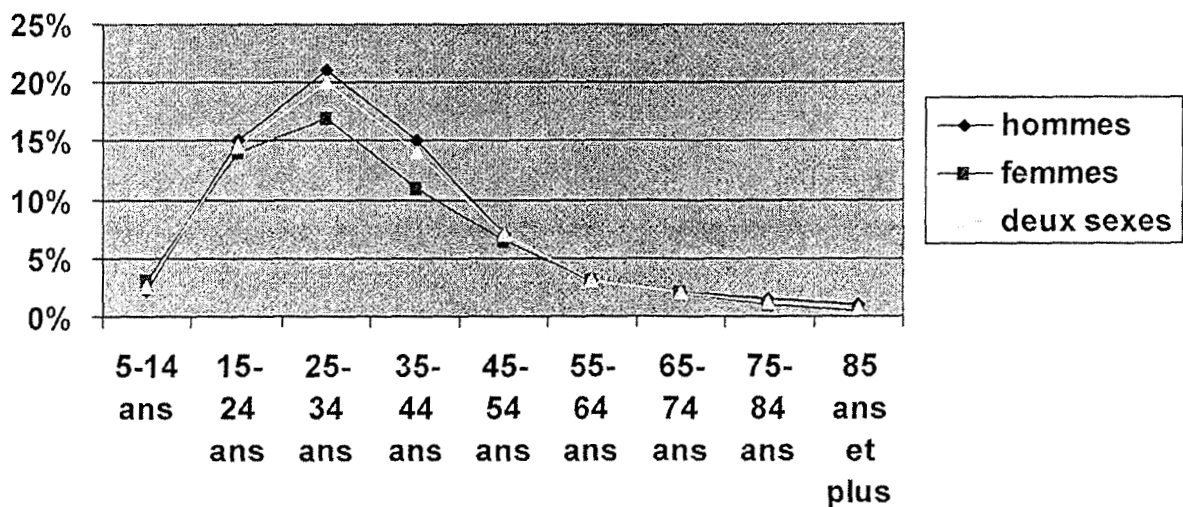
Source : INSERM SC8.

Graphique 2. Taux de suicide pour 100 000 habitants en 1997.



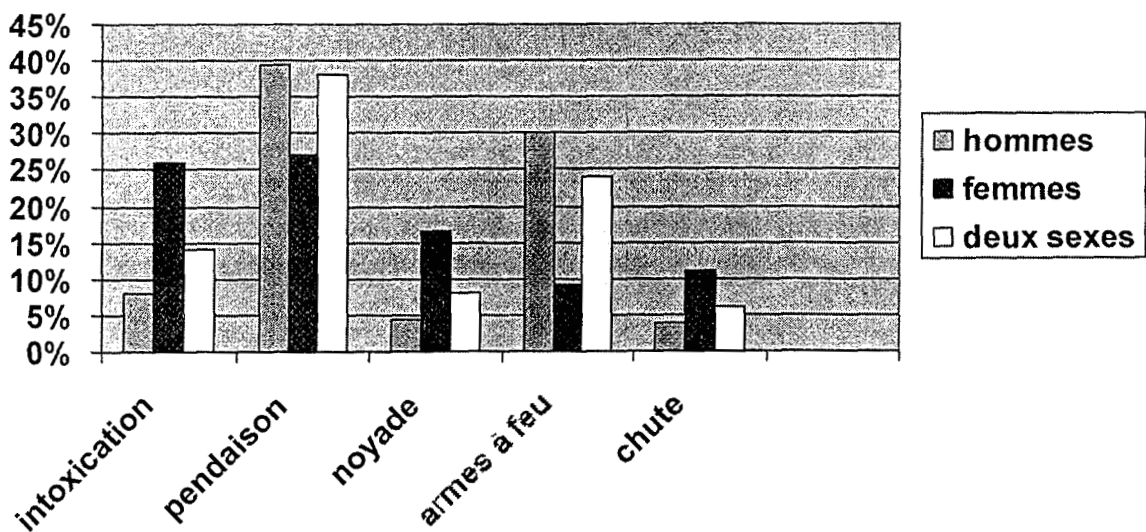
Source : INSERM SC8.

Graphique 3. Proportion des suicides dans l'ensemble des décès en 1997.



Source : INSERM SC8.

Graphique 4. Mode de suicide en 1997.



Source : INSERM SC8.

2) Epidémiologie du suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune

En 1999, en France, 4 815 décès d'adolescents de 15 à 24 ans ont été dénombrés, soit presque 1 % du total des 537 459 décès enregistrés pour l'ensemble de la population (21). La mortalité des adolescents varie beaucoup selon l'âge et le sexe ; plus forte de 20 à 24 ans que chez les moins de 20 ans, et plus importante chez les sujets de sexe masculin (tableau 1) (24). Dans la tranche d'âge des 15-24 ans, 3 décès sur 4 concernent un homme (21).

En étudiant la répartition des causes de décès à cette période de la vie, on constate une très importante proportion de morts violentes (70 % du total), proportion plus élevée chez les hommes : 74 % contre 60 % chez les femmes. Ces morts violentes correspondent avant tout à des accidents, en particulier accidents de la circulation (42.6 %) (24, 25).

Pour les 15-24 ans, le suicide représente la deuxième cause de mortalité, juste derrière les accidents de la circulation (tableau 1) (24). Il représente 13 % de la mortalité des hommes et 10 % de celle des femmes (21). En 1999, dans cette population, 604 suicides ont été recensés, dont 477 masculins. Cette proportion est quasiment identique à celle de la population générale : 8 suicides sur dix concernent un jeune homme (21).

La mortalité des 15-24 ans a beaucoup diminué depuis les années 80. Cette diminution s'explique surtout par la baisse de la mortalité par accidents, essentiellement chez les garçons (9). Le nombre de décès par suicide durant la même période reste une réalité préoccupante, soulignée dans le rapport de la conférence de santé de 1997 (26). Sur la période de 1991-1993, on a observé une hausse du nombre des suicides dans la tranche d'âge 15-24 ans, exclusivement parmi les sujets de sexe masculin (mortalité par suicide : 15.4 pour 100 000 chez les garçons, contre 4.4 pour 100 000 chez les filles), et principalement dans la tranche d'âge 20-24 ans (9). De 1994 à 1996, le nombre de suicides apparaît en diminution avec 966 suicides recensés en 1993 sur 6 027 décès entre 15 et 24 ans contre 803 en 1995 sur 5 324 décès (9). De 1996 à 1999, la mortalité par suicide des jeunes a encore diminué en France et dans la plupart des pays européens, passant de 8.7 pour 100 000 habitants à 7.9 pour 100 000, soit une baisse de 8 % en quatre ans (25).

Le nombre de suicides est plus important chez les jeunes de 20-24 ans que chez les adolescents de 15-19 ans (environ 3 fois plus de suicides pour 100 000 dans cette tranche

d'âge) (9). Malgré la baisse des taux de suicide chez les jeunes et le nombre de suicides nettement inférieur à celui des autres tranches d'âge, les adolescents et les jeunes adultes sont particulièrement touchés (tableau 2) et le suicide représente toujours, en 1999, la deuxième cause de mortalité pour cette population (21, 25).

La France est mal placée par rapport à ses voisins européens puisqu'elle se situe après la Finlande et l'Autriche mais devant l'Italie, la Grèce, le Portugal, les Pays-bas et le Royaume-Uni (tableau 3) (27).

Comme déjà précisé plus haut, il faut pondérer ces données du fait d'une sous-estimation du phénomène d'au moins 20 à 25 %, et ce surtout dans la tranche d'âge des 15-24 ans (22, 23). Ainsi, par exemple, en l'absence d'une lettre d'adieu explicite, toute personne décédant dans une collision automobile est considérée par défaut comme victime d'un accident de la circulation, si toute hypothèse de meurtre peut être écartée. Autre situation pouvant minimiser les taux, lorsque la famille d'un défunt fait pression sur le médecin, pour des raisons de tabou social ou de contraintes familiales, afin que n'apparaisse pas la mention « suicide » sur le certificat de décès. Pour l'année 1993, le rapport des causes médicales de décès en France établit que 262 garçons et 71 filles âgés de moins de 25 ans sont décédés par « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». On note également que 519 garçons et 176 filles sont décédés par « accidents non précisés » ou de « causes inconnues ou non déclarées ». Cette sous-estimation statistique serait d'autant plus importante que les individus concernés sont jeunes et que les décès surviennent au sein de communautés rurales (23).

Au cours de l'adolescence, les suicides sont réalisés le plus souvent par des moyens violents (24, 28). Les deux modes les plus utilisés sont la pendaison et l'usage d'armes à feu qui représentent respectivement 36 % et 31 % des morts volontaires en 1995 chez les 15-24 ans (tableau 4) (24). Ces proportions sont plus fortes chez les hommes (39 % et 35 %) que chez les femmes (27 % et 15 %). Pour elles d'ailleurs, si la pendaison arrive également en tête, les suicides par empoisonnement représentent le deuxième mode de suicide et sont presque aussi nombreux (26 %). Le recours à l'arme à feu est plus fréquent à l'adolescence que pour les autres âges : 35 % pour les hommes par rapport à 30 %, et 15 % pour les filles par rapport à 7 %. Le saut d'un lieu élevé apparaît également plus fréquent à l'adolescence que dans les autres tranches d'âges (pour les hommes, 8 % contre 4 %, et pour les femmes, 19 % contre

11 %) (24).

L'étude épidémiologique des suicides chez les 15-24 ans met également en évidence des disparités géographiques. Les zones de surmortalité (taux de mortalité supérieur de 10 à 20 % à la moyenne nationale) sont plutôt situées dans le nord de la France et les zones de sous-mortalité (taux de mortalité inférieure de 10 à 20 % à la moyenne nationale) en Ile-de-France et dans le sud de la France (21).

Si l'évolution de la mortalité suicidaire est bien connue, il n'en est pas de même de la morbidité suicidaire (tentatives de suicide).

Tableau 1. Mortalité des adolescents en France (1995) (24).

	Sexe masculin			Sexe féminin			Total des deux sexes		
	Total			Total			Total		
	15-19 ans	20-24 ans	15-24	15-19 ans	20-24 ans	15-24	15-19 ans	20-24 ans	15-24
Décès toutes causes									
Effectif	1 276	2 605	3 881	540	903	1 443	1 816	3 508	5 324
Taux*	65.1	122.7	95.1	28.8	43.6	36.6	47.4	83.7	66.3
Ensemble des morts violentes									
	920	1 932	2 852	311	539	850	1 231	2 471	3 702
	47.0	91.0	69.9	16.6	26.1	21.5	32.1	59.0	46.1
dont									
<i>Accidents de la circulation</i>									
	528	1 010	1 538	176	286	462	704	1 296	2 000
	27.0	47.6	37.7	9.4	13.8	11.7	18.4	30.9	24.9
<i>Suicides</i>									
Effectif	151	471	622	51	130	181	202	601	803
Taux*	7.7	22.2	15.2	2.7	6.3	4.6	5.3	14.3	10.0
*taux pour 100 000 habitants de mêmes sexe et âge.									

Tableau 2. Taux de suicide pour 100 000 habitants en France (20).

	Tous âges confondus	15-24 ans	25-44 ans	45-74 ans	75 ans et plus
Sexe masculin					
1950-51	26.6	6.5	19.4	49.7	94.5
1973-75	25.0	11.5	21.8	42.0	83.5
1982-84	32.6	16.1	34.6	48.1	116.7
1988-90	30.2	14.5	34.6	42.2	109.4
1991-93	30.0	15.4	36.7	40.8	100.2
1994-96	29.2	14.5	37.1	39.7	91.1
sexe féminin					
1950-51	7.1	2.7	5.2	13.9	17.9
1973-75	8.7	4.7	7.8	15.3	19.9
1982-84	11.5	4.9	11.9	19.3	28.9
1988-90	10.8	4.4	10.8	18.7	25.6
1991-93	10.4	4.4	11.2	17.2	25.2
1994-96	9.8	4.3	10.7	16.3	20.9

Tableau 3. Taux de mortalité (pour 100 000 habitants) par suicide des 15-24 ans en Europe (1995).

	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

Source : OMS.

Tableau 4. Mode de suicide chez les 15-24 ans en France en 1995 (24).

	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
	(622 suicides)	(181 suicides)	(803 suicides)
Pendaison	38.7 %	27.1 %	36.1 %
Usage d'armes à feu	35.0 %	14.9 %	30.5 %
Intoxication	7.2 %	26 %	11.5 %
Saut d'un lieu élevé	7.6 %	18.8 %	10.1 %
Noyade	2.3 %	2.2 %	2.2 %
Usage d'instrument tranchant	0.8 %	0.6 %	0.7 %
Autres modes	8.4 %	10.0 %	8.8 %

3) Epidémiologie des tentatives de suicide dans la population générale

Si les taux de suicide ont tendance à légèrement baisser, il n'en est pas de même des tentatives de suicide (TS). Le phénomène aurait plutôt tendance à s'aggraver. Les données disponibles concernant la morbidité suicidaire proviennent de données hospitalières locales ou régionales, extrapolées à l'ensemble du territoire, et/ou d'enquêtes auprès des médecins généralistes ou de la population générale. Il n'y a pas de recensement statistique national des hospitalisations qui leur sont liées et toutes les crises suicidaires ne sont pas prises en charge médicalement ; ces données ne sont donc que des estimations (22, 23).

D'après les données de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), on peut évaluer le nombre annuel de tentatives de suicide prises en charge par le système de soins entre 130 000 et 180 000, soit une valeur centrale de 155 000 (22). Certaines de ces tentatives peuvent concerner la même personne en cas de récurrence dans l'année. Parmi les 155 000 tentatives de suicides, 72 000 sont prises en charge par les médecins généralistes (de 60 000 à 84 000). Ils représentent le premier recours aux soins dans une tentative de suicide sur deux. Ils décident trois fois sur quatre d'adresser les suicidants aux urgences hospitalières, dans les autres cas le retour à domicile leur semblant préférable et possible (soit 55 000 tentatives de suicide adressées aux urgences parmi les 72 000 vues par les médecins généralistes, et 17 000 traitées à domicile). 82 000 de ces 155 000 tentatives de suicides arrivent directement aux urgences. Au total 137 000 suicidants passent par les urgences. Parmi eux, 116 000 sont hospitalisés. Au bout du compte, c'est environ sept fois sur huit que les tentatives enregistrées de suicide conduisent à un passage aux urgences hospitalières (22).

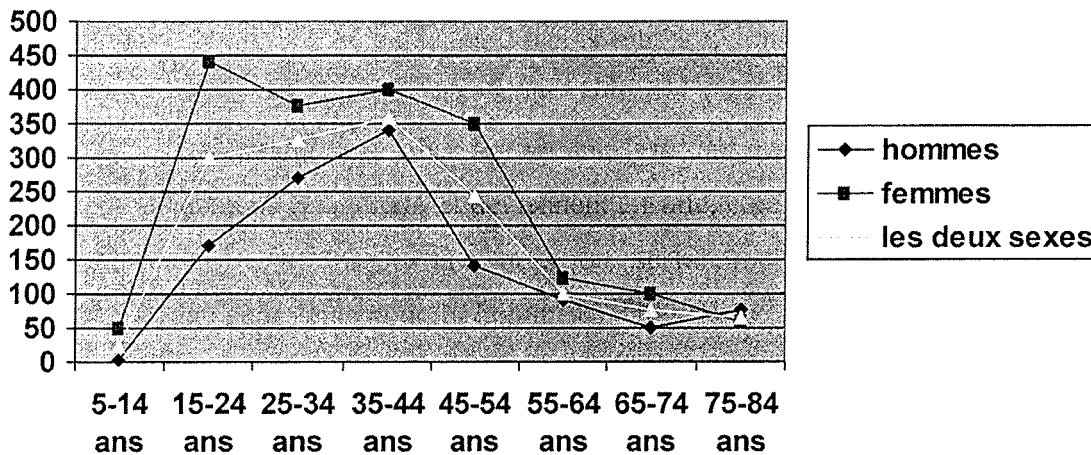
Une étude conduite dans cinq régions par les Observatoires Régionaux de la Santé en 1995 conclue, par extrapolation à la France entière, à 153 000 passages aux urgences pour tentatives de suicides (enquête prémutam) ; des données recueillies dans deux de ces régions conduisent par ailleurs à une estimation de 85 % de ces passages ayant donné lieu à hospitalisation (29).

Le baromètre de santé du Comité Français d'Education pour la Santé (CFES) , réalisé en 1999 auprès de 13 685 personnes âgées de 12 à 75 ans, constitue une source récente d'informations sur les tentatives de suicide déclarées. 5.6 % des personnes interrogées déclarent avoir fait une

tentative de suicide au cours de leur vie (7.6 % de femmes, 3.3 % d'hommes) (22). Les tentatives de suicide déclarées sur une année conduisent à une estimation comprise entre 135 000 et 170 000 tentatives annuelles. Ces données sont globalement cohérentes avec les estimations précédentes à partir des recours aux soins compte tenu des récidives dans l'année et d'une sous déclaration probable (22).

Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes et surtout chez les plus jeunes. Dans certaines tranches d'âges, les séjours hospitaliers féminins pour tentative de suicide sont 2.6 fois plus importants que les séjours hospitaliers masculins (22). Chez les femmes, les séjours sont très élevés dès l'adolescence et restent à haut niveau jusque vers 50 ans. Chez les hommes, ils sont moins nombreux à l'adolescence, augmentent rapidement vers 40 ans et deviennent ensuite, comme chez les femmes, beaucoup plus rares. Autour de 40 ans, les taux de séjour se rapprochent pour les deux sexes pour devenir légèrement supérieurs pour les hommes à partir de 75 ans (graphique 5) (22).

Graphique 5 : Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide pour 100 000 habitants en 1998.



Source : estimation DREES.

Le mode de tentative de suicide de loin le plus fréquent est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) ; elle représente plus de 80 % des tentatives de suicide hospitalisées, et jusqu'à 90 % chez les jeunes femmes. Chez les hommes, ce mode est moins usité mais reste malgré tout nettement majoritaire (22).

Toutes les études portant sur les récurrences des tentatives de suicide constatent des taux élevés. Une étude conduite en 1986 par l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) montrait que sur 3 273 patients, 43 % des suicidants avaient récidivé dont 39 % chez les hommes et 45 % chez les femmes (30). Dans une étude hospitalière européenne initiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (31) et réalisée dans 15 villes d'Europe sur une période de trois ans (1989-1992), on dénombrait 42 % de récurrences chez les hommes et 45 % chez les femmes. La précocité des récurrences est également retrouvée dans de nombreuses études. L'enquête de l'INSERM (30) établit que 24 % des récurrences ont eu lieu dans les 3 mois, 35 % dans les 6 mois, 56 % dans l'année et 75 % dans les deux ans. Ces pourcentages varient peu selon le sexe ; en revanche plus le suicidant est jeune, plus il risque de récidiver précocement, et ce, particulièrement chez les jeunes hommes. Pour eux, entre 15 et 24 ans, une récurrence sur deux se produit dans les six mois (22). Dans l'enquête du baromètre de santé de 1999, le taux de récurrence retrouvé est un peu inférieur aux données précédentes (34 %) mais particulièrement élevé chez les plus jeunes (44 % chez les 15-24 ans) (22).

4) Epidémiologie des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune

Chez les jeunes, le problème s'aggrave également et plus particulièrement chez les filles. En France, on estime que chaque année, environ 140 000 jeunes âgés de 15 à 24 ans font une tentative de suicide (32), et on dénombre environ 100 TS par jour (33). Ces chiffres sont 30 à 60 fois plus élevés que pour les suicides (23, 28, 31). On enregistre un suicide pour 22 tentatives chez les garçons et un pour 160 chez les filles (28).

Ici encore, la France n'est pas en bonne position. Dans l'enquête réalisée sous l'égide de l'OMS déjà citée plus haut (31), les auteurs suggèrent une augmentation de l'incidence des tentatives de suicide en France (respectivement de 20 % pour les garçons et de 31 % pour les filles) alors qu'elle diminue en moyenne de 18 % pour les garçons et de 11 % pour les filles

entre 15 et 24 ans dans les autres villes européennes de cette étude.

Parmi les adolescents âgés de 14 à 18 ans, le taux de tentative de suicide (durant la vie) estimé en 1999 est de 9 %. On note une augmentation de 22 % depuis 1993 (25). Dans l'enquête de Marie Choquet et Sylvie Ledoux (1994) (34), effectuée auprès de 12 391 jeunes âgés de 11 à 19 ans scolarisés dans la population générale, 19 % des garçons et 27 % des filles reconnaissent avoir eu des idées suicidaires. 6.5 % des adolescents (8 % des filles et 5 % des garçons) disent avoir déjà fait au moins une tentative de suicide, dont un quart, plusieurs. 75 % de ces tentatives n'ont pas donné lieu à une hospitalisation (34, 35).

Xavier Pommereau et Marie Choquet, dans leur enquête réalisée auprès de 1 000 élèves âgés de 11 à 21 ans, menée à l'infirmerie de 21 établissements scolaires (8 collèges, 8 lycées d'enseignement général, 5 lycées d'enseignement professionnel) de Gironde en mars et avril 2000 (32), recensent des données encore plus inquiétantes. 8.7 % des garçons et 19 % des filles consultants ont fait une tentative de suicide durant leur vie. Une étude réalisée aux Pays-Bas en 1990 (36) chez 9 393 adolescents scolarisés, âgés de 14 à 20 ans, a retrouvé un antécédent suicidaire chez 2.2 % d'entre eux. En Suisse, une étude similaire réalisée en 1992-93 (37) chez 9 268 adolescents de 15 à 20 ans, a mis en évidence que 26 % des jeunes étudiés avaient des idées suicidaires, 15 % avaient préparé une TS et 3 % en avaient fait une ; 39 % seulement avaient parlé de leur geste à leur entourage.

A l'inverse des suicides, les TS sont plus fréquentes chez les filles que chez les garçons. Le sex ratio est inversé (2 TS féminines pour 1 masculine) (33).

Comme dans la population générale, le mode de tentative de suicide, de loin le plus fréquent, est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) (80 % à 90 % des cas), suivi de la phlébotomie (environ 10 %) (9, 23). Les médicaments les plus employés sont les psychotropes, notamment les tranquillisants (anxiolytiques et hypnotiques), et les dérivés du paracétamol (utilisés chez un jeune sur quatre) (23, 28, 30, 38, 39). L'intoxication est très fréquemment polymédicamenteuse (23). Dans 20 à 30 % des cas, on note une prise d'alcool et/ou une phlébotomie associées à l'IMV (23). Le recours aux méthodes violentes s'observe plutôt chez les garçons, ce qui aboutit à un rapport de tentatives de suicide sur suicides accomplis élevé (1/15 à 1/22 selon les auteurs) (cf. plus haut) (23, 28).

Les adolescents suicidants consultent plus souvent les professionnels de santé que les non suicidants et avant tout les médecins généralistes et les infirmières scolaires (34). Dans l'étude de Xavier Pommereau et Marie Choquet réalisée à l'infirmerie scolaire (32), ils notent que 66 % des adolescents suicidants que l'infirmière scolaire oriente vers le médecin scolaire sont déjà suivis par lui (contre 44 % chez les non-suicidants) ; et que 74 % des jeunes « à risque » à qui l'on conseille de consulter un psychiatre en ont déjà l'habitude (contre 55 % dans la population non-suicidante).

En France, sur quatre jeunes qui ont des idées suicidaires, un passe à l'acte (34). Entre 11 et 19 ans, ce rapport augmente chez les garçons, alors qu'il diminue chez les filles (tableau 6). La chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte. Sur les 8 % des garçons et les 13 % des filles qui pensent souvent au suicide, 41 % ont déjà fait un passage à l'acte, alors qu'ils ne sont que 1 % dans le groupe de ceux qui n'y pensent pas (34, 40).

Tableau 5. Morbidité suicidaire (TS) parmi les 14-19 ans : comparaison 1993 et 1999.

	Garçons %	Filles %
1993	5.4	8.9
1999	5.3	12.5

Source : Choquet et Ledoux : Enquête nationale, 1994 ; ESPAD 99.

Tableau 6. Pourcentage d'adolescents rapportant des conduites suicidaires en France.

	GARCONS				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 TS	6	5	4	5 (ns)	4	8	9	12 (p<0.001)
Rapport idées suicidaires/TS	2.7	3.4	5.5	5.0	4.0	3.6	3.7	3.0

Source : Choquet, Ledoux ; 1994 (34).

Le problème majeur posé par les conduites suicidaires, comme déjà cité plus haut, est le risque potentiel de récurrence. Il est de 10 à 40 % selon le recul et les auteurs (9, 30, 33, 34, 35, 38, 39, 41, 42). Il est très important dans les douze mois qui suivent l'acte suicidaire de référence (de l'ordre de 50 à 66 % des cas) (9), et ce d'autant plus que le suicidant est jeune (22). Il est maximal dans les 6 premiers mois (9, 43, 44). Dans l'étude de M. Choquet et V. Granboulan sur les jeunes suicidants à l'hôpital (27), 14 % récidivent dans les trois mois suivant l'hospitalisation prise comme référence. Le risque physique pris et la morbi-mortalité augmentent avec les répétitions (9, 22). Dans l'étude princeps d'Otto (45), réalisée en Suède en 1972 sur 1 547 patients de moins de 21 ans admis pour tentative de suicide dans le pays, il retrouvait un taux de mortalité à 10 ans de 5.4 %, bien supérieur à celui du groupe témoin. Le taux de suicide de son échantillon était de 4.3 %, soit 10 % de garçons et 2.9 % de filles. Dans l'étude où Kotila et Lönnqvist ont suivi une cohorte d'adolescents suicidants sur 5 ans (46), 1 % des primo-suicidants et 4 % des récidivistes se sont suicidés. Le taux annuel de décès par mort violente ou suicide était multiplié par 20 par rapport à une population de non-suicidants du même âge (46). Les principales études portant sur les taux de récurrence et de mortalité sont rappelées dans notre partie « revue de la littérature ».

D'autre part, la TS est un symptôme inaugural ou évolutif de troubles mentaux avérés chez son auteur dans deux à trois cas sur dix (23).

Malgré ces faits inquiétants, rappelant qu'une tentative de suicide chez un jeune n'est jamais une conduite anodine ou le fait d'une simple « crise d'adolescence », le taux d'hospitalisation des suicidants est très faible. Gasquet et Choquet ont montré qu'en 1993 en France, seulement un jeune suicidant sur quatre est hospitalisé, 83 % sont alors admis en urgence, 17 % quittent l'hôpital dans les 12 heures (47). En Europe, la situation à cette époque est similaire puisque seulement 18 % des TS sont adressées à l'hôpital (en moyenne et pour tous âges confondus), 7 % sont traitées en ambulatoire et 75 % ne font l'objet d'aucun traitement (48). Pourtant les experts recommandent l'hospitalisation systématique (9, 49, 50). Ces dernières années, cependant, l'évolution est plutôt positive. L'hospitalisation après admission aux urgences des jeunes suicidants est de plus en plus souvent la règle, avec une durée moyenne de séjour hospitalier de 4.6 jours contre 24 heures en 1993 (51).

III/ Présentation des enquêtes publiées sur le devenir des adolescents suicidants

Les études sur le devenir des adolescents suicidants sont peu nombreuses et portent principalement sur les taux de récurrence, le taux de mortalité ainsi que sur les facteurs favorisant les récurrences. Les études sur le devenir psychosocial à long terme des adolescents suicidants sont encore plus rares et les résultats sont très hétérogènes.

1) Etudes portant sur les taux et les facteurs de récurrence et de mortalité

Les différentes études citées le sont par ordre chronologique, des plus anciennes aux plus récentes.

L'étude de *Barter et coll.* (52), aux USA, avait pour but d'étudier les récurrences en fonction des variables sociales et familiales. 45 patients de moins de 21 ans sur les 63 hospitalisés en psychiatrie pour tentative de suicide dans les années 1962 à 1965 ont été retrouvés.

Le sex ratio est de 4. L'IMV représente 62.2 % des moyens utilisés pour la TS. 69 % des patients sont des récidivistes. Les auteurs notent un décès, une séparation ou un divorce des parents dans 40 % des cas.

Dans une période allant **de 4 mois à 3 ans et demi** après la tentative, 42 % des sujets ont récidivé. Parmi les sujets récidivants, 58 % ne vivent plus avec leur famille contre seulement 16 % dans l'autre groupe. Ils vivent seuls, en foyer ou en institution psychiatrique. Ils sont 63 % du groupe des récidivistes à avoir un couple parental dissocié par la mort ou la séparation contre 38 % chez les non-récidivistes. Ces différences sont significatives.

Garfinkel et coll. (53) au Canada ont étudié un groupe de 505 patients âgés de 6 à 21 ans, admis à l'unité d'urgence d'un hôpital pédiatrique entre 1970 et 1977, pour tentative de suicide. Le sex ratio est de 3 filles pour 1 garçon.

Ils ont comparé le groupe des suicidants avec un groupe contrôle apparié par sexe et âge admis à la même période et dans le même hôpital pour des raisons médicales ou psychiatriques autres qu'une tentative de suicide.

Le suivi, allant de **1 à 9 ans** après la tentative, a permis de mettre en évidence une mortalité de 8 personnes dans le groupe des suicidants soit 1.6 %. La moitié est décédée par suicide (4 pendaisons), l'autre moitié d'autres causes de mort violente (3 accidents de la circulation et 1 overdose). Dans le même temps, il n'y a eu que 5 décès dans le groupe contrôle (2 maladies cardiaques, 2 leucémies et 1 cancer malin). Cette étude montre que parmi les adolescents hospitalisés dans les services de médecine, pédiatrie ou d'urgence, les suicidants ont le plus haut risque de décès par suicide ou par mort violente.

Kotila et Lönnqvist en Finlande (43) ont étudié les facteurs de risque de suicide ou de mort violente parmi une population de 362 adolescents âgés de 15 à 19 ans, ayant commis une tentative de suicide à Helsinki, sur la période allant de 1973 à 1982, soit avec un **recul de 9 ans au maximum**.

A la fin de l'étude, en 1982, 8.7 % des 115 garçons et 1.2 % des 247 filles étaient morts. 8 d'entre eux, soit 2.2 %, avaient commis un suicide, les autres sont tous décédés de morts violentes (homicide, overdose, noyade, accident de la voie publique). Ce chiffre représente 20 fois la mortalité par suicide et mort violente en Finlande de la même tranche d'âge pendant la période.

En comparant les deux populations décédée et survivante, Kotila et Lönnqvist ont remarqué que le diagnostic de psychose avait été plus souvent porté dans le groupe des décédés lors de la tentative et que l'intention suicidaire avait été jugée plus sérieuse. Par contre, ils ne notaient pas de différence entre les deux groupes concernant les conséquences somatiques qu'avait eu la tentative. Ainsi, la gravité somatique d'une tentative de suicide à cet âge n'est pas corrélée au risque de récurrence et de décès ultérieur (41).

Dans une autre publication concernant la même étude, ils ont comparé le groupe des récidivistes et des non-récidivistes (46). Sur les 406 tentatives de suicides réalisées par ces jeunes, 180 étaient des récurrences, les 226 autres étaient accomplies par des primo-suicidants. Les auteurs ont montré que les récidivistes venaient plus souvent de milieux sociaux défavorisés avec des familles moins bien intégrées, qu'ils avaient plus souvent des problèmes d'adaptation typiques de certains désordres de la personnalité et qu'ils avaient déjà eu des traitements à visée psychiatrique dans le passé. Par contre, ils ne retrouvaient pas plus de patients psychotiques dans le groupe des récidivistes que dans celui des primo-suicidants.

A la fin de l'étude, 1 % des jeunes pour qui la TS était le premier geste suicidaire, et 4 % de ceux pour qui il s'agissait d'une récurrence, sont morts par suicide. Les récidivistes sont donc plus à risque de mort par suicide que les primo-suicidants.

L'étude de *Goldacre et Hawton* (54) en Angleterre a porté sur un groupe de 2 492 adolescents (641 garçons et 1 851 filles, soit un sex ratio de 2,8) âgés de 12 à 20 ans ayant fait une intoxication médicamenteuse volontaire, admis dans tous les hôpitaux de la région d'Oxford sur la période de 1974 à 1977 inclus. Les récurrences et la mortalité ont été étudiées entre 1974 et 1978 correspondant à un **recul de 1 à 4 ans** (3.8 ans en moyenne).

Pendant la durée totale de l'étude, 237 patients ont récidivé, soit 9,5 % de la population, avec un taux total de récurrence de 594. La récurrence avait lieu dans l'année qui suivait la première admission pour 157 patients (6,3 %). Parmi les récidivistes on comptait 11,5 % de garçons et 8,8 % de filles.

10 patients sont morts pendant l'étude (6 filles, 4 garçons) et parmi ces 10 morts, 6 résultaient probablement de suicides (4 garçons âgés de 19 et 20 ans et 2 filles de 18 ans). La mortalité par suicide dans cette étude pour la tranche d'âge des 16-20 ans est alors de 0.7 % pour les garçons et de 0.1 % pour les filles, ce qui est très largement supérieur à la mortalité par suicide dans la population générale pour cette tranche d'âge.

Le but de *Hawton et coll.* (55), dans leur étude de 1985, était de déterminer les facteurs prédictifs du suicide parmi une population d'adolescents et d'adultes jeunes (15-24 ans), hospitalisée entre 1968 et 1985 pour IMV ou automutilation.

Ils ont comparé le groupe des 62 morts (41 suicidés de façon certaine et 21 de façon probable) avec les 124 patients toujours en vie en 1985, soit **17 ans après**. Les deux facteurs significativement associés au suicide parmi cette population étaient l'abus de substances psychoactives (alcool et drogues) et des antécédents de traitements psychiatriques en milieu hospitalier.

Les auteurs concluent que, si, chez les jeunes suicidants, l'abus de drogues et d'alcool est corrélé au risque de suicide, la prévention doit passer par une mise en réseau des différentes structures accueillant les adolescents en difficultés (hôpitaux généraux accueillant les

suicidants et structures accueillant les jeunes toxicomanes et/ou alcooliques) et par des mesures de prévention des dépendances chez les jeunes.

Dans l'étude française de *Foussard et coll.* (56), réalisée au CHU de Grenoble entre 1986 et 1992, portant sur une population de 134 enfants et adolescents hospitalisés dans le service de Psychologie Médicale Infantile suite à un geste suicidaire, les auteurs ont mis en évidence un taux de récurrence de 12.3 % **sur les 7 années qu'a couvert l'étude**. 75 % des récidivistes ont renouvelé leur geste dans l'année qui a suivi la première TS.

Spirito et coll. (57) ont étudié, en 2003, les facteurs prédictifs de comportements suicidaires chroniques (idées et récurrences suicidaires) chez des adolescents suicidants. 58 patients dont 53 filles ont été inclus dans cette étude.

A 3 mois, 45 % des adolescents continuent à avoir des idées suicidaires, 12 % ont récidivé. Parmi les facteurs étudiés, le plus fortement corrélé aux risques de récurrence et de chronicité des idées suicidaires est le syndrome dépressif au moment de la tentative de référence.

Les 4 études qui suivent ont été réalisées sur une population adulte, il nous semble cependant intéressant de les citer :

Dans une enquête suédoise (58), réalisée sur 163 personnes ayant fait une tentative de suicide pendant la période 1975-1976, *Cullberg et coll.* ont étudié les caractéristiques des suicidés. Ils ont recueilli les informations dans les registres nationaux des causes de décès, les rapports de police, d'autopsies et les observations psychiatriques sur une **période de 8 à 10 ans**.

Ils ont recensé 6 cas certains de suicide et 4 cas très probables. Le taux de mortalité par suicide de cette population, sur la période étudiée, est donc de 3.7 % (en ne comptant que les cas certains) et de 6.1 % (en comptant les 10 morts). Ils notent un taux moyen de 3.5 tentatives de suicide avant le suicide accompli. Le principal point commun des suicidés est l'abus chronique d'alcool et de drogues (7 sur 10). Les 3 autres étaient des femmes déprimées avec des comportements suicidaires anciens.

Les auteurs concluent qu'il est très important de diagnostiquer parmi les suicidants, les abus et les pathologies chroniques. L'ensemble du groupe est constitué de personnes ayant des

problèmes sociaux sévères et de longue durée. Selon eux, une prévention efficace du suicide requiert des traitements bien planifiés, de longue durée et des programmes de réhabilitation.

Tejedor et coll (59) en Espagne ont suivi **pendant 10 ans** une cohorte de 150 patients admis en hôpital psychiatrique après une tentative de suicide.

A la fin de l'étude en décembre 1997, 12 % sont morts par suicide, 10 % de causes naturelles, 75 % sont toujours en vie, et 25 % ont récidivé. Dans cette enquête, le risque de récidiver ou de décéder par suicide est plus élevé durant les deux ans suivant l'hospitalisation index pour TS. Les antécédents personnels de TS représentent un facteur de risque de récurrence et influent sur l'espérance de vie des patients : plus le nombre de TS précédentes est important, plus le temps de survie diminue et plus le risque de récurrence augmente. Puisque le risque suicidaire varie avec le temps, les auteurs pensent qu'en intensifiant la prise en charge des patients pendant les périodes de difficultés psychologiques de leur vie, on pourrait augmenter leur espérance de vie.

Bioulac et coll. (60) se sont donnés pour but d'étudier les facteurs prédictifs du suicide à propos de 200 patients hospitalisés en psychiatrie.

Dans leur enquête prospective, réalisée **sur 8 ans**, 5 % des personnes étudiées étaient mortes par suicide. Parmi les différents facteurs réputés prédictifs évalués dans cette étude, seuls les antécédents familiaux (premier degré) de suicide et d'hospitalisation en psychiatrie, et l'impulsivité, étaient retrouvés de façon significativement plus fréquente dans le groupe des suicidés.

Suominen et coll. (61) ont étudié le risque de mortalité par suicide chez 100 personnes ayant fait une tentative de suicide par IMV, hospitalisées à Helsinki en 1963, sur une **période de 37 ans**.

Sachant que le facteur prédictif connu le plus lié au risque de suicide est le fait d'avoir un antécédent personnel de TS (62), que le risque de suicide des patients ayant déjà fait des TS est cent fois plus élevé que dans la population générale (63), et que le risque de se suicider après une TS est plus élevé dans les premiers mois et années suivant cette TS et semble décliner au cours du temps, il leur a semblé intéressant d'étudier pendant combien d'années ce

risque persiste après la TS index.

Leur population est constituée de 71 femmes âgées en moyenne de 32.7 ans (DS=13.5, âges extrêmes : 14-63 ans), et de 27 hommes âgés en moyenne de 31.4 ans (DS=10.5, âges extrêmes : 16-55 ans). Deux personnes ont été perdues de vue. Leurs données sur la mortalité de la population ont été obtenues par étude des statistiques finlandaises et les causes de mort par étude des certificats de décès.

A la fin de l'enquête, en décembre 2000, 54 personnes sont décédées soit 55 % des 98 de départ. 35 sont mortes de causes naturelles, 3 d'accidents de la voie publique, 3 de causes indéterminées, et 13 de suicides. Parmi les suicidés, ils dénombrent 6 femmes sur les 71 de départ (8 %) et 7 hommes sur les 27 (26 %). La différence de mortalité par suicide entre les deux sexes est significative ($p=0.04$ avec le test exact de Fisher). La méthode employée est une intoxication médicamenteuse dans 62 % des cas, une pendaison dans 31 % et un saut d'un lieu élevé dans 8 % des cas. Les deux-tiers des suicides (62 %) ont eu lieu au moins 15 ans après la TS de référence. Ils ont donc mis en évidence un risque de suicide persistant jusque presque 40 ans après une tentative de suicide par IMV. Ils concluent qu'un antécédent de tentative de suicide par IMV est un facteur de risque de suicide pour la vie entière.

2) Etudes portant sur le devenir à long terme des suicidants

Une des premières études sur le devenir psychosocial à long terme des suicidants, avec un grand nombre de cas et un recul important, qui en fait une étude de référence, est celle d'*Otto* (45). Elle a été réalisée sur toute la Suède et a porté sur 1 547 enfants et adolescents âgés de moins de 21 ans dont 1 226 filles et 321 garçons. Les données de base ont été recueillies entre 1955 et 1959. Otto a étudié le devenir de ces adolescents avec un **recul de 10 à 13 ans** (recueil des données en 1969) et a comparé tous ses résultats avec un groupe contrôle. Les renseignements ont été obtenus en utilisant les registres des services judiciaires, sociaux et militaires, et les différentes données officielles sur les citoyens suédois. Les sujets n'ont pas été contactés directement.

Le sex ratio est de 4. L'âge des patients inclus va de 12 à 20 ans avec un pic à 19 ans. La TS est médicamenteuse dans 86.9 % des cas. 13 % des parents sont alcooliques, 19 % ont une maladie mentale.

En 1969, la mortalité du groupe des suicidants est de 5.4 % soit 84 patients décédés dont 36 garçons et 48 filles. Parmi les 84, 67 se sont suicidés (32 hommes et 35 femmes) soit 80 % de la totalité du groupe (10 % des hommes et 2.9 % des filles). Dans le groupe contrôle la mortalité est bien moindre puisque 27 patients sont morts (5 garçons et 22 filles).

En comparant les deux groupes des survivants, Otto met en évidence de nombreuses différences concernant le devenir :

- Les suicidants se marient moins que les non-suicidants et divorcent plus (42 % d'hommes et 24 % de femmes célibataires chez les suicidants contre respectivement 30 et 18.6 % dans le groupe contrôle).
- Ils émigrent plus de Suède, ce qui peut être interprété comme un signe d'instabilité.
- Ils bénéficient plus souvent de pension d'invalidité (6.2 % des hommes et 3.4 % des filles contre 0.6 % et 1.1 % dans le groupe contrôle).
- Ils commettent plus d'actes délictueux (7.8 % de condamnations uniques chez les hommes suicidants contre 3.4 % chez les contrôles, et 30.8 % de condamnations multiples contre 5 %). Otto fait la même constatation pour les femmes avec des taux nettement inférieurs.
- Ils ont un statut économique inférieur.
- Ils présentent plus de semaines d'arrêt de travail pour maladie par an, aussi bien pour des raisons somatiques que psychiatriques.
- Les hommes suicidants sont souvent exemptés de service militaire et lorsqu'ils l'accomplissent, des pathologies psychiatriques sont plus souvent mentionnées dans les dossiers des registres de santé des services militaires que dans les dossiers du groupe contrôle.

Otto étudie ensuite les patients qui se sont suicidés et identifie des patients à risque : les garçons, les filles de 10 à 13 ans, les adolescents qui utilisent des moyens violents pour leur tentative de suicide, ceux qui n'ont pas de facteur déclenchant et ceux pour lesquels un diagnostic de psychose a été posé.

White (64) a étudié le devenir à un an de 50 patients âgés de 14 à 19 ans admis après tentative de suicide dans un hôpital général de Birmingham entre 1970 et 1971.

Le sex ratio est de 4.5 filles pour 1 garçon, toutes les tentatives de suicide sont

médicamenteuses. 18 % des patients ont des antécédents familiaux de maladie psychiatrique ou d'alcoolisme (chez les parents) et 40 % une expérience de séparation ou de divorce parental. Il a procédé par questionnaires et a obtenu 80 % de réponses.

Parmi les répondants, 12 % ont récidivé. L'appréciation du devenir psychosocial montre 56 % d'amélioration et 24 % de situations inchangées ou dégradées. Selon l'auteur, le groupe des adolescents non retrouvés constitue un groupe instable, rompant les contacts avec tous les intervenants sociaux ou médicaux, et dont la morbidité est vraisemblablement au moins égale à celle des autres adolescents de l'étude, ce qui suggère qu'au moins un quart des adolescents suicidants reste perturbé pendant un an après la tentative de suicide.

L'étude de *Nardini-Maillard et Ladame* (65) est très pessimiste également. Elle se donnait pour but d'étudier l'évolution du fonctionnement psychologique de 130 adolescents suicidants (87 filles et 43 garçons) âgés de 14 à 20 ans admis à l'hôpital général de Genève en 1969-70.

Les patients ont été recontactés **6 à 7 ans plus tard** par courrier, en 1976. 33 avaient émigré de la Suisse, 13 ne vivaient plus à Genève, 5 étaient morts par suicide et 6 étaient perdus de vue. Parmi les 73 patients qui habitaient toujours Genève, 61 avaient reçu la lettre, 13 seulement avaient pu être revus en entretien et 6 en entretien téléphonique limité.

Aucun des 13 adolescents revus en entretien n'était indemne de difficultés psychologiques.

Les principales difficultés retrouvées étaient les suivantes :

- Une incapacité à se prendre en charge et un manque d'indépendance, traduisant un échec du processus d'individuation-séparation et s'exprimant selon les cas par une hyperactivité anxieuse ou par l'établissement préférentiel de relations d'objets anaclitiques.
- Un flou ou une absence de limite du Moi, avec une incapacité à établir une relation positive avec son propre corps, des difficultés de l'identité sexuelle.
- Une incapacité à établir des relations d'objet adultes.
- Des failles narcissiques, une peur de l'abandon, contre lesquelles différents mécanismes de défenses sont mis en œuvre : mise en acte, défenses hystérophobiques, défenses narcissiques et mégalomaniaques, déni des affects.

Ladame conclut que l'échantillon est trop petit pour permettre quelque généralisation que ce soit et rappelle la difficulté de ce type d'étude qui ne se limite pas à des paramètres simples comme le taux de mortalité et de récurrence des suicidants.

Guillon et coll. (66) ont étudié le devenir de 67 adolescents âgés de 11 à 17 ans, avec un pic à 13-14 ans, hospitalisés pour TS dans un service de pédiatrie générale à la Réunion de 1977 à 1981.

Le sex ratio est de 2.3. La TS est médicamenteuse dans 88 % des cas. L'étude de la structure familiale montre 20 % de parents séparés ou divorcés, 10 % de parents décédés, un antécédent familial de TS chez 14 % des patients et un état dépressif des parents dans 21 % des cas.

Aucun décès n'est survenu pendant la durée de l'étude. Sur 57 adolescents, 12 ont récidivé leur geste (soit 21 %), 4 ont fait 3 tentatives de suicide ou plus. Le délai entre la première tentative et la récurrence a été inférieur à trois mois dans 50 % des cas, inférieur à un an dans trois-quarts des cas.

49 parents ont été recontactés par lettre avec un **recul de 1 à 5 ans**, leur demandant l'évolution sur le plan scolaire ou professionnel de leur enfant, la participation aux relations humaines (familiales ou extra-familiales), l'existence de soins ultérieurs. Seulement 15 personnes ont répondu ce qui n'a permis aux auteurs aucune conclusion statistiquement significative. Les résultats scolaires à moyen terme étaient variables. 3 des adolescents suivaient des études supérieures, 2 avaient arrêté leur scolarité et avaient trouvé un emploi non qualifié, 8 avaient de meilleurs résultats qu'au moment de l'hospitalisation. Les relations entre parents et enfants étaient jugées bonnes ou améliorées pour 9 adolescents, mauvaises pour 3 d'entre eux. En fait, pour les auteurs, les relations semblent peu modifiées, les parents se contentent souvent de maigres contacts et rationalisent le comportement de leur enfant ramené à un conflit de génération. Les relations avec des pairs sont diversement appréciées puisque 3 adolescents présenteraient un repli sur soi inquiétant, d'autres auraient des activités variées et nombreuses, la persistance de troubles psychoaffectifs serait signalée explicitement dans 8 réponses.

Les auteurs concluent à une adaptation sociale et professionnelle à moyen terme et des relations intra-familiales globalement satisfaisantes aux yeux des parents mais ils leur semblent que le développement psychoaffectif est durablement perturbé pour la majorité des

adolescents dont ils ont obtenu des résultats.

En étudiant le suivi psychologique des adolescents, Guillon et coll. ont observé que la première consultation était significativement plus souvent manquée si elle était prévue avec un psychiatre plutôt qu'avec un pédiatre ou si le premier rendez-vous avait été fixé plus de 15 jours après la sortie de l'hôpital.

L'étude de *Cummins et coll.* (67) en Afrique du Sud a porté sur 81 adolescents âgés de 10 à 15 ans, examinés dans le service de psychiatrie spécialisée de Johannesburg en Afrique du Sud entre 1977 et 1982.

Le sex ratio est de deux filles pour un garçon. Le pic d'âge se situe à 12-13 ans. 79 % des tentatives sont médicamenteuses. Les auteurs notent une perturbation familiale dans 89 % des cas. Il s'agit majoritairement de divorce chez les parents. Dans 32 % des cas, ils notent une maladie psychiatrique dans la famille.

Cummins a étudié leur devenir avec un **recul de 1 à 6 ans** à l'aide d'un questionnaire explorant les récurrences, le suivi de la prise en charge, les changements familiaux et le devenir psychosocial. 42 % des familles ont répondu. Les récidivistes représentent 27 %. L'étude révèle que dans 48 % des cas, un changement important est survenu dans la structure familiale depuis la tentative de suicide. Deux-tiers des adolescents vont bien selon leur famille, et 10 % vont mal.

Angle et coll. (68) en 1983 ont mis en évidence une adaptation sociale relativement bonne chez des adolescents **9 ans après** leur tentative de suicide. Leur étude portait sur 47 patients âgés de 12 à 18 ans, hospitalisés dans un service de psychiatrie à la suite d'une IMV.

Ils ont pu recontacter 15 personnes par téléphone à 9 ans. Ils n'ont eu connaissance d'aucun mort. Le taux de récurrences pour les 15 sujets recontactés (14 filles et 1 garçon), était de 47 %, avec un pic de fréquence aux alentours de 14-15 ans. Tous considéraient aller mieux qu'au moment de l'hospitalisation de référence, leurs vies leur semblaient plus satisfaisantes et ils notaient tous une amélioration notable dans leur relation avec les autres. 80 % avaient terminé leurs études au lycée et 93 % avaient un emploi stable. Les auteurs soulignaient toutefois que 50 % d'entre eux avaient encore des affects dépressifs et 1 sur les 15 avait encore des idées

suicidaires.

Kerfoot et McHugh (69) sont moins optimistes. Dans leur étude publiée en 1992, portant sur un groupe de 100 enfants et adolescents âgés de moins de 16 ans, hospitalisés pour IMV, la moitié de l'effectif recontacté à 1 an (90 personnes sur 100) dit aller mieux, alors que l'autre moitié présente toujours des difficultés psychologiques. 10 % ont récidivé.

A 7 ans de recul environ, 41 ont pu être recontactés. 20 % ont alors récidivé. La majorité de ces récurrences ont eu lieu dans l'année suivant la tentative de référence.

Concernant le devenir psychosocial, 25 % des anciens suicidants n'ont pas de problème particulier, 25 % ont des problèmes psychosociaux significatifs, les autres 50 % se situent entre les deux extrêmes. Ils observent notamment une consommation d'alcool plus importante chez les anciens suicidants et des contacts plus fréquents avec le système judiciaire. Par contre le taux de chômage n'est pas plus important parmi les anciens suicidants que dans la population générale, et les relations avec les pairs ne se différencient pas de façon significative entre les deux groupes.

Vange (70) obtient des résultats superposables avec le **même recul**.

Un tiers des anciens suicidants de son étude ne présente pas de difficulté psychologique alors qu'un quart connaît des problèmes psychosociaux à long terme.

Parmi les études françaises, une des premières est celle de *Granboulan et coll.* (71). Elle a porté sur 265 adolescents âgés de 12 à 22 ans, hospitalisés entre 1971 et 1980 dans le service spécialisé de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Salpêtrière à Paris.

Avec un **recul de 11 ans et demi en moyenne**, des renseignements sur le devenir ont pu être obtenus pour 47.9 % des adolescents soit 127 au total, à l'aide d'auto-questionnaires. Parmi eux, 15 sont morts. 5 se sont suicidés (4 garçons, 1 fille), 9 sont décédés de morts violentes, 1 de mort naturelle. Le taux de mortalité dans cette étude est de 11 %. 42.6 % ont récidivé pendant la durée de l'étude. Parmi les 112 patients retrouvés, vivants, plus de la moitié n'ont pas pu établir une relation affective stable, ni de bonnes relations sociales ; un tiers seulement a rétabli de bonnes relations avec sa famille ; un quart est incapable de travailler. Ces résultats sont peu étonnants car 31 % présentent une maladie psychiatrique certaine (symptômes

psychotiques, symptômes névrotiques, éléments dépressifs, éléments psychopathiques et caractériels, conduites addictives, éléments pervers) dont seulement 1 sur 5 est normalisé, c'est à dire sans symptôme, à l'âge adulte. Parmi ceux qui souffrent toujours de symptômes, moins de la moitié est en traitement. Enfin, seulement un tiers a un bon pronostic.

Granboulan conclut donc qu'environ 20 % de l'échantillon retrouvé paraît normalisé à 11 ans de distance, un tiers a une très mauvaise évolution et présente une pathologie psychiatrique chronique souvent à la charge de la société, et le dernier groupe est dans une situation intermédiaire avec une problématique adolescente qui perdure à l'âge adulte et retentit sur les relations familiales et affectives ainsi que sur l'insertion socioprofessionnelle (41).

Laurent et coll. (72) ont étudié le devenir social, médical et psychologique de 587 enfants et adolescents (428 filles et 159 garçons) hospitalisés de 1982 à 1992 à la suite d'une tentative de suicide dans les services de pédiatrie, pédopsychiatrie et toxicologie clinique du CHU de Grenoble. L'âge moyen de la population était de 15 ± 1.9 années (extrêmes : 8-17 ans), avec 30 enfants âgés de moins de 12 ans. Les résultats étaient comparés à ceux d'un groupe contrôle constitué de 293 patients hospitalisés à la même période pour un motif non psychiatrique, soit aux urgences pédiatriques, soit en pédiatrie générale, soit en stomatologie. Ils ont procédé par questionnaires envoyés aux patients, à leurs parents et à leur médecin traitant. Le **recul moyen** de l'étude était de **5 ans**.

Sur les 587 anciens suicidants et 293 témoins, 393 et 231 ont pu être recontactés respectivement. Le nombre de réponses des patients et/ou de leurs parents a été de 168 sur 393, soit un taux de réponse de 43 %, et pour les sujets contrôles de 125 sur 231, soit un taux de 54 %. Les médecins généralistes ont pu donner des informations pour 72 % des suicidants et pour 54 % des témoins. Au total, une information complète ou partielle a pu être obtenue pour 231 des 587 suicidants (39 %) et pour 143 des 293 sujets contrôles (49 %).

A la fin de l'étude, 10 suicidants (6 filles et 4 garçons) et 2 contrôles sont décédés. Les taux de mortalité sont donc respectivement de 2 % et de 0.9 %. Parmi les 6 filles décédées, 3 sont mortes par suicide, une a été agressée et la cause du décès des 2 autres était inconnue. Pour les garçons, 2 se sont suicidés et 2 sont morts de cause indéterminée. Dans le groupe contrôle, les 2 personnes sont décédées de causes organiques. Le taux annuel de mortalité des anciens suicidants est 7 fois plus élevé que dans la population générale. Le taux de récurrence suicidaire

est de 34 % (96 personnes sur 282). La récurrence a eu lieu dans les six mois suivant l'hospitalisation de référence dans 34 % des cas.

Concernant l'étude des questionnaires sur le devenir psychosocial, une différence significative a été mise en évidence entre les deux groupes concernant la scolarité (niveau plus faible dans le groupe des suicidants), la fréquence de leur consommation d'alcool, celle des hospitalisations en psychiatrie et des contacts avec la justice, plus élevés que celles du groupe contrôle. En revanche la socialisation, le bien-être psychologique, la consommation de psychotropes, les arrêts de travail pour maladie, les pensions d'invalidité, le statut familial, le fait d'avoir ou non des enfants et le statut professionnel ne différencient pas les deux groupes étudiés, constatations plutôt rassurantes.

Marie Choquet et Virginie Granboulan ont réalisé une enquête longitudinale sur les jeunes suicidants à l'hôpital (27). Neuf centres hospitaliers français ont été sollicités pour participer à cette étude. Un questionnaire médical a été rempli par le médecin pour chaque jeune de 12 à 24 ans hospitalisé pour tentative de suicide, et un auto-questionnaire a été remis au jeune et/ou à ses parents, à remplir sur place. Ceux d'entre eux qui ont accepté de participer à l'enquête ont reçu les questionnaires de **suivi à 3 mois et à 12 mois** après l'hospitalisation. L'étude a été réalisée de janvier à décembre 1997 pour le recueil des données initiales et 3 à 12 mois après pour le recueil des données de suivi.

Sur les 769 adolescents hospitalisés, le taux de remplissage du premier questionnaire (donné le jour précédent la sortie) a été de 97 % pour les médecins, 76 % pour les jeunes et 49 % pour les parents. Parmi les adolescents qui ont rempli le questionnaire, 87 % ont accepté d'être suivis. A trois mois après la sortie, 57 % des jeunes qui avaient accepté le suivi ont répondu et 47 % des parents. A un an, 36 % des jeunes ont accepté de répondre. Parmi eux, 12 % n'avaient pas répondu au questionnaire à trois mois. Au total, 158 jeunes sur les 769 de départ ont répondu aux trois questionnaires soit 20.5 %. Sur l'ensemble des questionnaires adressés aux parents, 33 % ont répondu.

Dans l'étude du devenir de ces adolescents, Virginie Granboulan et Marie Choquet ont d'abord étudié le suivi psychologique. Trois mois après la sortie, 51 % des jeunes ne sont allés qu'à une consultation psychologique ambulatoire ou n'y sont jamais allés, 20 % ont été suivis mais ont raté des rendez-vous et 28 % sont allés à tous les rendez-vous prévus. Ainsi, la

moitié des adolescents enquêtés n'a pas eu de prise en charge psychologique après le geste. Parmi ceux qui ont bénéficié d'une prise en charge, 42 % ont été suivis de façon irrégulière. On peut donc conclure à une rupture de la prise en charge dans 71 % des cas. A un an, les taux de suivi sont pratiquement les mêmes : 44 % sont suivis à un an même irrégulièrement contre 49 % à trois mois.

En ce qui concerne l'étude de la scolarité, les auteurs notent un abandon non négligeable des études avec un taux de scolarisation qui passe de 81 % à 63 % un an après. Le taux d'activité professionnelle et le chômage double en un an (le taux de salariés passe de 7 à 15 % en un an et le taux de chômage de 7 à 16 %). Ainsi la moitié des suicidants qui quittent l'école deviennent chômeurs.

L'état de santé s'améliorerait au cours du temps. Les adolescents expriment moins de plaintes somatiques et de sommeil à un an qu'au moment de l'hospitalisation. Le score de dépression diminue aussi très nettement avec le temps (de 38 %) même si près d'un jeune suicidant sur deux reste cliniquement déprimé.

L'étude de la consommation de substances psychoactives révèle une augmentation de leur consommation quotidienne dans l'année qui suit la TS quelle que soit la substance en question. La consommation régulière d'alcool passe de 7 à 16 %, la consommation quotidienne de tabac de 55 à 66 %, la consommation régulière de cannabis de 13 à 15 %. Seule l'expérimentation d'autres drogues illicites reste stable. Au total, à un an, 72 % des suicidants sont des consommateurs réguliers d'au moins une des substances et 37 % sont polyconsommateurs.

A propos des récurrences suicidaires, le taux est de 21 % à 12 mois (un jeune sur cinq a refait une TS dans l'année qui a suivi la première tentative). Le risque de récurrence est un peu plus élevé chez les adolescents qui étaient déjà récidivistes lors de la première tentative et il est très élevé dans les trois mois qui suivent l'hospitalisation (67 % des récidivistes ont renouvelé leur geste dans les trois mois). Ce fait avait déjà été constaté par plusieurs auteurs (Guillon et al. 1987 (66) ; Goldston et al. 1996 (73) ; Schmidke et al. 1996 (31) ; Tejedor et al. 1999 (59) ; Batt et al. 1998 (74)).

Nous faisons une synthèse de ces différentes études dans notre partie « comparaison de nos

résultats avec les données de la littérature ».

**DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DE L'ETUDE ET
DES RESULTATS**

I/Présentation de l'étude

1) Buts de l'étude

Nous nous sommes donnés pour but d'étudier le devenir à 10 ans des adolescents suivis à l'hôpital d'enfants du C.H.U de Nancy pour tentative de suicide.

Les objectifs de cette étude sont :

- Connaître le devenir à long terme des adolescents hospitalisés pour TS à l'hôpital d'enfants. L'évaluation à court terme (à un an) est réalisée de façon systématique par l'assistante sociale du service qui recontacte par téléphone toutes les familles de suicidants.
- Confronter leur devenir avec celui des jeunes inclus dans d'autres études du même type, permettant ainsi une auto-évaluation de nos pratiques dans ce domaine.
- Mettre en évidence des critères de gravité et des groupes à risque pour lesquels une prise en charge spécifique et adéquate pourrait être souhaitable.

Tout ceci dans un but d'améliorer la prise en charge des suicidants à l'hôpital d'enfants de Nancy.

2) Méthodologie

L'enquête prolective a débuté en juin et a été conduite jusqu'en décembre 2004. Elle porte sur la population des 65 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide à l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy de début janvier à fin décembre 1994. Elle s'intéresse à leur devenir psychosocial **10 ans après** leur hospitalisation.

2.1) Définition et modalités de prise en charge.

La définition de la tentative de suicide retenue à l'hôpital d'enfants de Nancy peut être résumée comme « tout acte résultant d'un désir délibéré d'auto-destruction, que le désir de mourir soit important, ambivalent ou même très vague » (72).

Dans les recommandations de prise en charge des TS à l'hôpital d'enfants de Nancy en 1994, il est écrit que tout enfant et/ou adolescent ayant commis un acte suicidaire doit être hospitalisé, quelle que soit la gravité somatique. En cas de refus des parents, le médecin doit leur faire signer une sortie contre avis médical. En cas de refus et de danger de récurrence, le médecin doit demander une Ordonnance de Placement Provisoire.

Selon ces critères, 65 patients ont été inclus dans notre étude.

2.2) Description de la lettre et du questionnaire

Deux questionnaires similaires ont été envoyés, l'un au patient, l'autre à ses parents. Ils ont été placés dans la même enveloppe, adressée aux parents, accompagnés de deux lettres explicatives, une pour le patient et une pour ses parents, et de deux enveloppes timbrées pour le retour du courrier. Nous avons choisi de procéder ainsi pour optimiser les chances de retrouver ces adolescents. D'une part parce que les adresses dans les dossiers médicaux en 1994 sont celles des parents, et d'autre part, parce que la grande majorité de nos patients sont des filles. Dix ans après, beaucoup risquaient d'être mariées et de porter un autre nom.

La **lettre** fait directement allusion à l'hospitalisation pour tentative de suicide. Elle explique l'importance pour les médecins d'étudier 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 demandons aux 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. Nous leur proposons également de les rencontrer et/ou de rencontrer leur enfant pour aborder ces questions lors d'un entretien. Deux numéros de téléphone sont mis à leur disposition pour tout renseignement complémentaire. Nous leur précisons que nous nous permettrons de les joindre par téléphone s'ils ne donnent pas suite à notre courrier dans les trois semaines suivant l'envoi du questionnaire.

Le **questionnaire** comprend 38 questions : 22 questions fermées ; 11 questions ouvertes mais nécessitant une réponse quantitative ou objective comme l'activité professionnelle ou la nature d'éventuels problèmes de santé ; et 5 échelles d'évaluation de la satisfaction dans différents domaines sur lesquelles les personnes interrogées doivent mettre une croix entre 0 et 10.

Les questions sont regroupées en 3 grandes parties :

- La première partie concerne 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 », leur nombre par une question ouverte ;
- * le lieu de vie des enfants par les items « avec vous » ou « autre » ;
- * le lieu de vie du patient par les items « avec vos parents », « seul », « en couple » ou « autre ».
- * La dernière question se rapporte à la satisfaction dans la vie affective. La personne interrogée doit mettre une croix sur une échelle d'auto-évaluation allant de 0 à 10, 0 correspondant à « malheureux » dans sa vie affective, 5 à « moyennement heureux » et 10 à « très heureux ».

- La deuxième partie concerne le statut professionnel et la scolarité :

- * Avoir une activité professionnelle, avoir connu des échecs professionnels et avoir redoublé des classes pendant la scolarité sont évalués par questions fermées « oui/non » ;
- * l'activité professionnelle, le niveau d'étude et le nombre de classes redoublées par des questions ouvertes ;
- * la satisfaction dans leur vie professionnelle par une échelle d'auto-évaluation ; 0 correspondant à « pas satisfait du tout », 5 « moyennement satisfait » et 10 « très satisfait ».
- * Pour le niveau d'étude, nous avons décidé de regrouper les réponses en 4 items : niveau inférieur au Certificat d'Aptitude Professionnelle (CAP), niveau équivalent au CAP, niveau équivalent au Brevet d'Etude Professionnelle (BEP) et niveau supérieur au BEP.

- La troisième partie concerne la santé somatique et psychologique :

Nous avons évalué par questions fermées « oui/non » le fait :

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

- * d'être encore suivi sur le plan psychologique,
- * d'avoir consulté en milieu psychiatrique (psychiatre de ville, Centre Médico-Psychologique (CMP), urgences psychiatriques...) dans les 10 dernières années,
- * d'avoir été hospitalisé d'autres fois pour un problème psychologique depuis les dix dernières années,
- * d'être déprimé,
- * d'être souvent en arrêt maladie,
- * de bénéficier d'une allocation pour adulte handicapé,
- * d'avoir eu à faire à la justice.

Nous avons évalué par questions ouvertes :

- * le type de problème de santé,
- * les médicaments consommés tous les jours,
- * le nombre de cigarettes fumées par jour,
- * le nombre de récurrences de tentative de suicide,
- * la durée du suivi psychologique après l'hospitalisation,
- * le nombre d'hospitalisations pour problème psychologique.

Pour le nombre de cigarettes fumées par jour, nous avons décidé de regrouper les réponses en deux items : « moins de 10 » et « plus de 10 », pour une facilité d'interprétation et une meilleure clarté des résultats.

Les récurrences et les hospitalisations ont été évaluées en nombre de 1 à 10. Lorsqu'elles sont supérieures ou égales à 10, nous avons retenu « 10 » comme limite supérieure de réponse.

* L'estimation de leur santé globale est appréciée par une échelle d'auto-évaluation allant de 0 « mauvaise », 5 « moyenne », à 10 « très bonne » ; et leur bien-être psychologique à l'aide du même type d'échelle allant de 0 « très malheureux », 5 « moyennement heureux », à 10 « très heureux ».

* Le questionnaire finit par une échelle de satisfaction de la prise en charge à l'hôpital d'enfants en 1994 allant de 0 « pas satisfait du tout », 5 « moyennement satisfait », à 10 « très satisfait ».

Pour les récurrences de tentative de suicide et les hospitalisations postérieures à celle de 1994, nous nous sommes aperçus que les réponses des suicidants diffèrent parfois des données trouvées dans les dossiers médicaux des différents hôpitaux de Nancy. Nous avons décidé de retenir en priorité les informations contenues dans les dossiers, et le cas échéant, nous avons utilisé les questionnaires des patients. Nous avons décidé de procéder ainsi par souci d'objectivité. Cette méthodologie sera discutée dans la troisième partie de notre travail.

2.3) Terminologie

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

- **La « tentative de suicide de référence »** ou **la « tentative de suicide index »** est la première de l'année 1994 qui a donné suite à une hospitalisation à l'hôpital d'enfants de Nancy.
- **Récidives à trois mois** : il s'agit de toutes les récidives connues ayant eu lieu entre la tentative de suicide prise comme référence et les trois mois qui l'ont suivie.
- **Récidives à un an ou entre trois mois et un an** : il s'agit de toutes les récidives suicidaires connues ayant eu lieu entre trois mois et un an après le geste pris comme référence.
- **Récidives précoces** : il s'agit des récidives à trois mois et entre trois mois et un an.
- **Récidives à dix ans, ou dans les dix ans, ou entre un et dix ans** : il s'agit de toutes les récidives connues ayant eu lieu entre la première année après la TS de référence et la fin de l'étude.
- **Nombre total de récidives** : il s'agit de toutes les récidives connues ayant eu lieu après la TS de référence, soit la somme des récidives à trois mois, entre trois mois et un an et entre un an et dix ans.
- **Antécédents personnels de tentatives de suicide** : il s'agit des TS réalisées avant celle de référence, mentionnées dans les dossiers médicaux.
- **Nombre total de tentatives de suicide** : nous avons relevé le nombre total de TS que nous connaissions pour les 65 patients, en comptant le nombre de TS précédant celle de référence et le nombre total de récidives.
- **Nombre d'hospitalisations pour problème psychologique** : nous avons relevé le nombre total d'hospitalisations que nous connaissions par personne (hospitalisation de référence + hospitalisations antérieures et postérieures à la référence).
- Lorsque nous parlons de « **l'hospitalisation de référence** » ou « **hospitalisation index** », il s'agit de l'hospitalisation ayant fait suite à la TS de référence, en 1994.

II/ Déroulement de l'étude

Pour l'envoi des questionnaires, notre travail a essentiellement consisté à rechercher des coordonnées récentes des patients et/ou de leurs parents.

Pour cela nous avons commencé par interroger le logiciel « **MAPPER** » du Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) qui regroupe tous les patients hospitalisés dans cet établissement depuis 2001.

Cette voie nous a permis de retrouver 2 adresses très récentes de patientes hospitalisées au début de l'année 2004 au CPN. Ces 2 personnes ont accepté de répondre à notre enquête. Pour l'une d'entre elles, nous avons reçu 2 réponses (la sienne et celle de ses parents), l'autre a été vue en entretien lors de son hospitalisation. Le questionnaire n'a donc pas été soumis à ses parents.

2 autres adresses, moins récentes, ont pu être retrouvées mais n'ont pas permis d'obtenir de réponse. Une famille, dont les deux filles avaient fait une tentative de suicide en 1994, n'habitait plus à l'adresse indiquée. L'autre famille n'a pas répondu.

Nous avons ensuite interrogé l'**annuaire téléphonique** de la région par internet. L'évocation de ce sujet étant délicate et afin de s'assurer qu'il s'agissait bien des personnes concernées, nous avons préféré les joindre par téléphone avant l'envoi du questionnaire.

26 adresses récentes ont pu être retrouvées. Parmi les patients concernés :

* 19 ont accepté de répondre :

Nous avons reçu 6 questionnaires remplis par les patients, dont 2 ont été vus en entretien ; 1 questionnaire complété par le père d'une suicidante ; et 12 questionnaires remplis à la fois par les parents et les enfants.

Une mère nous a joint à sa réponse une lettre expliquant son désarroi face à l'état psychologique de son fils. Nous l'avons rencontrée lors d'un entretien.

* 4 parents ont exprimé leur refus de reparler de cette période à leur enfant et de nous communiquer leurs coordonnées.

* Une mère nous a confié qu'elle ne voyait plus sa fille depuis de nombreuses années. Elle a tout de même accepté de recevoir le questionnaire et de nous expliquer sur papier libre l'objet de cette rupture. Nous n'avons jamais rien reçu de sa part.

* Un questionnaire a été envoyé à une patiente, bien qu'elle n'ait pu être contactée par téléphone. Nous avons joint à la lettre une note d'excuse au cas où il y aurait erreur d'identité. Cette adresse s'est révélée être fausse.

* Le frère d'une suicidante a accepté de nous donner les coordonnées de sa sœur ne vivant plus en France métropolitaine depuis plusieurs années. N'ayant plus de ses nouvelles, il se trouvait dans l'incapacité de remplir un questionnaire la concernant. La jeune fille n'a pas donné suite à notre courrier.

* Les parents d'une des patientes nous ont appris le décès par suicide de leur fille, deux ans après l'hospitalisation de référence. Ils ont été touchés par notre souci de connaître le devenir de nos patients. Après avoir partiellement réussi à faire le deuil de leur fille, ils ressentaient le besoin depuis un an ou deux d'en parler. Nous les avons reçus en entretien.

Nous avons également croisé la liste des suicidants avec celle des patients hospitalisés à l'**Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques (UAUP)** de 1994 à 2004, avec le soutien de l'équipe du Département d'Informatique Médicale (DIM) et l'aimable autorisation du Dr Pichené.

11 patients étaient concernés. Parmi eux :

* Un a pu être contacté par courrier et a accepté de répondre. Il vit actuellement en foyer d'hébergement. Le questionnaire « parent » a été rempli par son éducateur.

* 8 avaient déjà été retrouvés par une autre voie ;

* 2 avaient déménagé depuis et ont été considérés comme perdus de vue.

Pour les jeunes filles placées en foyer socio-éducatif au moment de l'hospitalisation, nous avons pu avoir accès aux **dossiers du juge des enfants du tribunal de Nancy**.

Les adresses des parents de 6 adolescentes ont ainsi été retrouvées :

* 3 ont accepté de nous répondre (une mère, une patiente, et un couple mère/suicidante).

* Le père d'une jeune fille, joint par téléphone, a refusé de participer à l'étude. Il n'avait plus de contact avec sa fille depuis plusieurs années et nous a confié qu'il ne souhaitait plus entendre parler d'elle. Nous avons alors essayé de retrouver cette jeune femme par le biais de sa mère. Le questionnaire a été envoyé à la seule adresse que nous possédions d'elle, indiquée sur le dossier médical de 1994. Elle avait déménagé depuis.

* Une des 5 adresses n'était plus valable.

* Pour la dernière, nous n'avons reçu aucune réponse de sa part après deux envois postaux du questionnaire.

Une seule suicidante et sa mère ont pu être retrouvées grâce à leur **médecin traitant** de 1994. Elles nous ont chacune renvoyé leurs réponses. Une dizaine de médecins généralistes ont été contactés au cours de cette étude. Dans la grande majorité des cas, ils ne suivaient plus les patients recherchés.

Les coordonnées de la mère d'un patient nous ont été transmises par les médecins du **Centre Médico-Psychologique** où elle est suivie. Nous avons pu obtenir cette information par l'assistante sociale du service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants. Elle avait encore récemment été en contact avec cette dame. Le jeune homme et sa mère nous ont renvoyé leur questionnaire.

Les 21 autres patients, non retrouvés par ces différentes voies, ont été contactés par courrier aux adresses parentales figurant dans les **dossiers médicaux de l'hospitalisation de référence** :

* 7 ont répondu (deux réponses de patients, deux réponses doubles parents et enfants, et trois réponses de parents).

* Une jeune fille nous a téléphoné pour nous exprimer son refus de participer à l'enquête et nous préciser qu'il était inutile de la recontacter à l'avenir.

* 3 personnes n'ont pas donné suite à notre courrier.

* 9 adresses étaient obsolètes.

Pour deux patientes, il n'y a pas eu de questionnaire envoyé. La première résidait en foyer socio-éducatif au moment de l'hospitalisation et aucun nom ni adresse parentale ne figuraient sur son dossier. Nous avons connaissance du décès par suicide de la seconde, cinq mois après son hospitalisation.

Les personnes n'ayant pas répondu au premier envoi du questionnaire et qui n'ont pu être jointes par téléphone, ont reçu trois à huit semaines après, un deuxième courrier identique au premier. Lorsque nous disposions de numéros de téléphone, nous avons choisi ce moyen pour les relances.

Au total, nous avons pu recontacter 40 patients (61.5 %). Parmi eux, 34 ont accepté de répondre (85 %), et 6 ont refusé (15 %) : 5 parents et une ancienne suicidante.

7 personnes n'ont donné aucune réponse (10.8 %).

16 sont perdus de vue (24.6 %).

2 sont décédés (3.1 %).

III/ Analyse de la population en 1994

La population est constituée des 65 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide à l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy sur toute l'année 1994. Lorsque les adolescents ont été hospitalisés plusieurs fois en 1994, nous avons pris comme référence la première hospitalisation pour TS de l'année.

L'hospitalisation de ces adolescents a majoritairement fait suite à une admission au Pôle d'Orientation et de Soins d'Urgence Pédiatrique (POSU) après avoir été adressés ou non par un médecin de ville, quelque fois suite à une sollicitation de l'UAUP de l'hôpital central à Nancy ou d'un hôpital périphérique.

Nous avons étudié les items suivants : le sexe, l'âge au moment de l'hospitalisation, la durée d'hospitalisation, le mode de sortie, le moyen utilisé pour la tentative de suicide, l'existence d'antécédents suicidaires, les pathologies psychiatriques associées, la structure familiale, les difficultés et le retard scolaires, le suivi psychologique après la tentative de suicide, le lieu d'hospitalisation (dans le service de pédopsychiatrie ou dans un autre service de l'hôpital) et la réalisation ou non d'un bilan psychologique au cours de l'hospitalisation.

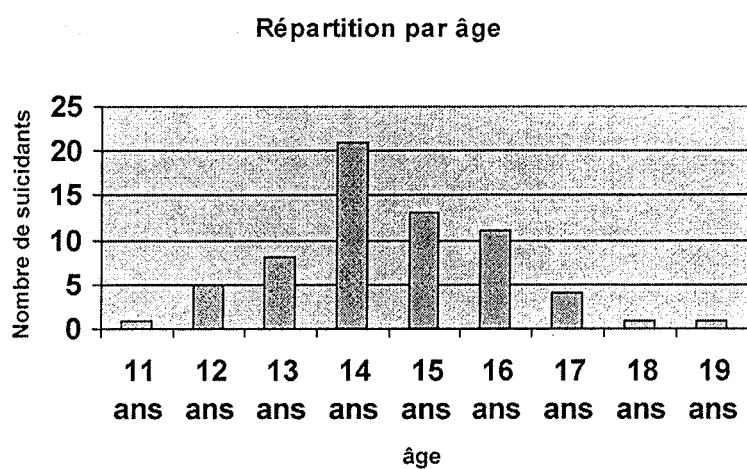
Les caractéristiques des patients lors de leur hospitalisation pour tentative d'autolyse en 1994 ont été décrites par des pourcentages pour les variables qualitatives et des moyennes et déviations standards (DS) pour les variables quantitatives. Nous revenons sur l'analyse statistique et les logiciels utilisés dans notre partie « Présentations des résultats ».

1) Répartition par sexe

Comme déjà signalé plus haut, elle fait apparaître une prédominance féminine. Nous relevons 54 filles (soit 83.1 %) pour 11 garçons (soit 16.9 %) sur les 65 patients. Ce fait est habituellement retrouvé dans les données de la littérature.

2) Répartition par âge

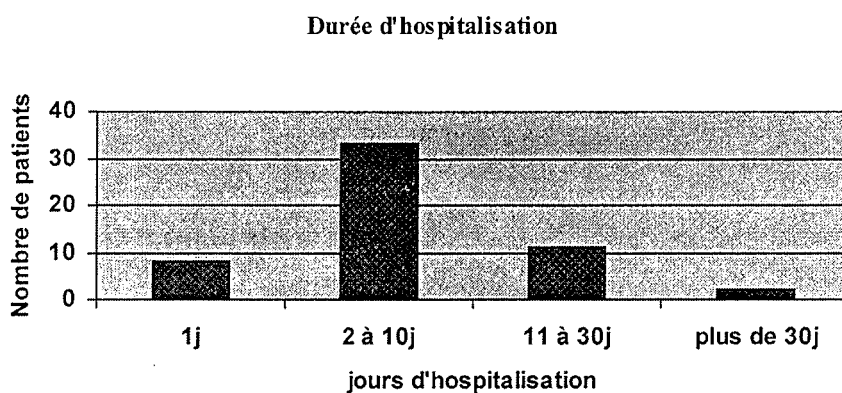
- 11 ans : 1	soit	1.5 %	
- 12 ans : 5	soit	8 %	
- 13 ans : 8	soit	12 %	}
- 14 ans : 21	soit	32 %	}
- 15 ans : 13	soit	20 %	} 81 %
- 16 ans : 11	soit	17 %	}
- 17 ans : 4	soit	6 %	
- 18 ans : 1	soit	1.5 %	
- 19 ans : 1	soit	1.5 %	



Il s'agit d'une population en grande majorité de moins de 17 ans (90 %), 4 sur 5 (81 %) ont entre 13 et 16 ans. Les âges extrêmes sont 11 et 19 ans. La moyenne est de 14.5 ans \pm 1.5 ans.

3) Durée d'hospitalisation

- 24h :	8	soit	14.8 %
- de 2 à 10 jours :	33	soit	61 %
- de 11 à 30 jours :	11	soit	20.4 %
- plus de 30 jours :	2	soit	3.7 %
- pas de renseignements :	10		



La durée moyenne d'hospitalisation a été de 8.6 jours avec un écart-type de 12.8 jours qui illustre la grande disparité entre les différentes durées de séjours. La durée minimum est de 24 heures et la durée maximum de 81 jours.

4) Modalités de sortie

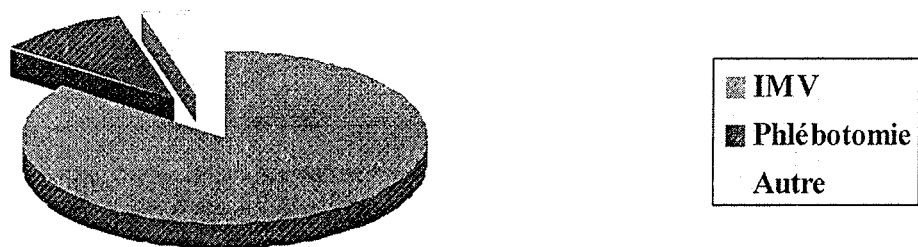
La sortie s'est faite deux fois contre avis médical sur l'initiative des parents et deux fois par fugue. Pour les autres patients, elle s'est faite avec accord entre les médecins, les parents et l'adolescent.

5) Moyens utilisés pour la tentative de suicide

- Intoxication médicamenteuse volontaire : 57 soit 87.8 %
- Phlébotomie : 7 soit 10.8 %
- Tentative de noyade : 1
- Intoxication par produit toxique : 1
- Menace de déféstration : 1

Le total est supérieur au nombre de patients car deux personnes ont cumulé deux moyens lors de la même tentative : une a pris des médicaments et a menacé de se défenster, l'autre a associé IMV et phlébotomie.

Moyens utilisés pour la TS



La prise de médicaments est très largement majoritaire, comme dans les données de la littérature. Elle représente dans notre étude 87.8 % des moyens employés. Les phlébotomies représentent 10.8 % des moyens utilisés.

6) Antécédents personnels de tentative de suicide

Pour 31 patients (47.7 %), il s'agissait d'une récurrence ; d'une première tentative pour les 34 autres (52.3 %).

Presque un jeune sur deux est un récidiviste au moment de la TS de référence.

7) Récidives précoces

Rappelons que les récidives précoces correspondent aux récidives à trois mois et à un an.

Nos sources pour ces items proviennent principalement des dossiers des patients.

L'information est prise :

- soit dans les notes des psychiatres lors du suivi après la TS,
- soit d'après les données de l'assistante sociale du service de pédopsychiatrie qui reprend contact par téléphone avec tous les suicidants pour connaître leur devenir un an après leur geste,
- soit dans les observations des dossiers médicaux de l'hôpital d'enfants ou des hôpitaux psychiatriques de Nancy quand une nouvelle hospitalisation a eu lieu (CPN, UAUP).

Quand nous ne disposons que du questionnaire du patient, nous utilisons sa réponse. C'est le cas de deux patientes pour les récidives à trois mois, et de trois (les deux précédentes et une autre), pour les récidives entre trois mois et un an.

Les deux premières n'ont eu aucun suivi après leur geste suicidaire, la troisième a été suivie pendant trois mois. Aucune notion de récidive les concernant n'a été retrouvée dans les dossiers médicaux de l'hôpital d'enfants et des autres hôpitaux. Enfin, l'assistante sociale du service n'a pas pu les recontacter à un an. Elles ont répondu à notre enquête et ont affirmé ne pas avoir récidivé, nous avons considéré leur réponse comme telle.

En revanche, nous n'avons pas utilisé la réponse des parents répondants seuls pour cet item considérant que le biais serait trop important. En effet, le risque que les parents ne soient pas informés des récidives de leur enfant est trop élevé pour considérer leur réponse ; surtout si les éventuelles récidives ont eu lieu alors que le patient était majeur et/ou si elles n'ont pas donné suite à une hospitalisation. Nous discuterons cette méthodologie dans la troisième partie de notre travail.

Ainsi, nos données proviennent 58 fois des dossiers et 2 fois des questionnaires « patient » pour les récidives à trois mois, 52 fois des dossiers et 3 fois des questionnaires « patient » pour les récidives entre trois mois et un an.

D'après ces renseignements, nous avons constaté que 13 patients avaient récidivé dans les trois mois après la tentative de référence, soit 22 % des 60 personnes pour lesquels nous avons retrouvé l'information ; et 15 entre trois et douze mois, soit 27 % des 55 personnes pour qui nous avons un renseignement.

4 adolescentes ont récidivé à la fois dans les trois mois, et entre trois et douze mois. Pour une des 4, la dernière récurrence était un suicide accompli, cinq mois après l'hospitalisation de référence. Elle avait fait 5 tentatives au total avant son décès. Nous reviendrons sur son histoire lors de l'analyse de la mortalité dans notre étude.

On voit donc que 24 adolescents sur 60 ont récidivé dans l'année qui a suivi la TS de référence, soit 40 %.

Parmi ces 24 récidivistes :

- 18 ont fait 1 récurrence à 1 an,
- 4 en ont fait 2,
- 2 en ont fait 3.

8) Comorbidité

Parmi les 65 patients, 4 jeunes filles étaient suivies dans le service de pédopsychiatrie pour des troubles alimentaires de type anorexie/boulimie, 8 souffraient de syndrome anxio-dépressif, une était suivie pour phobie scolaire et une pour des troubles alimentaires ne s'inscrivant pas dans une anorexie mentale.

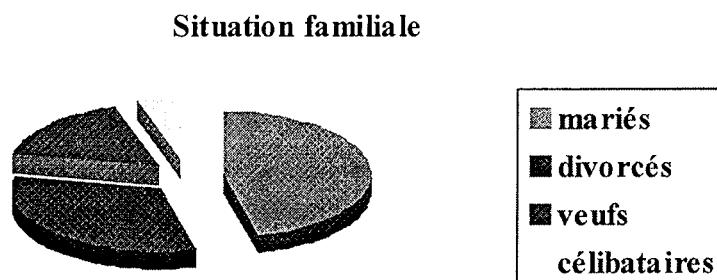
14 personnes cumulaient donc plusieurs troubles soit 21.5 % du total des suicidants.

9) Etude de la structure familiale

Elle est très souvent perturbée.

9.1) Etude de la situation familiale

- 30 couples parentaux sont mariés sur 65 (46.2 %),
- 21 couples ont divorcé (32.3 %),
- 11 parents sont veufs (16.9 %),
- 3 parents sont célibataires (4.6 %).



9.2) Etude du contexte familial

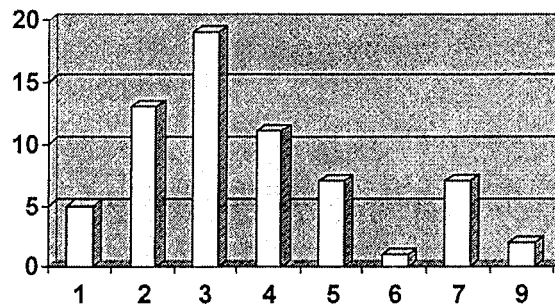
- 22 familles sont reconstituées sur 63 (35 %).
- 12 familles sont monoparentales (19 %).
- 29 parents vivent ensemble (46 %).
- un couple parental est incarcéré,
- nous n'avons pas de renseignement pour une famille.

9.3) Etude de la fratrie

Dans notre population, nous dénombrons :

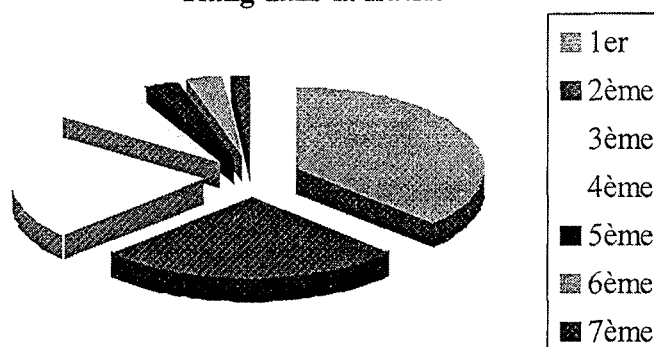
- 5 fils ou filles uniques (8 %),
- une fratrie de 2 dans 13 cas (20 %),
- de 3 dans 19 cas (29 %),
- de 4 dans 11 cas (17 %),
- de 5 dans 7 cas (11 %),
- de 6 dans 1 cas (1 %),
- de 7 dans 7 cas (11 %)
- et de 9 dans 2 cas (3 %).

Nombre d'enfants dans la fratrie



24 adolescents sur les 65 sont les premiers de la fratrie (37 %),
17 sont les deuxièmes (26 %),
14 sont les troisièmes (21.5 %),
5 sont les quatrièmes (8 %),
2 sont les cinquièmes (3 %),
2 sont les sixièmes (3 %),
et un est le septième (1.5 %).

Rang dans la fratrie



Un peu plus d'un adolescent sur trois est le premier de la fratrie.
20 patients sur les 65 ont des demi-frères ou sœurs soit 30.8 %.

9.4) Etude de l'activité professionnelle des parents

- 35 pères sont actifs sur 48 (73 %),
- 13 pères sont inactifs dont 2 retraités (27 %),
- 34 mères sont actives sur 62 (54.8 %),
- 28 mères sont inactives (45.2 %).

2 mères et 10 pères sont décédés, et l'activité professionnelle d'1 mère et celle de 7 pères ne sont pas inscrites dans les dossiers de leur enfant.

9.5) Etude de la mortalité parentale

Parmi les pères, 10 sont morts dont 4 par suicide (respectivement 15.4 % et 6.1 %). 2 mères sont décédées de pathologies organiques.

Au total, 12 adolescents sur les 65 ont un parent décédé, soit 18.4 % d'entre eux.

9.6) Etude de l'alcoolisme parental

19 jeunes ont un parent alcoolique sur 65, soit 29.2 %.

Dans la grande majorité des cas, il s'agit du père, quelquefois des deux parents.

9.7) Etude du milieu socioculturel.

- Le milieu est favorisé dans 10 cas sur 65 (15.4 %),
- il est moyennement favorisé dans 29 cas (44.6 %),
- il est défavorisé dans 12 cas (18.5 %)
- et très défavorisé dans 14 cas (21.5 %).

Au total, 40 % des familles viennent d'un milieu socioculturel défavorisé ou très défavorisé. Nous disposons de cette information d'après les données de l'assistante sociale du service de pédopsychiatrie. L'entretien social avec la famille des suicidants est systématique lors de l'hospitalisation pour tentative de suicide à l'hôpital d'enfants.

9.8) Etude des antécédents familiaux suicidaires.

26 adolescents sur les 65 ont un parent du premier degré suicidant ou mort par suicide, soit 40 %.

9.9) Etude de l'immigration

11 adolescents sur les 65 (16.9 %) sont immigrés ou transplantés, dont 2 sont adoptés.

9.10) Etude du lieu d'hébergement

- 47 adolescents vivent au domicile parental (72.3 %),
- 15 sont placés en foyer socio-éducatif (23 %),
- 2 en familles d'accueil,
- et un vit chez ses grands-parents.

Au total, 18 personnes ne vivent pas chez leurs parents (27.7 %).

10) Difficultés et Retard scolaires

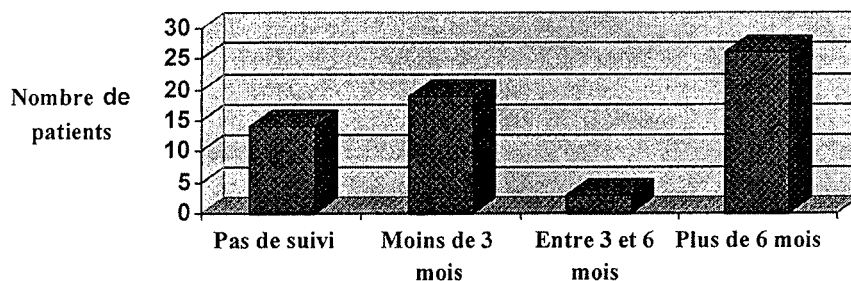
Parmi les 65 jeunes, 38 sont en difficultés scolaires au moment de l'hospitalisation, soit 58.5 %. 37 présentent un retard scolaire dont 22 d'un an et 15 d'au moins deux ans, soit respectivement 57 %, 33.8 % et 23 %.

11) Suivi psychologique après la TS

Nous avons pu retrouver cette information dans 62 dossiers.

- 26 ont eu un suivi de plus de six mois après leur TS (42 %),
- 3 ont eu entre trois et six mois de suivi (4.8 %),
- 19, moins de trois mois, (30.6 %),
- et 14, pas de suivi du tout, (22.6 %).

Suivi psychologique après la TS



12) Lieu d'hospitalisation

14 suicidants étaient hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie (29.8 %) et 33 dans les autres services de l'hôpital d'enfants (70.2 %). Cette information manquait dans 18 dossiers.

La décision d'hospitaliser en milieu spécialisé est prise après entretien psychiatrique. Elle est systématique si le risque de suicide ou de fugue est majeur. Parmi les deux adolescentes qui ont fugué dans notre étude, l'une était hospitalisée en pédopsychiatrie, l'autre non. Elles vivaient toutes les deux en foyer socio-éducatif.

13) Réalisation d'un bilan psychologique

Tous les patients ne peuvent bénéficier d'un examen psychologique lors de leur hospitalisation, faute de psychologues. La décision est alors prise par le psychiatre en fonction de la gravité de la détresse psychologique du jeune. Dans notre étude, 35 suicidants ont pu en bénéficier (53.8 %) sur les 65.

IV/ Présentation des résultats

Au total, 29 patients et 25 parents ont répondu (9 fois les jeunes seuls, 5 fois les parents seuls et 20 fois les deux), 6 personnes ont refusé de répondre, 16 sont perdues de vue, 2 sont décédées et 7 n'ont pas renvoyé le questionnaire.

Les taux de réponse sont résumés ci-après:

	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pourcentage cumulé
Questionnaires "patient" et "parents":	20	30.77	20	30.77
Questionnaire "patient" seul:	9	13.85	29	44.62
Questionnaire "parents"seuls:	5	7.69	34	52.31
Pas de questionnaire renvoyé:	31	47.69	65	100.00

Sur les 25 questionnaires « parents », 13 ont été remplis par les mères, 7 par les pères, 3 par les deux parents et 2 par une tierce personne (un psychiatre et un éducateur). Soit, sur les 23 parents répondants, il s'agit des mères dans 56.5 % des cas, des pères dans 30.5 % des cas, et des deux parents dans 13 % des cas.

1) Analyse statistique

L'analyse statistique a été réalisée par le Dr Rat, épidémiologiste dans le service d'épidémiologie et d'évaluation 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. Pour les items concernant la situation familiale, le niveau et le retard scolaires, l'activité professionnelle, qui sont des variables descriptives et objectives dont les réponses ne varient a priori pas en fonction du répondeur "patient" ou "parents", nous avons exploité à la fois les questionnaires des 29 patients réponders et ceux des 5 parents seuls à répondre. En revanche, pour l'analyse des variables plus subjectives ou plus personnelles comme les échelles d'auto-évaluation, les échecs professionnels, la santé psychologique, seules les réponses des anciens suicidants ont été prises en compte dans nos résultats.

Comme pour l'analyse de l'échantillon de départ, nous avons calculé le nombre de sujets, les moyennes, les déviations standards pour les variables quantitatives ; les fréquences et les pourcentages pour les variables qualitatives.

Secondairement, pour les anciens suicidants dont les questionnaires "patient" et "parents" étaient disponibles, les réponses ont été comparées par des coefficients de corrélation de Spearman pour les variables quantitatives et par une description des pourcentages pour les variables qualitatives, afin d'étudier le degré de corrélation entre les deux types de questionnaires.

La troisième étape a consisté à comparer les données des patients réponders et non-réponders par des tests de Chi² ou des tests exacts de Fischer pour les variables qualitatives et par des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Le but est de rechercher si une différence existe entre les deux groupes, et en quoi ils diffèrent, afin de répondre à la question qui est de savoir dans quelle mesure nous pouvons généraliser nos résultats à l'ensemble de la population.

Enfin, pour analyser les associations entre le devenir des patients à 10 ans et leurs caractéristiques au moment de l'hospitalisation de référence, nous avons retenu trois critères de jugement :

- le fait d'avoir ou non une activité professionnelle,
- la cotation des anciens suicidants à l'échelle du bien-être psychologique,
- et le nombre total de récurrences suicidaires après le geste de référence.

Le nombre de réponses pour chaque item du questionnaire était trop insuffisant pour pouvoir les croiser avec chacune des caractéristiques de la population de départ. Nous avons dû en choisir trois. Les trois retenus nous ont semblé être les plus déterminants pour pouvoir évaluer le devenir psychosocial des suicidants à 10 ans. Nous détaillons les raisons de ce choix dans notre partie « discussion ».

Cette dernière analyse statistique des résultats a été réalisée afin de mettre en évidence d'éventuels facteurs pronostiques du devenir des suicidants permettant ainsi d'individualiser des groupes à risque de devenir péjoratif.

Les associations entre l'activité professionnelle et les caractéristiques initiales ont été testées par des tests de Chi² ou des tests exacts de Fisher pour les variables qualitatives et par des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives. Pour cette analyse, nous avons exploité les 29 questionnaires "patient" et les 5 questionnaires "parents" seuls à répondre.

Les associations entre le bien-être auto-estimé ou le nombre total de récurrences, et les caractéristiques cliniques et démographiques de départ ont été testées par une analyse bivariée à l'aide des tests de Wilcoxon ou de Kruskal Wallis pour les variables qualitatives et par des coefficients de corrélations de Spearman pour les variables quantitatives. Les données utilisées proviennent des 29 questionnaires "patient".

Les analyses bivariées étudient le lien entre une variable dépendante et des variables indépendantes.

Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide du 'Statistical Analysis System' version 8 for windows (SAS institue, Cary, NC). Les résultats avec un $p < 0.05$ ont été considérés statistiquement significatifs.

2) Description de la population en 2004

Nous avons analysé la situation familiale, professionnelle et la santé psychosomatique à 10 ans des répondeurs.

Parmi les différents items se rapportant à la santé psychosomatique nous avons étudié le nombre de récurrences entre la première et la dixième année après la TS index, le nombre total de TS par adolescent et le nombre d'hospitalisations pour problème psychologique. Pour cela nous avons procédé de la même façon que pour les récurrences précoces. Nous avons exploité les données des dossiers médicaux en priorité, puis, à défaut, les réponses des patients au questionnaire.

2.1) Répartition par sexe des répondeurs

Nous relevons 27 femmes (79.4 %) et 7 hommes (20.6 %).

2.2) Répartition par âge

L'âge moyen des répondeurs est de 24.8 ans avec un âge minimum de 21 ans et un âge maximum de 29 ans.

La répartition se fait ainsi :

- 21 ans : 1
- 22 ans : 2
- 23 ans : 2
- 24 ans : 10 }
- 25 ans : 7 } 73.5 %
- 26 ans : 8 }
- 27 ans : 3
- 29 ans : 1

73.5 % des répondeurs ont entre 24 et 26 ans.

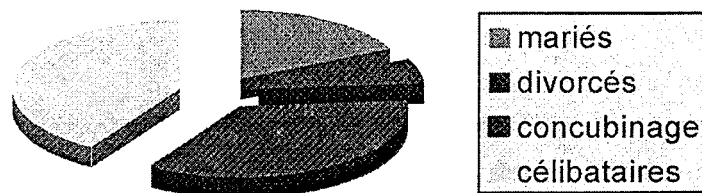
2.3) Situation familiale et environnement de vie.

2.3.1) Situation familiale

- 18 répondeurs ont un conjoint, parmi eux 6 sont mariés ;
- 14 sont célibataires ;
- et 2 ont divorcé.

Soit, 52.3 % des personnes ont un conjoint dont 33.3 % sont mariées, 41.2 % sont célibataires et 6 % ont divorcé.

Situation familiale des anciens suicidants



2.3.2) Enfants

17 personnes ont des enfants (50 %) et 17 n'en ont pas (50 %).

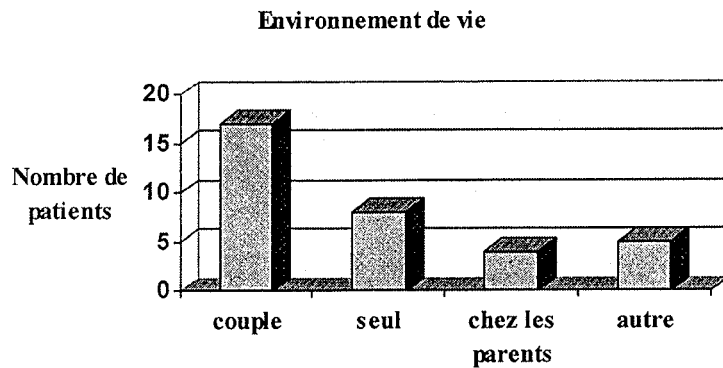
Parmi les 17 qui en ont :

- 12 ont 1 enfant (70 %),
- 3 en ont 2 (18 %),
- et 2 en ont 3 (12 %).

La garde des enfants a été retirée à deux patientes. Parmi ces enfants placés, deux sont en famille d'accueil et un est chez ses grands-parents.

2.3.3) Environnement de vie

- 17 vivent en couple (50 %),
- 8 vivent seul (23.5 %),
- 4 vivent encore au domicile parental (11.8 %),
- 4 vivent en collocation (11.8 %),
- Un est Sans Domicile Fixe (3 %).

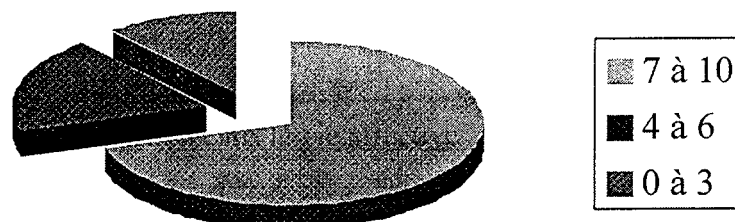


2.3.4) Echelle de satisfaction dans la vie affective

- | | | |
|---|--------------|--------|
| - réponses de 7 à 10 (heureux à très heureux) : | 19 personnes | 70.5 % |
| - réponses de 4 à 6 (moyennement heureux): | 5 personnes | 18.5 % |
| - réponses de 0 à 3 (pas heureux du tout): | 3 personnes | 11 % |
| - pas de réponse : | 2 personnes | |

La réponse moyenne à cette échelle d'auto-satisfaction est 7.52 (écart-type=2.83).

Réponse à l'échelle de satisfaction dans la vie affective



Pour résumer la situation familiale à 10 ans des répondeurs, 50 % vivent en couple, 50 % ont des enfants et 70.5 % déclarent être heureux dans leur vie affective 10 ans après leur TS.

2.4) Situation professionnelle

2.4.1) Activité professionnelle

- 23 personnes ont une activité professionnelle soit 67.6 %,
- 11 ne travaillent pas (32.4 %). Parmi eux, nous notons 2 mères au foyer et 2 personnes en formation.

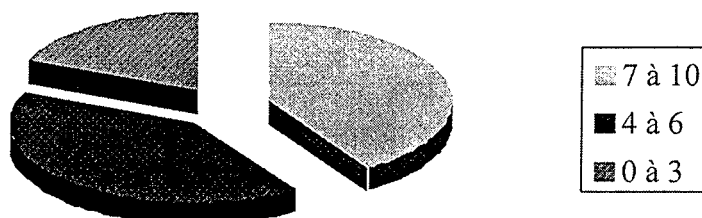
Parmi les 23 qui travaillent, 7 exercent des professions intermédiaires selon la nomenclature des catégories socioprofessionnelles (cf annexe) ; 15 sont employés, en grande majorité employés de commerce, un est ouvrier. 12 déclarent avoir connu des échecs professionnels sur les 34 (35.3 %).

2.4.2) Echelle de satisfaction dans la vie professionnelle

- réponses de 7 à 10 (satisfait à très satisfait):	11	41 %
- réponses de 4 à 6 (moyennement satisfait):	11	41 %
- réponses de 0 à 3 (pas satisfait du tout):	5	18 %
- pas de réponse :	2	

La réponse moyenne donnée à cette échelle d'auto-évaluation est 6.07 (écart-type=3.10).

Réponses à l'échelle de satisfaction dans la vie professionnelle



Plus d'un sur deux déclare être moyennement, voire pas satisfait du tout, dans sa vie professionnelle.

2.4.3) Retard et niveau scolaires

- 25 répondeurs ont un niveau scolaire supérieur ou équivalent au BEP soit 75.8 %,
- 8 ont un niveau équivalent ou inférieur au CAP soit 24.2 %,
- un n'a pas répondu.

30 personnes déclarent avoir un retard scolaire (88.2 %). Parmi eux :

- 4 n'ont jamais redoublé (11.7 %)
- 17 ont redoublé une classe pendant leur scolarité (50 %),
- 8 ont redoublé 2 classes (23.5 %),
- 2 en ont redoublé 3 (6 %),
- 2 en ont redoublé 4 (6 %),
- une a répondu qu'elle avait redoublé toutes les classes !

Dans la population d'anciens suicidants presque sept personnes sur dix exercent une profession dont la plupart est employée de commerce ou d'entreprise. Plus d'un tiers a connu des échecs professionnels. Trois sur quatre ont un niveau équivalent ou supérieur au BEP. Quasiment huit sur neuf ont redoublé au moins une classe pendant leur scolarité. Moins d'un sur deux déclare être satisfait dans sa vie professionnelle.

2.5) Santé psychosomatique

2.5.1) Problèmes de santé

7 anciens suicidants déclarent avoir des problèmes de santé soit 24 % du total des répondeurs.

Les 7 problèmes cités sont :

- scoliose,
- cervicalgies secondaires à un traumatisme par balle,
- hépatite C,
- troubles intestinaux,

- dépression,
- « problèmes psychologiques » non précisés,
- troubles liés à l'anxiété (« cœur qui s'emballé, nerveux, fatigue, rhumatisme »).

2.5.2) Consommation de psychotropes

6 en consomment sur 28 soit 21 %. Une personne n'a pas répondu.

2.5.3) Consommation de substances psychoactives

2.5.3.1) Tabac

21 personnes fument tous les jours sur les 29 répondants, soit 72.5 %.

11 fument moins de 10 cigarettes par jour (52 %), 10 en fument plus de 10 (48 %).

2.5.3.2) Alcool

4 déclarent boire de l'alcool tous les jours soit 14 % du total de l'effectif.

2.5.3.3) Drogues

6 personnes consomment des drogues (21 %) dont 2 du cannabis et 2 de l'héroïne, les autres ne précisent pas. Elles sont polyconsommatrices puisque :

- 2 consomment tabac et drogue
- 4, tabac, alcool et drogues.

Plus des trois quarts de la population à 10 ans fument, 1 sur 7 boit de l'alcool tous les jours et 1 sur 5 consomme des drogues.

2.5.4) santé mentale

2.5.4.1) Etude de la mortalité

Nous savons que 2 patients sont décédés et que 35 sont encore en vie (les 34 répondants et la patiente ayant refusé de répondre). Le taux de mortalité dans cette étude est donc de 5.4 %. Il s'agit de 2 filles, mortes par suicide.

La première, B., est décédée à l'âge de 13 ans, cinq mois après l'hospitalisation de référence. Les données qui suivent ont été recueillies dans son dossier médical.

B. a été hospitalisée 23 jours dans le service de pédiatrie de l'hôpital d'enfants de Nancy pour phlébotomie en août 1994. Il s'agissait de sa quatrième tentative de suicide. Les trois autres n'avaient pas donné suite à une prise en charge médicale.

L'histoire familiale et le contexte du suicide de la jeune fille sont les suivants :

La mère est employée de bureau. Les parents de l'adolescente ont divorcé lorsqu'elle avait 5 ans. Ils ont tenté plusieurs fois une reprise de vie commune émaillée de scènes de violence, pour se séparer définitivement trois ans après. La jeune fille n'a pas revu son père depuis environ trois ans au moment de son hospitalisation. Ce dernier est qualifié de psychopathe, mythomane et alcoolique par la mère. Il n'a pas été vu par les médecins. Il a été hospitalisé en milieu psychiatrique pour des actes violents dans des contextes d'alcoolisation, et incarcéré quelques mois pour non paiement de la pension alimentaire. La mère vit depuis cinq ans avec un nouveau compagnon, concierge, qui a encore un enfant à charge de 17 ans. La situation au domicile familial est conflictuelle en raison d'une alcoolisation du beau-père et des comportements psychopathiques de son fils. La patiente hait l'ami de sa mère qui semble être assez sévère avec elle. La mère se positionne souvent entre les deux. B. a un frère de 16 ans avec lequel elle est également en conflit.

Par ailleurs, l'adolescente s'est éprise d'un jeune homme de 24 ans, ami de la famille. La mère de B. avait d'abord donné son accord pour cette relation mais elle a, par la suite, interdit à sa fille de le revoir. Ce garçon est lui aussi en difficultés psychologiques. Il a fait plusieurs tentatives de suicide dont une à l'annonce de celle de B.

La mère de B. est en difficulté dans son couple au moment de la TS de sa fille. Cette dernière, en plein cœur de ce conflit, idéalise son père et rejette de façon agressive sa mère.

Au terme de l'hospitalisation, B. et sa mère souhaitent prendre des distances et l'option d'une poursuite de la scolarité de B. en internat est retenue. Une prise en charge psychothérapique hebdomadaire est mise en place au CMP de secteur.

Trois mois après, B. est réhospitalisée 12 jours, amenée par sa mère et son ami. Elle est en état de grande agitation et refuse tout d'abord l'hospitalisation. Un couteau à cran d'arrêt est retrouvé dans sa poche. Finalement elle expliquera qu'elle s'est disputée avec sa mère après lui avoir parlé des relations sexuelles qu'elle avait avec son ami. Elle se montrera très provocante pendant cette hospitalisation, parlant avec un langage extrêmement cru. Elle se plaindra de diverses doléances somatiques (douleurs abdominales, névralgies, diarrhée...).

Quelques heures après sa sortie, elle est réhospitalisée 7 jours pour une IMV aux benzodiazépines. Elle s'est gravée le prénom de son ami sur le bras. Entre temps, son ami est hospitalisé pour tentative de suicide. B. est très agressive, les relations avec sa mère sont de plus en plus conflictuelles. Il est vivement conseillé à la mère, par les médecins, de demander une mesure de protection auprès du juge des enfants. Le suivi au CMP est maintenu et les rendez-vous sont pris avant la sortie de B.

17 jours après sa sortie, B. et son ami se suicident ensemble, en se jetant sous un train.

La seconde jeune fille, F., est décédée en 1996 à l'âge de 20 ans, deux ans après la TS de référence. L'hospitalisation à l'hôpital d'enfants pour IMV a eu lieu en février 1994 alors que F. avait 18 ans. Elle y a séjourné 5 jours. Il s'agissait de son deuxième passage à l'acte. Elle était déjà suivie dans le service de pédopsychiatrie de l'hôpital d'enfants de Nancy depuis le mois de décembre pour des troubles alimentaires de type boulimie.

Ses troubles avaient débuté à l'âge de 14 ans et semblaient s'exacerber depuis quelques mois. Les crises étaient au moins hebdomadaires. Les préoccupations alimentaires étaient importantes, son quotidien s'organisant entièrement autour du risque de ces crises. F. avait déjà consulté plusieurs psychiatres mais n'était jamais parvenue à s'engager dans un suivi psychothérapique régulier. Elle avait été hospitalisée 10 jours dans une autre ville pour ce

même problème en 1993. Elle était sortie à sa demande, considérant l'hospitalisation comme un échec. Quelques mois après, elle avait fait une première tentative de suicide par IMV et avait été hospitalisée une nuit à l'UAUP à Nancy. Elle ne serait pas venue au rendez-vous proposé ensuite.

Au moment de sa deuxième TS, elle est scolarisée en Première Générale. Elle a deux ans de retard et a été absente de son lycée pendant 3 mois à cause de ses problèmes de santé. Elle est la troisième enfant d'une fratrie de trois filles. Ses sœurs ont 24 et 27 ans et ne vivent plus chez leurs parents. Les troubles de F. semblent avoir débuté au moment où sa sœur de 24 ans quittait le domicile parental pour se marier.

Le bilan psychologique réalisé met en évidence de nombreux éléments dépressifs. Il est vivement conseillé à la jeune fille de poursuivre la psychothérapie de soutien commencée. Elle dit devoir reprendre contact avec un psychiatre exerçant dans sa ville, qu'elle a déjà rencontré à plusieurs reprises. Après cette hospitalisation, F. n'a plus été suivie à l'hôpital d'enfants.

Nous n'avions pas connaissance de sa mort au début de l'étude. Ce sont ses parents, contactés par téléphone, qui nous l'ont apprise. Ils ont accepté d'en discuter lors d'un entretien et nous ont livré les renseignements qui suivent :

F. a fait une dizaine de tentatives d'autolyse avant son décès. Elle a été réhospitalisée deux mois en 1995 à la demande de son psychiatre devant un risque important de passage à l'acte. Quelques mois après, une autre hospitalisation a été nécessaire. Pendant ce séjour, F. a été placée deux jours en isolement suite à une rupture du contrat médical. Elle aurait repris contact avec ses parents sans y être autorisée. La mère nous dira que F. a très mal vécu cet isolement. Elle souhaitait rompre avec sa famille mais n'y arrivait pas. Son comportement était très ambivalent avec eux.

Elle poursuivait sa scolarité dans une école de secrétariat. F. était très secrète selon ses parents. Elle ne confiait pas ses sentiments à sa famille, que ce soit à ses sœurs ou à ses parents. Elle disait ressentir un vide qu'elle pensait pouvoir combler avec la nourriture ou en dépensant de l'argent, en vain. Elle se dévalorisait sans cesse, avait une fragilité narcissique importante.

Peu avant son suicide, elle avait fugué pendant 11 jours avec une amie. D'après la mère, F. voulait vraiment s'en sortir. Elle disait "je ne veux pas mourir mais je ne veux plus vivre".

La mère nous dira reprocher aux médecins le manque de prise en charge psychothérapique pendant les hospitalisations. Pour elle, la seule prise en charge était médicamenteuse avec tous les effets secondaires que cela entraîne. F. disait "je suis comme un zombie". Elle a également été choquée par la courte durée de certaines hospitalisations, notamment à la suite de sa première TS, où F ne serait restée qu'une nuit à l'hôpital. Le manque de structures obligeant à regrouper les patients souffrant de diverses pathologies parfois lourdes comme la schizophrénie lui semblait incompatible avec une prise en charge adaptée de la maladie de sa fille.

Nous ne connaissons pas les circonstances et la date exacte du suicide de F. Ses parents nous ont demandé de ne pas évoquer directement ce sujet lors de l'entretien.

2.5.4.2) Etude des récurrences suicidaires dans les dix ans

Nous avons pu obtenir une information pour 34 patients.

L'origine des informations provient :

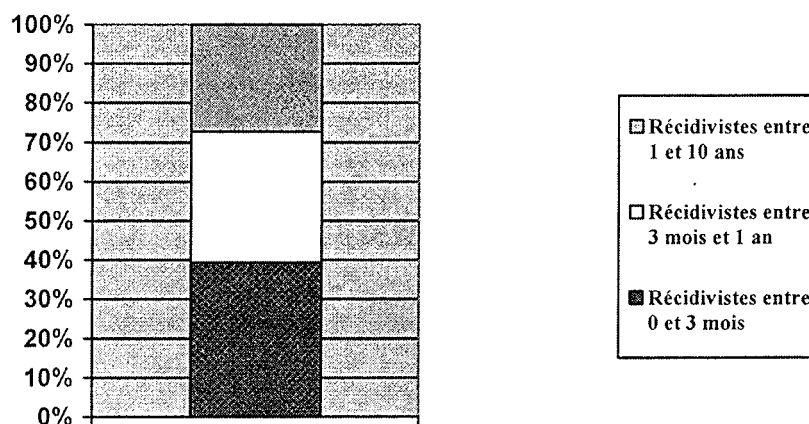
- 20 fois des patients,
- 13 fois des dossiers médicaux,
- une fois exceptionnellement des parents. Comme dit plus haut, nous n'avons pas souhaité inclure les réponses des parents répondants seuls dans les analyses statistiques des variables concernant la santé psychologique. Cependant, dans le cas de la jeune fille F. décédée par suicide en 1996, nous avons décidé de prendre en compte les informations concernant les récurrences et les hospitalisations recueillies lors de l'entretien avec ses parents. Nous en discuterons plus tard.

16 personnes ont récidivé entre 1 et 10 ans après la TS index soit 47 %.

Parmi elles, 7 avaient déjà récidivé dans l'année suivant la TS de référence. Si nous ajoutons les 9 récidivistes (16-7) entre un et dix ans aux 24 récidivistes à un an, 33 personnes ont récidivé après 1994 sur les 60 au total pour lesquels une information a pu être retrouvée, soit 55 %.

Parmi les 55 % de récidivistes à la fin de l'étude, 73 % ont récidivé dans l'année qui a suivi la TS index et 40 % dans les trois mois.

Répartition des récidives au cours du temps



2.5.4.3) Nombre de récidives après la TS de référence

Nous avons obtenu une réponse dans 34 cas.

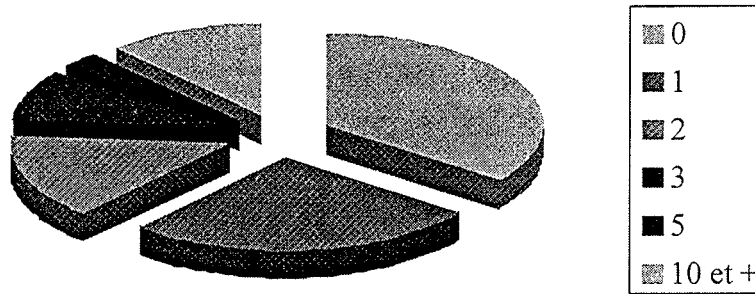
L'origine des renseignements provient :

- 8 fois des patients,
- 25 fois des dossiers médicaux,
- une fois des parents (ceux de la jeune fille F.).

A notre connaissance :

- 12 n'ont pas récidivé (35 %),
- 9 patients ont récidivé une fois (26 %),
- 5 ont récidivé 2 fois (15 %),
- 3 ont récidivé 3 fois (9 %),
- 0 ont récidivé 4 fois,
- 1 a récidivé 5 fois (3 %),
- 4 ont récidivé au moins 10 fois (12 %).

Nombre total de récurrences par patient



Pour ces 2 items, nous avons constaté une discordance entre les réponses de certains patients et les données des dossiers hospitaliers. Cette constatation concerne 7 anciens suicidants, qui déclarent ne pas avoir récidivé, contrairement aux informations des médecins. Ce point sera revu dans la partie « discussion ».

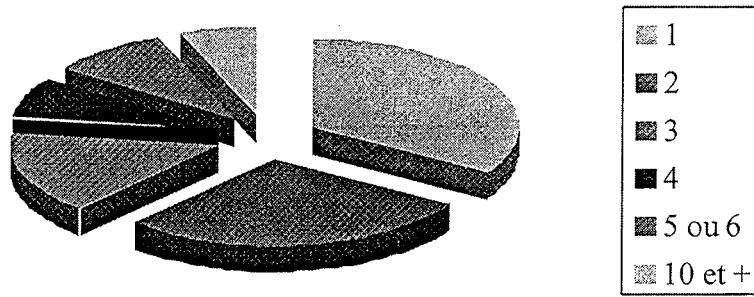
2.5.4.4) Nombre total de TS par patient

L'origine de ces renseignements provient des dossiers médicaux dans 58 cas, à la fois des dossiers et des questionnaires « patient » dans 6 cas et à la fois du dossier et des données recueillies lors d'un entretien avec les parents dans un cas, celui de F.

Ainsi, dans notre population :

- 22 personnes ont fait 1 TS (34 %)
- 18 en ont fait 2 (27.5 %),
- 10 en ont fait 3 (15 %),
- 5 en ont fait 4 (8 %),
- 1 en ont fait 5 (1.5 %),
- 5 en ont fait 6 (8 %),
- 4 en ont fait 10 ou plus (6 %).

Nombre total de TS par patients



2.5.4.5) Nombre d'hospitalisations pour problèmes psychiatriques

L'origine de ces renseignements provient des dossiers médicaux dans 58 cas, à la fois des dossiers et des questionnaires « patient » dans 6 cas et à la fois du dossier et des données recueillies lors d'un entretien avec les parents dans 1 cas, celui de F.

Parmi les 65 patients :

- | | | |
|---|-------------------|---------------|
| - 25 ont été hospitalisés 1 fois pour problèmes psychiatriques, | soit | 38.5 %, |
| - 14, | 2 fois, | soit 21.5 %, |
| - 5, | 3 fois, | soit 7.5 %, |
| - 9, | 4 fois, | soit 14 %, |
| - 2, | 5 fois, | } |
| - 3, | 6 fois, | } |
| - 1, | 7 fois, | }soit 18.5 %. |
| - 1, | 9 fois, | } |
| - 5, | au moins 10 fois. | } |

Là encore, nous avons remarqué une discordance entre les réponses des anciens suicidants et les données des dossiers médicaux. 11 personnes déclarent à tort ne pas avoir été réhospitalisées pour un problème psychologique. Cette constatation concerne également 2 parents répondants seuls. Et un couple de parents, dont la fille a été réhospitalisée d'après les renseignements médicaux, ne répond pas à la question. Nous discuterons ce fait plus tard.

2.5.4.6) Idées suicidaires

7 anciens suicidants sur les 29 répondants disent avoir encore des idées suicidaires 10 ans après la TS index, soit 24 %.

2.5.4.7) Dépression

A la question « vous sentez-vous déprimé(e) ? », 11 patients répondent « oui ».

Sur les 29 répondants, 38 % se sentent encore déprimés, soit plus d'un jeune sur trois.

2.5.4.8) Suivi psychologique

16 personnes déclarent avoir eu un suivi après leur geste suicidaire, soit 55 % des répondants.

Pour la durée du suivi, seulement 11 répondent sur les 16. La durée moyenne est de 2.4 ans, avec des durées minimum et maximum de 1 mois et de 10 ans.

Deux anciens suicidants déclarent être encore suivis actuellement soit 7 % des répondants.

2.5.4.9) Consultations en psychiatrie (psychiatre de ville, urgences psychiatriques, CMP...) depuis les dix dernières années

9 patients disent avoir consulté dans les dix ans sur les 27 répondants à cet item (33 %), soit un tiers.

2.5.4.10) Arrêts de travail pour maladie et allocation adulte handicapé

3 personnes ont souvent des arrêts de travail pour maladie, soit 11 % des répondants.

Aucun ne bénéficie d'allocation pour adulte handicapé.

2.5.4.11) Contact avec la justice

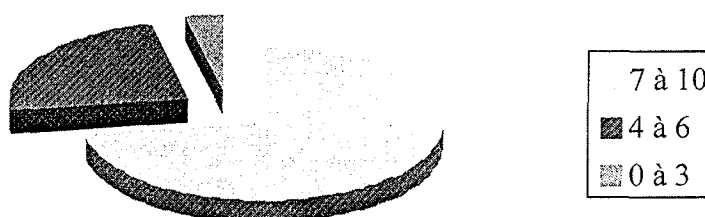
4 anciens suicidants ont déjà eu à faire à la justice soit 15 %.

2.5.4.12) Echelle d'estimation de la santé globale

- réponses de 7 à 10 (bonne à très bonne): 21, soit 72.5 %.
- réponses de 4 à 6 (moyennement bonne): 7, soit 24 %.
- réponses de 0 à 3 (mauvaise): 1, soit 3.5 %.

La réponse moyenne à cette échelle est 7.45 (écart-type=2.43).

Réponses à l'échelle d'évaluation de la santé globale



21 personnes (soit 72.5 %) estiment être en bonne santé.

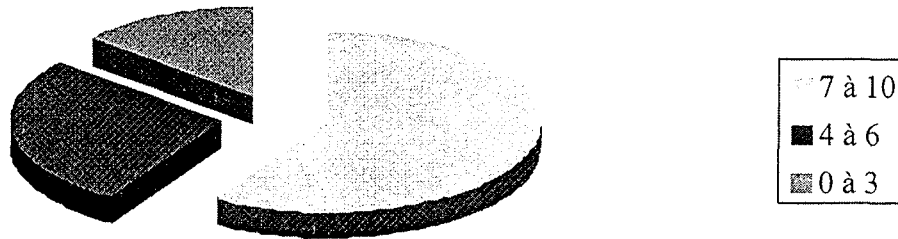
Ils sont 7 à considérer leur état de santé comme moyennement bon (24 %), et 1 comme mauvais (3.5 %).

2.5.4.13) Echelle d'estimation du bien-être psychologique

- réponses de 7 à 10 (heureux à très heureux): 17 59 %
- réponses de 4 à 6 (moyennement heureux): 8 27 %
- réponses de 0 à 3 (malheureux à très malheureux): 4 14 %

La réponse moyenne donnée est de 6.86 avec un écart-type de 2.72.

Réponse à l'échelle d'évaluation du bien-être psychologique



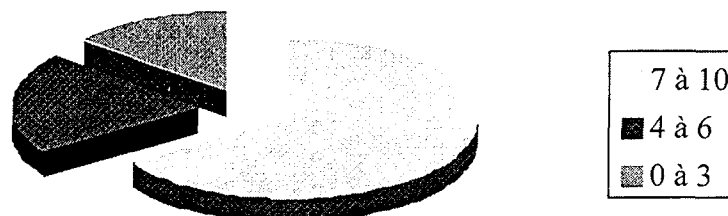
17 personnes se sentent heureuses ou très heureuses (59 %), 8 moyennement heureuses (27 %) et 4 malheureuses voire très malheureuses (14 %).

2.5.4.14) Echelle de satisfaction de la prise en charge à l'hôpital d'enfants en 1994

- réponses de 7 à 10 (satisfait à très satisfait):	19	65 %
- réponses de 4 à 6 (moyennement satisfait):	6	21 %
- réponses de 0 à 3 (pas satisfait du tout):	4	14 %

La moyenne des réponses données à cette échelle est 6.83 avec un écart-type de 3.24.

Réponses à l'échelle de satisfaction de la prise en charge en 1994



19 jeunes parmi les 29 répondeurs sont satisfaits voire très satisfaits de la prise en charge à l'hôpital d'enfants lors de l'hospitalisation de référence, soit 65 %. 6 patients sont moyennement satisfaits soit 21 %, et 4 ne sont pas satisfaits du tout soit 14 %.

3) Corrélations entre les questionnaires « patient » et les questionnaires « parents »

Pour les variables quantitatives, nous avons calculé le coefficient de corrélation (R) de Spearman entre les réponses données par les patients et celles données par leurs parents. Le coefficient R est compris entre 0 et 1. Plus R est proche de 1, plus les variables sont corrélées et inversement, plus il est proche de 0, moins elles sont corrélées.

Les variables quantitatives du questionnaire sont:

- * le nombre de récidives après la TS de référence,
- * la durée du suivi,
- * le nombre d'hospitalisations,
- * et les 5 échelles d'auto-évaluation.

Toutes les autres variables étudiées sont qualitatives avec des possibilités de réponses limitées (réponses par oui ou par non ou choix de réponses limité à 5-6 items). Nous avons comparé ces variables par description des pourcentages.

3.1) Etude des corrélations concernant la vie familiale des anciens suicidants

A propos des questions concernant le fait d'avoir des enfants, leur nombre et leur lieu de vie, les réponses des patients et des parents sont parfaitement corrélées.

Pour la situation familiale des anciens suicidants, nous avons constaté une réponse discordante sur 19. Un patient nous répond avoir divorcé alors que ses parents le classent parmi les célibataires.

Pour le lieu de vie des patients en 2004, nous avons relevé 5 réponses discordantes sur les 20 :

- Un patient déclare vivre chez sa mère, tandis que cette dernière répond qu'il vit seul. Nous avons eu la mère au téléphone avant l'envoi du courrier. Elle était ravie de nous donner des nouvelles de son fils et nous avait déjà livré de nombreux renseignements le concernant lors de cet entretien téléphonique. Nous savons qu'il est célibataire et qu'il travaille dans une ville assez éloignée du lieu de résidence de sa mère depuis un an. Il habite sur son lieu de travail les 5 premiers jours de la semaine et chez sa mère le

week-end. Au vu de leurs réponses, nous pouvons penser que lui considère son lieu de vie principal chez elle, et elle, plutôt dans la ville où il exerce sa profession.

- Un dit vivre seul, alors que dans le questionnaire « parents », la réponse cochée est « autre ». En fait, il s'agit d'un jeune homme vivant en foyer d'hébergement, en attente d'un procès judiciaire. Lorsque nous avons essayé de le joindre par téléphone pour l'inciter à répondre à notre enquête, il n'a pas souhaité nous parler. Nous avons pu converser avec son éducateur qui nous a expliqué sa situation actuelle. Nous lui avons demandé d'essayer de convaincre le patient de remplir le questionnaire, et, à défaut, de répondre lui-même au questionnaire initialement adressé aux parents. Nous avons finalement reçu les deux réponses et avons décidé de les inclure toutes les deux dans l'analyse statistique de la corrélation des réponses « patient »/ « parents ». L'éducateur nous précise que le patient vit en foyer d'hébergement.
- Deux anciens suicidants ont coché « autre » en précisant qu'ils vivaient en colocation, leurs parents respectifs ont répondu qu'ils vivaient seuls.
- Et une ancienne patiente a répondu « autre » alors que la réponse cochée dans le questionnaire « parents » est « en couple ». Il s'agit d'une jeune fille retrouvée initialement par consultation du logiciel « MAPPER ». Elle avait été récemment hospitalisée au Centre Psychothérapique de Nancy. Un courrier a été envoyé à l'adresse de sa mère figurant dans son dossier, elle étant sans domicile fixe. Cette adresse s'est révélée être inexacte. Le psychiatre du service d'hospitalisation a alors été sollicité pour nous donner des renseignements sur son devenir. Cette jeune femme fait très souvent de courts séjours dans ce service hospitalier mais n'adhère à aucun suivi thérapeutique régulier, ce médecin la connaît très bien. Etant la seule personne retrouvée, en contact récent avec elle, nous lui avons demandé de remplir le questionnaire « parents » la concernant, en ne répondant qu'aux items dont il avait connaissance. La consultation des dossiers au tribunal de Nancy nous a finalement permis de retrouver une adresse maternelle plus récente. Seule la patiente a renvoyé son questionnaire. Nous avons alors décidé d'inclure le questionnaire rempli par le psychiatre dans l'analyse de la comparaison entre les questionnaires « patient » et « parents », comme nous l'avons fait pour l'éducateur d'un des patients.

Pour l'échelle de satisfaction dans la vie affective, les réponses des jeunes et de leurs parents sont très corrélées puisque R vaut 0.92 ($p < 0.0001$). La réponse moyenne donnée par les patients est 7.61/10 (DS=3.01), celle donnée par leurs parents est 7.5/10 (DS=2.87).

3.2) Etude des corrélations concernant la vie professionnelle des anciens suicidants

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. Nous avons juste relevé une différence de réponse à la question concernant les échecs professionnels. Un jeune dit en avoir déjà connu alors que ses parents affirment le contraire.

A propos de l'échelle de satisfaction dans la vie professionnelle, la corrélation calculée est assez forte puisque la réponse moyenne des jeunes est 6.11/10 (DS=3.29), celle de leurs parents 6.2/10 (DS=3.56). Le coefficient R vaut 0.75 ($p = 0.0003$).

3.3) Etude des corrélations concernant la santé psychosomatique des anciens suicidants

Ici peu d'items sont parfaitement corrélés. Les réponses totalement en accord pour tous les couples patient/parents répondent sont celles se rapportant à la consommation de psychotropes où 4 couples répondent oui alors que tous les autres répondent non ; au fait de bénéficier d'une allocation pour adulte handicapé où tous les sujets répondent non ; et à la consommation d'alcool quotidienne où nous relevons 3 réponses doubles positives pour 16 négatives. La corrélation entre les réponses des patients et de leurs parents à l'échelle d'évaluation du bien-être psychologique est très forte également. Nous détaillons ce point à la fin de ce paragraphe.

Parmi les items où une ou plusieurs discordances sont notées, celles nous paraissant les plus intéressantes à détailler sont exposées ci-après :

- Récidives suicidaires :

A la question « avez-vous (ou votre enfant a-t-il) refait des tentatives de suicides ? », sur 20 réponses doubles patient/parents, 3 sont discordantes. 3 couples de patient/parents sont en accord et mentionnent des récurrences, les 14 autres n'en signalent pas.

Deux jeunes filles affirment avoir récidivé alors que leurs parents ne sont visiblement pas au courant. Une nous précise à la fin de son questionnaire qu'elle est sortie de l'hôpital d'enfants après sa première tentative de suicide alors que ses problèmes n'étaient pas résolus. Elle écrit ensuite, nous citons : « Tout le monde ignorait quel était le problème. Résultat : deux autres tentatives de suicide. La cause : inceste dont mes parents ignorent toujours »...

Une troisième discordance est mise en évidence dans les questionnaires. Elle concerne un patient dont la mère a été vue en entretien. Il s'agit d'un jeune homme en grande difficulté psychologique, dépendant de l'héroïne et de l'alcool, faisant de nombreux séjours hospitaliers pour motifs divers et variés, et notamment pour coups et blessures dans des contextes d'alcoolisation, pour syndrome de manque, pour récurrences suicidaires. Il dit ne pas avoir récidivé dans son questionnaire, contrairement aux données retrouvées dans les dossiers hospitaliers et aux dires de sa mère.

Concernant le nombre de récurrences après la TS index, sur 19 répondants, la réponse moyenne donnée par les patients est 0.53 (DS=1.17) et celle donnée par leurs parents 1.15 (DS=3.07). La corrélation est assez forte puisque R vaut 0.72 ($p=0.0005$).

- Idées suicidaires :

Sur les 19 réponses doubles données à cet item, 15 sont similaires dont 14 négatives et une positive, et 4 différent.

2 patientes, dont la jeune fille évoquant ses problèmes d'inceste, ont encore des idées suicidaires et n'en ont visiblement pas parlé à leurs parents.

Les 2 autres différences mises en évidence concernent le patient cité ci-dessus, dont la mère a été vue en entretien, et le jeune homme vivant en foyer d'hébergement, pour lequel le questionnaire "parents" a été rempli par son éducateur. Eux répondent ne plus avoir d'idées suicidaires, la mère du premier et l'éducateur de l'autre affirment le contraire.

- Suivi psychologique après la TS de référence :

Sur 18, 15 réponses sont similaires, 8 positives et 7 négatives, 3 différent.

2 jeunes disent avoir eu un suivi, leurs parents répondent non.

Un parent coche oui, son enfant, non.

Les 2 réponses manquantes sont celles de l'éducateur et du psychiatre.

Concernant la durée du suivi, les réponses sont très corrélées. Sur 13 répondants, R vaut 0.99 ($p<0.0001$). La durée moyenne selon les patients est de 10 mois et demi (0.86 an, DS=1.85) et

de 9 mois selon leurs parents (0.75 an, DS=1.52).

- Suivi actuel :

Sur les 20, 2 réponses diffèrent, 18 sont identiques et négatives.

2 jeunes adultes disent ne pas avoir de suivi psychologique actuellement alors que leurs parents ou référents affirment le contraire. Il s'agit du patient dont la mère a été rencontrée en entretien. Son fils est suivi par les médecins de l'Unité Fonctionnelle d'Accueil et de Traitement des Toxicomanes (UFATT) à Nancy pour un sevrage à l'héroïne ; et du jeune homme vivant en foyer, en instance de procès pénal. Son éducateur affirme qu'il est suivi actuellement, lui non.

- Hospitalisations pour problèmes d'ordre psychologique ayant eu lieu entre 1994 et 2004 :

Sur 19 réponses, 16 couples parents/enfant répondent non, un couple répond oui, et 2 couples répondent de façon différente.

Une jeune femme dit avoir été réhospitalisée en 1995, ses parents répondent non à cette question.

Le patient dont la mère a été vue en entretien affirme ne pas avoir été réhospitalisé depuis 1994 alors que sa mère coche « oui ». Lors de l'entrevue, elle a mentionné les très nombreuses hospitalisations de son fils à l'UAUP.

- Sentiment d'être déprimé :

Sur 18 répondants parents et patients, 16 couples répondent de façon identique dont 12 par la négative et 4 par la positive, et 2 répondent différemment. Il s'agit de 2 patients disant se sentir déprimés, alors que leurs parents respectifs ne perçoivent apparemment pas les choses ainsi.

- A propos des échelles d'auto-évaluation :

Comme nous l'avons dit, la corrélation entre les réponses des patients et celles de leurs parents est très forte pour l'échelle évaluant le bien-être psychologique. Sur 20 réponses, R vaut 0.95 ($p < 0.0001$). Les anciens suicidants répondent en moyenne 6.9/10 (DS=2.81), et leurs parents, 7.15/10 (DS=2.87).

Les coefficients de corrélations sont aux alentours de 0.5 (corrélation moyenne) pour les échelles évaluant la santé globale et la satisfaction de la prise en charge à l'hôpital d'enfants : Pour la santé globale, les patients répondent en moyenne 7.65/10 (DS=2.54) et leurs parents 7.3/10 (DS=2.52) ; R vaut 0.51 ($p<0.05$).

Pour la satisfaction de la prise en charge, la réponse moyenne donnée par les anciens suicidants est 7.05 (DS=3.07), celle de leurs parents, 8.18 (DS=2.01) ; R vaut 0.66 ($p<0.05$).

Nous constatons que globalement les questionnaires « patient » et « parents » sont superposables. Le plus grand nombre d'items où des différences sont relevées sont ceux se rapportant à la santé mentale, mais il s'agit de la partie du questionnaire comprenant le plus de questions. D'autre part, pour chaque item, nous n'avons jamais relevé plus de 4 couples parents/patient répondant différemment, et nous voyons qu'il s'agit souvent des mêmes personnes.

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 de référence, par tests du Chi2 pour les variables qualitatives et par tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

4.1) Comparaison selon le sexe et l'âge.

Nous relevons exactement autant de filles parmi les répondeurs que parmi les non-répondeurs (27 dans chacune des populations). Concernant les 11 garçons de la population de départ, 7 ont répondu (63.64 %) contre 4 (36.36 %). La différence n'est pas significative ($p=0.41$).

L'âge des répondeurs au moment de l'hospitalisation de référence est quasiment identique à celui des non-répondeurs (respectivement 14.82 ans en moyenne contre 14.23 ans, $p=0.12$).

4.2) Comparaison selon la structure familiale.

Concernant la situation familiale, les deux populations sont superposables puisque les parents de 18 répondants étaient mariés au moment de l'hospitalisation index (51.43 %) contre 17 chez les non-répondants (48.57 %) ($p=0.88$). 16 couples parentaux étaient séparés chez les répondants (53.33 %) contre 14 (46.67 %) chez les non-répondants.

Pour le contexte familial, la situation est là encore quasiment identique. On note 16 couples parentaux vivant ensemble au moment de l'hospitalisation de référence (55.2 %) chez les répondants contre 13 (44.8 %) chez les non-répondants ($p=0.71$) ; 5 familles monoparentales contre 7, et 12 familles reconstituées contre 10.

Elles ne diffèrent pas non plus concernant l'alcoolisme, les antécédents familiaux de TS et les décès parentaux ($p=0.56$, 0.22 et 0.6), la fratrie, le rang dans la fratrie et l'existence d'une demi-fratrie ($p=0.74$, 0.87 et 0.43), et l'activité professionnelle des parents ($p=0.50$ pour l'activité des pères et 0.64 pour l'activité des mères).

Par contre, l'étude du milieu socioculturel des deux populations montre une différence significative ($p=0.0014$). Les sujets ayant répondu à notre étude sont plus souvent issus de milieux moyennement favorisés et moins souvent issus de milieux défavorisés et très défavorisés que les non-répondants.

Dans la population des répondants, le milieu socioculturel est favorisé dans 5 cas (50 %), moyennement favorisé dans 21 cas (72.4 %), défavorisé dans 5 cas (41.7 %), et très défavorisé dans 3 cas (21.4 %). Chez les non-répondants, il est favorisé dans 5 cas (50 %), moyennement favorisé dans 8 cas (27.6 %), défavorisé dans 7 cas (58.3 %) et très défavorisé dans 11 cas (78.6 %).

Le mode d'hébergement est également significativement différent entre les deux populations. Les répondants sont plus nombreux que les non-répondants à vivre au sein du foyer familial lors de la TS de référence.

30 d'entre eux vivent avec leur famille (65.2 %) contre 16 (34.8 %) chez les non-répondants et 3 (16.7 %) contre 15 (83.3 %) sont placés en foyer socio-éducatif, en famille d'accueil ou en internat ($p=0.0005$).

4.3) Comparaison selon les difficultés et le retard scolaires

La différence entre les deux populations n'est pas significative puisque 17 répondeurs contre 21 non-répondeurs ont des difficultés scolaires (respectivement 44.7 % et 55.3 %, $p=0.15$) et 14 contre 13 ont un retard scolaire (soit 52 % et 48 %, $p=0.82$).

4.4) Comparaison selon les antécédents personnels de TS, les récurrences, les hospitalisations en psychiatrie et le suivi psychologique après la TS de référence

Dans la population des répondeurs, les antécédents de TS sont plus fréquents que dans la population des non-répondeurs, de façon significative.

22 répondeurs (71 %) sont récidivistes lors de la TS de référence contre 9 parmi les non-répondeurs (29 %), et 12 sont primo-suicidants chez les répondeurs (35.3 %) contre 22 chez les non-répondeurs (64.7 %), ($p= 0.0040$).

Concernant les récurrences précoces, les hospitalisations et le suivi, la différence n'est pas significative :

7 répondeurs ont récidivé dans les trois mois (53.8 %) contre 6 non-répondeurs (46.2 %) ($p=0.92$), 7 entre trois mois et un an (46.7 %) contre 8 (53.3 %) ($p=0.29$). Le nombre moyen de récurrences précoces chez les répondeurs est de 0.53 (DS=0.80) et de 0.63 chez les non-répondeurs (DS=0.85), ($p=0.65$). Le nombre moyen de TS pour les répondeurs est 3.1 (DS=2.65) et de 2.4 (DS=1.95) chez les non-répondeurs ($p=0.24$).

La durée moyenne d'hospitalisation est plus élevée pour les répondeurs mais la différence n'est pas significative. Elle est pour eux de 11.4 jours (DS=16.60) alors qu'elle n'est que de 5.5 jours (DS=5.51) pour les non-répondeurs (p vaut 0.093). Le nombre moyen d'hospitalisations en psychiatrie pour les répondeurs est de 3.35 (DS=3.14) contre 2.7 (DS=2.02) chez les non-répondeurs, p vaut 0.34.

La situation est quasiment superposable pour le suivi. 7 répondeurs (46.7 %) n'ont eu aucun suivi après la TS index contre 8 chez les non-répondeurs (53.3 %), 11 ont eu un suivi de moins de 3 mois dans les 2 groupes, et 14 répondeurs un suivi de plus de 6 mois (53.8 %) contre 12 non-répondeurs (46.2 %) ($p=0.90$)

4.5) Comparaison selon le geste employé, la comorbidité, la réalisation d'un bilan psychologique, le mode de sortie et le service d'hospitalisation lors de la TS de référence.

Pour toutes ces variables, les deux populations sont tout à fait superposables. Aucune différence significative n'est mise en évidence, les p sont même souvent proches de 1 (p=1 pour le geste employé, 0.73 pour le bilan psychologique, 0.74 pour le mode de sortie et 0.63 pour l'hospitalisation en service spécialisé).

Une différence un peu plus importante est mise en évidence entre ces deux populations pour la comorbidité mais elle n'est pas statistiquement significative (9 répondants (64.3 %) avaient une pathologie psychiatrique lors de la TS de référence contre 5 non-répondants (35.7 %), p=0.31).

Les deux populations diffèrent donc de façon significative quant à leur milieu socioculturel, leur mode d'hébergement et leurs antécédents personnels de TS au moment de l'hospitalisation de référence. Les répondants viennent plus souvent de milieux moyennement favorisés et moins souvent de milieux défavorisés et très défavorisés que les non-répondants, ils sont plus nombreux à être déjà récidivistes au moment de la TS de référence, et ils vivent plus souvent au sein du foyer familial en 1994 que les non-répondants.

5) Facteurs pronostiques : associations entre les 3 critères retenus et les caractéristiques de la population en 1994

5.1) Etude des associations entre l'activité professionnelle à 10 ans et les caractéristiques de la population de départ

L'analyse a été réalisée sur les 34 répondants (parents répondants seuls et patients). Les associations entre le fait d'avoir une activité professionnelle en 2004 et les caractéristiques initiales ont été testées par des tests de Chi2 ou des tests exacts de Fisher pour les variables qualitatives et par des tests de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

Dans cette population, 23 ont une activité professionnelle, soit 67.65 %, et 11 n'en ont pas, soit 32.35 %.

5.1.1) Analyse de l'activité professionnelle en fonction de l'âge et du sexe

Parmi les garçons répondants, 6 ont activité professionnelle (85.7 %), 1 n'en a pas (14.3 %) ; pour les filles, 17 travaillent (63 %) contre 10 (37 %). La différence entre le sexe et le fait de travailler n'est pas significative ($p=0.38$).

La moyenne d'âge lors de l'hospitalisation de référence des répondants qui ont une activité professionnelle est plus élevée que celle des répondants qui n'en ont pas (15.22 ans avec une DS de 1.57, contre 14 ans avec une DS de 1.48), constatation peu étonnante. La différence n'est pas statistiquement significative ($p=0.052$).

5.1.2) Analyse de l'activité professionnelle en fonction de la structure familiale

Etre immigré ou transplanté n'est pas corrélé au fait de travailler à l'âge adulte. Sur les 6 répondants immigrés ou transplantés, 3 travaillent en 2004, 3 ne travaillent pas.

Avoir des parents mariés ou séparés n'a pas d'incidence sur le fait d'avoir une activité professionnelle à l'âge adulte. Parmi les jeunes qui avaient des parents mariés lors de la TS de référence, 12 ont une activité professionnelle en 2004 (66.7 %) et 6 n'en ont pas (33.3 %).

Parmi ceux qui avaient des parents séparés, 11 travaillent en 2004 (68.75 %) contre 3 (31.25 %). La différence n'est pas significative ($p=0.90$).

Concernant la constitution de la famille, parmi les patients qui avaient des parents vivant ensemble en 1994, 11 travaillent (68.75 %) et 5 ne travaillent pas (31.25 %) ; parmi ceux qui n'avaient qu'un parent, 6 travaillent (85.7 %) contre 1 (14.3 %) ; et parmi ceux qui venaient d'une famille reconstituée, 6 travaillent (60 %) contre 4 (40 %). Les différences ne sont pas significatives ($p=0.48$).

Le fait d'avoir des parents en activité professionnelle et le fait d'avoir un parent alcoolique n'est pas prédictif du fait de travailler à l'âge adulte dans cette étude ($p=1$ pour chacune de ces variables).

Parmi les patients qui ont un parent décédé en 1994, 4 travaillent (57 %) et 3 ne travaillent pas (43 %) ; parmi ceux dont les deux parents étaient encore en vie en 1994, 19 ont une activité

professionnelle (70.4 %) contre 8 (29.6 %). La différence n'est pas significative ($p=0.66$).

Le niveau socioculturel en 1994 n'influe pas non plus sur la probabilité future d'avoir un emploi. Parmi ceux qui avaient un niveau socioculturel favorisé, 4 travaillent (80 %) contre 1 (20 %) ; 15 de ceux qui avaient un niveau socioculturel moyennement favorisé travaillent (71.4 %) contre 6 (28.6 %) ; et 4 de ceux qui avaient un niveau socioculturel défavorisé et très défavorisé travaillent (50 %) contre 4 (50 %) ($p=0.63$).

En analysant la fratrie, nous pouvons dire que plus la famille des répondeurs est nombreuse, moins ils ont un emploi à l'âge adulte, la différence est significative. Pour les 23 personnes qui ont une activité professionnelle, le nombre moyen d'enfants dans la fratrie est de 3.17 avec une DS de 1.47, et pour ceux qui ne travaillent pas, le nombre moyen d'enfants est de 4.55 avec une DS de 1.75 ($p=0.049$).

En revanche, le rang dans la fratrie et le fait d'avoir ou non une demi-fratrie ne sont pas corrélés statistiquement au fait d'avoir une profession à l'âge adulte ($p=0.078$ et 0.96).

Le mode d'hébergement influe également sur le fait d'avoir une activité professionnelle dans cette étude. Les patients vivant chez leurs parents en 1994 sont plus nombreux à avoir un emploi en 2004 que les autres. Parmi eux, 22 travaillent en 2004 (73.3 %) contre 8 dans l'autre groupe (26.7 %) ; et parmi les 3 répondeurs vivant hors du foyer familial en 1994, aucun ne travaille ($p=0.03$).

5.1.3) Analyse de l'activité professionnelle 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 des facteurs pronostiques de l'activité professionnelle à l'âge adulte dans cette étude. Autrement dit, les patients ayant des difficultés et/ou un retard scolaires, sont aussi nombreux à avoir une profession en 2004 que ceux qui n'avaient ni difficultés ni retard scolaires en 1994 (pour les difficultés scolaires $p=0.71$, pour le retard scolaire $p=1$).

5.1.4) Analyse de l'activité professionnelle en fonction des antécédents personnels de TS, des récurrences précoces et à long terme, du suivi post-TS, de l'hospitalisation en milieu spécialisé et de la durée d'hospitalisation en 1994

Parmi les patients récidivistes lors de la TS de référence, 17 travaillent en 2004 (77.3 %) et 5 ne travaillent pas (22.7 %). Parmi les primo-suicidants, 6 travaillent (50 %) et 6 ne travaillent pas (50 %). La différence n'est pas significative ($p=0.14$).

Pour les récurrences précoces, la différence n'est pas significative non plus. Parmi les jeunes ayant récidivé à 3 mois, 5 travaillent (71.4 %) et 2 ne travaillent pas (28.6 %). Et parmi ceux qui n'ont pas récidivé à 3 mois, 17 ont une activité professionnelle (65.4 %) contre 9 (34.6 %) ($p=1$). 57 % des patients ayant récidivé à un an travaillent en 2004 contre 43 % ; et 68 % des non-récidivistes ont une profession contre 32 % ($p=0.67$).

L'étude du suivi psychologique après la TS de référence montre que les adolescents qui ont eu un suivi de plus de 6 mois ne sont pas, de façon significative, plus nombreux à avoir une activité professionnelle en 2004 que ceux qui n'ont pas eu de suivi ou un suivi de courte durée (moins de 3 mois). Ils sont 12 à travailler dans le groupe de ceux qui ont un suivi de plus de 6 mois (85.7 %) contre 2 qui ne travaillent pas (14.3 %) ; et 10 à travailler dans le groupe de ceux qui n'ont pas eu de suivi ou un suivi de moins de 3 mois (55.5 %) contre 8 (44.5 %) ($p=0.14$).

L'hospitalisation en service spécialisé n'a pas d'incidence non plus sur l'activité professionnelle future. 6 anciens suicidants hospitalisés en pédopsychiatrie (85.7 %) travaillent en 2004, 1 ne travaille pas (14.3 %) ; et parmi les patients hospitalisés dans un autre service de l'hôpital d'enfants, 8 ont une profession (57.14 %) contre 6 (42.86 %) ($p=0.18$).

En revanche, dans notre étude, nous constatons que les patients qui ont une profession en 2004 ont bénéficié d'une hospitalisation en moyenne plus longue que ceux qui n'en ont pas. La différence est significative. La durée moyenne d'hospitalisation des « travailleurs » est de 15.28 jours avec une déviation standard de 19.64, contre 4.4 jours pour les sans emploi (DS=3.75) ($p=0.027$).

5.1.5) Analyse de l'activité professionnelle en fonction du geste employé lors de la TS de référence, de la comorbidité et de la réalisation d'un bilan psychologique

La réalisation d'un bilan psychologique lors de l'hospitalisation en 1994, le geste employé pour la tentative de suicide et la comorbidité ne modifient pas le devenir professionnel à long terme ($p=1, 0.27$ et 0.68).

Pour résumer, nous constatons que, dans cette étude, l'avenir professionnel est corrélé de façon significative avec le mode d'hébergement, le nombre d'enfants dans la fratrie et la durée d'hospitalisation.

Les adolescents vivant chez leurs parents lors de la TS index, ceux venant de familles peu nombreuses et ceux qui ont bénéficié d'une hospitalisation en moyenne plus longue ont plus souvent une activité professionnelle à l'âge adulte que les jeunes vivant hors du foyer familial, ceux venant de familles nombreuses et ceux dont la durée d'hospitalisation était en moyenne plus courte.

5.2) Etude des associations entre le bien-être psychologique à 10 ans et les caractéristiques de la population de départ

Les associations entre le bien-être et les caractéristiques initiales ont été testées par une analyse bivariée par tests de Wilcoxon ou de Kruskal Wallis pour les variables qualitatives et par des coefficients de corrélation de Spearman pour les variables quantitatives. Elles ont été réalisées pour les 29 patients répondeurs. Rappelons que le coefficient R de corrélation est égal à 0 quand il n'y a pas de corrélation entre les variables testées et est égal à 1 quand la corrélation est parfaite.

5.2.1) Analyse du bien-être psychologique en fonction du sexe et de l'âge

Les garçons cotent en moyenne leur bien-être psychologique moins bien que les filles (5.14, DS=2.79, contre 7.41, DS=2.52). La différence n'est cependant pas tout à fait significative ($p=0.06$).

Pour l'âge, le coefficient de corrélation est égale à -0.11 , il n'est pas différent de 0 ($p=0.6$, soit >0.05). Il n'y a pas de corrélation entre le bien-être psychologique des répondeurs et leur âge au moment de la TS de référence.

5.2.2) Analyse du bien-être psychologique en fonction de la structure familiale

Nous n'avons pas mis en évidence de corrélation entre le bien-être psychologique des anciens suicidants et :

- le statut marital de leurs parents en 1994,
- l'alcoolisme parental,
- le décès d'un parent,
- l'activité professionnelle des parents,
- les antécédents familiaux de TS,
- la fratrie et la demi-fratrie,
- et le milieu socioculturel.

Pour le mode d'hébergement, les 26 répondants vivant chez leurs parents lors de la TS de référence répondent en moyenne 7.1 à l'échelle de bien-être (DS=2.48) alors que les 2 répondants venant de foyer socio-éducatif répondent 3 (DS=4.24). La différence n'est toutefois pas significative ($p=0.14$).

5.2.3) Analyse du bien-être psychologique en fonction des difficultés et du retard scolaires

Là non plus, nous ne constatons pas de différence dans les réponses en fonction des répondants. Qu'ils aient eu ou non des difficultés et/ou un retard pendant leur scolarité ne modifie pas leur bien-être à long terme ($p=0.32$ et 0.27).

5.2.4) Analyse du bien-être psychologique en fonction des antécédents personnels de TS, des récidives à court et à long termes, du suivi post-TS, de l'hospitalisation en service spécialisé et de la durée d'hospitalisation

Le bien-être à long terme n'est pas corrélé à ces différents items.

Les primo-suicidants en 1994 répondent en moyenne 8 à cette échelle d'auto-évaluation (DS=1.95) contre 6.17 (DS=2.93) pour les patients récidivistes lors de la TS de référence ($p=0.12$).

Ceux ayant récidivé dans les trois mois suivant l'hospitalisation index répondent en moyenne

6.33 (DS=3.39), les autres, 7 (DS=2.59) (p=0.71).

Et les récidivistes à un an cochent en moyenne 5.17 (DS=2.64), les non-récidivistes en moyenne 7.3 (DS=2.62) (p=0.09).

Les moyennes des réponses se situent à 5.8 (DS=3.22) pour les patients ayant bénéficié d'un suivi de moins de 3 mois et 7.7 (DS=2.2) pour les patients sans suivi et ceux ayant bénéficié d'un suivi de plus de 6 mois (p=0.31).

Les patients hospitalisés en pédopsychiatrie s'estiment un peu plus heureux que ceux hospitalisés dans un autre service. Ils répondent en moyenne 7.4 (DS=1.99) à l'échelle du bien-être psychologique contre 6.3 pour les autres (DS=2.7). La différence n'est pas significative (p=0.4).

Aucun lien n'est mis en évidence entre la durée d'hospitalisation et le bien-être à long terme. Le coefficient R n'est pas différent de 0 (R= - 0.03, p=0.90).

5.2.5) Analyse en fonction de la comorbidité, de la réalisation d'un bilan psychologique et du geste employé lors de la TS index

Les patients sans pathologie psychiatrique décelée lors de l'hospitalisation de référence répondent en moyenne 7.05 (DS=2.89), et ceux ayant une pathologie psychiatrique répondent en moyenne 6.29 (DS=2.22). La différence n'est pas significative (p=0.31).

Ceux ayant bénéficié d'un bilan psychologique en 1994 estiment leur bien-être en moyenne à 6.25 sur 10 (DS=2.49), et ceux n'en ayant pas bénéficié à 7.62 (DS=2.90). La différence n'est pas significative (p=0.091).

Pour le geste employé lors de la TS index, les anciens suicidants par IMV répondent en moyenne 6.92 (DS=2.9), les autres 6 (DS=1) (p=0.39).

Nous constatons qu'aucune association n'est mise en évidence à l'analyse bivariée du bien-être psychologique et des caractéristiques de départ des suicidants.

Cependant, nous pouvons tout de même dire que les réponses moyennes à cette échelle d'auto-évaluation sont un peu plus élevées :

- pour les filles que pour les garçons ;
- pour les patients vivant au domicile parental que pour ceux vivant en foyer, en famille d'accueil ou en internat ;
- pour les non-récidivistes que pour les récidivistes ;
- pour les suicidants qui n'ont pas bénéficié de bilan psychologique que pour ceux qui en ont bénéficié.

5.3) Etudes des associations entre le nombre de récidives totales et les caractéristiques de la population de départ

Ces associations ont été testées par une analyse bivariée à l'aide de tests de Wilcoxon ou de Kruskal Wallis pour les variables qualitatives et des coefficients de corrélation de Spearman pour les variables quantitatives. Les données pour le nombre de récidives totales proviennent des dossiers médicaux et des réponses des patients aux questionnaires. Dans le cas de la jeune F., ils proviennent des dossiers et des renseignements obtenus par ses parents lors d'un entretien.

Comme déjà dit plus haut, 12 patients n'ont fait aucune récidive dans les 10 ans (35 %), 9 ont récidivé 1 fois (26 %), 5 ont récidivé 2 fois (15 %), 3 ont récidivé 3 fois (9 %), 1 a récidivé 5 fois (3 %) et 4 ont récidivé 10 fois ou plus (12 %).

5.3.1) Analyse des récidives en fonction du sexe et de l'âge

Parmi les 7 garçons répondeurs, le nombre moyen de récidives après la TS index est de 2.29 (DS=3.59), il est de 2.11 (DS=3.08) pour les 27 filles. La différence n'est bien sûr pas significative ($p=0.96$).

Pour l'âge, le coefficient R n'est pas différent de 0 ($p>0.05$).

Le nombre moyen de récidives totales après la TS index n'est donc pas lié à l'âge et au sexe.

5.3.2) Analyse des récidives en fonction de la structure familiale

Nous n'avons relevé aucune différence significative entre le nombre moyen de récidives et l'étude de la structure familiale.

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 ($p > 0.05$). Il s'agit de l'alcoolisme parental et du mode d'hébergement.

Les suicidants ayant un parent alcoolique en 1994 ont fait 2.9 récidives en moyenne après la TS de référence (DS=3.45) contre 1.7 pour les autres (DS=2.9) ($p=0.14$).

Les patients vivant chez leurs parents ont récidivé 1.6 fois en moyenne après la TS index (DS=2.65), ceux vivant hors du foyer familial, 5 fois en moyenne, la différence est presque significative ($p=0.053$).

5.3.3) Analyse des récidives en fonction des difficultés et du retard scolaires

Plus le retard scolaire est important, plus les patients récidivent, la différence n'est cependant pas tout à fait significative. Pour les suicidants n'ayant pas de retard scolaire, le nombre moyen de récidives est de 1.07 (DS=1.33), pour ceux ayant un an de retard lors de la TS de référence le nombre moyen est de 1 (DS=1.25), et pour ceux ayant redoublé deux fois ou plus, il est de 4.8 (DS=4.56) ($p=0.057$).

L'analyse de l'association des récidives avec les difficultés scolaires montre que les sujets sans difficulté récidivent en moyenne 1.73 fois (DS=2.68), alors que ceux qui ont des difficultés récidivent en moyenne 2.47 fois (DS=3.48). La différence n'est pas significative ($p=0.56$).

5.3.4) Analyse des récurrences en fonction des antécédents personnels de TS, des récurrences précoces, du suivi, de l'hospitalisation en service spécialisé et de la durée d'hospitalisation

Les patients primo-suicidants lors de la TS index ont moins récidivé que les patients qui avaient déjà réalisé des gestes suicidaires avant l'hospitalisation de référence. Les primo-suicidants ont refait en moyenne 1.36 TS (DS=2.84) après celle de référence contre 2.7 (DS=3.27) pour les récidivistes. La différence est significative ($p=0.02$ soit <0.05).

Les patients récidivistes à 3 mois et/ou à 1 an ont réalisés plus d'actes auto-agressifs au total que les patients n'ayant pas fait de récurrence précoce. Les récidivistes à trois mois ont refait 3.14 TS en moyenne (DS=3.13), les non-récidivistes à trois mois, 1.58 (DS=2.74) ($p=0.027$). Les récidivistes à un an en ont refait 4.78 en moyenne (DS=4.12), contre 1.2 (DS=2.08) pour les non-récidivistes à 1 an. La différence est là encore significative ($p=0.006$).

Concernant l'hospitalisation en service spécialisé, les 8 patients concernés ont un taux moyen de récurrence plus élevé que les autres (3.25 avec une déviation standard de 4.23, contre 1.68 avec une DS de 2.65). La différence n'est cependant pas significative ($p=0.36$).

Le coefficient de corrélation étudiant l'association entre la durée d'hospitalisation et le nombre moyen de récurrences n'est pas différent de 0 ($R=0.29$, $p>0.05$). Il n'y a donc pas de corrélation entre ces deux variables.

5.3.5) Analyse des récurrences en fonction de la comorbidité, du geste employé lors de la TS index et de la réalisation d'un bilan psychologique au moment de l'hospitalisation de référence

Les patients pour lesquels aucun trouble psychiatrique n'a été décelé ont récidivé en moyenne 1.44 fois (DS=2.22). Ceux souffrant d'une pathologie psychiatrique au moment de la TS de 1994 ont fait 4.11 TS en moyenne après celle de référence (DS=4.46). La différence n'est toutefois pas significative ($p=0.078$).

Nous n'avons pas non plus retrouvé de corrélation entre le nombre total de récurrences et le

geste employé lors de la TS de référence. Le nombre moyen de récurrences pour les patients ayant fait une IMV est de 2.34 (DS=3.33) contre 1 pour ceux qui ont utilisé d'un autre moyen (DS=1.41) ($p=0.53$).

Par contre, **les suicidants ayant bénéficié d'un bilan psychologique lors de l'hospitalisation index ont fait plus de récurrences que les autres.** Les taux sont significatifs. Le taux moyen de récurrences pour les patients concernés est de 3.42 (DS=3.69) contre 0.53 pour les autres (DS=0.83, $p=0.0027$).

A l'étude des associations entre le nombre total de récurrences et les caractéristiques initiales des suicidants, nous pouvons dire que les patients déjà récidivistes lors de la TS index, ceux ayant récidivé précocement (dans les 3 mois suivant la TS de référence et entre 3 mois et 1 an), et ceux ayant bénéficié d'un bilan psychologique lors de l'hospitalisation de 1994 ont plus souvent récidivé dans les 10 ans que les autres.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION

I/ Analyse des résultats

1) Analyse de la population en 2004

Pour nous résumer après cette longue série de chiffres, nous constatons que les répondeurs ont en majorité entre 24 et 26 ans, 50 % vivent en couple et ont un ou plusieurs enfants. Ils sont un peu plus de la moitié à avoir un conjoint. 70.5 % déclarent être heureux dans leur vie affective. Plus de deux sur trois ont un emploi. Ils sont employés de commerce pour la plupart ou exercent une profession de type intermédiaire dans la nomenclature des catégories socioprofessionnelles. 76 % ont un niveau scolaire équivalent ou supérieur au BEP. Ils ne sont cependant que 41 % à être vraiment satisfaits de leur emploi. 24 % ont des problèmes de santé, 21 % consomment des psychotropes, 14 % consomment de l'alcool tous les jours, et 21 % consomment des drogues. 24 % ont encore des idées suicidaires, 38 % se sentent déprimés. Ils ne sont que 55 % à avoir eu un suivi après la TS. Deux sont encore suivis actuellement. 15 % ont déjà eu à faire à la justice. 72,5 % s'estiment être en bonne santé, et 59 % se sentent heureux. La persistance de troubles psychoaffectifs sévères est retrouvée chez 5 répondants, soit 17% :

- Deux sont polytoxicomanes, alcooliques, sans domicile, et multiplient les hospitalisations pour divers motifs, et notamment récidives suicidaires.
- Une ne parvient pas à établir de relation affective stable, reste enfermée dans une problématique de dépression et d'anorexie mentale émaillée de nombreuses récidives suicidaires.
- Le quatrième fait également des tentatives de suicide à répétition motivées par des disputes avec ses proches. Il présente une immaturité affective importante d'après les notes des psychiatres de l'UAUP où il fait de courts séjours régulièrement. Il ne parvient pas à établir un suivi psychothérapeutique régulier. Il a de nombreux antécédents de passages à l'acte délictueux qui l'ont amené à différents démêlés avec la justice. Il est actuellement en cours de procès judiciaire pour « affaire de viol », se sent dépassé par sa crainte d'être incarcéré. Il est demandeur d'hospitalisation et réalise de nombreux gestes suicidaires à la recherche de bénéfices secondaires, pour échapper à son procès.

- Le dernier, vu en entretien, présente toujours à l'heure actuelle des problèmes névrotiques anciens, en partie liés à des troubles relationnels avec son père et à une homosexualité encore mal assumée. Il présente de nombreux éléments phobiques dans la relation avec les autres (se cache derrière sa casquette). Plusieurs récives suicidaires ont émaillé son parcours, la dernière en 2001. Cette fragilité narcissique nécessiterait une psychothérapie. Il en a conscience et désirerait la débiter rapidement mais ne parvient pas à franchir le pas. L'angoisse et la peur le submergent.

Par ailleurs, nous avons pu retrouver des informations dans les dossiers médicaux de 2 patients non-répondeurs, et d'après un document joint au questionnaire par les parents d'une troisième. Nous avons décidé de ne pas les inclure dans nos résultats, ne répondant pas aux critères de notre étude (pas de réponse au questionnaire de leur part). Il nous semble cependant intéressant de les citer. Nous les retranscrivons plus en détails dans la troisième partie de ce chapitre.

D'après ces données, nous savons qu'une patiente présentait encore, en 2003, date de la dernière hospitalisation portée à notre connaissance, de nombreux troubles, notamment alimentaires, anxio-dépressifs, relationnels, de la personnalité (de type abandonnique), avec des idées suicidaires persistantes et de nombreux passages à l'acte auto-agressifs.

La deuxième, incarcérée jusqu'à la fin de l'année 2002 pour meurtre à l'âge de 14 ans, présentait une personnalité très fragile en voie d'évolution sur un mode psychotique à forte composante perverse en 1995. Nous n'avons pas de ses nouvelles, cependant, le pronostic établi lors de l'hospitalisation de référence, ainsi que par les experts qui l'ont examinée au moment de son procès judiciaire, était très sombre, laissant suggérer une persistance de ses troubles à l'âge adulte.

La troisième semble présenter des troubles relationnels persistants avec une instabilité affective d'après les écrits de son père, que nous relatons peu après. Elle ne semble pas en mesure de s'occuper quotidiennement de son fils de 4 ans, en attente de placement chez ses grands-parents.

Nous pouvons dire d'après ces résultats, qu'environ 65 % des anciens suicidants n'ont pas de problèmes particuliers et s'estiment globalement heureux et en bonne santé, 17 % présentent une pathologie psychiatrique chronique avec souvent la répétition d'actes auto-agressifs (ce taux passe à 25 % si nous comptons les 3 patientes non-repondantes pour qui nous avons des informations relativement récentes), et le dernier groupe (18 %) se situe dans une position intermédiaire.

L'étude des récurrences suicidaires montre cependant des taux très élevés. En effet, nous avons vu que sur les 60 patients pour lesquels nous avons pu retrouver cette donnée, 33 ont récidivé, soit 55 % ! Qui plus est, ce taux est probablement sous-estimé. Parmi les 5 non-répondeurs pour lesquels aucune récurrence n'a été retrouvée dans les données hospitalières, certains ont pu récidiver. De plus, nous avons vu qu'un nombre non négligeable de patients répondeurs a nié les récurrences et les hospitalisations en milieu psychiatrique qui ont émaillé leur parcours. Nous pouvons donc imaginer que les répondeurs affirmant ne pas avoir récidivé, et pour lesquels nous n'avons pas retrouvé de notion de récurrence dans les dossiers, ont pu eux aussi faire cette affirmation à tort. Enfin, les principales TS relevées proviennent des données hospitalières. La plupart des TS n'ayant pas donné suite à une hospitalisation ne sont pas comptabilisées dans ce taux.

Les discordances au sujet des récurrences suicidaires entre les données des répondeurs et les dossiers médicaux concernent 7 patients. Pour 6 d'entre eux, il s'agit de récurrences relativement précoces dans la mesure où elles ont lieu avant 1996. Mais pour une patiente, il s'agit d'une IMV en septembre 1999.

Pour les hospitalisations, elles concernent 11 patients, dont 3 ont encore été très récemment hospitalisés à l'UAUP (en 2004). Parmi ces 11 personnes, nous retrouvons les 7 qui ont affirmé à tort ne pas avoir récidivé. 4 ont répondu « oui » à la question « avez-vous refait des tentatives de suicide ? » mais « non » à la question « avez-vous été réhospitalisé pour un problème psychologique ? ».

Concernant ces 4 patients :

- Un a refait une IMV en mars 2004 et a été hospitalisé une nuit à l'UAUP.
- Un a récidivé au moins 10 fois depuis 1994. Il a notamment fait 4 TS en une semaine pour lesquelles il a été hospitalisé à l'UAUP à la fin du mois d'août 2004, dans un contexte de procédure judiciaire pour viol et attouchements. A la question « avez-vous

eu à faire à la justice ? », il nous répond cependant « oui ».

- Un autre est hospitalisé très souvent à l'UAUP pour coups et blessures dans des contextes d'alcoolisation et de prises de drogues. La dernière hospitalisation pour IMV retrouvée dans son dossier date de juin 2004, elle était très sévère avec rhabdomyolyse, inhalation et collapsus.
- Un a été hospitalisé à l'UAUP en octobre 1996 et en juin 1997 pour IMV, et en mars 1997 pour agitation psychomotrice. Cette personne a été vue en entretien, nous avons pu l'interroger sur la question. Nous détaillons sa réponse ci-après.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces discordances dans les réponses :

- La reprise de contact des patients après une tentative de suicide n'est pas une démarche anodine. Elle peut-être source de résurgence de souvenirs pénibles (75). Lachaux et Terra, dans leur publication de 1993 (76) concernant la passation de tests en psychiatrie, soulignent que « derrière l'innocence apparente des questions se profile la menace éventuelle de ce qu'elles évoquent ». Dans cette hypothèse, les patients qui ont répondu « non » aux questions concernant les récidives et les hospitalisations, qui sont loin d'être les plus anodines de notre questionnaire, l'ont peut-être fait pour éviter de se remémorer les souvenirs pénibles de périodes difficiles de leur vie, ne pas se soumettre à nouveau au poids de la culpabilité et de la tension insupportable qu'ils ressentaient à ces moments là, pour ainsi se préserver de toute résurgence de symptômes par le réveil de ces souvenirs.
- Lorsque les récidives et les hospitalisations ont été rapprochées, les patients ont pu estimer qu'elles représentaient une seule et même entité s'inscrivant dans un continuum de souffrance associée à une période de leur vie, qu'elles traduisaient toutes l'expression du même malaise ressenti à ce moment là. Ils ne les interprètent peut-être pas comme des récidives.
- Pour les 4 personnes qui ont répondu « oui » à la question des récidives et « non » à celle des hospitalisations, peut-être estiment-elles que les hospitalisations ont été trop courtes pour les considérer comme telles ? (La majorité de ces hospitalisations ont été d'une nuit). C'est la réponse que nous a donnée la patiente concernée rencontrée en entretien.

- La formulation du questionnaire aux items: « avez-vous refait des tentatives de suicide ? » et « avez-vous été hospitalisé(e) d'autre fois pour un problème psychologique ? » peut induire un manque de précision quant aux tentatives de suicide et hospitalisations de l'année 1994 (si le patient a fait plusieurs TS et/ou s'il a été hospitalisé plusieurs fois cette année là).
- Un parent répondeur seul est également concerné par cette constatation puisqu'il n'a pas mentionné la récurrence suicidaire de sa fille dans le questionnaire. Nous n'avons pas tenu compte de sa réponse dans l'analyse des taux de récurrences, cependant l'étude de l'histoire de cette famille permet d'émettre et d'illustrer une autre hypothèse. Cette personne est la mère de deux filles incluses dans notre étude. Son mari est décédé dans un accident de voiture en 1992 à la suite de quoi elle a présenté un syndrome anxio-dépressif chronique. Ses six filles ont été placées en famille d'accueil et en foyer socio-éducatif. Deux de ses filles ont été hospitalisées pour TS à l'hôpital d'enfants en 1994. Sur les quatre questionnaires envoyés à la mère, nous avons reçu le questionnaire « patient » de la plus jeune des deux, M., et le questionnaire « parents » de l'autre, L.

M. fait partie des 4 personnes ayant récidivé au moins dix fois. Dans son questionnaire, elle coche « 0 » à toutes les échelles d'auto-satisfaction, et « oui » à tous les items sauf ceux concernant le suivi psychologique. Elle nous précise qu'elle est Sans Domicile Fixe, mère de jumeaux placés en famille d'accueil, qu'elle a redoublé toutes les classes et que son niveau d'étude est le Cours Préparatoire (!), que son activité professionnelle consiste à « faire la manche », qu'elle fume 5 paquets de cigarettes par jour, qu'elle a refait au moins 3 TS et qu'elle a été réhospitalisée pour problèmes psychologiques au moins 5 ou 6 fois. Nous avons pu avoir accès à son dossier médical au CPN. Elle y fait de courts séjours très régulièrement, souvent pour IMV. Elle est effectivement en grande difficulté dans sa vie. Elle est alcoolique, polytoxicomane, sans profession, sans domicile.

Le questionnaire rempli par la mère, concernant L., fait état d'un tout autre constat. Inversement à M., elle coche « 10 » à toutes les échelles d'auto-évaluation, nous répond que sa fille est mariée, a trois enfants à sa charge, vit en couple et est très heureuse dans sa vie affective. Elle est mère au foyer, fume 3 paquets par jour mais ne

boit pas, ne se drogue pas, n'a pas récidivé, n'a plus d'idée suicidaire, n'est pas déprimée, n'a pas reconsulté en psychiatrie et n'a pas été réhospitalisée. Nous avons pu voir dans son dossier qu'elle avait pourtant renouvelé son acte suicidaire 9 mois après la tentative index.

Le contraste entre ces deux questionnaires totalement opposés, nous incite à nous poser la question d'une sur-estimation par la mère de la situation psychosociale de sa fille aînée en réaction au devenir sombre de sa cadette. Peut-être a-t-elle « préféré » oublier les difficultés qui ont pu émailler l'adolescence de L. et notamment les récurrences suicidaires, pour ne garder en mémoire que les aspects positifs de sa vie actuelle. Le fait qu'elle n'ait répondu qu'à un seul questionnaire sur les deux que nous lui avons adressés, celui de L., conforte cette supposition.

- Nous pouvons étendre cette hypothèse aux anciens suicidants allant bien actuellement. Il est possible qu'ils maximisent le côté positif de leur situation actuelle en opposition aux moments très difficiles de leur parcours. Leur état psychologique plus favorable n'en reste peut-être pas moins encore un peu précaire. Peut-être n'assument-ils pas encore totalement les solutions mises en œuvre pour pallier les impasses dans lesquelles ils se sont trouvés. L'assurance de leur bien-être psychologique est peut-être encore trop incertaine pour leur permettre d'évoquer les récurrences suicidaires passées.

2) Analyse des corrélations entre les questionnaires « patient » et « parents »

Dans notre étude, nous avons décidé de retenir en priorité les réponses des anciens suicidants quand nous disposions des deux questionnaires « patient » et « parents » et de ne pas prendre en considération les réponses des parents répondants seuls aux items se rapportant à la santé mentale et aux échelles d'auto-évaluation. Nous avons procédé ainsi pour minimiser les risques d'erreurs. A notre sens, les questions se rapportant à ces sujets sont trop personnelles et subjectives pour qu'une tierce personne, la plus proche du sujet concerné soit-elle, puisse y répondre avec exactitude. A fortiori lorsque cette tierce personne est fortement liée affectivement au sujet dont il est question, et que les items se rapportent à des événements de vie difficilement supportables pour les proches (comme les récurrences et la persistance d'idées suicidaires, les hospitalisations pour problèmes psychologiques, le sentiment d'être

déprimé...).

Marie Choquet et Virgine Granboulan, dans leur enquête sur « les jeunes suicidants à l'hôpital » (27), ont procédé par questionnaires adressés aux jeunes et à leurs parents. Certaines questions étaient communes aux deux types de questionnaires, ce qui leur a permis de comparer les perceptions de chacun face au geste suicidaire et à la prise en charge hospitalière qui a suivi. Elles ont montré qu'en ce qui concerne le facteur déclenchant et le sens de l'acte suicidaire, les parents perçoivent bien les causes immédiates qui ont déclenché la TS de leur enfant. Mais, en ce qui concerne le sens que les jeunes donnent à leur acte, il existe des différences importantes entre les réponses des parents et celles des adolescents. Alors que 40 % des jeunes déclarent avoir voulu mourir, seulement 7 % des parents reconnaissent cette intention chez leur enfant. Pour les auteurs, cette différence s'explique probablement par un déni de la part des parents pour lesquels il est très difficile d'accepter ou d'imaginer un tel désir chez leur enfant. Ils interprètent avant tout le geste suicidaire comme un appel au secours, idée plus supportable et qui les laisse moins impuissants. On comprend bien que lorsque les questions touchent à des sujets sensibles comme les actes ou les pensées suicidaires, les réponses des parents peuvent être faussées par le déni de ces actes et de ces pensées de la part de leur enfant.

Nous avons tout de même tenu à ce que les parents répondent au même questionnaire que leur enfant. D'une part pour augmenter nos chances de connaître le devenir d'un maximum de patients, d'autre part, parce que la parole n'est pas souvent donnée aux parents dans les études sur les tentatives de suicide des adolescents (27). Il nous semblait intéressant d'avoir leur point de vue pour pouvoir le comparer à celui de leur enfant, d'autant que nous passions par leur intermédiaire pour retrouver ce dernier. De plus, dans le cadre des grandes difficultés à l'adolescence, nous pensons que la collaboration des parents est essentielle et indispensable à la mise en place d'un projet thérapeutique auprès des jeunes.

A l'étude des corrélations entre les deux types de questionnaires, nous avons pu constater que la majorité des réponses était superposable, même lorsqu'elles portaient sur les items se rapportant à l'état psychologique des sujets étudiés et aux échelles d'auto-évaluation, contrairement à ce que nous avons supposé. En effet, nous avons vu que la corrélation était très forte pour l'échelle de satisfaction dans la vie affective et pour celle évaluant le bien-être psychologique, et assez forte pour l'échelle de satisfaction dans la vie professionnelle. Pour

les autres échelles, évaluant la satisfaction de la prise en charge à l'hôpital d'enfants et la santé globale, la corrélation est moyenne. Pour les récidives suicidaires, le sentiment d'être déprimé et les hospitalisations dans les 10 ans, seulement 2 réponses diffèrent sur respectivement 20, 19 et 18 réponses doubles. Pour les idées suicidaires, 4 sont discordantes sur 19.

Pour les variables plus objectives concernant le devenir social, nous avons pu constater que la corrélation des réponses était parfaite aux questions portant sur les enfants des anciens suicidants, sur l'activité professionnelle de ces derniers et sur leur scolarité.

Concernant le lieu de vie et la situation familiale, des discordances ont été relevées.

Pour le lieu de vie, 5 ont été mises en évidence sur 20. Il s'agit du taux de discordance le plus élevé de cette analyse statistique. En étudiant les questionnaires, nous constatons que les disparités dans les réponses sont essentiellement de l'ordre d'une différence d'interprétation des répondants. Cette question paraissant de prime abord tout à fait objective, s'est finalement révélée empreinte d'une certaine subjectivité :

- Pour les jeunes vivant en colocation, il semble important de préciser qu'ils ne vivent pas seuls, même si leur(s) compagnon(s) de vie commune n'est pas leur époux (se) ou leur concubin(e). Alors que pour les parents, si leur enfant ne vit pas en couple, ils considèrent visiblement qu'il vit seul.
- Le jeune vivant en foyer d'hébergement dit vivre seul alors qu'il semble important à son éducateur de préciser son lieu de vie avec plus d'exactitude.
- Concernant le jeune homme habitant la majeure partie de la semaine dans la ville où il travaille et l'autre partie chez sa mère, nous avons perçu une certaine tristesse dans le discours de la mère lors de l'évocation du départ de son fils dans une autre ville pour cause professionnelle. Elle nous a confié mal vivre cette séparation. Nous pouvons alors imaginer que son fils ressent une certaine culpabilité à s'être éloigné de sa mère, ce qui expliquerait qu'il témoigne vivre encore avec elle alors qu'elle évoque le contraire.
- La dernière discordance retrouvée concerne la jeune fille M. Le psychiatre ayant répondu au questionnaire initialement destiné aux parents, a répondu qu'elle vivait en couple alors qu'elle nous dit vivre seule. Il faut préciser que plusieurs mois se sont écoulés entre l'établissement du questionnaire « parents » par le médecin et la réception du questionnaire de la patiente. Peut-être s'est-elle séparée de son

compagnon dans les mois qui ont suivi sa dernière hospitalisation dans le service de ce psychiatre et sa réponse à notre questionnaire ?

Concernant la situation familiale, une seule différence a été notée sur 19 réponses doubles. Nous n'avons pas d'explication à la disparité des réponses relevées. Les personnes concernées sont le patient en grandes difficultés dans sa vie actuelle et sa mère, rencontrée en entretien. Elle n'a évoqué aucun mariage ni divorce lorsqu'elle nous a parlé de la vie affective de son fils. Nous avons reçu le questionnaire de ce patient après l'entrevue avec sa mère, nous n'avons donc pas pu lui poser la question.

Nous pouvons dire, après analyse des corrélations entre les deux types de questionnaires, que certains items paraissant a priori très objectifs et sans équivoque, ont été à l'origine de plusieurs interprétations. Ils ont été, pour certains patients et leurs parents, empreints de sentiments affectifs les ayant rendu beaucoup plus subjectifs que ce que nous avons imaginé. Inversement, les questions très personnelles et touchant aux sujets sensibles des récidives et des idées suicidaires, où nous attendions une grande disparité dans les réponses, n'ont finalement pas été celles où les plus grandes discordances ont été observées. Nous avons notamment été très étonnés de la forte corrélation existant au sujet de l'évaluation du bien-être psychologique.

Notre choix de ne prendre en compte que les réponses des patients pour les items se rapportant à la santé mentale et de considérer les réponses des parents répondants seuls pour l'analyse de l'activité professionnelle avec les variables initiales paraît cependant judicieux. Aucune discordance n'a été retrouvée à propos de la profession des patients dans les deux types de questionnaires, alors que quelques-unes ont été relevées concernant leur devenir « psychologique », même si elles n'étaient pas à la hauteur de ce que nous avons suggéré.

Pour les récidives et les hospitalisations, nous avons tenu compte des données recueillies lors de l'entretien avec les parents de la jeune fille F., décédée par suicide, contrairement aux autres répondants. Nous avons adapté notre méthodologie à son cas particulier. Nous ne pouvions appliquer les mêmes règles à cette jeune fille qu'aux autres suicidants du fait même de son décès. L'entretien que nous avons eu avec ses parents a permis de collecter des informations sur ses conduites suicidaires antérieures, son parcours de vie, le contact avec des services hospitaliers avant son passage à l'acte. Ne pas prendre en compte ces renseignements

aurait induit un biais bien plus important que d'adapter la méthodologie à son cas comme nous l'avons fait.

Ce type d'entretien se pratique d'ailleurs dans le cadre de programmes de prévention du suicide dans certains pays comme la Finlande ou le Canada, afin de mettre en lumière des facteurs de risque susceptibles de conduire à l'acte suicidaire (77). Cette technique appelée « autopsie psychologique » se fonde principalement sur le recueil minutieux d'informations dans l'entourage du défunt à l'occasion d'entretiens. En France, la mise en œuvre de cette méthode est à l'heure actuelle très informelle et se restreint à de rares tentatives à l'échelle locale.

3) Analyse de la comparaison des répondants et des non-répondants

La comparaison des répondants et des non-répondants permet de répondre à la question qui est de savoir si ces deux groupes diffèrent et en quoi, et dans quelle mesure nos résultats peuvent se généraliser à l'ensemble de la population.

Cette analyse statistique nous a permis de voir qu'il existe une différence significative entre ces deux populations concernant leur milieu socioculturel, leur mode d'hébergement et leurs antécédents de tentatives de suicide au moment de l'hospitalisation index. Pour les autres variables étudiées, les deux groupes sont similaires. Les sujets non-répondants sont plus souvent issus de milieux socioculturels défavorisés et très défavorisés que les répondants, ils sont plus nombreux à vivre hors du foyer familial lors de l'hospitalisation de référence, en revanche ils sont moins nombreux à avoir déjà fait des gestes suicidaires avant la TS index.

Concernant la différence de risque de récurrence entre les deux groupes, en comparant nos résultats avec les données de la littérature, nous pouvons dire que les non-répondants seraient moins à risque de renouveler leur geste suicidaire que les répondants car ils sont moins nombreux à avoir des antécédents personnels de TS. En effet, Kotila (46), ainsi que de nombreux auteurs (57, 61, 63), ont montré que les récidivistes étaient plus à risque de récurrence et de décès par suicide que les primo-suicidants. Suominen et coll. (61) ajoutent que le facteur connu le plus à risque de suicide est le fait d'avoir des antécédents personnels de TS et qu'il reste déterminant pour la vie entière des suicidants. Cette hypothèse irait dans le sens d'une extension optimiste des résultats.

Cependant, nous voyons aussi que les environnements socioculturels et familiaux des non-

répondeurs sont moins propices que ceux des répondeurs. De ce fait, ils seraient plus à risque de récurrence. En effet Barter (52) a montré que les récidivistes vivaient plus souvent hors du domicile parental que les non-récidivistes et Kotila (46) a mis en évidence qu'ils venaient plus souvent de milieux socioculturels défavorisés.

Plusieurs auteurs (White (64), Otto (45), Hawton (78)) suggèrent également que le groupe des patients non retrouvés est constitué de personnalités instables, déménageant souvent, rompant les contacts avec tous les intervenants sociaux ou médicaux, et dont les récurrences suicidaires sont vraisemblablement au moins égales à celles du reste, si ce n'est supérieur. Hawton (78) a apporté un début de preuve à ce postulat : après avoir classé les adolescents suicidants en trois groupes de gravité croissante, il constate, lors du suivi, que 50 % du groupe III (à haut risque suicidaire) a changé d'adresse au bout d'un mois, contre 14 % dans le groupe II et 0 % dans le groupe I.

En définitive, il est difficile de conclure. Deux différences retrouvées entre les deux populations vont dans le sens de facteurs de risque de récurrence plus importants dans la population non retrouvée (le milieu socioculturel et le mode d'hébergement), tandis qu'un autre, et des plus déterminants, va dans le sens opposé (les antécédents personnels de TS).

Nous pouvons tout de même apporter un début de réponse dans cette étude, dans la mesure où nous avons retrouvé une notion de récurrence dans les dossiers médicaux de 16 personnes sur les 31 non-répondantes. Parmi ces 16 récidivistes, 7 ont récidivé dans les trois mois, 9 entre trois mois et un an dont 2 avaient déjà récidivé à trois mois, et 5 dans les dix ans dont 3 avaient déjà récidivé dans les trois mois et/ou dans l'année. **Ils sont comptabilisés dans le taux des 55 % de récidivistes de cette étude.**

Parmi les 29 répondeurs, 17 ont récidivé. 6 patients ont refait une TS dans les trois premiers mois, 6 entre trois mois et un an, dont 2 avaient déjà récidivé à trois mois, et 11 en ont refait à dix ans dont 4 avaient déjà récidivé à trois mois et/ou à un an. On voit qu'il y a 58.6 % de récidivistes chez les répondeurs contre 51.6 % chez les non-répondeurs (la différence n'est pas significative). **Nous pouvons alors dire que le nombre de récidivistes dans la population non-répondante est au moins égal à celle des répondeurs.**

Pour les autres variables évaluant le devenir psychosocial des suicidants, il paraît prudent de

considérer que les résultats obtenus ne sont valables que pour les patients retrouvés et ne peuvent être étendus au reste de la population étudiée.

A propos des trois patientes non-répondantes pour lesquelles des données ont été retrouvées dans les dossiers médicaux et d'après la réponse des parents, il nous a semblé intéressant de résumer leurs histoires :

- **La première**, H., a été hospitalisée en octobre 1994 pour IMV à l'âge de 12 ans et demi, dans un contexte d'humeur dépressive depuis quelques semaines avec pleurs fréquents à l'école. H. est la dernière d'une fratrie de quatre. Elle a une demi-sœur du côté maternel et une demi-sœur du côté paternel, toutes deux plus âgées qu'elle, et un grand frère, né de l'union de ses deux parents. Ce dernier est décédé alors que H. et lui avaient respectivement 3 et 5 ans, à la suite d'un accident de la voie publique. Suite à cet événement dramatique, les parents de H. ont divorcé. Au moment de l'hospitalisation de référence, elle vit avec sa mère et son beau-père. Le contexte familial est perturbé. H. doit faire face à un problème d'alcoolisme chez sa mère et un rejet de la part de son père. Elle ne l'a pas vu depuis l'âge de 5 ans, ce dernier refusant de la rencontrer. Suite à sa première TS, un suivi psychothérapique a été entrepris à l'hôpital d'enfants que H. a rapidement interrompu.

Elle est ensuite réhospitalisée en mars 1995 dans un contexte de fugue dans le sud de la France, à la suite de quoi la décision d'un placement en foyer socio-éducatif est prise en raison de l'important conflit existant entre elle et sa mère. H. fait une deuxième IMV en octobre 1995 dans un contexte de difficultés relationnelles avec un ami de foyer. Elle fait ensuite deux autres passages à l'acte auto-agressif en février et juin 1996. La mère refusant de façon catégorique de continuer à assumer la garde de sa fille, il semble que ces IMV sont les seuls moyens trouvés par H. pour attirer l'attention de sa mère. Deux autres hospitalisations à l'hôpital d'enfants ont eu lieu ensuite pour état sub-dépressif et suspicion de prise de drogue par la mère. H. rompt le suivi psychologique entre chaque épisode.

Nous n'avons pas retrouvé la trace de cette jeune fille, mais des éléments récents ont pu être apportés par l'étude de son dossier auquel nous avons pu avoir accès à l'UAUP :

Elle y a été hospitalisée 3 fois. Les deux premières pour IMV en décembre 2000 et octobre 2003, et la troisième en décembre 2003 pour syndrome anxio-dépressif avec idées suicidaires. Dans les notes prises par les psychiatres, nous avons pu voir que H. souffrait de nombreux troubles psychologiques, notamment des troubles du comportement alimentaire, une personnalité carencée abandonnique, des alcoolisations quotidiennes, une instabilité affective et professionnelle avec conjugopathie et conflits avec sa mère, des troubles du sommeil, un isolement social et familial. Elle est très souvent en longue période d'arrêt de travail pour maladie. Lors de sa dernière hospitalisation connue, H. est enceinte de deux mois et demi mais ne désire pas garder son enfant. Elle a accepté le suivi proposé au CMP de son secteur. Après avoir joint par téléphone les médecins du CMP, nous avons appris que H. ne s'y est jamais rendue.

- **La seconde**, Y., a été hospitalisée à l'hôpital d'enfants en mars 1994, à l'âge de 13 ans, pour IMV, en réaction à la décision de son frère concernant sa scolarité. Elle est en classe de 5^{ème} au moment de la TS de référence et désire poursuivre sa scolarité en 4^{ème} technologique. Son grand-frère refuse, ainsi que ses parents, qui se réfèrent à son avis. Les parents sont d'origine kurde, nés en Turquie, et ne parlent pas français. Ils sont arrivés en France suite à un contexte de guerre dans leur pays d'origine, peu avant la naissance de Y. Le père est ouvrier retraité et la mère reste au domicile familial à s'occuper de sa famille. Y. est la quatrième d'une fratrie de 8 enfants, composée de 4 filles et de 4 garçons, âgés de 4 à 24 ans. Tous les enfants vivent encore chez leurs parents sauf une, seconde et première fille de la fratrie. Elle aurait quitté le domicile familial à 16 ans parce que ses parents voulaient la marier avec un kurde. Depuis, elle n'aurait plus que des contacts lointains avec sa famille. Les parents ne sont intégrés à aucune communauté, qu'elle soit française, kurde ou turque. Ils vivent repliés sur eux-mêmes, n'ont pas de vie sociale. Ils n'ont aucune perception de la réalité qui les entoure. Il existe une carence éducative massive vis-à-vis des enfants de ce couple. Aucun repère ne leur est donné. Les deux grand-frères de Y. ont des problèmes avec la justice (vols à répétition).

Il s'agit du premier passage à l'acte de Y. Elle a déjà fait de nombreuses fugues et fait fréquemment l'école buissonnière. Elle est en échec scolaire et a déjà redoublé le Cours Préparatoire. Elle est agressive et violente au collège et se fait régulièrement

mettre à la porte des cours. Suite à cette hospitalisation, un rendez-vous de consultation auprès d'un psychiatre est prévu 15 jours après sa sortie. Y. ne s'y est pas rendue.

Y. est mise en examen un an après pour homicide volontaire sur mineure de 13 ans. C'est dans un contexte de règlement de compte, d'agressivité et d'une volonté d'intimidation, que les faits se sont produits. La victime, amie de Y., l'aurait insultée pendant un cours. Y. l'aurait invitée à se rendre dans les toilettes de l'établissement qu'elles fréquentaient pour en discuter. Après avoir violemment frappé sa victime, Y. lui a donné la mort par strangulation.

Les données suivantes ont été recueillies dans le rapport établi lors de l'examen psychiatrique par le médecin expert commis par ordonnance du juge d'instruction au tribunal de grande instance :

Dans l'année qui a suivi son hospitalisation pour TS, le comportement délinquant et les conduites anti-sociales à répétition de Y. n'ont fait que s'aggraver. Après s'être fait exclure du collège où elle était scolarisée pour violence sur un professeur, elle redouble sa 5^{ème} dans un nouvel établissement. Elle consomme du cannabis et de l'alcool depuis l'été 1994 et multiplie les conduites anti-sociales (fugues, vols, école buissonnière...). Elle vit le plus souvent dans la rue où elle est intégrée dans une bande d'adolescents désœuvrés et démunis sans objectifs ni projets précis. Y. est en quelque sorte le lieutenant, le bras droit du chef, dans cette bande où elle évolue. Le chef est une autre jeune fille, âgée de 15 ans. Le groupe est composé de 6 adolescents (4 garçons- 2 filles). Les garçons ont de 16 à 17 ans. L'activité principale de cette bande, constituée et organisée, se fait dans la délinquance systématique ou presque. Il s'agit essentiellement de vols. Y. indique qu'elle est plutôt un « garçon manqué », ce dont elle n'est pas peu fière. Y. présente une personnalité fragile et distordue, organisée et dérivée déjà dans la voie d'un déséquilibre psychopatique à forte composante perverse. La délinquance, la transgression systématique ou presque des interdits s'intègre dans un comportement abandonnique, constituant pour elle une forme d'existence et surtout de reconnaissance, ce qui confère à son comportement sa dangerosité. Le pronostic évolutif évalué par le psychiatre expert apparaît dramatiquement péjoratif. Les potentialités de récidive, y compris dans un geste meurtrier, sont patentes et avérées. Suite à ces conclusions, Y. est maintenue en

détention et condamnée à 9 ans de réclusion.

En 1998, après avoir mis le feu à sa cellule, Y. est dirigée dans une seconde maison d'arrêt. En 1999, suite à l'agression d'une surveillante dans un contexte de tentative d'évasion, elle est à nouveau transférée et mise en isolement dans une troisième maison d'arrêt. Elle est libérée en novembre 2002 par mesure de grâce conditionnelle.

Le questionnaire lui a été envoyé à l'adresse parentale de 1994, faute de coordonnées plus récentes. Le courrier nous a été retourné avec la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée ».

- Le père de la **troisième** patiente a joint à son questionnaire une lettre accompagnée d'un document d'une quinzaine de pages, relatant les faits survenus ces dernières années à propos de sa fille. Nous n'avons pas reçu de réponse de la part de cette dernière, nous n'avons donc pas pu l'inclure dans nos résultats concernant l'étude de la santé psychologique à 10 ans. Il nous a semblé intéressant de résumer ce courrier. Les données jusque 1997 ont été trouvées dans son dossier médical à l'hôpital d'enfants puis, pour la suite, d'après la lettre de son père. Par commodité d'écriture et pour garder son anonymat, nous l'avons désignée par l'initiale A.

L'hospitalisation de référence de A., en décembre 1994, avait fait suite à une TS par absorption de produit moussant, à l'âge de 14 ans. Pendant son hospitalisation, la jeune fille avait évoqué une situation d'agression à caractère sexuel qu'elle aurait subie à l'âge de 11 ans et dont elle n'avait pas parlé jusque là à ses parents. Avant cet épisode, elle avait déjà tenté de s'ouvrir les veines en classe l'année précédente, et avait fugué lors d'un changement d'école. Ses parents n'étaient pas au courant de ce geste suicidaire qui n'avait pas donné suite à une hospitalisation. Elle avait cependant déjà été hospitalisée en 1993 pour plaintes somatiques multiples dont le bilan avait éliminé la nature organique des troubles. Elle est la cadette d'une fratrie de trois. Le père, militaire, semble être très exigeant avec ses enfants, notamment en ce qui concerne leurs résultats scolaires. Il est par ailleurs peu présent à la maison. La mère est allemande, elle est arrivée en France à l'âge de 22 ans suite à sa rencontre avec son mari. Elle le dit « dur » avec ses enfants, et ne semble pas avoir une vie conjugale épanouie. La jeune suicidante craint son père qui serait violent avec elle. Elle a été

suivie en pédopsychiatrie pendant un peu plus d'un an puis ne s'est plus présentée aux rendez-vous.

A notre connaissance, elle a fait 3 récurrences suicidaires, donnant suite à des hospitalisations à l'hôpital d'enfants. La première en février 1995 par IMV et absorption d'alcool, la seconde en mai 1997 à nouveau par IMV suite à une rupture sentimentale et des difficultés relationnelles en famille, épisode au cours duquel elle est sortie de l'hôpital contre avis médical, et la troisième en juin 1997, toujours par IMV.

Ses parents font partie des 5 parents répondants seuls de notre étude. Le père nous a renvoyé le questionnaire rempli avec son épouse, accompagné d'une lettre et d'un document dactylographié de 13 pages relatant les derniers faits concernant sa fille. Il nous paraît intéressant de résumer ce document :

Dans sa lettre, il mentionne l'agression sexuelle dont sa fille a été victime en nous précisant que ce sujet les hante souvent, lui et son épouse. Ils auraient aimé que leur fille se confie davantage à eux sur ce point afin de « pouvoir prendre les mesures appropriées » (sic). Mais d'après ses dires, elle n'a jamais voulu apporter la moindre réponse à leurs questions.

Dans le document joint, le père nous explique que les premières difficultés rencontrées par A. ont eu lieu l'année de ses 6 ans, lorsque sa grande sœur, alors âgée de 21 ans, et son grand frère, âgé de 18 ans, quittent le domicile parental pour aller vivre respectivement en Angleterre et en Polynésie française. La petite fille supporte mal leur départ.

Le père évoque ensuite ses difficultés à l'adolescence qu'il qualifie de « très chaotique, jalonnée de fugues, de tentatives ou simulacres de suicide, de comportements hypocondriaques se traduisant par de nombreux séjours à l'hôpital d'enfants » (sic). Il semble, dans son courrier, attribuer ces difficultés aux modifications corporelles, qu'il juge trop rapides, de sa fille à cette période de sa vie. Il écrit que malgré un bon suivi par plusieurs psychothérapeutes pendant plusieurs années, ces derniers ne parviennent pas à améliorer durablement son mal de vivre. Il relate une conduite de mise en échecs successifs dans sa scolarité.

Puis à l'âge de 18 ans, alors que toute la famille vit en Guadeloupe pour des raisons professionnelles du père, la patiente s'éprend d'un jeune homme. Ayant un fort désir de grossesse depuis quelques années, la jeune fille tombe enceinte. Rapidement, A. regagne le domicile parental avec son fils suite à un échec de sa relation sentimentale avec son ami. De retour en métropole un an après, elle décide de s'installer seule avec son enfant. D'après son père, elle éprouve de nombreuses difficultés financières à élever son fils, fait qu'elle nie à ses parents « avec une totale assurance » lorsqu'ils lui proposent leur aide. Cette situation dure quelques mois, et va en se dégradant. Les carences éducatives envers son fils s'aggravent, il ne profite plus de l'école maternelle et A. s'absente souvent. Elle le confie alors fréquemment à ses parents, jusqu'au jour où il leur est impossible de garder l'enfant. Le père nous dit qu'à partir de ce moment là, ils n'ont plus aucune nouvelle de leur fille et de son fils pendant plusieurs semaines. Suite à un concours de circonstances, ils retrouvent finalement sa trace. Ils apprennent qu'elle vit en Espagne avec son fils et qu'elle projette de se marier avec un homme d'origine pakistanaise, rencontré en Allemagne. Ils décident alors de se rendre à Valence pour y rencontrer A. et de régler avec elle le problème laissé en suspens de son appartement à Nancy non résilié et dont les loyers ne sont plus payés depuis plusieurs mois. Le père nous joint à sa « fiche de synthèse » (terme employé par ce dernier pour désigner ce document) tout le descriptif de leurs péripéties pour la retrouver. Après un refus de la part de la jeune fille de rencontrer ses parents, ces derniers regagnent leur domicile avec leur petit-fils que l'ami de A. leur a confié. L'enfant, âgé alors de 4 ans, se serait blotti dans les bras de son grand-père en lui disant « papy, je veux aller à Nancy, je veux retrouver mon bac à sable, je ne veux plus retourner dans l'appartement ». Trois mois après cet épisode, alors que les parents n'avaient plus aucun signe de la part de leur fille, ils reçoivent une lettre les informant qu'elle se plaît à Valence et qu'elle désire y rester. Elle avoue ne pas être en mesure de reprendre son rôle de mère, et demande à ses parents de prendre soin de son fils. Devant des difficultés d'ordre administratif, les grands-parents de l'enfant se voient dans l'obligation de demander une décision de justice pour en avoir la garde juridique. A la date où le père de A. rédige le document qu'il joint à notre questionnaire, cette action est engagée avec l'accord de sa fille et du père de l'enfant, auprès du Juge des enfants du Tribunal de Grande Instance de Nancy.

4) Analyse des associations retrouvées entre le devenir des patients à dix ans, déterminé par les trois critères retenus, et les caractéristiques de départ de notre population

Comme déjà dit plus haut, du fait d'un trop petit échantillon, nous n'avons pas pu croiser toutes les réponses aux questionnaires avec toutes les caractéristiques de la population de départ. Nous avons dû choisir un maximum de 4 critères parmi les différents items de notre questionnaire nous paraissant être les plus déterminants pour juger du devenir psychosocial des suicidants en 2004, afin de mettre en évidence des groupes à risque de mauvais devenir.

Comme nous l'avons vu, les études sur le devenir des adolescents suicidants portent principalement sur les taux et les facteurs de risque de récurrence et de mortalité. Aucun critère de devenir psychosocial n'est validé à ce jour. Nous avons donc décidé de retenir comme facteurs pronostiques, des facteurs déterminants à eux seuls un risque élevé de morbi-mortalité suicidaire.

Concernant le critère professionnel, étant établi que le fait d'avoir un emploi est à lui seul considéré comme un facteur protecteur diminuant le risque de récurrence (79), nous avons décidé de retenir le fait d'avoir une profession comme un facteur de bon devenir, et inversement.

Parmi les critères de santé mentale étudiés, ceux nous semblant être les plus déterminants pour pouvoir juger du devenir de ces adolescents sont le fait d'avoir ou non récidivé après la TS de référence, le fait d'avoir ou non des idées suicidaires persistantes et la réponse à l'échelle du bien-être psychologique. En effet, il a été démontré lors de la conférence de consensus sur la crise suicidaire des adolescents en 2000, qu'un antécédent personnel de TS multiplie par vingt le risque d'un nouveau geste suicidaire (80). Cette constatation en fait un facteur de risque primaire. Et, comme déjà cité plus haut, le risque physique pris et la morbi-mortalité augmentent avec les répétitions (9, 23).

Par ailleurs, comme nous l'avons vu dans notre partie « épidémiologie des tentatives de suicides chez l'adolescent », la chronicité des idées suicidaires est un facteur de risque de passage à l'acte (34, 40).

Les échelles d'auto-évaluation n'ont fait l'objet, à ce jour, d'aucune étude dans le domaine psychopathologique. Elles sont validées dans différents secteurs de santé physique comme l'évaluation de la douleur, appelée alors Echelle Visuelle Analogique (EVA) et sont beaucoup utilisées chez les enfants. Les sentiments de bien-être, de bonheur, de satisfaction étant des critères tout à fait subjectifs, ils ne se prêtent pas, par nature, à l'étude scientifique. Aussi difficile à évaluer soient-ils, ne serait-ce qu'à l'échelon individuel et privé, il nous semblait cependant intéressant de les inclure dans notre questionnaire pour tenter d'approcher, autant que faire se peut, le ressenti des patients sur les différents domaines de leur situation actuelle. Pour cela, les échelles d'auto-évaluation, quoique non validées, nous ont paru a priori un bon outil.

L'association entre les idées suicidaires persistantes en 2004 et les caractéristiques de départ n'a pu être analysée du fait d'un trop petit nombre de réponders concernés.

Les trois critères retenus sont donc l'activité professionnelle, la réponse à l'échelle de bien-être psychologique et le nombre de récurrences suicidaires sur la période étudiée.

Nous avons pu constater lors de l'analyse de ces associations qu'il existe, dans notre étude, une corrélation :

- entre l'activité professionnelle en 2004 et le mode d'hébergement, le nombre d'enfants dans la fratrie et la durée d'hospitalisation,
- et entre le nombre total de récurrences après la TS de référence et les antécédents personnels de TS, les récurrences précoces et le fait d'avoir bénéficié d'un bilan psychologique lors de l'hospitalisation index.

En revanche, nous n'avons observé aucune corrélation entre les caractéristiques de la population de départ et la réponse à l'échelle du bien-être psychologique. Les filles, les patients vivant au domicile parental en 1994, les primo-suicidants et les non-récidivistes à trois mois et à un an répondent en moyenne de façon un peu plus optimiste que respectivement les garçons, les patients vivant en foyer socio-éducatif et les récidivistes mais ces différences ne sont pas significatives. Nous ne pouvons donc émettre aucune conclusion à l'étude de ces corrélations.

Cette enquête nous permet de dire que les patients vivant hors du foyer familial lors de la TS index, ceux issus de familles nombreuses, et ceux dont la durée d'hospitalisation était en moyenne de 4.5 jours ont moins souvent une activité professionnelle en 2004 que respectivement les patients habitant au domicile parental lors de la TS index, ceux issus de familles peu nombreuses et ceux dont la durée d'hospitalisation a été en moyenne de 15 jours. Et que les patients déjà récidivistes lors de la TS index, ceux ayant récidivé précocement (à trois mois et/ou dans l'année suivant la TS de référence), et ceux ayant bénéficié d'un bilan psychologique sont plus à risque de récidiver que respectivement les primo-suicidants, ceux n'ayant pas récidivé de façon précoce et ceux n'ayant pas bénéficié d'un bilan psychologique.

Le fait de bénéficier d'un bilan psychologique retrouvé comme facteur de risque de récurrence peut paraître étonnant. En réalité, ce résultat n'est pas si surprenant. Les patients pour lesquels un bilan psychologique est demandé par les pédopsychiatres de l'hôpital d'enfants de Nancy, sont ceux dont les intentions suicidaires ont été jugées importantes et inquiétantes. Le bilan psychologique a pour but d'évaluer la psychopathologie des suicidants de façon précise par des tests psychologiques en vue d'adapter au mieux le traitement psychothérapeutique indiqué. Nous pouvons donc constater que l'indication de ce bilan a bien été posée par les pédopsychiatres pour les jeunes les plus à risque de récurrences.

Les groupes à risque de ne pas avoir d'emploi à l'âge adulte mis en évidence dans cette étude sont :

- les jeunes vivant hors du foyer familial,
- ceux issus de familles nombreuses,
- et ceux bénéficiant d'une hospitalisation courte.

Les groupes à fort risque de récurrences individualisés dans cette étude sont :

- les jeunes aux antécédents personnels de TS,
- et ceux ayant récidivé précocement.

II/ Comparaison de nos résultats avec les données de la littérature

Auteurs	Lieu	Nombre de cas	Recrutement	Recul	Age	Pic âge	Sex ratio	IMV	% de réponses	% de récidives au début de l'étude	% de récidives à la fin de l'étude	% de Mortalité	ATCD Familiaux
Laurent 1982-92	France	587	Pédiatrie Pédopsy. Toxicologie	5 ans	8-17	15	3		39 %		34 %	2 %	
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 %
Choquet Granboulan 1997-98	France	769	Hôpital général	1 an	12-24	15-16	3.8	83.5 %	20.5 %	31 %	21 %		DC: 14 % D : 34 %
Otto 1955-59	Suède	1547	Multi-centrique	10 ans à 13 ans	10-21	19	4	87 %				5.4 %	A : 13 % MP: 19 %
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 %
Nardini Ladame 1969-76	Suisse	130	Hôpital général	6 à 7 ans	14-20		2		14.6 %			3.8 %	
White 1970-71	Angleterre	50	Hôpital général	1 an	14-19		4.5	100 %	80 %		12 %		D: 40 % MP: 18 %
Cummins 1977-82	Afrique du Sud	81	Psychiatrie	1 à 6 ans	10-15	12-13	2	79 %	42 %		27 %		
Angle 1983		47	Psychiatrie	9 ans	12-18			100 %	31.9 %		47 %	0	
Kerfoot 1992	Angleterre	100	Psychiatrie	7 ans	<16			100 %	41 %		20 %		
Géhin Kabuth 1994-2004	France	65	Pédiatrie	10 ans	11-19	14-15	4.9	87.8 %	52.3 %	48 %	55 % 34.5 %*	5.4 %	D: 32 % DC: 18 % A : 29 %

Légende tableau:

D : Divorce des parents,

DC : Décès d'un parent,

MP : Maladie psychiatrique chez un parent,

A : Alcoolisme parental.

* Taux de récurrence calculé en utilisant une méthodologie comparable à celle employée dans les autres études.

1) Comparaison de notre population avec les données de la littérature

Dans notre étude, l'échantillon est relativement petit, surtout si nous le comparons à la population de l'étude princeps de Otto (45) ou même à celles des études de Granboulan et Rabain (71), Granboulan et Choquet (27), Laurent (72). Cependant, on remarque qu'un grand nombre d'études sur le devenir des suicidants comptent moins de 100 patients.

La prédominance féminine est de règle dans toutes les études. Elle est particulièrement importante dans notre population. L'IMV est aussi très largement majoritaire, avec des taux souvent supérieurs à 80 %. C'est également le cas dans notre enquête. Le pic d'âge se situe en moyenne vers 15 ans dans la plupart des études.

Les perturbations familiales sont fréquemment observées dans les populations de suicidants étudiées. On retrouve notamment comme facteurs associés au comportement suicidaire, les dissociations familiales (décès, divorce) (34, 81), la violence entre les parents ou entre les enfants et les parents, surtout si elle est accompagnée de violences sexuelles (82, 83), et la psychopathologie parentale, dont l'alcoolisme, la dépression chronique, la maladie mentale ou le comportement suicidaire (83). Dans notre étude, rappelons que 32 % des patients ont des parents divorcés, 18 % un parent décédé et 29 % au moins un des deux parents alcoolique. Dans l'étude de l'INSERM réalisée par Davidson et Philippe en 1986 (30), les auteurs retrouvent un tiers des suicidants issus de couples parentaux dissociés par la mort ou la mésestente, contre respectivement 14 et 18 % chez les jeunes du groupe témoin.

La durée moyenne d'hospitalisation des suicidants inclus dans notre étude est de 8.6 jours. Dans l'étude de Choquet et Granboulan (27) réalisée en 1997-1998, elle est de 4 jours et demi en moyenne. Granboulan et Rabain (71) n'ont pas calculé la durée moyenne d'hospitalisation. Nous savons que 16 % de leur effectif a été hospitalisé 48h, 17 % de 3 à 10 jours, 27 % de 11 jours à 1 mois, 28 % de 1 à 3 mois et 11 % plus de 3 mois. Dans les autres études citées, la durée d'hospitalisation n'est pas précisée. Les enquêtes épidémiologiques réalisées à l'heure actuelle retrouvent des taux de l'ordre de 4 à 5 jours (85). Elle était encore de 24 heures en moyenne en 1993 (51). La durée moyenne de séjours hospitaliers des suicidants à l'hôpital d'enfants en 1994 était donc très supérieure à la moyenne nationale à cette époque. Aujourd'hui, nous savons que 71 % des jeunes suicidants hospitalisés vont rompre leur suivi 3 mois après la sortie (86). Séjourner à l'hôpital au moins 3 jours multiplierait par 2.6 les

chances de suivi ultérieur (86). De plus, à distance, les jeunes regrettent la brièveté de leur séjour hospitalier. Pour eux, la bonne moyenne aurait été d'une dizaine de jours (86).

Le retard scolaire concerne 57 % des adolescents de notre étude et ils sont 58.5 % à avoir des difficultés scolaires au moment de la TS index. Marie Choquet et Sylvie Ledoux (34) ont montré que l'absentéisme scolaire était un trouble du comportement associé à la tentative de suicide (OR=1.7), considéré comme un comportement de fuite face à la réalité. Dans l'enquête de X. Pommereau et M. Choquet à l'infirmerie scolaire (32), le taux de redoublement est plus élevé parmi les suicidants que parmi les non-suicidants (63.7 % des suicidants ont redoublé au moins une fois au cours de leur scolarité). Dans notre étude, 88 % des répondants ont redoublé au moins une classe.

2) Comparaison de notre taux de réponses avec ceux des autres études du même type

Nous constatons des taux de réponses inférieurs à 50 % dans la très grande majorité des études lorsque le recul est supérieur à un an. Les enquêtes portant sur le devenir à long terme sont en petit nombre car elles sont difficiles à réaliser. La population des suicidants est volontiers encline à l'instabilité et à la rupture thérapeutique (41). Dans les enquêtes procédant par questionnaire adressé au patient ou à son entourage, on compte environ 10 à 20 % de perdus de vue par an (27, 41). Ce pourcentage devient élevé pour le long terme, il n'est alors pas possible d'étendre les données concernant la population retrouvée à l'échantillon initial. Dans les pays nordiques, la méthodologie est différente car y est autorisé l'accès nominatif aux registres officiels d'état civil, de santé et de justice, ce qui n'est pas le cas en France (41). Les taux de réponses peuvent donc atteindre 100 % de l'échantillon de départ, comme dans l'étude d'Otto (45). Ce sont les enquêtes les plus complètes dont nous disposons.

Le recul de notre étude fait partie des plus importants, il est comparable à ceux des études de Otto (45), Angle (68) et de Granboulan et Rabain (71). Nous avons obtenu des renseignements pour plus de la moitié de nos patients, ce qui constitue le chiffre le plus élevé, compte tenu de la méthodologie et du recul. En effet, en comparant notre taux de réponse avec ceux des études ayant un recul environ similaire et ayant procédé par recontact téléphonique et/ou envoi de questionnaires, nous voyons qu'il est supérieur à tous les autres.

Rappelons qu'il est de 52.3 %. Dans l'étude de Granboulan et Rabain (71), les auteurs ont obtenu 47.9 % de réponses avec un recul de 11 ans et demi en moyenne, Angle (68) a obtenu 31.9 % de réponses avec un recul de 9 ans, Kerfoot (69), 41 % de réponses avec un recul de 7 ans, Laurent (72), 39 % de réponses avec un recul de 5 ans.

Nous pensons que nous avons pu obtenir ce taux de réponse grâce aux contacts téléphoniques pris avant l'envoi de certains questionnaires et lors des relances. Les sujets contactés se sentent peut-être plus concernés et plus sensibilisés à l'étude si l'objet de l'enquête leur est expliqué par téléphone plutôt que par une lettre probablement plus anonyme, plus impersonnelle. Nous rediscuterons ce point dans notre partie « réflexions sur l'étude ».

3) Comparaison des taux de récurrences et de mortalité avec ceux des autres études

Concernant les taux de récurrences de notre étude, nous avons vu que 33 patients sur 60 ont renouvelé au moins une fois leur acte dans les 10 ans qui se sont écoulés après la TS de référence, soit 55 % ! Parmi ces 33 récidivistes, 40 % ont récidivé au cours des 3 premiers mois et 73 % au cours de la première année.

Dans les données de la littérature, les taux de récurrence sont très variables, allant de 10 à 47 % selon les auteurs, et il est maximum dans les six premiers mois (9, 27, 43, 44, 64, 67, 68, 69, 71, 72) (cf. « épidémiologie des tentatives de suicide chez les adolescents »). Dans l'étude de Granboulan (71), le taux de récidivistes est de 30.7 % avec un recul de 11 ans et demi. Laurent et coll. (72) ont retrouvé une notion de récurrence pour 34 % des patients étudiés avec un recul moyen de 5 ans, dont 34 % ont renouvelé leur geste dans les 6 premiers mois. Dans l'étude de Choquet et Granboulan sur les jeunes suicidants à l'hôpital (27), le taux de récurrence relevé à 12 mois est de 21 %. 67 % des récidivistes ont refait une TS dans les trois premiers mois. White (64) notait un taux de récurrence de 12 % à un an, Cummins (67) de 27 % avec un recul de 1 à 6 ans, et Kerfoot (69) de 20 % à 7 ans dont 50 % avaient eu lieu dans la première année. Angle (68) retrouvait le plus fort taux de récurrence, à savoir 47 % à 9 ans de recul. En comparant ces taux, nous voyons que celui de notre population est le plus élevé de tous.

Une autre façon d'évaluer le risque de survenue d'une nouvelle tentative consiste à rechercher les antécédents suicidaires chez les adolescents hospitalisés pour TS. Nous avons vu que dans notre étude presque la moitié de l'effectif (47.7 %) avait déjà réalisé au moins un geste suicidaire au moment de l'hospitalisation de référence. Dans la littérature les taux retrouvés sont plutôt de l'ordre de 30 à 40 % de récidivistes pour 60 à 70 % de primo-suicidants (41, 46). Dans l'étude de Choquet et Granboulan (27), les primo-suicidants représentent environ 69 % contre 31 % de récidivistes au moment de l'hospitalisation de référence ; dans celle de Granboulan et Rabain (71), ils comptent 57 % de primo-suicidants pour 43 % de récidivistes ; Guillon et coll. (66) relèvent 21 % de récidivistes dont 50 % ont renouvelé leur acte dans les 3 mois après le premier geste et 75 % dans l'année. En comparant les taux retrouvés dans notre population avec ceux des différentes études utilisant cette méthode de calcul des taux de récurrence, nous voyons que notre population compte, là aussi, le pourcentage le plus élevé de patients ayant déjà fait au moins un geste suicidaire au moment de la TS de référence. Notre population est donc à haut risque de renouveler leur acte puisque, comme nous l'avons vu, les antécédents personnels de TS constituent un facteur de risque primaire de récurrence (79). **Cette constatation peut expliquer que nous ayons mis en évidence un taux de récurrence à 10 ans très important.**

D'autre part, la méthodologie employée pour le calcul du pourcentage de récurrence à long terme dans les études citées est différente de la nôtre. Les données dans ces études proviennent des réponses aux questionnaires des suicidants et/ou de leurs parents. Les biais induits sont alors de deux sortes :

- D'une part, les données ne concernent que les sujets répondants soit rarement plus de la moitié de l'effectif de départ. Rappelons que Granboulan et coll. (71) ont obtenu une réponse dans 127 cas sur 265, Laurent et coll. (72) dans 231 cas sur 587, Choquet et Granboulan (27) dans 158 cas sur 769, Angle (68) dans 15 cas sur 47, Cummins (67) dans 34 cas sur 81, Kerfoot (69) dans 41 cas sur 100 et White (64) dans 40 cas sur 50.
- D'autre part, nous avons vu que lorsque nous leur posons la question, un nombre important de patients ne rapportent pas les récurrences qu'ils ont pu faire. Nous pouvons aisément imaginer que c'est également le cas dans ces différentes études.

Si, dans notre enquête, le pourcentage de récidivistes n'avait été calculé que d'après les réponses aux questionnaires, il aurait été très inférieur à celui retrouvé. D'une part du fait des

données disponibles qui n'auraient été que de 52 % (34/65) contre 92 % (60/65), d'autre part du fait de la fréquente sous déclaration des récidives par les patients et leurs parents, comme nous avons pu le constater. Si nous faisons le calcul avec cette méthodologie, le taux est de 34.5 %. En effet, nous avons vu que 17 réponders sur 29 avaient récidivé et que 7 d'entre eux n'avaient pas mentionné de récidive dans leur réponse (41 % !). Nous retrouvons alors 10 récidivistes sur 29, soit 34.5 %. Nous constatons que ce pourcentage est, cette fois, tout à fait comparable avec les données de la littérature et notamment avec les taux retrouvés dans les études de Granboulan et Rabain (71) et de Laurent (72), et il devient très inférieur à celui retrouvé dans l'étude de Angle (68).

Le taux de 55 %, aussi alarmant qu'il puisse être, se rapproche probablement plus de la réalité que ceux retrouvés dans les autres études citées. Rappelons que nous avons pu avoir accès aux dossiers médicaux grâce à la possibilité que nous avons eue de croiser la liste des 65 patients avec la liste des personnes hospitalisées à l'UAUP de 1994 à 2004, et ce, grâce au soutien de l'équipe du DIM de l'UAUP et à l'aimable autorisation du Dr Pichené. Cette particularité nancéienne nous a permis d'approcher la réalité des taux très préoccupants de récidives.

Et pourtant, ce taux est encore très probablement sous-estimé du fait de trois biais, comme déjà dit plus haut :

- les TS portées à notre connaissance sont celles hospitalisées dans la grande majorité des cas,
- il nous manque des renseignements pour 5 patients,
- les réponders qui ont affirmé ne pas avoir récidivé et pour lesquels nous n'avons aucune notion de récidive dans les dossiers hospitaliers peuvent avoir minoré le taux de récidive.

Le taux de mortalité dans cette étude est concordant avec celui retrouvé dans l'étude de Otto (45), avec un recul comparable. Il est supérieur au taux de l'étude de Laurent (72) mais, dans cette enquête, les informations sur un éventuel décès ont pu être obtenues pour 83 % des sujets auprès des mairies, des généralistes et des parents. Du fait du petit échantillon, le pourcentage de mortalité calculé dans notre étude est probablement majoré. Ce taux est par ailleurs très inférieur à celui de l'étude de Granboulan (71). Cependant, cette étude a été réalisée sur une population particulière, recrutée en pédopsychiatrie.

Les deux patients décédés dans notre étude sont des filles alors que dans la majorité des

études ainsi que dans la population générale, la mortalité par suicide est très majoritairement masculine.

Au terme de ces comparaisons, nous pouvons dire que notre population est tout à fait comparable à celles des autres études sur de nombreux points. Elle semble cependant être une des plus à risque de récurrence du fait d'un grand nombre de patients déjà récidivistes au moment de la TS index. Le taux élevé de récurrence retrouvé à la fin de notre étude le confirme.

4) Comparaison du devenir psychosocial de nos patients avec celui retrouvé dans les autres études

A la comparaison des résultats retrouvés dans les différentes études sur le devenir des suicidants, nous constatons une grande hétérogénéité.

Nos résultats paraissent relativement optimistes. En effet, nous trouvons qu'environ 65 % de nos patients n'ont pas de problèmes particuliers et s'estiment globalement heureux et en bonne santé, 17 % présentent une pathologie psychiatrique chronique avec souvent la répétition d'actes auto-agressifs, et 18 % se situent dans une position intermédiaire.

Dans l'étude de Granboulan et Rabain (71), les résultats étaient plus préoccupants puisque seulement 20 % des répondants paraissaient normalisés à l'âge adulte (indemnes de tout symptôme psychiatrique), un tiers avait une très mauvaise évolution vers la délinquance, la désinsertion sociale ou la pathologie psychiatrique chronique, et un tiers paraissait dans une situation intermédiaire. A noter que le recrutement était différent du nôtre puisqu'il s'agissait de patients hospitalisés en service spécialisé de pédopsychiatrie.

L'étude de Nardini-Maillard et Ladame (65) est encore plus pessimiste puisque aucun des 13 adolescents revus en entretien n'étaient indemnes de difficultés psychologiques.

Guillon (66) concluait à une adaptation sociale et professionnelle et des relations intra-familiales globalement satisfaisantes aux yeux des parents mais ils leur semblaient que le développement psychoaffectif était durablement perturbé pour la majorité des adolescents dont ils ont obtenu des résultats.

Cummins (67) retrouvait des résultats comparables aux nôtres concernant le pourcentage de patients en bonne évolution, mais le groupe des anciens suicidants au devenir sombre était un peu moins important que le nôtre. Deux-tiers de ses patients allaient bien selon leur famille 1 à 6 ans après la TS index, et 10 % allaient mal.

Les résultats d'Angle (68) étaient plutôt satisfaisants puisqu'il mettait en évidence une adaptation sociale relativement bonne chez les adolescents étudiés. Tous considéraient aller mieux 9 ans après leur TS, et étaient plutôt satisfaits de leur vie. Il soulignait cependant que 50 % d'entre eux avaient encore des affects dépressifs.

Kerfoot (69) trouvait des résultats intermédiaires avec 25 % des anciens suicidants qui n'avaient pas de problème particulier, 25 % qui avaient des problèmes psychosociaux significatifs et les autres 50 % qui se situaient entre les deux extrêmes.

La tendance générale de l'étude de Granboulan et Choquet (27) allait dans le sens d'une amélioration globale pour la majorité des suicidants avec moins d'affects dépressifs un an après la TS, une meilleure qualité de sommeil, moins de plaintes somatiques. Cependant, dans le même temps, l'histoire naturelle des suicidants montrait une augmentation de l'abandon scolaire et du taux de chômage, une consommation de substances psychoactives qui se chronicise, la persistance des conduites de fugue qui restaient fréquemment adoptées. Elles concluent en disant que tout se passe comme si les troubles somatiques s'atténuent au moment de l'acte suicidaire, alors que les troubles comportementaux persistent, voire augmentent. Elles se posent la question d'une mentalisation des troubles qui aurait tendance à disparaître en faveur d'une « comportementalisation » des difficultés.

La disparité des résultats entre toutes ces études peut en partie s'expliquer par des différences de méthodologie concernant, par exemple, le lieu de recrutement des sujets, la taille des groupes, la durée du suivi ou les paramètres étudiés. Néanmoins, la limite commune à toutes ces études est l'absence de groupe témoin. Tel n'est pas le cas des études de Otto (45) et de Laurent (72).

Dans l'étude princeps d'Otto (45), il retrouvait des taux de mortalité et de morbidité psychique significativement plus élevés chez les suicidants que chez les sujets du groupe contrôle. Cependant, les patients n'étaient pas contactés directement, les données provenant

de divers registres.

Dans l'étude de Laurent (72), 4 variables d'ajustement psychosocial différencient les deux groupes : le niveau scolaire qui était retrouvé plus faible chez les suicidants, alors que leur consommation d'alcool, leurs hospitalisations en milieu psychiatrique et leurs contacts avec le système judiciaire plus élevés. Ces résultats sont concordants avec ceux de Kerfoot (69) en ce qui concerne la consommation d'alcool et les contacts avec le système judiciaire. Ils sont aussi concordants avec ceux de Otto en ce qui concerne les contacts avec la justice.

Concernant les groupes à risque identifiés dans notre étude, nous avons mis en évidence que :

- les jeunes vivant hors du foyer familial,
- ceux issus de familles nombreuses,
- et ceux bénéficiant d'une hospitalisation plus courte,

sont à risque d'être chômeurs à l'âge adulte ;

et que :

- les jeunes aux antécédents personnels de TS,
 - et ceux récidivant de façon précoce,
- sont à risque de faire des TS à répétition.

Le lien retrouvé dans cette étude entre les antécédents personnels de TS et le risque de récidiver est concordant avec ceux de nombreux auteurs (59, 62, 79). Nous pouvons dire, d'après nos résultats, que plus les récives sont rapprochées, plus les adolescents sont à risque de faire des TS à répétition. Cette constatation est également en accord avec les données de la littérature. Dans une publication sur les récidivistes (79), il est dit que si le risque de TS est plus important chez les individus ayant déjà des antécédents, il est d'autant plus grand que la dernière TS est récente. Ils ajoutent que le nombre de TS antérieures est de loin le premier facteur prédictif indépendant de récive. En revanche ils signalent que, contre une idée reçue, le nombre de TS antérieures n'augmente pas le risque de suicide, au contraire : plus il est élevé, plus la durée de survie est longue et le risque de suicide faible. Cette dernière analyse est en contradiction avec les affirmations d'autres auteurs mentionnant que le risque physique pris et la morbi-mortalité augmentent avec les répétitions (9, 23). Ces analyses différentes retrouvées dans la littérature tiennent peut-être du fait que les premiers auteurs se sont basés sur des études réalisées auprès d'adultes pour faire cette affirmation, alors que les seconds sont des spécialistes des adolescents.

Nous n'avons retrouvé aucune enquête étudiant les facteurs prédictifs de l'activité professionnelle des suicidants à long terme. Nos résultats à ce sujet sont tout à fait originaux.

III/ Réflexions sur l'étude

Dans le cadre d'une réflexion sur la prise en charge des suicidants, il est important d'étudier leur devenir à long terme afin de mieux adapter la réponse thérapeutique à proposer. Les études portant sur ce sujet peuvent permettre d'individualiser des facteurs prédictifs des gestes suicidaires et des groupes à risque, afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Les études sur le devenir à long terme des adolescents suicidants sont difficiles à réaliser. Suivre des adolescents est déjà une tâche difficile du fait de l'instabilité inhérente à cet âge (déménagements pour des raisons personnelles, scolaires ou professionnelles ; changement de statut scolaire ou professionnel ; changement d'état civil pour les femmes). Suivre des adolescents suicidants est encore plus complexe puisque s'ajoute à leur statut d'adolescent celui d'un jeune en difficultés multiples qui adhère peu au suivi thérapeutique. D'autre part, le sujet étudié est délicat et encore souvent tabou, il se dérobe à une étude scientifique purement analytique.

Une autre difficulté soulevée par ces enquêtes réside dans le fait qu'en France, le seul moyen d'étudier le devenir des patients passe par une reprise de contact, contrairement aux pays nordiques où, comme nous l'avons vu, l'accès nominatif aux registres officiels d'état civil, de santé et de justice y est autorisé. Or, recontacter un suicidant à distance de son geste est chose délicate. En effet le simple fait d'être recontacté peut pour certains patients être source de résurgence de symptômes par le réveil de souvenirs pénibles (75). Nous en avons fait l'expérience dans cette étude lorsque, certains parents, contactés par téléphone, ont refusé de parler de cette enquête à leur enfant, par crainte qu'ils tolèrent mal ce rappel à un passé douloureux ; et lors de l'appel téléphonique d'une patiente pour nous dire de ne plus la contacter à l'avenir car elle refusait catégoriquement de répondre.

Le fait de passer par les parents pour contacter les suicidants peut être discuté sur de nombreux points. Cependant, nous voyons dans ce cas précis que cette méthode augmente

non seulement les chances de retrouver les sujets étudiés mais permet aussi de prendre des précautions avant le recontact du sujet. Ainsi le patient n'est pas interrogé directement. Si les parents estiment que le réveil de ces souvenirs peut avoir des conséquences préjudiciables pour leur enfant, il leur est possible de l'épargner. Néanmoins, ils peuvent aussi avoir ce sentiment à tort, et ainsi mettre un frein à ce type d'enquête pourtant indispensable à l'amélioration de la prise en charge, et aussi priver leur enfant du bénéfice que peut lui apporter cette reprise de contact. En effet, si cette dernière peut être délétère pour le patient, elle peut aussi avoir des effets favorables et thérapeutiques (75). Elle peut donner au sujet la possibilité de « faire le point » sur son évolution personnelle depuis cet événement douloureux. Elle peut aussi l'inciter à nouveau à s'engager dans une démarche de soins si cela s'avère toujours nécessaire pour lui. Enfin, elle peut être vécue de façon positive dans la mesure où elle rappelle aux patients tout l'intérêt que nous leur portons. Ces effets bénéfiques nous ont été rapportés explicitement par les patients qui ont joint des lettres à leur questionnaire, et lors des entretiens. Aussi, nous pouvons imaginer que le père qui a accompagné à son questionnaire le document dactylographié de 13 pages, ne l'a pas fait que par reconnaissance de l'intérêt de notre travail. Ecrire les difficultés qu'il rencontre avec sa fille a probablement dû l'aider dans sa volonté de surmonter ces événements traumatisants.

Un jeune nous a renvoyé une petite note avec sa réponse au questionnaire, nous précisant qu'il n'habitait plus chez ses parents et nous demandant de prendre en considération sa nouvelle adresse, et il précise, nous citons : « pour ce genre de courrier plus que personnel ! ». Ce message illustre les inconvénients de cette méthodologie. L'adolescent, devenu adulte, peut ne pas tolérer que nous passions par l'intermédiaire de ses parents pour lui faire parvenir le questionnaire. De plus, s'il se sent encore hanté par la culpabilité de son acte suicidaire vis à vis d'eux, il pourra nous reprocher de réveiller ce souvenir à leur mémoire. Néanmoins, il paraît difficilement envisageable, alors que l'essentiel des difficultés rencontrées par les jeunes concerne la vie familiale dans toute sa complexité, de mettre en place un projet thérapeutique auprès des adolescents en difficultés sans l'adhésion et la participation active des parents. Leur donner la parole dans ce type d'enquête semble donc légitime voire nécessaire. D'une part afin de mieux comprendre leur ressenti vis-à-vis de l'acte suicidaire de leur enfant, d'autre part afin de mieux les intégrer dans les projets de soins.

Au vu des difficultés rencontrées quant au suivi de cette population, il semble important de réfléchir à la meilleure façon de conduire les enquêtes de ce type. La question principale est alors de savoir comment motiver ces jeunes aux études de suivi, indispensables à l'amélioration de leur prise en charge. Pour cela, il paraît tout d'abord nécessaire d'établir un questionnaire le plus attractif et le moins rébarbatif possible. C'est dans cette optique que nous avons choisi d'évaluer la satisfaction des patients dans différents domaines par des échelles d'auto-évaluation. Elles sont relativement attrayantes, simples d'utilisation, faciles à comprendre et à interpréter, et probablement des plus adaptées à l'évaluation de critères subjectifs. En effet, comme nous l'avons vu, elles sont considérées comme l'outil d'auto-évaluation de référence dans le traitement de la douleur, variable subjective qui intègre une notion de ressenti. Il serait sûrement intéressant à l'avenir de réaliser des études sur différents outils d'évaluation du devenir des suicidants afin de pouvoir les comparer et identifier les plus pertinents. Ceci afin de minimiser les biais inhérents à ce type d'étude et d'harmoniser les résultats.

Personnaliser le mode de suivi nous paraît également important pour renforcer l'adhésion des jeunes à ce type d'enquête. Le suivi postal est probablement trop distant et trop neutre. Nous avons pu constater dans cette étude que lorsque nous téléphonions aux patients avant l'envoi du questionnaire, ils étaient plus nombreux à y répondre. Nous pensons en effet qu'ils se sont sentis plus sensibilisés et plus concernés par l'enquête avec cette méthode. Cependant, le recontact téléphonique s'adapte mal à un échantillon de grande taille. Un protocole personnalisé et facilement reproductible reste à trouver.

IV/ Propositions de prise en charge

Rappelons qu'à l'hôpital d'enfants du CHU de Nancy, tout enfant ou adolescent ayant commis un acte suicidaire doit être hospitalisé, quelle que soit la gravité somatique, et doit être examiné par un pédopsychiatre (87). Si le risque de suicide ou de fugue est jugé majeur par le médecin, l'adolescent doit être hospitalisé en service spécialisé de pédopsychiatrie. Il n'y a pas de durée d'hospitalisation fixée à l'avance, cela dépend de la psychopathologie et du risque suicidaire. La famille doit être reçue dès que possible pour entretien avec le psychiatre. L'entretien social avec l'assistante sociale du service est obligatoire lui aussi. Cette dernière informe la famille qu'elle prendra des nouvelles de l'enfant dans un an.

Les objectifs de l'hospitalisation sont exposés à l'enfant et à ses parents (ou aux éducateurs des foyers où peuvent être placés ces adolescents) :

- Assurer les soins et le suivi somatique.
- Prendre en compte ce geste comme un 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.

La sortie est décidée par le chef de service ou le chef de clinique en accord avec l'interne, l'enfant, sa famille. Un suivi psychologique ou psychiatrique est systématiquement proposé, les modalités en sont fixées lors de la sortie. Le relais est difficile à prendre, aussi le service assure ce suivi dans un premier temps (les risques de récurrence sont majeurs dans le mois qui suit l'admission et dans les 6 premiers mois).

Dans les recommandations de l'ANAES (9), il est dit qu'une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement, ce qui suggère que tout adolescent suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins où cette triple évaluation sera commencée. Suite à cette admission, l'hospitalisation doit être la règle. Une prise en charge par un réseau ambulatoire peut-être envisagé, en l'absence d'indication d'hospitalisation. Elle doit alors être intensive et réalisée par un réseau d'intervenants extra-hospitaliers.

Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour hospitalier, même si 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. Cette dernière doit ensuite être soigneusement préparée. Elle doit être adaptée à chaque cas particulier. Les liens préalables doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge, pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi correct de l'adolescent. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge. Des rendez-vous de consultation planifiés au préalable par l'équipe hospitalière, avec des intervenants connus de l'adolescent et acceptés par lui, sont plus souvent honorés. Dans le cas où l'adolescent ne se présenterait pas aux rendez-vous de

consultation, il est utile que les intervenants concernés en effectuent des rappels pour aider à l'intégration dans le schéma de soins.

Nous avons pu voir que le problème principal posé par la prise en charge des suicidants était la fréquente rupture du suivi. Les taux se situent entre 30 et 70 % (51). Dans une étude américaine sur le suivi post-hospitalisation (88), qui confirme cette constatation, les auteurs ont par ailleurs montré que les récidivistes étaient nettement moins compliants au suivi après la sortie de l'hôpital que les primo-suicidants. Or, les patients renouvelant leur passage à l'acte, comme nous l'avons montré dans cette étude, constituent un groupe à haut risque de récurrence pour lequel un suivi post-hospitalier est doublement nécessaire. Dans une publication sur les problèmes et la spécificité de la prise en charge des jeunes en grande difficulté psychologique (89), V. Granboulan explique que ce n'est pas tant la gravité de la pathologie qui conditionne la prise en charge et l'adhésion au suivi, mais plutôt le type de pathologie présenté par l'adolescent ; et plus précisément encore, le type de mécanisme de défense qu'il met en œuvre, et l'efficacité de ces défenses contre la souffrance psychique. Elle ajoute que c'est dans les deux extrêmes de la pathologie que le suivi pose le moins de problèmes : les défenses du patient psychotique « sont en faillites totales et l'angoisse à nu impose la demande de soins » ; « à l'opposé, chez l'adolescent dont la pathologie est plus modérée, le Moi est suffisamment structuré pour supporter à la fois le transfert et la souffrance psychique, ce qui garantit la demande et la possibilité d'une relation thérapeutique ». Selon elle, ce sont les adolescents dont l'organisation de la personnalité est intermédiaire à ces deux extrêmes, qui posent des problèmes de prise en charge et plus spécifiquement d'adhésion au suivi thérapeutique. Et plus cet adolescent est en difficultés, plus le suivi est erratique. Elle écrit à propos de ces patients : « La relation thérapeutique est compromise par leur fragilité narcissique, et toujours menacée de rupture ou de passage à l'acte (...). Les défenses comportementales qu'utilisent ces adolescents, et en particulier le passage à l'acte, ont pour but d'empêcher les pensées et les émotions d'advenir, et malheureusement se montrent d'une redoutable efficacité de ce point de vue. » Pour elle, tout le problème de leur prise en charge réside dans le fait qu'ils réussissent, par ces moyens de défenses comportementales, à déplacer leur problématique hors du champ psychique. Ainsi, ils évacuent la souffrance psychique et donc la possibilité d'une demande de soins. Elle écrit plus loin dans son article : « Le but premier de l'hospitalisation avec ces adolescents hors d'accès, est qu'ils gardent le souvenir d'un endroit chaleureux, à la fois maternant et contenant, où ils peuvent se réfugier en cas de danger (...) Encore faut-il que le réseau de soins soit correctement équipé et la

disponibilité suffisante. » En effet, elle explique que lorsque ces adolescents reprennent contact avec le système de soins, ils le font bien souvent dans l'urgence. Une prise en charge adaptée nécessite alors une grande disponibilité des structures de soins. Répondre à la demande de ces adolescents par des rendez-vous de consultation avec plusieurs semaines d'attente paraît illusoire.

Tous les spécialistes de l'adolescent sont en accord pour insister sur la nécessité d'hospitaliser les jeunes suicidants, même lorsque le passage à l'acte semble minime et que l'adolescent ne paraît pas souffrir de troubles mentaux patents (90). L'hospitalisation permet tout d'abord la rupture dont le besoin est exprimé en acte dans toute tentative de suicide (rupture avec la souffrance, rupture dans la relation avec les autres et notamment le milieu familial) (90). L'hospitalisation répond également à la nécessité d'une évaluation approfondie de la souffrance psychique de l'adolescent, des enjeux familiaux alimentant la situation de crise, ainsi que des différents aspects de la situation socio-familiale ; ce que ne permet pas la prise en charge à domicile par l'omnipraticien, ni par le psychiatre en service d'urgence, par manque de temps et d'espace de rencontres (90). Le temps de l'hospitalisation est également nécessaire à la mise en place du projet de soins. Nous avons vu que plusieurs mesures simples augmentaient la probabilité de suivi (85) :

- avant tout le fait de prendre contact avec le psychiatre qui va assurer le suivi (Odds Ratio (OR)= 5.12),
- l'impact utile de fixer un rendez-vous de consultation avant la sortie (OR= 3.75), et assez proche de cette dernière,
- d'hospitaliser le patient pendant au moins 3 jours (OR= 2.56),
- de désigner un référent qui s'occupe spécifiquement du jeune pendant son hospitalisation (OR= 2.48),
- et d'avoir au moins deux entretiens psychologiques (OR= 1.65).

Rappelons que l'odds ratio (OR) est le risque relatif estimé ou rapport de cotes. Si, sur une population, on observe un symptôme et une maladie, le rapport de cotes calcule le degré de dépendance entre les deux. S'il est proche de 1, la maladie est indépendante du symptôme, s'il est supérieur à 1, le symptôme est en faveur de la maladie.

Nous avons constaté dans cette étude, que les patients qui avaient bénéficié d'une durée d'hospitalisation plus courte en moyenne que les autres (mais relativement longue malgré tout

puisque'elle était de 4.4 jours !) étaient plus à risque d'être chômeurs à l'âge adulte. Augmenter la durée d'hospitalisation paraît donc être bénéfique à long terme dans cette enquête.

Par ailleurs, nous avons confirmé le fait déjà bien établi que les récidivistes constituent un groupe à haut risque de morbidité suicidaire. Qui plus est cette population adhère encore moins au suivi que les primo-suicidants. Ces deux raisons nous incitent à appuyer le fait que la prise en charge doit être adaptée à leur cas particulier. Nous pensons notamment qu'il est nécessaire de tout faire pour mettre en place avec eux les mesures déjà validées augmentant l'adhésion au suivi post-hospitalier.

Des protocoles sur la durée d'hospitalisation et les modalités de suivi sont sûrement nécessaires :

Nous proposons que tout jeune suicidant qui récidive soit hospitalisé au moins 15 jours. Concernant le suivi, nous pensons que tout patient récidiviste doit être revu systématiquement en consultation tous les 7 jours pendant au moins 2 mois après sa sortie auprès d'un médecin psychiatre déjà rencontré lors de son hospitalisation. Si l'adolescent est déjà suivi avant son hospitalisation, s'assurer qu'il honore bien les consultations psychiatriques prévues, pendant au moins 2 mois après sa sortie. Si tel n'est pas le cas, le reconvoquer systématiquement. Deux mois nous semblent être la durée minimale pour instaurer une relation thérapeutique et augmenter les chances d'adhésion au projet de soins et de suivi.

La collaboration parentale paraît, elle-aussi, essentielle voire indispensable à la mise en place d'un projet thérapeutique auprès des jeunes suicidants. Comment imaginer que leur enfant comprenne tout l'intérêt et participe activement au projet de soins si eux-mêmes n'y adhèrent pas ? Nous pensons qu'il serait alors bénéfique de multiplier les entretiens familiaux (ou les contacts avec les éducateurs pour les jeunes placés en foyer socio-éducatif) après la sortie de l'hôpital, et ce d'autant plus que le patient a déjà réalisé des actes auto-agressifs. Il serait sûrement préférable, dans cette même optique, que l'entretien social avec la famille, réalisé systématiquement un an après le geste suicidaire, le soit de visu plutôt que par téléphone.

D'autre part, il semble important que les structures d'accueil des suicidants permettent une prise en charge dans l'urgence. Avec ces problèmes très pratiques de disponibilité, c'est l'équipement des structures et leur adaptation aux adolescents en difficultés qui est en question. Leur amélioration ne dépend pas que du champ médical, mais aussi du champ

social, judiciaire, éducatif et politique. La collaboration entre toutes ces institutions et une volonté politique sont nécessaires à cette amélioration.

CONCLUSION

Nous avons présenté les résultats d'une enquête prolective réalisée à l'hôpital d'enfants du C.H.U. de Nancy sur le devenir 10 ans après de 65 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide au cours de l'année 1994. Ce travail a compris une analyse détaillée de la population de départ et une étude du devenir psychosocial des 34 patients répondeurs, soit 52 % de l'échantillon initial. La comparaison avec les résultats publiés fait apparaître qu'il s'agit du plus fort taux de réponse, compte-tenu de la méthodologie et du recul.

Un fait important est apparu dans cette étude. A la comparaison des réponses aux questionnaires avec les données hospitalières, nous avons constaté une fréquente sous-déclaration des taux de récurrence par les suicidants et leurs parents. Notre méthodologie pour ce calcul incluant les informations retrouvées dans les dossiers médicaux est tout à fait originale et spécifique de Nancy. Elle a été possible grâce au personnel du DIM et au Dr Pichené, que nous remercions tout particulièrement, qui nous ont permis de croiser la liste de nos patients avec celle des personnes hospitalisées à l'UAUP de 1994 à 2004. Ainsi nous avons obtenu des résultats très certainement moins sous-estimés et plus réalistes que ceux établis à ce jour dans les différentes études. C'est une première dans les études sur le devenir des suicidants ; les renseignements disponibles n'étant jusque là que ceux fournis par les patients. Le pourcentage de récidivistes mis en évidence dans cette étude est de ce fait plus élevé que ceux retrouvés dans la littérature mais malheureusement très certainement plus proche de l'inquiétante réalité de la répétition des conduites suicidaires.

Le devenir des patients retrouvés est malgré tout relativement rassurant puisque 50 % vivent en couple et ont des enfants, 70.5 % déclarent être heureux dans leur vie affective, 70 % ont une activité professionnelle à l'heure actuelle, 72.5 % s'estiment être en bonne santé et 59 % sont heureux de façon globale. Néanmoins, 17 % présente une pathologie psychiatrique sévère avec souvent la répétition d'actes auto-agressifs. Le reste de l'effectif se trouve dans une situation intermédiaire entre ces deux extrêmes. Deux patientes sont malheureusement décédées par suicide.

La recherche de facteurs prédictifs du risque suicidaire et la mise en évidence de groupes à risque ont permis de confirmer le fort lien existant entre la menace de récurrence et les antécédents de TS. Or, garder un contact avec les adolescents suicidants après leur sortie de l'hôpital est déjà une tâche difficile, elle l'est d'autant plus si ces jeunes sont déjà passés à l'acte. Il paraît donc important de continuer à concentrer tous les efforts pour renforcer la

prise en charge de ces patients récidivistes, et notamment tout faire pour mettre en place avec eux les mesures permettant d'augmenter l'adhésion au suivi.

A la comparaison des questionnaires « patient » et « parents », nous avons été agréablement surpris de constater que la corrélation était dans l'ensemble assez forte, même au sujet des variables personnelles et subjectives. La parole n'étant pas souvent donnée aux parents dans ce type d'enquête, ces résultats renforcent l'idée que c'est un tort. Alors que le principal problème posé par la prise en charge des suicidants est la fréquente rupture thérapeutique, comment imaginer obtenir l'adhésion des jeunes au projet de soins si les parents eux-même ne sont pas convaincus de son utilité ? Les inclure dans ce type d'enquête paraît donc cohérent et indispensable, au vu de ces résultats.

Nous pensons qu'une réelle limite existe à la réalisation de telles enquêtes. Le manque d'outils d'évaluation et de protocoles de référence, validés par des études scientifiques, engendre une majoration des biais statistiques et des disparités importantes dans les résultats des différentes études portant sur le sujet. Les comparaisons deviennent alors difficiles voire impossibles. Si nous voulons pouvoir tirer un maximum de profit de ces enquêtes, indispensables à l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des suicidants, des références sur le sujet sont nécessaires et restent à trouver.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Vedrinne J, Sorel P, Weber D.

Sémiologie des conduites suicidaires.

Encyclopédie Médico-Chirurgicale ; 37-114-A-80 : 1-8.

2. Sénèque.

Apprendre à vivre : lettres à Lucilius.

3. Esquirol JE.

Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.

Paris : Baillière, 1838 : 526-676.

4. Durkheim E.

Le suicide.

Presses Universitaires de France, Paris 1897.

5. Freud S.

Deuil et Mélancolie.

In : Métapsychologie. Paris : Gallimard, 1968 : 147-174.

6. Le Bonniec Y, Guillon C.

Suicide, mode d'emploi.

Paris : A Moreau, 1982.

7. kerkhof JM.

Assisted suicide among psychiatric patients in the Nederland.

Crisis 1994 ; 15: 50-52.

8. Marcelli D, Braconnier A.

Psychologie de l'adolescent, 4^e édition.

Masson, Paris, 1995.

9. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide.

Texte des recommandations. Paris : ANAES, 1998.

10. Pommereau X.

L'adolescent suicidaire.

Paris : Dunod ; 1995.

11. Jeammet P, Birot E. (sous la direction de).

Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et l'adulte jeune.

Paris, Puf, 1994.

12. Jeammet P, Birot E .

Psychopathologie des tentatives de suicide : Etude statistico-clinique.

In Ladame F., Ottino J., Pawlak C. (sous la direction de), Adolescence et suicide, Paris, Masson 1995 : 92-109.

13. Jeammet P.

Les agirs à l'adolescence.

Revue Pratique de Psychologie de la Vie Sociale et d'Hygiène Mentale 1996 ; 1 : 17-24.

14. Jeammet P.

Introduction du dossier « L'hospitalisation des jeunes suicidants ».

Le carnet psy, novembre 2003 ; 85 : 13-14.

15. Pommereau X.

Quand l'adolescent va mal.

J-C. Lattès ; 1997.

16. Vidailhet C.

La tentative de suicide de l'enfant et de l'adolescent : expression du désir de vivre autrement.

Psychologie Médicale 1994 ; 26 (11) : 1-3.

17. Chavagnat JJ, Delcoustal M, Perivier E.

Le suicidant : avant et après l'hospitalisation.

Psychologie Médicale 1993 ; 25 (5) : 411-413.

18. Barthes R.

Fragments d'un discours amoureux.

Le seuil ; 1977.

19. Delorme M.

Le concept de mort à l'adolescence.

Adolescence, Monographie, ISAP, 2000 : 371-381.

20. Nizard A, Bourgoin N, de Divonne G.

Suicide et mal-être social.

Populations Société 1998 ; 334 : 1-4.

21. Pequiot F.

Suicide, cadrage statistique et qualité des données.

6^{ème} séance du séminaire « santé, inégalités, ruptures sociales » de l'unité 444 de l'INSERM consacrée au « tentative de suicide à l'adolescence, souffrance singulière et mal-être social », Paris, le 22 mai 2003.

22. Badeyan G, Parayre C, Mouquet MC, Tellier S, Dragos S, Ellenberg E.

Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Etudes et Résultats.

DREES, N°109 ; avril 2001.

23. Pommereau X.

Quelques repères statistiques.

In : L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod ; 1995 : 1-9.

24. Facy F, Jouglà E, Hatton F.

Epidémiologie des tentatives de suicide de l'adolescent.

Rev Prat 1998 ; 48 : 1409-14.

25. Choquet M, Granboulan V.

Que sait-on de la récurrence ?

Enquête « jeunes suicidants à l'hôpital », Dossier « jeunes suicidants, l'hospitalisation et après », Santé mentale n° 91, octobre 2004 : 31-32.

26. Ménard J.

Conférence nationale de la santé. Rapport 97.

Paris : Ed. INSERM, Coll Analyses et perspectives ; 1994.

27. Choquet M, Granboulan V.

Les jeunes suicidants à l'hôpital.

Paris, EDK, 2004 ; Enquête co-organisée et financée par la fondation de France, Paris, 191 p.

28. Cremniter D.

Les conduites suicidaires et leur devenir.

Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Tours 16-20 juin 1997. Paris : Masson ; 1997.

29. Prémutam (CNAMTS, Mutualité française)

« Prévention des suicides et des tentatives de suicide, état des lieux 1995-1997 », mars 1998.

30. Davidson F, Philippe A.

Suicide et tentatives de suicide aujourd'hui. Etude épidémiologique.

Paris : Ed. INSERM, Coll. Grandes enquêtes en santé publique et épidémiologie ; 1986.

31. Schmidtke 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 WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide.

Acta Psychiatr Scand 1996 ; 93 : 327-38.

32. Choquet M, Pommereau X.

Les élèves à l'infirmierie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire - Premiers résultats.

Dossier de presse, INSERM, février 2001.

33. Foussard N, Laurent A, Boucharlat J.

Adolescence et suicide : l'ampleur du problème.

Nervure mars 1995 ; VIII (2) : 14-16.

34. Choquet M, Ledoux S.

Adolescents : enquête nationale.

Paris : La documentation française - Inserm, 1994 : 346 p.

35. Choquet M.

En France, les tentatives de suicides des jeunes augmentent.

Dossier « le suicide des adolescents : un enjeu de santé publique »,

Le bulletin de l'ordre des médecins, février 2005 ; 2 : 12.

36. Kienhorst CWM, de Wilde EJ, Van Den Bout J, Diekstra RFW, Wolters WHG.

Characteristics of suicide attempters in a population-based sample of Dutch adolescents.

Br J Psychiatry 1990 ; 156 : 243-8.

37. Rey Gex C, Narring F, Ferron C, Michaud PA.

Suicide attempts among adolescents in Switzerland: prevalence, associated factors and comorbidity.

Acta Psychiatr Scand 1998 ; 98 : 28-33.

38. Hawton K, Fagg J.

Deliberate self-poisoning and self-injury in adolescents. A study of characteristics and trends in Oxford, 1976-89.

Br J Psychiatry 1992 ; 161 : 816-23.

39. Gunnell DJ, Brooks J, Peters TJ.

Epidemiology and patterns of hospital use after parasuicide in the south west of England.
J Epidemiol Community Health 1996 ; 50 : 24-9.

40. Choquet M.

Suicide et adolescence : acquis épidémiologies.
Méd Thèr Pédiatre 1998 ; 1 : 337-43.

41. Granboulan V.

Devenir de l'adolescent suicidant.
Rev Prat 1998 ; 48 : 1440-3.

42. Owens D, Dennis M, Jones S, Dove A, Dave S.

Self-poisoning patients discharged from accident and emergency: risk factors and outcome.
J R Coll Physicians Lond 1991 ; 25 : 218-22.

43. Kotila L, Lönnqvist J.

Suicide and violent death among adolescent suicide attempters.
Acta Psychiatr Scand 1989 ; 79 : 453-459.

44. Kotila L.

The outcome of attempted suicide in adolescence.
J Adolesc Health 1992 ; 13 : 415-7.

45. Otto U.

Suicidal acts by children and adolescents: a follow-up study.
Acta Psychiatr Scand 1972 ; suppl.223 : 1-123.

46. Kotila L, Lönnqvist J.

Adolescents who make suicide attempts repeatedly.
Acta Psychiatr Scand 1987; 76 : 386-393.

47. Gasquet I, Choquet M.

Gender role in adolescent suicidal behaviour : observations and therapeutic implications.
Acta Psychiatr Scand 1993 ; 87 : 59-65.

48. Diekstra RFW.

Suicidal behaviour in adolescents and young adults : the international picture.
In: Tentatives de suicide à l'adolescence. Colloque du Centre internationale de l'enfance.
Paris: CIE Editions, 1988 : 280p.

49. American Academy of Paediatrics.

Suicide and suicide attempts in adolescents and young adults.
Paediatrics 1988 ; 81 : 322-4.

50. Alvin P, Jeammet P, Pommereau X.

L'hospitalisation des adolescents.
Paris : Fondation de France, 1997.

51. Choquet M.

Jeunes suicidants à l'hôpital.
Soins pédiatrie-puériculture, juin 2004 ; 218 : 5-7.

52. Barter J, Swaback D, Todd D.

Adolescents suicide attempts. A follow up study of hospitalised patients.
Arch Gen Psychiatry 1968 ; 19 : 523-527.

53. Garfinkel B, Froese A, Hood J.

Suicide attempts in children and adolescents.
Am J Psychiatry 1982 ; 139 : 1257-61.

54. Goldacre M, Hawton K.

Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses.
Br J Psychiat 1985 ; 146 : 395-8.

55. Hawton K, Fagg J, Stephen P, Hawkins M.

Factors associated with suicide after parasuicide in young people.

BMJ 1993 June ; 306 : 1641-1644.

56. Foussard N, Laurent A, Boucharlat J.

Les tentatives de suicides de l'enfant et de l'adolescent : à propos de 134 observations d'un service de pédopsychiatrie.

Suicide et cultures, Conduites suicidaires de l'adolescent, Après le suicide...Chabannes JP Coord., Debout M. Coord., Congrès, Groupement d'études et de prévention du suicide, Chambéry, 1994 ; 179-191.

57. Spirito A, Valeri S, Boergers J, Donaldson D.

Predictors of continued suicidal behaviour in adolescents following a suicide attempt.

J Clin Child Adolesc Psychol 2003 Jun ; 32 (2) : 284-9.

58. Cullberg J, Wasserman D, Stefansson CG.

Who commits suicide after a suicide attempt?

Acta Psychiatr Scand 1988 ; 77 : 598-603.

59. Tejedor MC, Diaz A, Castillon JJ, Pericay JM.

Attempted suicide : repetition and survival, findings of follow-up study.

Acta Psychiatr Scand 1999 ; 100 : 205-211.

60. Bioulac S, Bourgeois M, Ekouevi DK, Bonnin JM, Gonzales B, Castello MF

Les facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie.

L'Encéphale 2000 ; XXVI : 1-7.

61. Suominen K, Isometsä E, Suokas J, Haukka J, Achte K, Lönnqvist J.

Completed suicide after a suicide attempt : a 37-year follow-up study.

Am J Psychiatry March 2004 ; 161 (3) : 562-563.

62. Harris EC, Barraclough B.

Suicide as an outcome for mental disorders : a meta-analysis.
Br J Psychiatry 1997 ; 170 : 205-228.

63. Owens D, Horrocks J, House A.

Fatal and non-fatal repetition of self-harm : systemic review.
Br J Psychiatry 2002 ; 181 : 193-199.

64. White HG.

Self-poisoning of adolescents.
Br J Psychiatry 1974 ; 124 : 24-35.

65. Nardini-Maillard D, Ladame F.

The results of a follow-up study of suicidal adolescents.
J Adolesc 1980 ; 3 : 253-60.

66. Guillon JL, Brunod R, Gallet JP.

Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents : à propos de 67 observations d'un service de Pédiatrie Générale.
Neuropsychiatr Enf 1987 juin ; 35 (6) : 227-238.

67. Cummins RR, Allwood CW.

Suicide attempts or threats by children and adolescents in Johannesburg.
S Afr Med J 1984 ; 66 : 726-9.

68. Angle CR, O'Brien TP, McIntire MS.

Adolescent self-poisoning : a nine-year follow up.
Devel Behaviour Paediatr 1983 ; 4 (2) : 83-7.

69. Kerfoot M, McHugh B.

The outcome of childhood suicidal behaviour.
Acta Paedopsychiatr 1992 ; 55 : 141-5.

70. Vange B.

Attempted suicide among children and adolescents : a follow-up study.
Ugestr Laeg 1985 ; 147 : 1867-73.

71 Granboulan V, Rabain D, Basquin M.

The outcome of adolescent suicide attempts.
Acta Psychiatr Scand 1995 ; 91 : 265-70.

72. Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J.

Le devenir psychosocial d'adolescents suicidants.
Synapse, janvier 2000 ; 162 : 19-24.

73. Goldston DB, Daniel S, Reboussin DM, et al.

First-time suicide attempters, repeat attempters and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatric unit.
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996 ; 35 (5) : 631-9.

74. Batt A, Eudier F, Le Vaou P, et al.

Repetition of parasuicide. Risk factors in general hospital referred patients.
J Mental Health 1998 ; 7 (3) : 285-97.

75. Cucheval E, Siobud E, Vaiva G.

Recontacter un suicidant à distance de son geste : éthique et intérêt.
La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale, février 1998 ; 15 : 39-41.

76. Lachaux B, Terra J.L.

Du prélèvement biologique à l'échange psychique, ou le prélèvement psychologique entre impossible et interdit.
L'Encéphale 1993 ; XIX : 209-210.

77. Batt A, Bellivier F, Delatte B, Spreux-Varoquaux O.

Suicide, autopsie psychologique, outil de recherche en prévention.
Une expertise collective de l'INSERM.
Dossiers de presse. Paris, le 17 mars 2005.

78. Hawton K, Osborn M, O'Grady J, Cole D.

Classification of adolescent who take overdoses.

Br J Psychiatry 1982 ; 140 : 124-31.

79. Bobin E, Sarfati Y.

Tentatives de suicide à répétition : peut-on arrêter les « récidivistes » ?

Nervure, septembre 2003 ; Tome XVI (3) : 14-18.

80. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge.

Paris : ANAES ; 19 et 20 octobre 2000.

81. Garnefski N, Diekstra RFW.

Adolescents from one parents, step-parent and intact families : emotional problems and suicide attempts.

J Youth Adolescence 1998 ; 27 (3) : 275-99.

82. Choquet M, Michaud PA, Frappier JY.

Les adolescents et leur santé : repères épidémiologiques.

In : P.A. Michaud, P. Alvin, J.P. Deschamps, J.Y. Frappier, D. Marcelli, A. Trusz, eds. La santé des adolescents - Approches, soins, prévention. Lausanne, Paris, Montréal : Editions Payot, Doin éditeurs, Les Presses de l'Université, 1997 : 65-80.

83. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Salzinger S, Mandel F, Weiner M.

Adolescent physical abuses and suicide attempts.

J Am Acad Child Adolesc Psychiat 1997 ; 36 : 799-808.

84. Spirito A, Brown L, Overholser J, Fritz G.

Attempted suicide in adolescence : a review and critique of the literature.

Clinical Psychol Rev 9 ; 1989 : 335-363.

85. Choquet M.

Jeunes suicidants à l'hôpital. Enquête co-organisée et financée par la Fondation de France.

Le carnet psy, nov 2003 ; 85 : 14-19.

86. Pommereau X.

Pourquoi hospitaliser les jeunes suicidants ?

2^{ème} séance du congrès « Les jeunes suicidants, l'hospitalisation et après... » organisé par la Fondation de France, 5 novembre 2004, Paris.

87. Protocole de prise en charge des Tentatives de Suicide.

Unité de Pédiopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Nancy. Avril 2004.

88. Litt I, Cruskey WR, Rudd S.

Emergency room evaluation of the adolescent who attempts suicide : Compliance with the follow-up.

J Adolesc Health Care 1983 ; 4 : 106-108.

89. Granboulan V.

Problème et spécificité de la prise en charge des jeunes en grande difficulté psychologique.

Neuropsychiatr Enfance Adolesc 1998 ; 46 (4) : 221-225.

90. Pommereau X.

Pourquoi hospitaliser les jeunes suicidants ?

Le Carnet Psy, novembre 2003 ; 85 : 19-21.

ANNEXES

Nancy, le 08 avril 2004

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Mme le professeur Vidailhet et M. le docteur Kabuth m'ont confié une étude sur le devenir des adolescents hospitalisés à l'hôpital d'enfants du C.H.U de Nancy pour tentative de suicide en 1994.

En 1994, vous avez été hospitalisé(e) dans le service de pédopsychiatrie pour ce problème. Il est important pour les médecins d'évaluer le devenir des patients. C'est pourquoi nous entreprenons ce travail d'évaluation pour les patients hospitalisés et/ou suivis pour tentative de suicide.

Cette évaluation est aussi une évaluation de la qualité des soins que vous avez reçus et permet également, par les informations que vous aurez fournies, d'évaluer la prise en charge des jeunes filles et jeunes garçons que nous suivons actuellement. Pour ce faire nous avons besoin de vous. Il nous est, en effet, indispensable d'avoir des renseignements votre état de santé et votre vie actuelle.

Nous vous serions très reconnaissants de nous accorder un peu de votre temps pour remplir le questionnaire ci-joint et nous le retourner à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe. Nous vous en remercions par avance. Vous pouvez naturellement, si vous le souhaitez, y ajouter des commentaires ou des questions auxquelles nous nous efforcerons de vous répondre au mieux. Si certaines questions vous choquent, ne vous sentez pas forcément concerné(e), il s'agit d'un questionnaire général.

Le mieux serait bien sûr de pouvoir vous rencontrer, pour aborder toutes ces questions lors d'un entretien.

Pour cela, et pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter aux numéros de téléphone suivants : 03.83.35.27.09 ou au 06.61.86.99.29 et me laisser vos coordonnées ou votre message afin que je vous rappelle dès que possible.

Sauf réponse de votre part dans les trois semaines suivant l'envoi de ce courrier, je me permettrai de vous joindre par téléphone à votre domicile.

Comptant sur votre participation et votre aide très précieuse pour poursuivre de la meilleure façon possible nos soins aux adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur à nos meilleures salutations.

Mme le Pr VIDAILHET

M. le Dr KABUTH

A.GEHIN

Nancy, le 08 avril 2004

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon travail de thèse pour l'obtention du grade de docteur en médecine, Mme le professeur Vidailhet et M. le docteur Kabuth m'ont confié une étude sur le devenir des adolescents hospitalisés à l'hôpital d'enfants du C.H.U de nancy pour tentative de suicide en 1994.

En 1994, votre fille a été hospitalisée dans le service de pédopsychiatrie pour ce problème. Il est important pour les médecins d'évaluer le devenir des patients. C'est pourquoi nous entreprenons ce travail d'évaluation pour les patients hospitalisés et/ou suivis pour tentative de suicide.

Cette évaluation est aussi une évaluation de la qualité des soins que votre fille a reçus et permet également, par les informations que vous aurez fournies, d'évaluer la prise en charge des jeunes filles et jeunes garçons que nous suivons actuellement.

Pour ce faire nous avons besoin de vous. Il nous est, en effet, indispensable d'avoir des renseignements sur l'état de santé et la vie actuelle de votre fille.

Nous vous serions très reconnaissants de nous accorder un peu de votre temps pour remplir le questionnaire ci-joint et nous le retourner à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe.

Nous vous serions aussi très reconnaissant de bien vouloir transmettre le deuxième questionnaire joint à cette lettre, adressé à votre fille, et de lui demander de nous le renvoyer dans la seconde enveloppe timbrée ci-jointe.

Nous vous en remercions par avance. Vous et votre fille pouvez naturellement, si vous le souhaitez, y ajouter des commentaires ou des questions auxquelles nous nous efforcerons de vous répondre au mieux. Si certaines questions vous choquent, ne sentez pas forcément votre fille concernée, il s'agit d'un questionnaire général.

Le mieux serait bien sûr de pouvoir vous rencontrer, et/ou rencontrer votre fille, pour aborder toutes ces questions lors d'un entretien individuel ou familial.

Pour cela, et pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez me contacter aux numéros de téléphone suivants : 03.83.35.27.09 ou au 06.61.86.99.29 et me laisser vos coordonnées ou votre message afin que je vous rappelle dès que possible.

Sauf réponse de votre part dans les trois semaines suivant l'envoi de ce courrier, je me permettrai de vous joindre par téléphone à votre domicile.

Comptant sur votre participation et votre aide très précieuse pour poursuivre de la meilleure façon possible nos soins aux adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur à nos meilleures salutations.

Mme le Pr VIDAILHET

M. le Dr KABUTH

A.GEHIN

Questionnaire adressé au patient

Répondre en cochant la case appropriée à votre situation ou en indiquant la réponse sur la ligne tracée.

- Quelle est votre situation familiale ? marié(e) célibataire
 vit maritalement divorcé(e)
- 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 heureux(se) dans votre vie affective ?

0	-----5-----	10
malheureux	moyennement heureux(se)	très heureux(se)

- Avez-vous une profession ? oui non
- Quelle est votre activité professionnelle ? _____
- Avez-vous connu des échecs professionnels ? 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 ? _____

- Fumez-vous ? oui non
- Environ combien de cigarettes par jour ? _____
- Consommez-vous de l'alcool de façon régulière ? oui non
- Consommez-vous des drogues ? oui non
- Avez-vous refait des tentatives de suicide ? oui non
- Si oui, combien ? _____
- Avez-vous encore des idées suicidaires ? oui non
- Avez-vous eu un suivi psychologique après votre tentative de suicide ? oui non
- Si oui, pendant combien de temps ? _____
- Etes-vous encore suivi(e) actuellement ? oui non
- Si non, avez-vous consulté en psychiatrie (psychiatres en ville, urgences psychiatriques...) depuis ces dix dernières années ? oui non
- Avez-vous été hospitalisé(e) d'autres fois pour un problème psychologique ? oui non
- Combien de fois? _____
- Vous sentez-vous déprimé(e) ? oui non
- Etes-vous souvent en arrêt maladie ? oui non
- Bénéficiez-vous d'une allocation pour adulte handicapé ? oui non
- Avez-vous eu à faire 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

- Comment estimez-vous votre bien-être psychologique sur une échelle de 1 à 10 ?

0	5	10
très malheureux	moyennement heureux	très heureux

- Avez-vous été satisfait(e) de votre prise en charge à l'hôpital d'enfant en 1994 ?

0	5	10
pas satisfait(e) du tout	moyennement satisfait(e)	très satisfait(e)

Questionnaire adressé aux
parents

Cocher la case correspondant au parent ayant répondu au questionnaire :

- père mère les deux autre : _____

Répondre en cochant la case appropriée à la situation de votre fille ou en indiquant la réponse sur la ligne tracée.

- Quelle est la situation familiale de votre fille ? mariée célibataire
 vit maritalement divorcée

- A-t-elle des enfants ? oui non

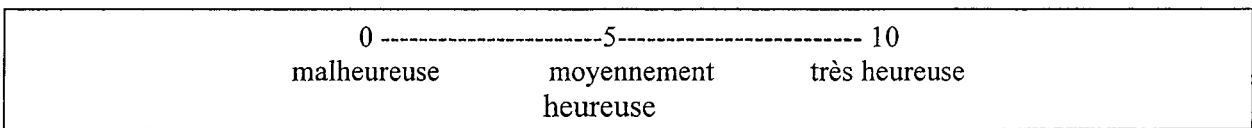
- Combien ? _____

- Ses enfants sont-ils à sa charge ? oui non

- Si non, où vivent-ils ? _____

- Quel est son lieu de vie ? avec vous
 seule
 en couple
 autre : _____

- Sur une échelle de 1 à 10, pensez-vous qu'elle est heureuse dans sa vie affective ?



- A-t-elle une profession ? oui non

- Quelle est son activité professionnelle ? _____

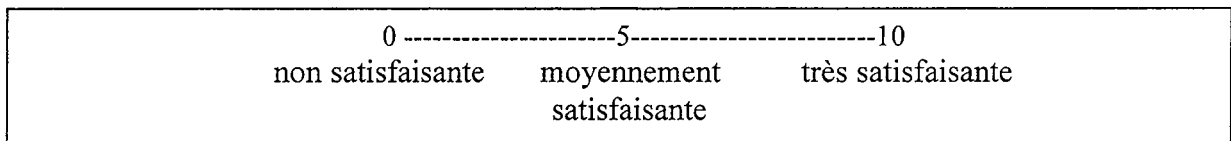
- A-t-elle connu des échecs professionnels ? oui non

- Quel est son niveau d'étude ? _____

- A-t-elle redoublé des classes ? oui non

- Combien ? _____

- Sur une échelle de 1 à 10, pensez-vous qu'elle est satisfaisante de sa vie professionnelle ?



- A-t-elle des problèmes de santé ? oui non

- Lesquels ? _____

- Prend-elle des médicaments tous les jours ? oui non

- Lesquels ? _____
- Fume-t-elle ? oui non
- Environ combien de cigarettes par jour ? _____
- Consomme-t-elle de l'alcool de façon régulière ? oui non
- Consomme-t-elle des drogues ? oui non
- A-t-elle refait des tentatives de suicide ? oui non
- Si oui, combien ? _____
- A-t-elle encore des idées suicidaires ? oui non
- A-t-elle eu un suivi psychologique après sa tentative de suicide ? oui non
- Si oui, pendant combien de temps ? _____
- Est-elle encore suivie actuellement ? oui non
- Si non, a-t-elle consulté en psychiatrie (psychiatres en ville, urgences psychiatriques...) depuis ces dix dernières années ? oui non
- A-t-elle été hospitalisée d'autres fois pour un problème psychologique ? oui non
- Combien de fois ? _____
- Pensez-vous qu'elle est déprimée ? oui non
- Est-elle souvent en arrêt maladie ? oui non
- Bénéficie-t-elle d'une allocation pour adulte handicapé ? oui non
- A-t-elle eu à faire à la justice ? oui non
- Comment estimez-vous sa santé globale sur une échelle de 1 à 10 ?

0	5	10
mauvaise	moyenne	très bonne

- Comment estimez-vous son bien-être psychologique sur une échelle de 1 à 10 ?

0	5	10
très malheureuse	moyennement heureuse	très heureuse

- Avez-vous été satisfait de sa prise en charge à l'hôpital d'enfant en 1994 ?

0	5	10
pas satisfait du tout	moyennement satisfait	très satisfait

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.		
		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.		
		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 3 mars 2005

Le Président de Thèse

NANCY, le 20 mai 2005

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Mme le Professeur **C. VIDAILHET**

Professeur **H. COUDANE**

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 25 mai 2005

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY I

Professeur J.P. FINANCE



RESUME DE LA THESE

Le suicide et les tentatives de suicide sont un grave problème de Santé Publique. Etudier le devenir à long terme des suicidants est indispensable à l'amélioration de leur prise en charge. Les auteurs de la présente étude ont réalisé une enquête portant sur le devenir psychosocial à 10 ans des 65 adolescents suicidants hospitalisés en 1994 à l'hôpital d'enfants de Nancy.

Ils ont obtenu des renseignements pour 52% de leurs patients, ce qui représente le pourcentage de réponse le plus élevé des études portant sur ce sujet publiées à ce jour.

Ils concluent qu'environ 65% des répondants n'ont pas de problèmes particuliers et s'estiment heureux et en bonne santé, 17% présentent une pathologie psychiatrique chronique avec souvent la répétition d'actes auto-agressifs, et les 18% restants se situent dans une position intermédiaire.

Ils ont mis en évidence des taux de récurrence élevés et ont confirmé le fort lien existant entre la menace de récurrence et le fait d'avoir déjà réalisé des actes suicidaires. Les récidivistes constituent donc un groupe à haut risque de renouveler leurs gestes pour lesquels la prise en charge doit être renforcée. Il leur semble nécessaire de concentrer tous les efforts pour que soient mises en place avec eux les mesures validées dans la littérature permettant d'augmenter l'adhésion au suivi psychothérapeutique.

TITRE EN ANGLAIS

Ten years outcome of 65 adolescent suicide attempters hospitalized in the child hospital of Nancy.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2005

MOTS CLEFS : Tentative de suicide – Adolescent – Devenir – Récurrence.

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex