HAL
open science

Tentative de suicide et récidive suicidaire à l'adolescence - Étude des facteurs de risque de récidive chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy

Marion Kurzenne

To cite this version:

Marion Kurzenne. Tentative de suicide et récidive suicidaire à l'adolescence - Étude des facteurs de risque de récidive chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01734475

HAL Id: hal-01734475

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734475

Submitted on 14 Mar 2018

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

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

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-thesesexercice-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

2014 N°

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

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

par

Marion KURZENNE

Le 8 Octobre 2014

TENTATIVE DE SUICIDE ET RÉCIDIVE SUICIDAIRE À L'ADOLESCENCE
Étude des facteurs de risque de récidive chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy

Examinateurs de la thèse :

Mr B. KABUTH	Professeur	Président
Mr D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	Juge
Mr C. SCHWEITZER	Professeur	Juge
Mme F. LIGIER	Docteur	Juge et Directrice

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Assesseurs

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	**Docteur Mathias POUSSEL**
- 2ème Cycle :	**Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER**
- 3ème Cycle : • « *DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques* »	**Professeur Marc DEBOUVERIE**
• « *DES Spécialité Médecine Générale* »	**Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO**
• « Gestion DU – DIU »	**Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE**
- Plan campus :	**Professeur Bruno LEHEUP**
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	**Professeur Laurent BRESLER**
- Recherche :	**Professeur Didier MAINARD**
- Relations Internationales :	**Professeur Jacques HUBERT**
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	**Docteur Christophe NEMOS**
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	**Docteur Stéphane ZUILY**
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	**Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT**
- Réingénierie professions paramédicales :	**Mme la Professeure Annick BARBAUD**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH
Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ
Oliéro GUERCI - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND
René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle SOMMELET
Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*
Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

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

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUEL – Professeur Christian BEYAERT
3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*
Professeur Ali DALLOUL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN
Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA
2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*
Professeur Christophe PARIS
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

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

2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT
Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : ***(Immunologie)***
Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

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

1ère sous-section : ***(Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT
Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER
2ème sous-section : ***(Réanimation ; médecine d'urgence)***
Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)***
Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

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

1ère sous-section : ***(Neurologie)***
Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE
Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD
2ème sous-section : ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN
Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS
3ème sous-section : ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

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

1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : ***(Cardiologie)***
Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : ***(Néphrologie)***
Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT
4ème sous-section : ***(Urologie)***
Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*
Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS
Professeure Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET
Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE
2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET
3ème sous-section : ***(Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)***
Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE
4ère sous-section : ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication***
Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)***
Docteure Lina BOLOTINE
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)***
Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE
4ème sous-section : ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE
1ère sous-section : ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)***
Docteure Laure JOLY

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL
Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE
Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À notre Maître et Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH,

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Docteur en Psychologie

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de notre thèse, pour cela nous vous adressons nos plus sincères remerciements.

Pour la qualité de vos enseignements, votre élan et votre dynamisme porteurs, nous vous adressons toute notre reconnaissance et tout notre respect.

À notre Maître et Membre du Jury,

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC,

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Nous vous sommes très reconnaissants d'avoir accepté de participer au jury de notre soutenance de thèse.

Nous vous remercions sincèrement pour vos enseignements passionnés et votre humilité exemplaire, qui ont accompagné nos réflexions durant notre parcours d'interne, et qui continueront à nous guider.

À notre Membre du Jury,

Monsieur le Professeur Cyril Schweitzer,

Professeur de Pédiatrie

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury de thèse.

Nous vous en remercions et vous adressons l'expression de notre sincère gratitude pour l'attention que vous avez portée à ce modeste travail.

À notre Directrice de Thèse et Membre du Jury,
Madame le Docteur Fabienne Ligier,
Docteur en Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

Nous vous adressons nos plus chaleureux remerciements pour avoir accepter de diriger et d'accompagner ce travail de thèse.

Merci pour votre disponibilité, vos conseils, votre soutien, votre rigueur et votre bonne humeur.
Nous sommes aussi très reconnaissants et respectueux de votre engagement dans les enseignements et pendant le semestre passé dans le service d'hospitalisation de pédopsychiatrie.

À travers ce travail, veuillez recevoir l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

À ceux et celles qui ont collaboré à l'élaboration de ce travail :

À l'équipe du DIM et des archives du CPN qui m'a facilité l'accès aux dossiers et qui s'est montrée très disponible,

Aux adolescents et à leurs parents qui ont pris le temps de répondre à nos questionnaires et qui ont accepté de se replonger dans une période fragile de leur vie.

À mes Maîtres de stage :

Madame le Docteur Corroy et toute l'équipe du CMP infanto-juvénile de Thionville avec lesquelles j'ai fait mes premiers pas en pédopsychiatrie,

Madame le Docteur Lecuivre et l'équipe du CMP infanto-juvénile de Verdun, où j'ai acquis une autonomie très formatrice,

Madame le Docteur Virginie Saleh et toute l'équipe du service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Brabois à Nancy (seconde maison à ce moment-là), auprès de qui j'ai énormément appris et qui a renforcé mon désir de devenir pédopsychiatre,

L'équipe de psychiatrie de Briey où j'ai débuté mon apprentissage de la psychiatrie d'adulte, dans un climat chaleureux et de partage,

L'équipe de psychiatrie de Jury, qui m'a fait découvrir la psychiatrie mobile et qui m'a initiée à la systémie,

L'équipe de psychiatrie de Mirecourt, que je remercie pour son accueil chaleureux,

L'équipe de l'UHSA du CPN où j'ai découvert et grandement apprécié la psychiatrie en milieu carcéral,

Mesdames les Docteurs Derlon et Giraud, médecins de PMI, ainsi que les puéricultrices de PMI, que j'ai accompagnées avec intérêt et plaisir, et auprès de qui j'ai beaucoup appris sur « les tout-petits ».

À ma famille :

À mes parents, merci pour vos encouragements et votre soutien constant face aux épreuves rencontrées. Je suis fière de pouvoir mettre en œuvre, à travers mon métier, les valeurs que vous m'avez transmises. Contribuer aux soins de l'enfant est une bien belle transmission.

À Fanny, Manon et Hadrien, mes petites sœurs et mon petit frère, qui par leur statut de « petits », m'ont permis d'acquérir une certaine responsabilité. Merci pour votre précieuse présence, proche ou éloignée.

À Julien, mon compagnon, merci de m'avoir soutenue et suivie pendant ces longues années d'études émaillées d'incertitudes et de remises en question. A ton tour maintenant !

À Mamé, merci pour ta bienveillance constante, ton énergie et ton élan de vie. Ton amour et ta dévotion sans limite réconfortent et encouragent.

À ma grand-mère de St-Maximin, modèle de courage et ténacité, qui, je le sais, bien qu'absente aujourd'hui, pense à moi et me soutient.

À mes grands-pères qui ont une place chère dans mon cœur et qui me portent là d'où ils sont.

À tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, avec qui les souvenirs sont heureux et qui me rappellent ma chance d'avoir une famille unie.

À ma belle-famille corse, qui m'a chaleureusement accueillie.

À mes amis :

À mes co-externes niçois, Jo, Mag, Flo, Steph', Anne-So et les « perdus de vue » avec qui j'ai partagé des moments inoubliables,

À Amélie et Nath', sincères amies de longue date, avec qui les retrouvailles sont toujours porteuses d'inspiration et d'envol.

À mes co-internes, en particulier Maureen, Anne Laure et Thibault, Dorothée, avec qui je chemine et découvre la Lorraine,

À mes futures collègues pédopsychiatres,

À mes autres amis, niçois, nancéiens au d'ailleurs.

À Bernard Chevallier, qui m'a offert ma première expérience en pédopsychiatrie et qui m'en a donné une image positive et vivante.

Aux « petites fées » qui m'ont épaulée tout au long de ce parcours.

Aux rencontres qui ont contribué de près ou de loin à ma réussite.

À tous ceux que je n'ai pas cités mais auxquels je pense.

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 ».

SOMMAIRE

INTRODUCTION……21

I LA TENTATIVE DE SUICIDE ET LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE ……23

1) La tentative de suicide (TS)……23

- Quelques points d'épidémiologie……23
  - Le suicide……23
  - La tentative de suicide……23
- Facteurs de risque de tentative de suicide……24
- Psychopathologie de l'adolescent suicidant……27

2) La récidive suicidaire……30

- Facteurs de risque de récidive chez les adolescents……30
- Comparaison avec les adultes suicidants……35

II OBJECTIF DE L'ÉTUDE……37

III MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE……38

1) Type d'étude……38

2) Population concernée……38

3) Critères d'exclusion……38

4) Collecte de données……38

- Données recueillies de manière rétrospective……38
- Données recueillies de manière transversale……39

- Adresses……39
- Auto-questionnaires……40
- Dossiers médicaux……41

- Envoi et retour de courriers……41

5) Statistiques……42

6) Autorisations……42

IV RÉSULTATS……43

1) Caractéristiques initiales au moment de la TS index……43

- Genre et âge……43
- Geste suicidaire……43
- Entourage familial……44
- Antécédents……45
- Scolarité……45
- Prises en charge……46
- Récidives très précoces et précoces……46
- Troubles associés……46

2) Caractéristiques 10 ans après la TS index……47

- Répondeurs……47
- Situation familiale……48
- Situation professionnelle……48
- Évolution psychiatrique……49
- Auto-évaluation de leur situation……50

3) Après analyse croisée……54

- Comparaison entre les récidivistes au cours de la 1ère année et les autres.....54
- Corrélation entre les récidivistes au cours de la 1ère année et les récidivistes tardifs……56
- Comparaison entre la situation des récidivistes et celle des non récidivistes, 10 ans après la TS index ……56
- Comparaison entre les récidivistes précoces et les récidivistes très précoces……59
- Analyse selon l'âge……60
- Analyse selon le genre……60

V DISCUSSION……62

1) Rappel des résultats et discussion des résultats……62

2) Limites de l'étude……68

3) Points positifs de l'étude……69

4) La prévention……70

- À propos de la prévention de la TS……71
- À propos de la prévention de la récidive suicidaire……73
- À propos de la contagion suicidaire……77

CONCLUSION……79

BIBLIOGRAPHIE……81

ANNEXES……91

FIGURES

Figure 1 : Répartition des modes de passage à l'acte suicidaire……..43

Figure 2 : Situation familiale de l'adolescent……...44

Figure 3 : Situation professionnelle des parents de l'adolescent……...45

Figure 4 : Répartition des troubles psychiatriques associés à la TS des adolescents hospitalisés……...47

Figure 5 : Niveau d'étude des adolescents 10 ans après la TS index……48

Figure 6 : Activité professionnelle : répartition des catégories professionnelles……49

Figure 7 : Auto-évaluation des satisfactions personnelles…….....51

Figure 8 : Facteurs de risque de récidive au cours de la 1ère année suivant la TS index..55

Figure 9 : Facteurs de risque de récidive suicidaire 10 ans après la TS index……...59

TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques initiales des adolescents……..……..52

Tableau 2 : Caractéristiques des répondeurs 10 ans après la TS index……..53

Tableau 3 : Corrélations entre récidive au cours de la 1ère année et caractéristiques initiales……..……...55

Tableau 4 : Corrélations entre le genre masculin et les caractéristiques à 10 ans de la TS index……..……61

INTRODUCTION

Les tentatives de suicide chez l'adolescent constituent un problème majeur de santé publique, en termes de fréquence et de gravité. Aussi énigmatique qu'elles puissent paraître parfois, elles reflètent souvent un moyen de fuir une tension insupportable.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'acte suicidaire est défini par : « Tout acte délibéré visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives sont exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter » (102).

Chez l'adolescent, la tentative de suicide peut choquer : quelle raison pousserait un adolescent à tenter de mettre fin à ses jours ? La conduite suicidaire est elle pathologique ? Ou constitue-t-elle une manifestation excessive de la « crise d'adolescence » ? Un adolescent qui ne parvient à répondre que par l'agir et de manière auto-destructrice pour régler ses conflits internes, est un adolescent qui n'a parfois pas pu accéder à un travail d'élaboration de ses conflits (73, 74).

Par ailleurs, le paradoxe de l'acte suicidaire chez l'adolescent réside dans le fait que l'acte peut être l'expression d'un désir d'affirmation mais aussi un moyen d'échapper à ce qui peut être ressenti comme l'emprise des autres. Dans ce double mouvement, comment agir en tant que professionnel pour que l'adolescent trouve une issue à ses conflits ?

Les recommandations concernant la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide (2), ont permis de guider les professionnels de la santé mentale au contact des adolescents afin d'enrayer la dynamique négative dans laquelle l'adolescent se trouve. Malgré cela, les récidives suicidaires persistent dans des

contextes sociaux et psychopathologiques divers. L'objectif des professionnels est alors de réfréner l'enfermement de l'adolescent dans des comportements négatifs.

Après une première partie centrée sur l'épidémiologie des tentatives de suicide (TS), sur la psychopathologie de l'adolescent suicidant, ainsi que sur les facteurs de risque de la TS et de la récidive suicidaire, nous vous présenterons les résultats d'une étude menée sur une cohorte d'adolescents suicidants, recontactés 10 ans après leur TS, en axant notre analyse sur les récidivistes ; notre intention étant d'extraire des caractéristiques propres aux récidivistes, afin de proposer des pistes de réflexion autour de la prévention de la récidive suicidaire.

I TENTATIVE DE SUICIDE ET RÉCIDIVE SUICIDAIRE

1) LA TENTATIVE DE SUICIDE

<u>Quelques points d'épidémiologie</u> (71,72) **:**

- Le suicide :

L'état des lieux en France, en juillet 2013, répertorie environ 10 500 décès par suicide et par an dans la population générale, soit trois fois plus que les décès dus aux accidents de la voie publique. 4,8% des suicides concernent la classe d'âge des 15-24 ans et 9,4% des suicides concernent celle des 25-34 ans. Le suicide représente ainsi la 2ème cause de mortalité (après les accidents de la voie publique) chez les 15-24 ans (16,3% du total des décès). Chez les 25-34 ans, le suicide est la 1ère cause de mortalité avec 20,6% du total des décès.

- La tentative de suicide (12) :

Actuellement en France, chaque année, environ 220 000 sujets ayant fait une TS sont pris en charge au niveau des urgences hospitalières.
Si les victimes du suicide sont pour près des trois quarts des hommes, les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes. 65% des tentatives de suicide ayant conduit à une hospitalisation concernent en effet des femmes et elles emploient

principalement l'intoxication médicamenteuse comme modalité de passage à l'acte (72). Le taux de ré-hospitalisation pour le même motif est de 14% à un an, et de 23% à 4 ans. Selon une étude de l'Inserm (38) réalisée auprès d'adolescents scolarisés, 8% des filles et 5% des garçons ont réalisé une TS et 1,3% des adolescents ont été hospitalisés pour cette raison (36, 37). Ces taux sont voisins de ceux d'autres pays industrialisés. Depuis les recommandations de 1998 et les programmes de prévention mis en place, la fréquence des TS est en légère diminution et la proportion suicide/TS est de 1 pour 80 (1, 2, 105).

Facteurs de risque de TS chez l'adolescent :

Les facteurs de risque de tentative de suicide chez l'adolescent sont bien connus : ils sont à la fois individuels, familiaux et environnementaux.

Parmi les facteurs de risque individuels, nous pouvons citer :

- Les antécédents de tentative de suicide :

Le risque est multiplié par 30 ; ce risque est par ailleurs lié à l'âge : plus le suicidant est jeune plus le risque de récidive est élevé (15).

- L'existence d'une pathologie psychiatrique :

Un trouble dépressif multiplie le risque d'un facteur de 11 à 27 (56, 72), l'abus de substances toxiques est également un facteur de risque retrouvé, plus particulièrement chez les garçons et les adolescents plus âgés (41, 49, 91). Par ailleurs, une étude en 2010

démontre avec des résultats très significatifs que les enfants diagnostiqués Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité entre 4 et 6 ans ont plus de risque de faire des TS entre 9 et 18 ans (89). Cette association a également été retrouvée dans plusieurs études (39, 49) dont une évaluant plus de 44 000 étudiants allemands (49).

L 'acte suicidaire peut également marquer le mode d'entrée dans une schizophrénie (108) ou dans un trouble bipolaire (42). Les patients schizophrènes auraient un risque suicidaire 19 fois plus important que dans la population générale (24). Le risque peut être en lien avec la symptomatologie positive de la schizophrénie mais peut parfois être lié à un affect dépressif, souvent secondaire à une prise de conscience des difficultés consécutives à la pathologie (99).

De même, le moment suicidaire survient souvent dans un contexte anxieux et semble parfois s'accompagner d'une sidération ou d'une destruction temporaire de la conscience (80).

- L'impulsivité :

La composante impulsive est souvent décrite chez les adolescents suicidaires. Les comportements impulsifs et agressifs peuvent témoigner d'une moindre gestion émotionnelle et relationnelle, et donc refléter des traits de trouble de la personnalité de type état limite (14, 56, 91, 109). Askenazy et al. ont d'ailleurs montré que les adolescents qui présentaient des conduites suicidaires récurrentes avaient majoritairement des traits impulsifs et anxieux, alors que les adolescents qui avaient effectué une seule TS sans gravité particulière n'avaient ni trait impulsif ni trait anxieux (9). L'hypothèse d'une dysrégulation du système sérotoninergique est controversée. Ce dysfonctionnement pourrait être un facteur biologique de prédiction d'une réponse impulsive à un stress et prédisposerait en cela au geste suicidaire (88).

Parmi les facteurs de risque familiaux, nous retrouvons :

- Les antécédents familiaux de suicide ou de TS :

Le risque est alors multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père par suicide (3).

- La psychopathologie parentale :

Le risque augmente en cas de dépression et d'abus de substances toxiques par les parents (17).

- Les conflits entre l'adolescent et ses parents sont un facteur de risque lorsqu'ils sont associés à l'existence de troubles psychopathologiques de l'adolescent ou des parents. La pauvreté des relations et le sentiment d'insatisfaction ont une valeur péjorative (38). La mauvaise qualité des relations familiales apparaît comme facteur prédicteur de TS chez les adolescents déprimés (49, 133).

- De même, la séparation ou le divorce parental ont une valeur péjorative lorsqu'ils sont associés à l'existence de facteurs de risque psychosociaux (49, 58).

Parmi les facteurs de risque environnementaux, nous retrouvons :

- Des évènements de vie stressants : des échecs relationnels, notamment des ruptures sentimentales ; des conflits entre l'adolescent et ses pairs, des problèmes avec la justice (100).

- Il existe une corrélation entre maltraitance dans l'enfance et conduite suicidaire, que l'adolescent suicidant en ait été la victime ou spectateur. Les abus sexuels majorent la suicidalité. Certains auteurs insistent sur l'influence du « climat incestuel familial » plus que l'abus en tant que tel (90, 91, 100 108, 109).

- Un faible niveau socio-économique est un facteur du risque très discuté, dont l'incidence sur les comportements suicidaires serait favorisée par l'association à d'autres facteurs de risque (100).

- Des difficultés scolaires, un échec scolaire, une rupture avec la scolarité, sont décrits comme des facteurs de risque lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs de risque (49, 91, 100).

- L'exposition au suicide ou à la TS :

Ce phénomène de groupe, de contagiosité, semble assez spécifique à l'adolescence. Le risque de passage à l'acte augmente avec la proximité affective préexistante entre l'adolescent et la victime (38).

<u>La psychopathologie de l'adolescent suicidant</u> (74, 109) :

L'adolescence, moment du processus pubertaire, est une période de vulnérabilité, tant sur le plan physique que psychique (74).

L'adolescence est en effet une période de transition entre l'enfance et l'âge adulte, qui implique des changements, des ruptures et qui nécessite donc des capacités d'adaptation.

Cette période implique un double mouvement, paradoxal mais nécessaire. D'un côté celui d'un reniement de son enfance avec l'idée sous-jacente de pouvoir subsister en l'absence de ses parents et de devenir adulte autonome et indépendant. D'un autre côté celui d'accepter que devenir adulte représente la séparation, la distanciation d'avec ce qui nous a été protecteur et nécessaire pour être indépendant.

La rupture avec les liens d'attachement est difficile car potentiellement menaçante mais indispensable pour se libérer de l'emprise parentale et accéder à une autonomie psychique. L'adolescent est confronté à ses doutes quant à ses propres capacités à être et à vivre seul, loin de ses objets infantiles. Il tente, en rejetant ses imagos parentales, de trouver une place et une identité distincte pour se différencier de ceux qui l'ont conçu.

Cette période de réorganisation psychique, de construction identitaire, peut donc être une période de crise. La puberté peut alors venir dévoiler la fragilité des assises narcissiques de l'enfance. Certains auteurs diront que la façon dont les adolescents maltraitent leur corps est révélatrice de difficultés narcissiques. En ce sens, on peut dire que l'adolescence réveille des conflits psychiques de l'enfance pour en actualiser d'autres. La fragilité des assises narcissiques serait la conséquence de défaillances du cadre dans la petite enfance (soit dans un défaut de cadre et de protection, avec séparations et ruptures, soit dans un excès avec des relations précoces fusionnelles ou symbiotiques). Ces défaillances entraveraient la constitution d'un Moi sécure et serait à l'origine d'une dépendance aux objets parentaux, dépendance acceptable pendant la petite enfance mais qui deviendrait intolérable à l'adolescence (91).

Par ailleurs, il est pratiquement toujours observé que la problématique de l'adolescent suicidaire s'inscrit dans le cadre d'une dynamique familiale perturbée voire pathologique (30).

Dans la majorité des cas, l'acte suicidaire représente un moyen de rompre avec une réalité devenue inconcevable, insupportable. L'adolescent suicidant ne parvient pas à gérer les conflits intrapsychiques qui sont des contraintes et des pressions internes et externes à contre-courant. Ceci vient refléter un déficit de représentation et de symbolisation. L'incapacité d'aménagement est souvent constatée dans les passages à l'acte suicidaire. Les adolescents ne parviennent pas à moduler la distance avec les autres et ce manque de différenciation entraine un sentiment de non existence qui devient intolérable, ce qui traduit bien la vulnérabilité relationnelle au moment du passage à l'acte suicidaire (25).

L'adolescent suicidant est souvent un adolescent qui supporte peu les séparations, les ruptures, les pertes, avec en réaction une dépendance affective excessive. Si ces objets menacent de se dérober, le sujet est alors confronté à la réalité de sa dépendance, sentiment intolérable qui peut amener au raptus suicidaire. Le passage à l'acte intervient souvent dans un contexte anxieux témoignant de la crainte de l'adolescent de perdre son identité (46).

Ces vulnérabilités, relationnelle et narcissique (ou identitaire) sont donc intimement liées.

2) LA RÉCIDIVE SUICIDAIRE

<u>Facteurs de risque de récidive</u> :

Otto, dans les années 1960, a été l'un des premiers à distinguer des facteurs de risque de récidive dans une population suicidante adolescente. Il s'était déjà focalisé sur les situations dans lesquelles un diagnostic psychiatrique avait été porté, ainsi que sur les cas de TS par « méthode active » chez les filles (pendaison, arme à feu). Il s'était par ailleurs intéressé aux suicides des garçons (103).

Puis, dès les années 1980 jusqu'à nos jours, de nombreuses études ont été réalisées sur les facteurs de risque de récidive chez les adolescents.

- La période à risque de récidive :

La récidive suicidaire est évaluée à environ 25 % des cas (54, 64, 65), avec un risque plus important au cours de la première année suivant la TS index : les 6 premiers mois semblent être la période la plus à risque de récidive (20) avec même un risque accru les 2 premiers mois (31).

- L'influence de l'âge et du genre :

En 2000, Hummel (69) montre que les récidivistes étaient plus jeunes lors de leur première TS que les non récidivistes (14 ans et 8 mois vs 15 ans et 7 mois).

Il retrouve chez les garçons récidivants plus de conflits avec les parents. Tandis qu'il retrouve chez les filles récidivantes davantage de troubles affectifs, de pathologies somatiques chroniques et une consommation d'alcool souvent contemporaine de la

première TS. Par ailleurs, une étude de 2009 sur un suivi de jeunes suicidants pendant 9 ans après leur TS index, affirme que les idées suicidaires avec intentionnalité suicidaire et les TS vers l'âge de 11 ans, sont prédictifs de troubles mentaux, comme la dépression ou la consommation de drogues, dans les 9 ans qui suivent (94).

- L'antécédent de TS :

Ce critère semble être le facteur de risque de récidive le plus important et le plus souvent cité (34, 54, 92, 132).

Wong précise que si l'antécédent de TS se situe dans les 12 mois avant la TS index, il est d'autant plus prédictif d'une récidive dans l'année qui suit la TS index (135).

- Les troubles de l'humeur :

Les idées quant à l'influence des troubles de l'humeur sur la récidive suicidaire ont évolué au cours du dernier siècle :

Dès 1987, Gispert distingue la labilité de l'humeur comme un facteur de risque de récidive (53). Parallèlement, d'autres études concluent à l'absence de facteurs significatifs permettant de prédire ce risque de récidive (95, 114) ou rapportent des éléments peu probants : une dépression majeure à considérer comme « modérément prédictive » (81), ainsi que la persistance d'idées suicidaires après la première tentative (132). Cependant, plus récemment, les études ont identifié la présence d'un trouble de l'humeur comme un risque.

Pour Goldston et son équipe, la persistance d'un trouble thymique à la sortie d'hospitalisation associé à un antécédent de TS sont des facteurs de risque de récidive (54).

L'existence d'une dépression même isolée est décrite par ailleurs dans de nombreuses études comme un facteur de risque de récidive (20, 66, 116, 135).
En lien avec les troubles thymiques, le sentiment de désespoir a même été considéré à lui seul, comme facteur de risque de récidive suicidaire (27, 34, 59, 66).

- Autres comorbidités (34, 59) :
    - L'existence d'un diagnostic de psychose est un facteur de risque de récidive suicidaire (20, 74, 123).
    - De même, un trouble de la personnalité a une valeur prédictive positive pour la récidive suicidaire : état limite (74), antisociale (20).
    - Les troubles anxieux associés à un antécédent de TS, majorent le risque de récidive (20, 55). Déjà en 1987, Gispert nommait le « stress longuement subi » comme facteur de risque (53). Les troubles de l'adaptation qui en découlent, ont été décrits comme facteur de risque de récidive à part entière (66, 78).
    - Les consommations de drogues, d'alcool favorisent la récidive suicidaire (20, 123) avec un risque plus important dans l'année qui suit la TS index (135).
    - La prise d'un traitement pour un trouble psychique ou lors de la première TS est également un facteur de risque de récidive (34, 59, 65).
    - Les maladies somatiques chroniques aussi influent sur la récidive suicidaire (123).

- L'influence de la situation psychosociale de la famille :

Le risque de récidive suicidaire est majoré par l'existence d'une précarité sociale ainsi que d'une mauvaise intégration familiale (78).

Les antécédents familiaux pathologiques (34), en particulier la dépression, la TS (29) et l'alcoolisme (107) amplifient le risque de récidive suicidaire.

De même, l'existence d'une pathologie relationnelle familiale majore le risque de récidive (65) : nous pouvons citer par exemple le sentiment d'absence d'affection des parents exprimée par l'adolescent à son égard, ou le sentiment d'autorité excessive ou insuffisante (34). Groholt fait allusion à une éducation paternelle stricte et dénuée d'affects comme délétère et favorisant la récidive (59).

- Évènements antérieurs, parcours de vie :

Les antécédents d'abus sexuels, par leur seule fréquence, sont corrélés à la répétition des passages à l'acte suicidaires (130, 137), ainsi que les placements précoces avec des suivis psychologiques antérieurs (29).

- La scolarité :

Les difficultés scolaires ont été considérées comme facteurs de risque de récidive par Gispert dans les années 1980 (53), mais peu d'études récentes l'ont confirmé (138). Il semble que c'est associé à d'autres facteurs de risque que ce critère influe sur la récidive.

- Autres :

C'est Stein qui regroupe sous le terme d' « affects négatifs » les ressentis tels que la colère, l'anxiété, la détresse, l'agressivité et la déprime (117).

Plusieurs auteurs s'y sont également intéressés.

Dès 1998, Hawton a décrit la colère ressentie comme un facteur de risque de récidive très précoce, avec un risque accru pendant les 2 semaines après la première TS (66).
De même, Goldston, en s'appuyant sur des auto-questionnaires remplis par des adolescents suicidants (the Beck Depression Inventory, the State Trait Anxiety Inventory, the State Trait Anger/Anger Expression Inventory) a évalué la présence de sentiments tels que la détresse, la colère, l'anxiété. Il a différencié ces ressentis en fonction du statut du suicidant au moment de l'étude (primo suicidant, récidiviste, non suicidant) et a ainsi montré que les symptomatologies dépressive et anxieuse étaient plus souvent retrouvées chez les récidivistes, majoritairement féminines. La colère était également plus souvent retrouvée chez les récidivistes pour lesquels le premier geste suicidaire était antérieur à 2 semaines avant la TS d'inclusion dans l'étude (55).
Dans cette même étude, le sentiment de détresse était plus en lien avec les primo-suicidants.

Les comportements agressifs sont souvent décrits chez les adolescents suicidants. Stein montre que l'agressivité est un facteur de risque de récidive chez les adolescents présentant des traits anxieux ou dépressifs (117).
De même, une étude récente sur 119 adolescents hospitalisés suite à une TS et suivis pendant 6 mois après leur sortie d'hospitalisation, révèle un risque plus élevé de récidive chez les adolescents ayant des antécédents de comportements agressifs (137).

Dans ce contexte de récidive, Wong, dans son étude portant sur une population adolescente chinoise, s'intéresse au « crescendo model of suicidality ». Ce modèle sous-tend l'idée que récidiver « dévaluerait » la gravité de l'acte aux yeux du suicidant, et le rendrait donc plus facilement réalisable (135).

Par ailleurs cette même étude met en avant la valeur péjorative de la récidive qui a lieu dans l'année suivant la TS index : en effet cette récidive précoce prédirait sur cette année l'absence d'amélioration des troubles thymiques, des troubles anxieux, des consommations de toxiques.

<u>Comparaison avec les adultes suicidants</u> :

Chez les adultes, les études concernant les récidives de TS sont plus nombreuses et souvent réalisées sur des échantillons plus importants.

Malgré cela, nous retrouvons dans la littérature de nombreux résultats identiques à ceux des études réalisées chez les adolescents.

En effet les taux de récidives avoisinent ceux des adolescents (de 13 à 30%) (68, 76, 119) et la période la plus à risque de récidive est sensiblement la même (2 premiers mois) (76).

En outre, les études révèlent fréquemment les mêmes facteurs de risque de récidive que chez les adolescents :

- Les troubles dépressifs (4, 50, 76, 97, 110) avec la notion de désespoir (50).
- Les antécédents personnels de TS (76) ainsi que familiaux (50). Il a été observé chez des patients dépressifs sévères, suite à des soins efficaces, une recrudescence des idées suicidaires plus précoce chez les patients avec antécédent de TS que chez les patients sans antécédent de TS (4).
- L'existence d'une pathologie psychotique (76) et la prise d'un traitement pour un trouble psychique (76, 97).
- Le trouble de la personnalité type état limite (50, 110).

- L'alcoolodépendance (76), le mésusage de toxiques chez les hommes (97).
- Une mauvaise santé physique (40).
- Un antécédent de traumatisme dans la petite enfance (93, 97, 110).

Par ailleurs, un facteur de risque non retrouvé dans les études réalisées chez les adolescents, est l'inactivité professionnelle (76, 104). Cela interroge sur l'éventuelle corrélation entre ce facteur de risque et celui de la scolarité chez les adolescents.

Les études portant sur la compréhension des facteurs de risque de récidive suicidaire sont donc nombreuses et elles retrouvent souvent des résultats qui se rejoignent mais qui se contredisent aussi parfois. Autant d'éléments qui ont éveillé notre attention.

II OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Nous avons voulu décrire les caractéristiques des adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy suite à une TS en nous centrant principalement sur les récidivistes et le moment de la récidive. Et ce afin de les comparer aux données de la littérature et de discuter des éventuelles modalités possibles de prévention de la récidive.

L'objectif de notre étude a été d'isoler des facteurs de risque de récidive suicidaire chez les adolescents de notre cohorte, en distinguant différents types de récidives : très précoce, précoce et tardive.

III MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

1) TYPE D'ÉTUDE :

Il s'agit d'une étude transversale, rétrospective, analytique.

2) POPULATION CONCERNÉE :

Cette étude porte sur une population de 374 adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Brabois à Nancy entre les années 1994 et 2003, suite à une tentative de suicide selon la définition de l'OMS, et pris en charge par le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. La TS d'inclusion dans l'étude est qualifiée de TS index.

3) CRITÈRES D'EXCLUSION :

Les adolescents hospitalisés pour automutilations sans intentionnalité suicidaire ont été exclus de l'étude.

4) COLLECTE DE DONNÉES :

Données recueillies de manière rétrospective :

Le recueil de données a été réalisé progressivement par 5 personnes différentes à partir du même masque de saisie (Mme GEHIN pour 1994, Mme LIGIER pour 1996 et 1998, Mme ANGOT pour 2000, Mme WURTH pour 2002 et moi-même pour 2003).

Ces caractéristiques, au nombre de 33, ont été relevées dans les dossiers archivés des adolescents. Elles concernent les contextes familiaux, psychologiques, médicaux et sociaux de l'adolescent au moment du geste suicidaire.

Nous avons centré notre analyse sur les récidivistes, pour tenter de dresser des profils particuliers en fonction de la précocité de la récidive. Nous avons distingué :

- Les « récidivistes très précoces » : patients récidivant dans les 3 premiers mois après la TS index.
- Les « récidivistes précoces » : patients récidivant entre le 3ème et le 12ème mois après la TS index.
- Les « récidivistes tardifs » : patients récidivant plus d'un an après la TS index.

<u>Données recueillies de manière transversale</u> :

- Adresses :

Dix ans après le passage à l'acte suicidaire des adolescents, nous avons tenté de les contacter, ainsi que leurs parents, en leur adressant un auto-questionnaire joint à un courrier explicatif de notre étude.

Afin de retrouver les coordonnées des patients 10 ans après leur prise en charge, plusieurs méthodes ont été employées :

- Pour les patients encore suivis actuellement, les coordonnées avaient été actualisées dans les dossiers informatisés de l'hôpital psychiatrique de Nancy.

- Pour certains patients, les coordonnées des parents étaient encore exactes, ce qui nous permettait d'entrer en contact avec la famille.

- L'annuaire téléphonique a été précieux.

- L'appel du médecin traitant apparaissant dans les dossiers initiaux nous a parfois également permis de nous mettre en lien directement avec les patients (lorsque le généraliste n'avait pas changé) ou d'être redirigé vers un autre médecin traitant.

- Auto-questionnaires (Annexes) :

Les auto-questionnaires étaient quasiment identiques pour les anciens adolescents et les parents, avec une légère adaptation. Lorsque les parents étaient séparés, nous adressions un questionnaire à chaque parent. Il nous est arrivé d'envoyer le questionnaire destiné à l'adolescent par le biais des parents, ces derniers ne préférant pas donner les coordonnées de leur enfant.

Les auto-questionnaires comportaient 39 questions évaluant la situation actuelle de l'ancien patient : la situation familiale, la situation professionnelle, la santé physique et mentale, la consommation de toxiques, l'évolution psychiatrique depuis 10 ans (récidive précoce ou tardive, hospitalisation, suivi, traitement, handicap). Le questionnaire était composé de 22 questions fermées, 12 questions ouvertes (qui appelaient à une réponse quantifiée ou objectivée) et 5 échelles d'évaluation de leur satisfaction, cotées de 0 à 10, sur lesquelles les personnes faisaient une croix pour quantifier leur réponse.

Les anciens patients devaient également répondre à un second questionnaire : le Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) qui permettait d'avoir une évaluation plus objective de l'état thymique des sujets. C'est une échelle d'auto-évaluation de la dépression conçue pour des enquêtes épidémiologiques en population

générale mais également utilisée comme instrument clinique de dépistage. Il est composé de 20 items dont 4 sont présentés sous forme positive. Chaque réponse est cotée de 0 à 3 sur une échelle évaluant la fréquence du symptôme au cours de la semaine écoulée (ex : je me suis senti triste : jamais=0 ; occasionnellement=1 ; assez souvent=2 ; fréquemment, tout le temps=3). La cotation des items positifs est inversée. L'intervalle des notes possibles s'étend donc de 0 et 60.

L'étude de validation de la version française propose un score seuil de 17 pour les hommes et 23 pour les femmes, avec une sensibilité de 0,76 et une spécificité de 0,71 (51). L'utilisation de cette échelle chez les adolescents et les jeunes adultes a également été validée, avec des scores seuils significatifs qui varient selon les auteurs (10, 23, 28, 113).

- Dossiers médicaux :

Pour les récidives, nous avons complété les réponses des patients à partir de leurs dossiers médicaux actifs le cas échant.

<u>Envoi et retour de courriers</u> :

Afin de faciliter le renvoi de l'auto-questionnaire et d'encourager les personnes à participer à l'étude, une enveloppe timbrée avec nos coordonnées était jointe au courrier.

Comme stipulé dans le courrier décrivant l'étude, en cas de non réponse dans les 3 semaines après l'envoi, nous nous permettions de joindre les intéressés par téléphone.

5) STATISTIQUES

Une fois toutes les données recueillies, celles-ci ont été croisées avec les 33 caractéristiques personnelles recueillies dans les dossiers des patients au moment de leur hospitalisation.

Le logiciel « Statistical Analysis System » (version 9.3 pour Windows) a été utilisé pour ces analyses.

Pour les analyses descriptives, les données qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, les données quantitatives en moyenne (+/- écart type).

Le test du Khi 2 a été utilisé pour les variables qualitatives et le test de Student pour les variables quantitatives lorsque les conditions d'utilisation des tests étaient respectées. Les résultats ont été considérés comme significatifs si $p<0,05$.

6) AUTORISATIONS

L'étude a été réalisée conformément à la Déclaration d'Helsinki, législation qui encadre la recherche biomédicale.

De même, l'étude a été réalisée avec les accords de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), et du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS).

IV RÉSULTATS

Au cours des 6 années pendant lesquelles l'étude a été réalisée, nous avons comptabilisé 374 patients pris en charge aux urgences pédiatriques suite à une tentative de suicide : 62 en 1994, 61 en 1996, 61 en 1998, 62 en 2000, 47 en 2002 et 81 en 2003.

1) CARACTÉRISTIQUES INITIALES, AU MOMENT DE LA TS INDEX (Tableau 1) :

Genre et âge:

Sur ces 374 patients, nous avons relevé une majorité de filles (299=80%). L'âge moyen du passage à l'acte était 14,7 ans (+/- 1,6).

Geste suicidaire (Figure 1) :

En ce qui concerne le passage à l'acte suicidaire, il s'agissait dans 83% des cas d'une intoxication médicamenteuse volontaire.

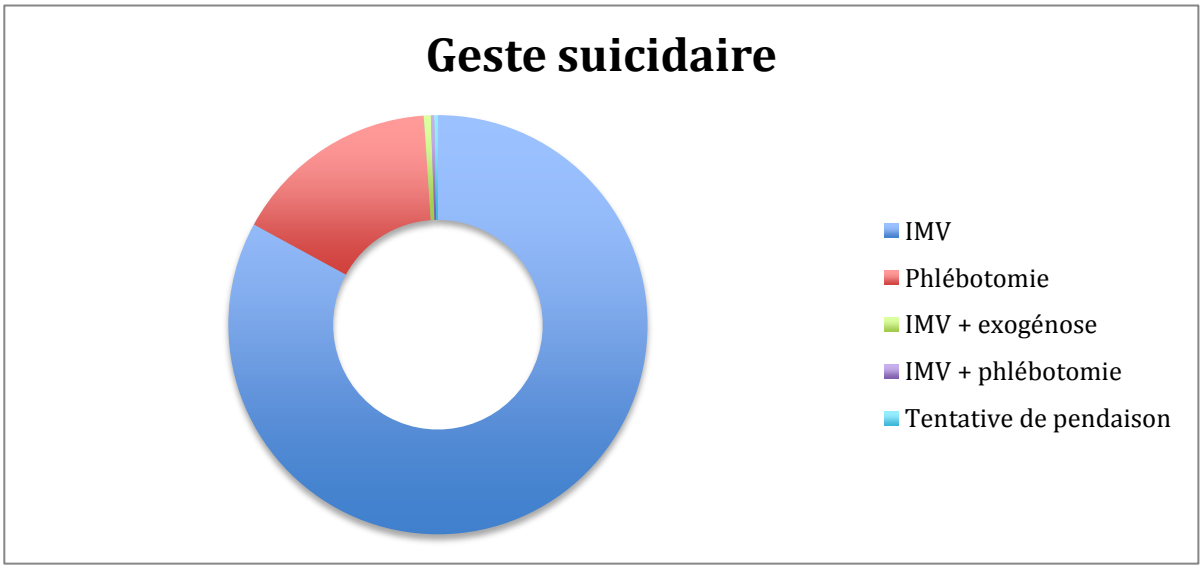

Figure 1 : Répartition des modes de passage à l'acte suicidaire

<u>Entourage familial</u> :

Les parents de l'adolescent vivaient en couple dans 47% des cas (Figure 2).

Nous avons relevé un décès d'un parent dans 8% des cas.

Au moment du passage à l'acte suicidaire, 82% des adolescents vivaient au domicile parental.

Le père de l'adolescent travaillait dans 84% des cas et la mère dans 67% des cas (Figure 3).

Un adolescent était adopté, 12 étaient issus de l'immigration.

L'adolescent suicidant était l'aîné de sa fratrie dans 38% des cas, le cadet dans 32% des cas, le benjamin dans 19% des cas.

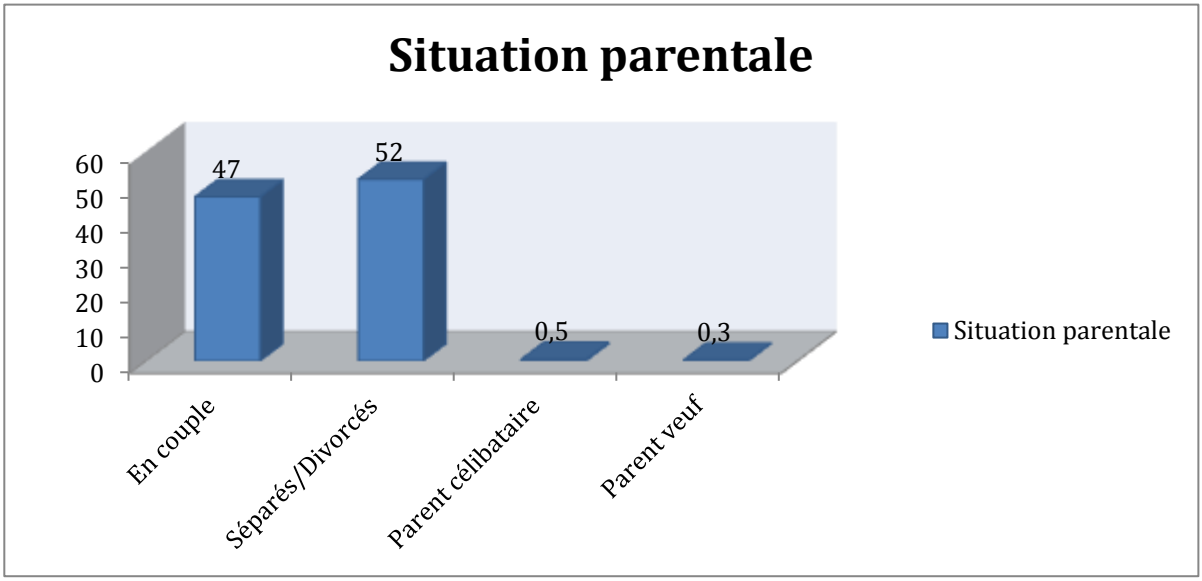

Figure 2 : Situation familiale de l'adolescent (%)

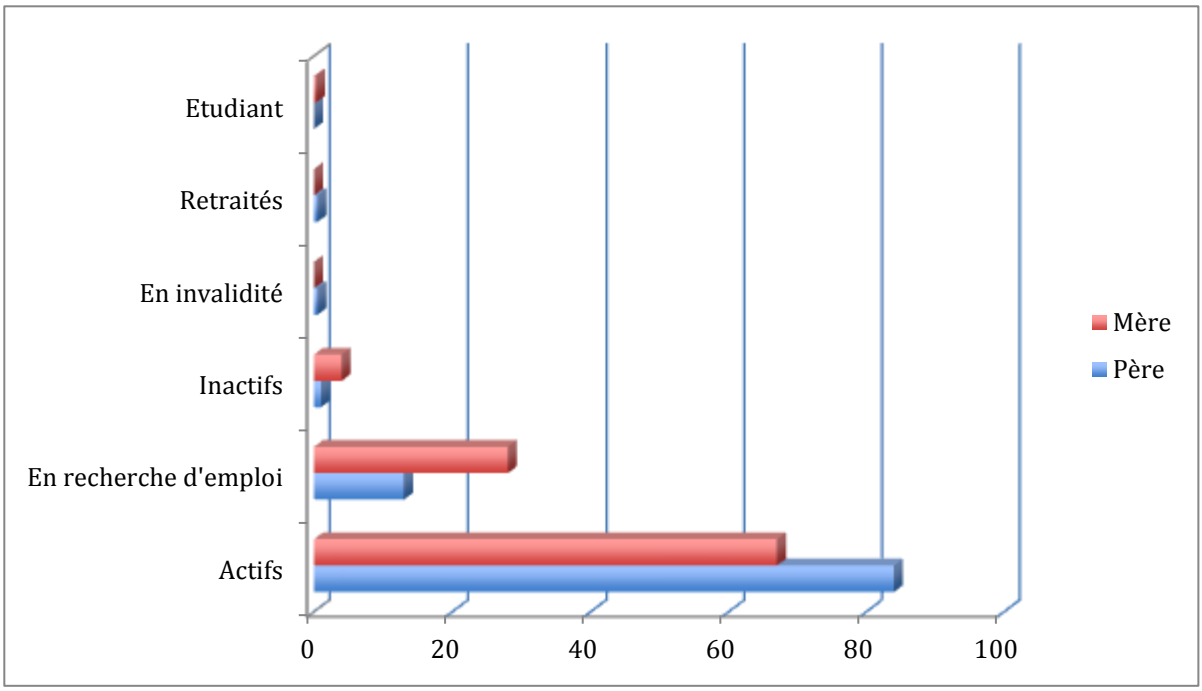

Figure 3 : Situation professionnelle des parents de l'adolescent (%)

<u>Antécédents</u> :

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques et psychologiques, nous avons relevé 36% d'antécédent de tentative de suicide parmi cette population d'adolescents.

Nous avons noté aussi 35% d'antécédent de tentative de suicide et 24% d'alcoolodépendance chez les parents des adolescents.

Parmi la population suicidante, nous avons relevé 11% de victimes d'agression sexuelle.

<u>Scolarité</u> :

Environ 62% d'adolescents présentaient un retard scolaire ou des difficultés scolaires.

<u>Prises en charge</u> :

- Hospitalisation :

Suite à la tentative de suicide et l'évaluation pédopsychiatrique, 71% des adolescents suicidants ont été hospitalisés dans un service de pédopsychiatrie. La durée de l'hospitalisation a été en moyenne de 11 jours (+/- 16). Pour 15 adolescents, la sortie a été effective contre l'avis médical. Elle a fait suite à une fugue dans 4 situations.

- Suivi après la TS :

Après leur prise en charge hospitalière, 68% des adolescents ont engagé un suivi pédopsychiatrique. Ce suivi a duré moins de 3 mois pour 17% d'entre eux ; entre 3 et 6 mois pour 12% et plus de 6 mois pour 71%.

<u>Récidives très précoces et précoces</u> :

Dans la 1ère année suivant la TS index, 39% des adolescents ont récidivé : 28% dans les 3 mois après la TS index et 11% entre 3 mois et 1 an après la TS index.

<u>Troubles associés</u> (Figure 4) :

L'évaluation pédopsychiatrique pendant l'hospitalisation a relevé des comorbidités : 32% de troubles dépressifs, 9% de troubles du comportement alimentaire (TCA), 17% de troubles autres comprenant principalement des troubles anxieux et des troubles de la personnalité.

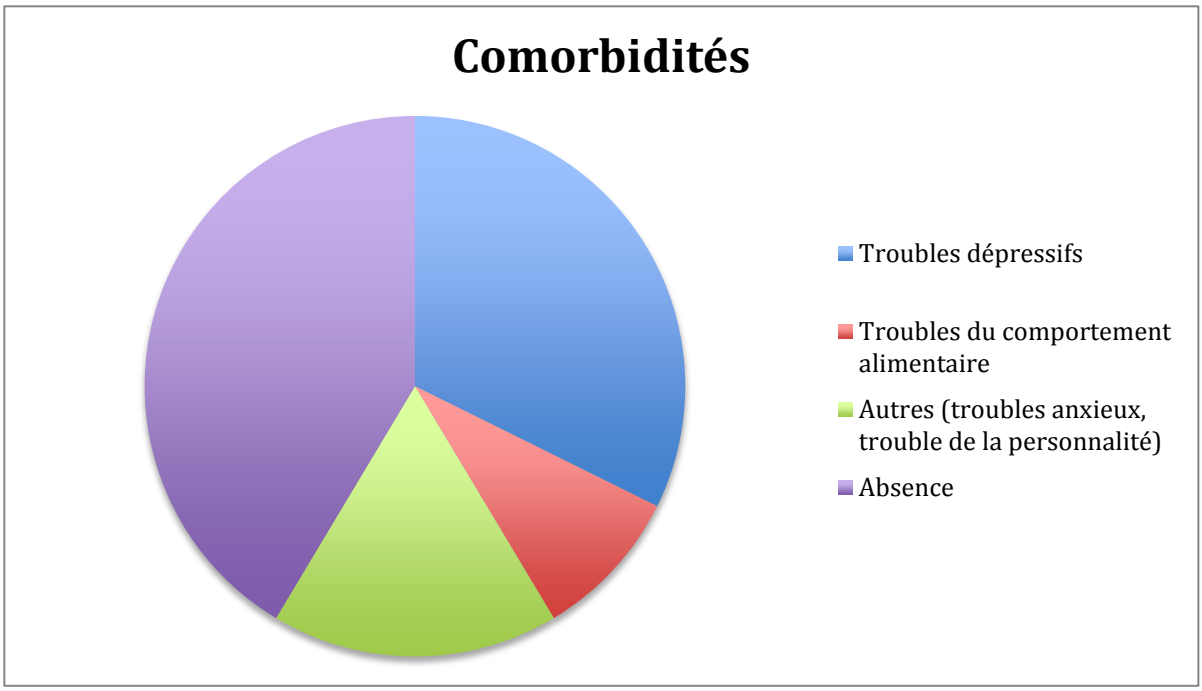

Figure 4 : Répartition des troubles psychiatriques associés à la TS des adolescents hospitalisés

2) CARACTÉRISTIQUES 10 ANS APRÈS LA TS INDEX (Tableau 2) :

<u>Répondeurs</u> :

Parmi notre cohorte de 374 adolescents suicidants, 47% ont répondu à notre questionnaire.

Les non répondeurs se caractérisent par une proportion plus importante de difficultés scolaires que les répondeurs (67% versus 56% ; p=0,03). De même, leur lieu d'hébergement est plus fréquemment hors du domicile parental au moment de la TS index (23% versus 12% ; p<0,01).

<u>Situation familiale</u> :

Dix ans après leur passage à l'acte suicidaire, 91% sont en couple, 36% ont des enfants. Trois femmes sont enceintes au moment de l'étude. 16% vivent chez leurs parents, 28% vivent seuls et 49% vivent en couple.

<u>Situation professionnelle</u> :

Sur le plan scolaire et professionnel, 51% ont redoublé une fois. 56% ont un niveau bac (Figure 5). 66% travaillent (Figure 6), avec un changement fréquent de profession pour 22% des cas. 7% sont souvent en arrêt maladie.

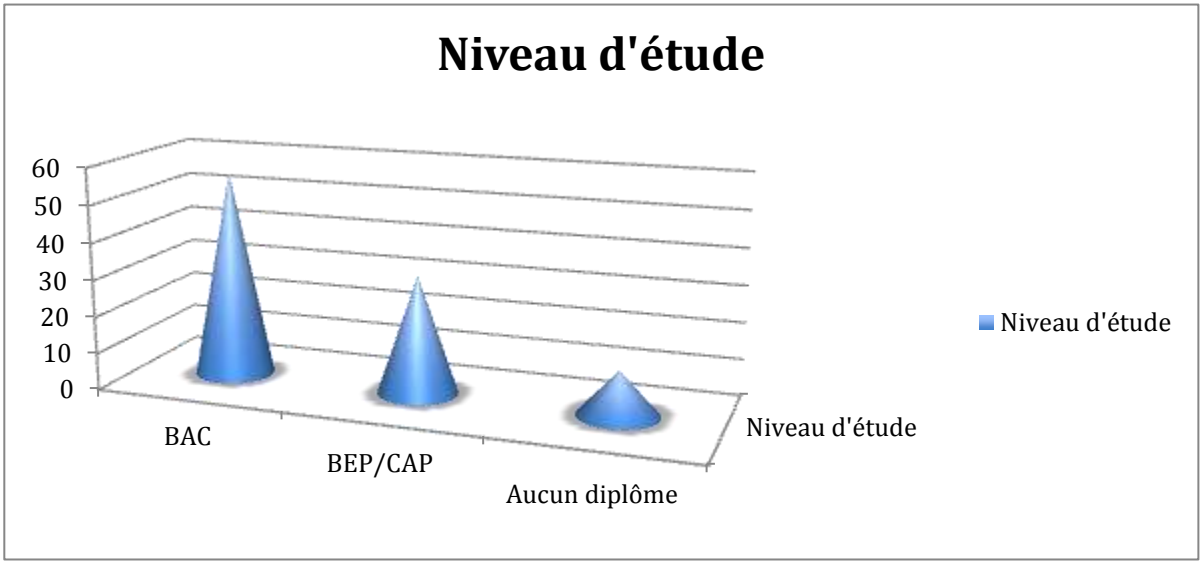

Figure 5 : Niveau d'étude des adolescents 10 ans après la TS index (%)

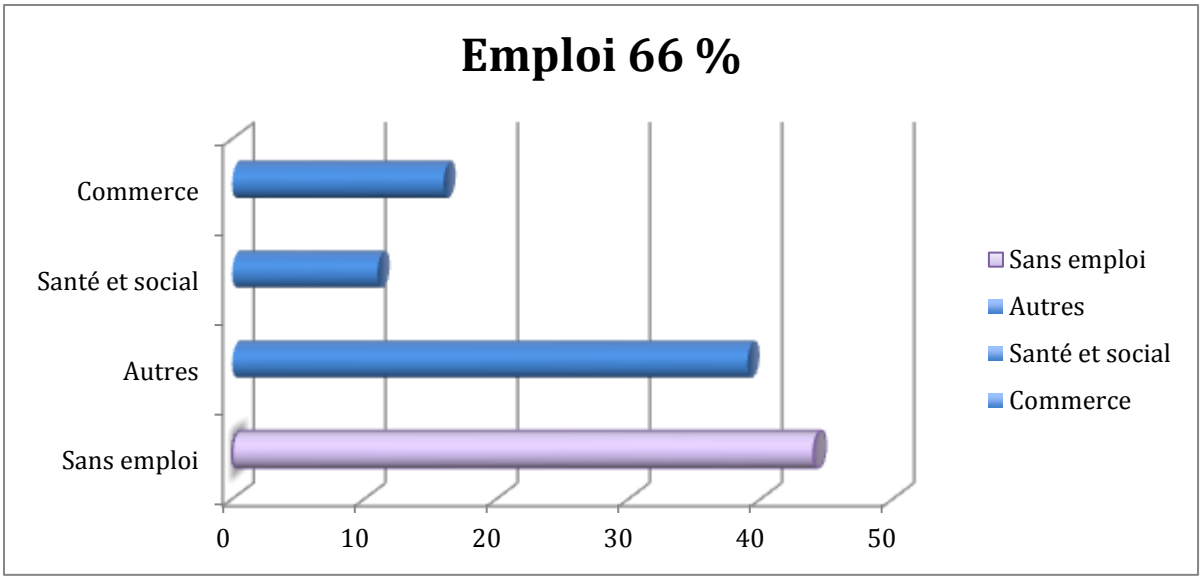

Figure 6 : Activité professionnelle : répartition des catégories professionnelles (%)

<u>Évolution psychiatrique</u> :

- Récidives entre 1 et 10 ans :

28% des sujets ont récidivé et le nombre moyen de récidive s'élève à 2 (écart-type=2,03).

- Autres prises en charge :

30% ont eu l'occasion de consulter un professionnel de la santé mentale (en ambulatoire ou aux urgences) au cours des 10 ans suivant leur TS index. 22% ont eu recours à des hospitalisations (en moyenne 1,24 dans les 10 années suivant la TS index avec un écart-type de 3,46).

- Santé physique et mentale :

Dix ans après leur passage à l'acte, 31% disent présenter des problèmes de santé somatiques (nous relevons souvent des maladies auto-immunes).

4% bénéficient de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). 11% sont suivis sur le plan psychologique.

18% prennent des traitements psychotropes de manière régulière. 69% fument du tabac (en moyenne 9 cigarettes par jour avec un écart-type de 9,60), 9% consomment régulièrement de l'alcool et 11% des drogues illicites. 10% ont eu affaire à la justice.

10% disent avoir encore des idées suicidaires et selon les résultats du questionnaire CES-D, on relève 23% d'épisode dépressif majeur (EDM) 10 ans après la TS index.

Auto-Évaluation de leur situation (Figure 7) :

À propos des échelles d'évaluation de leur satisfaction, on relève une moyenne de 7,36/10 pour leur vie affective (écart-type=2,30), une moyenne de 6,28/10 pour leur vie professionnelle (écart-type=3,06), une moyenne de 7,48/10 pour leur santé globale (écart-type=2,13) et une moyenne de 7,06/10 pour leur santé psychique (écart-type=2,29).

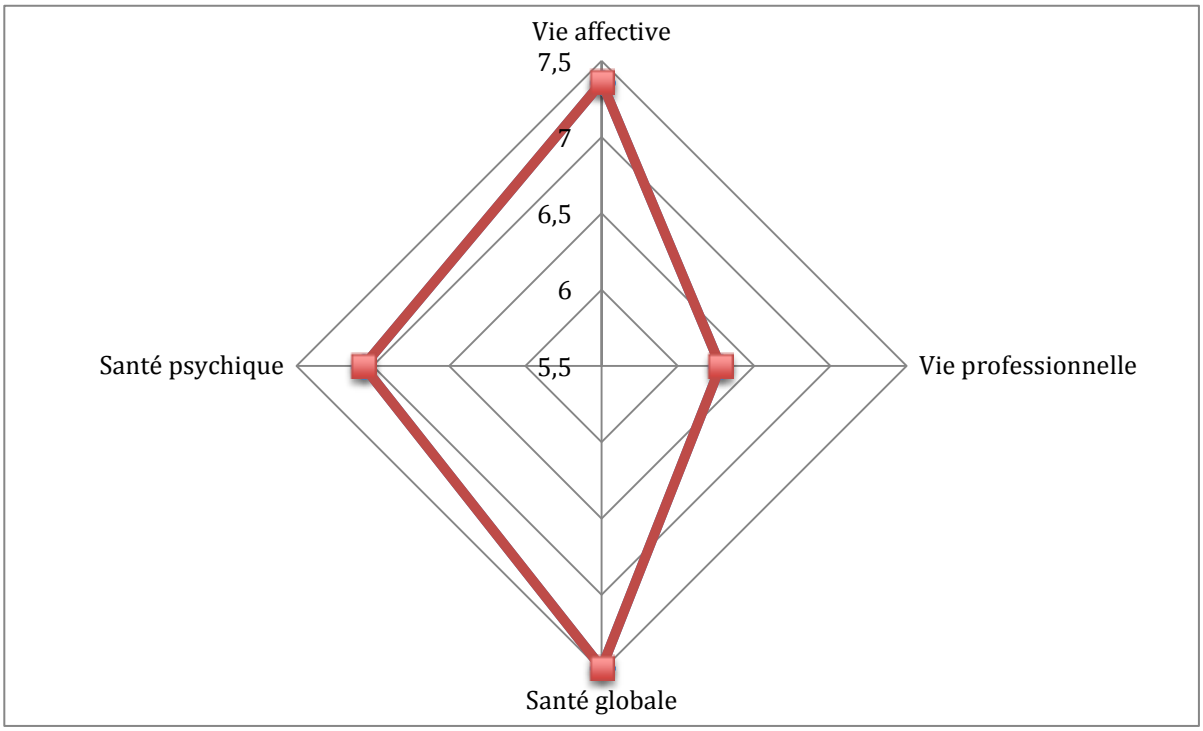

Figure 7 : Auto-Évaluation des satisfactions personnelles (notation sur 10)

Tableau 1 : Caractéristiques initiales des adolescents

CARACTÉRISTIQUES		NOMBRE (%)
Sexe	Masculin	75 (20)
	Féminin	**299 (80)**
Age	<14,5 ans	169 (45)
Passage à l'acte suicidaire	**IMV**	**310 (83)**
	Phlébotomie	60 (16)
	IMV + exogénose	2
	IMV + phlébotomie	1
	Tentative de pendaison	1
Situation familiale	Parents en couple	177 (47)
	Parents séparés ou divorcés	**194 (52)**
	Parent célibataire	2
	Parent veuf	1
Décès d'un parent		29 (8)
Lieu de vie du suicidant	Domicile parental	304 (82)
Situation professionnelle du père	**Actifs**	**307 (84)**
	En recherche d'emploi	48 (13)
	Inactifs	5 (1,5)
	En invalidité	2
	Retraités	2
Situation professionnelle de la mère	**Actives**	**248 (67)**
	En recherche d'emploi	104 (28)
	Inactives (dont mère au foyer)	15 (4)
	Étudiante	1
Place dans la fratrie	**Aîné**	**142 (38)**
	Cadet	119 (32)
	Benjamin	69 (19)
	4ème	22 (6)
	Autres	18 (5)
Immigration/Adoption		12 (1)
Scolarité	**Retard et difficultés**	**230 (62)**
Antécédents	**TS**	**134 (36)**
	Victime d'agression sexuelle	**39 (11)**
	TS parentale	**125 (35)**
	Alcoolodépendance parentale	89 (24)
Hospitalisation en pédopsychiatrie		262 (71)
Modalité de sortie de l'hôpital	Simple	355 (95)
	Contre avis médical	15 (4)
	Fugue	4 (1)
Suivi après la TS		**242 (68)**
Durée	*<3 mois*	*16 (17)*
	3-6 mois	*11 (12)*
	>6 mois	***67 (71)***
Récidives à 1 an de la TS		**121 (39)**
	Très précoces (<3 mois)	86 (28)
	Précoces (3-12 mois)	35 (11)
Comorbidités	**Troubles dépressifs**	**102 (32)**
	TCA	30 (9)
	Autres (anxieux, personnalité)	55 (17)

% calculés à partir du nombre total de données retrouvées

Tableau 2 : Caractéristiques des répondeurs 10 ans après la TS index

CARACTÉRISTIQUES		NOMBRE (%)
Répondeurs		**174 (47)**
Situation personnelle	**En couple**	**159 (92)**
	Célibataire	15 (9)
Parentalité	Enfants	63 (36)
	Sans enfant	**108 (62)**
	Enceinte	3 (2)
Lieu de vie	**Domicile conjugal**	**85 (49)**
	Domicile individuel	49 (28)
	Domicile parental	28 (16)
	Autres (foyer, hôpital…)	10 (6)
Scolarité	Redoublement	89 (51)
Études, diplômes	**Baccalauréat**	**96 (56)**
	BEP/CAP	54 (32)
	Absence	20 (12)
Situation professionnelle	**Emploi**	**114 (66)**
	- *Commerce*	22 (16)
	- *Santé et social*	15 (11)
	- Changement fréquent	35 (22)
	Arrêt maladie	11 (7)
Récidives entre 1 et 10 ans		**48 (28)**
Consultation psychiatrique entre 1 et 10 ans		**51 (30)**
Hospitalisation psychiatrique entre 1 et 10 ans		37 (22)
Problèmes de santé physique		**53 (31)**
Tabac		**119 (69)**
Alcool		16 (9)
Drogues		19 (11)
Traitement psychotrope		**27 (18)**
Suivi psychologique		19 (11)
AAH		7 (4)
Idées suicidaires		16 (10)
EDM		**37 (23)**
Justice		18 (10)
Évaluation vie affective		7,36/10
Évaluation vie professionnelle		6,28/10
Évaluation santé globale		7,48/10
Évaluation santé psychique		7,06/10

% calculés à partir du nombre de réponses recueillies

3) APRÈS ANALYSE CROISÉE :

Pour rappel :

- 39% des adolescents ont récidivé pendant la 1ère année après la TS index
    - 28% au cours des 3 premiers mois (récidivistes « très précoces »)
    - 11% entre le 3ème mois et la fin de la 1ère année (récidivistes « précoces »).
- À 10 ans après la TS index, la récidive a touché 28% de la cohorte d'adolescents.

Comparaison entre les récidivistes au cours de la 1ère année suivant la TS index (précoces et très précoces) et les autres (non récidivistes au cours de la première année suivant la TS index) :

Cette comparaison nous a permis de distinguer des associations et des facteurs de risque de récidive pendant la 1ère année suivant la TS index (Tableau 3 et Figure 8) :

- Le risque de récidive au cours de la 1ère année suivant la TS index est plus élevé lorsque :

    - Un suivi est engagé après la TS index (RR=1,8 ; IC=1,1-2,9 ; p=0,01). En effet, 75% des patients ayant été suivis après la TS index ont récidivé dans l'année.

    - Le suicidant est hospitalisé dans un service de pédopsychiatrie au moment de la TS index (RR=2,8 ; IC=1,7-4,7 ; p<0,0001), en comparaison aux hospitalisations dans les services de pédiatrie uniquement.

- Le suicidant a été victime antérieurement d'une agression sexuelle. En effet, 62% des récidivistes au cours de la 1ère année ont subi une agression sexuelle dans leur histoire de vie (RR=2,6 ; IC=1,3-5,1 ; p<0,01).

Tableau 3 : Corrélations entre récidive au cours de la 1ère année et caractéristiques initiales

CARACTÉRISTIQUES	P	RISQUE RELATIF (Intervalle de Confiance à 95%)
Suivi engagé après la TS index	0,01	1,8 (1,1-2,9)
Hospitalisation en pédopsychiatrie	<0,0001	2,8 (1,7-4,7)
Victime d'agression sexuelle	0,04	2 (1-3,9)

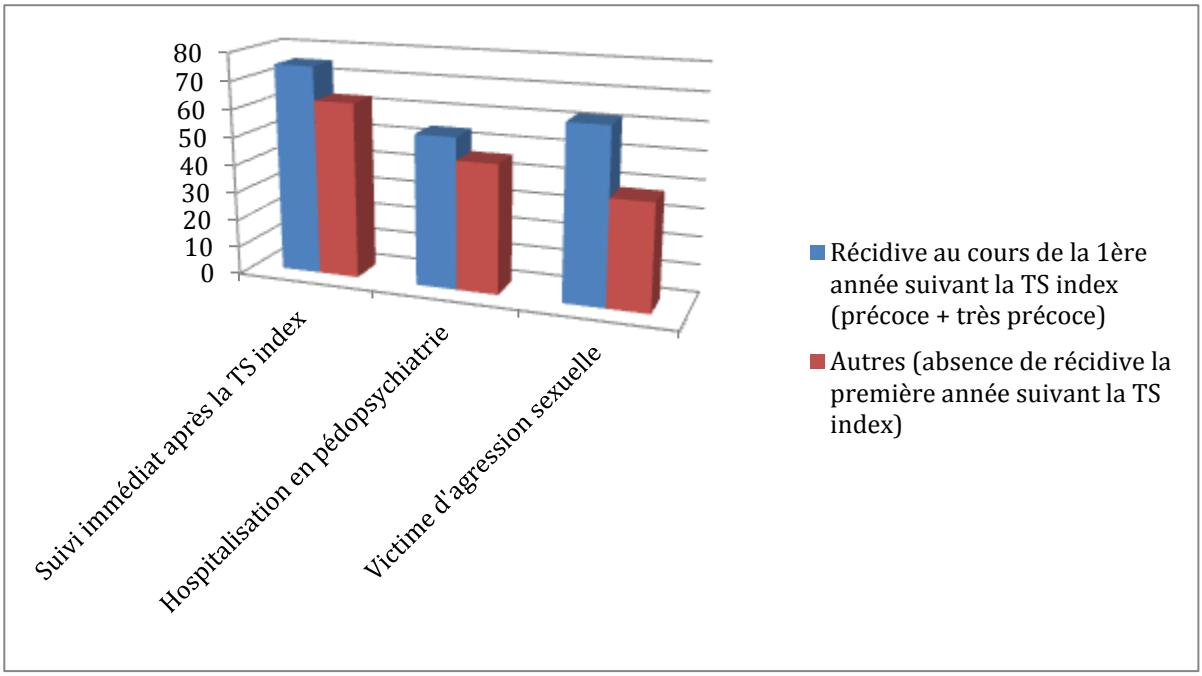

Figure 8 : Facteurs de risque de récidive au cours de la 1ère année suivant la TS index (%)

Corrélation entre les récidivistes au cours de la 1ère année suivant la TS index et les récidivistes tardifs :

L'analyse croisée entre les différents types de récidive a permis de mettre en évidence deux associations :

- En effet, les patients récidivant dans l'année après la TS index, présentent 2 fois plus de récidive à 10 ans (RR=2 ; IC=1-3,9 ; p=0,04). La récidive au cours de la 1ère année post TS index est donc un facteur de risque de récidive dans les 10 ans à venir.

- Par ailleurs, les patients récidivants au cours de la 1ère année présentent plus de problèmes avec la justice dans les 10 ans qui suivent la TS index (p=0,05).

Comparaison entre la situation des récidivistes (toutes récidives confondues) et celle des non récidivistes, 10 ans après la TS index (Figure 9) :

Cette analyse met en évidence :

- Un célibat (RR=4,6 ; IC=1,5-13,7 ; p=0,006) et une absence de vie en couple chez les récidivistes. En effet, 37% des patients ne vivant pas en couple ont récidivé dans les 10 ans (RR=2,9 ; IC=1,4-5,8 ; p=0,004).

- Une moins bonne évaluation de la vie affective chez les récidivistes (inférieure à 7/10). (RR=2,4 ; IC=1,2-4,8 ; p=0,02).

- L'absence de profession chez les récidivistes à 10 ans (RR=2,9 ; IC=1,4-5,8 ; p=0,003).

- Une moins bonne évaluation de la vie professionnelle chez les récidivistes (inférieure à 6/10) (RR=2,3 ; IC=1,2-4,5 ; p=0,02)

- Une moindre obtention du baccalauréat chez les récidivistes. Il y a plus de risque de TS si le patient n'a pas atteint le niveau baccalauréat (RR=2,1 ; IC=1,1-4,2 ; p=0,04).

- Davantage de problèmes de santé physique chez les récidivistes : 50% des récidivistes ont des problèmes de santé à 10 ans (RR=3,4 ; IC=1,7-7 ; p<0,001), versus 23% chez les non récidivistes.

- Une consommation plus importante de psychotropes chez les récidivistes : 33% des récidivistes ont un traitement psychotrope 10 ans après leur TS index, versus 11% chez les non récidivistes (RR=4 ; IC=1,7-10,1 ; p<0,001).

- Plus d'arrêts maladie chez les récidivistes (RR=9,2 ; IC=2,3-36,6 ; p<0,001) : 19% des récidivistes sont souvent en arrêt maladie, versus 2% des non récidivistes.

- Plus d'idées suicidaires 10 ans après la TS index chez les récidivistes (RR=18,1 ; IC=5,7-57,9 ; p<0,0001) et plus d'Episode Dépressif Majeur (EDM) (RR=4,7 ; IC=2,3-10 ; p<0,0001). Nous retrouvons 51% d'EDM chez les récidivistes, versus 18% chez les non récidivistes.

- Au cours des 10 années suivant la TS index, davantage de suivi psychiatrique chez les récidivistes (RR=4,9 ; IC=2-11,7 ; p<0,001), tant au niveau des consultations (RR=8,2 ; IC=3,8-17,4 ; p<0,0001) que des hospitalisations (RR=34,9 ; IC=12,7-96,1 ; p<0,0001).

- Plus de suivi psychiatrique actuel chez les récidivistes (RR=9,5 ; IC=3,2-28,2 ; p<0,0001).

- Une fréquence plus élevée de bénéficiaires de l'AAH chez les récidivistes (RR=17,8 ; IC=2,1-147,8 ; p<0,001). De même davantage de problèmes avec la justice (RR=4,9 ; IC=1,8-13,5 ; p=0,001).

- De moins bonnes évaluations de la santé psychique et de la santé globale chez les récidivistes (inférieures à 7/10) (santé psychique : RR=2,9 ; IC=1,4-5,9 ; p=0,002 ; santé globale : RR=2,5 ; IC=1,2-5 ; p=0,001).

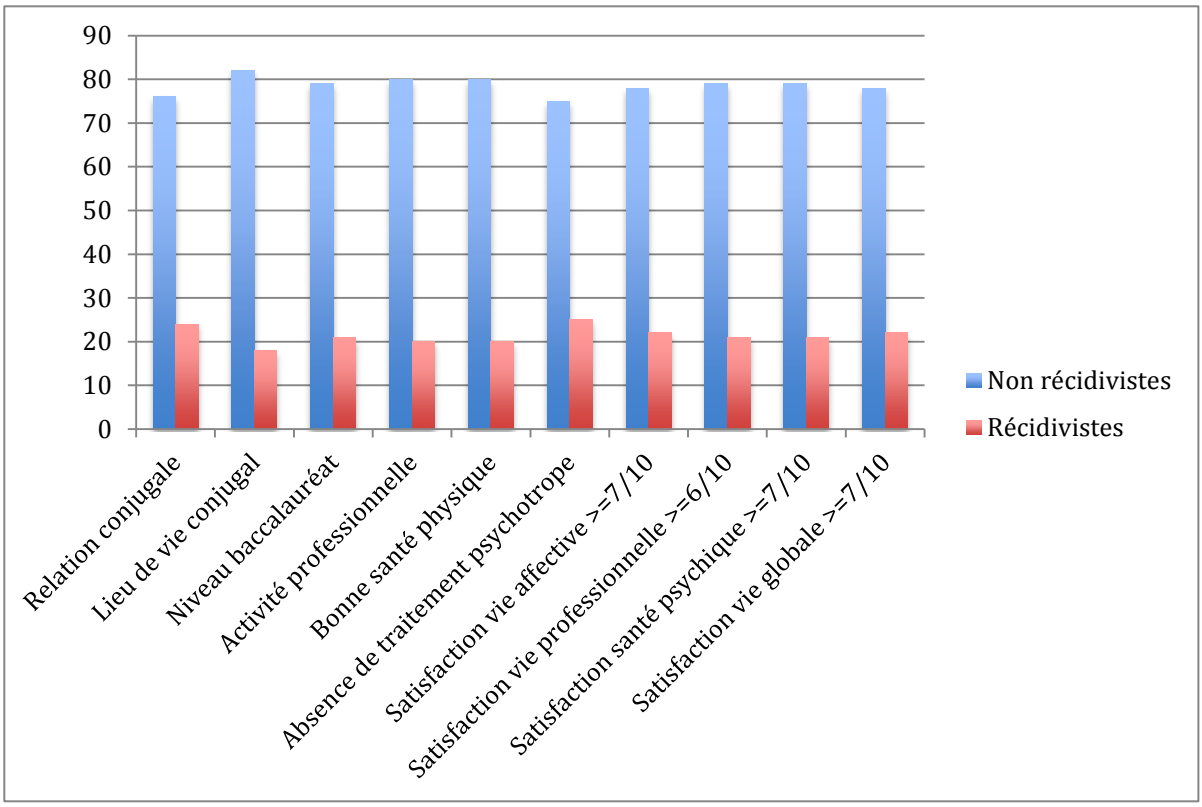

Figure 9 : Facteurs de risque de récidive suicidaire 10 ans après la TS index (%)

<u>Comparaison entre les récidivistes précoces et les récidivistes très précoces</u> :

Cette comparaison révèle quelques associations :

- Les hommes récidivent plus souvent « très précocement » (RR=11,7 ; IC=1,5-90,5 ; p=0,04).

- Les patients ayant des antécédents personnels de TS récidivent plus souvent entre 3 mois et 1 an après la TS index (RR=0,4 ; IC=0,2-0,9 ; p=0,04).

- Les récidivistes très précoces ont une moins bonne évaluation de leur satisfaction professionnelle à 10 ans (RR=3,7 ; IC=1,02-13,51 ; p=0,04).

<u>Analyse selon l'âge</u> :

Nous ne retrouvons aucune influence significative de l'âge du patient au moment de la TS index sur le délai de la récidive.

<u>Analyse selon le genre</u> (Tableau 4) :

La comparaison entre les hommes et les femmes montre chez les patients hommes :

- 7,2 fois plus de risque d'avoir des problèmes avec la justice dans les 10 ans (RR=7,2 ; IC=2,6-20,1 ; p<0,0001).

- 4,8 fois plus de risque de consommer des drogues dans les 10 ans (RR=4,8 ; IC=1,8-13 ; p=0,003).

- Une consommation plus importante de traitements psychotropes à 10 ans (RR=3,6 ; IC=1,4-9 ; p=0,01).

- Un lieu de vie différent : ils vivent plus chez leurs parents ou seuls 10 ans après (RR=2,5 ; IC=1,2-5,3 ; p=0,01).

- De manière non significative, toujours par rapport aux femmes et 10 ans après la TS index :
    - Ils ne font pas plus de récidives.
    - Ils sont plus en couple mais ont moins d'enfants.
    - Ils évaluent leur vie affective meilleure.
    - Ils consomment plus d'alcool.
    - Ils présentent une tendance au retard scolaire.
    - Ainsi qu'une tendance à la dépression 10 ans après.

Tableau 4 : Corrélations entre le genre masculin et les caractéristiques à 10 ans de la TS index

CARACTÉRISTIQUES	p	RISQUE RELATIF (Intervalle de Confiance à 95%)
Problèmes avec la justice	**<0,0001**	**7,2 (2,6-20,1)**
Consommation de drogues	**0,003**	**4,8 (1,8-13)**
Lieu de vie non conjugal	**0,01**	**2,5 (1,2-5,3)**
Traitement psychotrope	**0,01**	**3,6 (1,4-9)**
Retard scolaire	0,08	0,6 (0,4-1,1)
Dépression	0,1	1,6 (0,9-2,9)
Consommation d'alcool	0,2	2 (0,7-6,4)
Vie en couple	0,5	1,6 (0,5-5,5)
Satisfaction vie affective	0,7	1,2 (0,7-2,1)

V DISCUSSION

1) RAPPEL DES RÉSULTATS ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

Les résultats de notre étude concordent avec les données de la littérature. En effet, les adolescents hospitalisés suite à une TS dans le service de pédopsychiatrie de l'Hôpital d'Enfants de Nancy étaient en majorité des filles de moyenne d'âge 14,7 ans, qui avaient tenté de se suicider par IMV. Autant de caractéristiques retrouvées dans la plupart des études sur les adolescents suicidants (12, 33, 35, 38, 49, 72, 78). Environ 35% des adolescents présentaient des antécédents de TS, pourcentage qui correspond aux données d'autres enquêtes (12, 15). La prise en charge pendant l'hospitalisation a permis de diagnostiquer des troubles dépressifs pour environ 1/3 des cas, troubles fréquemment repérés également dans diverses analyses (56, 66). Environ 2/3 ont engagé un suivi psychologique après cette TS, suivi qui a duré au minimum 6 mois pour 70% d'entre eux. Environ 40% ont récidivé dans l'année suivant la TS index dont 70% dans les 3 premiers mois (comme Chen qui présente les 2 premiers mois comme la période la plus à risque de récidive (31)) et la récidive à 10 ans a touché 28% des adolescents de notre étude. Autant de pourcentages de récidive qui restent élevés pour les professionnels travaillant auprès des adolescents, mais qui correspondent aux chiffres de la littérature (54, 64).

Dix ans plus tard, 46,5% des adolescents ont répondu à nos questionnaires. La majorité est en couple et travaille.

La plupart des adolescents récidivants dans l'année avaient été hospitalisés dans le service de pédopsychiatrie et avaient engagé un suivi psychologique à la sortie de leur

hospitalisation. Ces résultats peuvent sembler paradoxaux de prime abord, mais aussi trouver une explication dans le constat que les patients en moins bonne santé psychique sont ceux que nous suivons et qui reflètent les situations les plus graves et les plus à risque de récidive suicidaire.

Par ailleurs, nous pouvons nous demander si l'hospitalisation, aussi protectrice et bénéfique soit-elle, peut parfois par sa longueur, aboutir à l'effet inverse que celui escompté ? En effet, la durée moyenne d'hospitalisation dans notre étude est de 11 jours, supérieure à la plupart des autres études (37, 52, 56).

Alors comment articuler les soins autour de l'adolescent et ses parents, comment pointer les difficultés et les dysfonctionnements sans que l'hospitalisation ne devienne le seul refuge pour l'adolescent et par conséquent un écueil au retour à domicile ? En effet, il n'est pas rare de rencontrer aux urgences des adolescents de manière répétée et rapprochée. Certains semblent trouver à l'hôpital une stabilité, dans une structure contenante et apaisante. Le risque que le jeune en pleine crise identitaire s'identifie à un « ado qui va mal » et s'approprie cette identité, existe et n'est pas sans conséquence. La crainte de ne pas retrouver cette stabilité chez lui, ou parfois l'absence réelle de repères à l'extérieur, risque alors d'entraver la progression des soins.

Dans ce contexte, il parait important de réfléchir à la conduite à adopter face à ces adolescents. Consacrer du temps pour instaurer du lien relationnel, certes, mais aussi pour permettre un relais thérapeutique dans un climat de confiance, l'objectif étant la remobilisation des capacités d'investissement du patient (11). Certains auteurs préconisent ainsi une clinique fondée sur « l'éthique de l'inquiétude » (122), c'est-à-dire l'instauration et la systématisation de traitements ambulatoires simples visant à assurer le suivi et la fidélisation de patients sous couvert d'un « case management » par un

soignant spécialisé (relations de confiance via contacts téléphoniques, visites à domiciles, ou correspondance soutenue) (86).

Nos résultats montrent que la récidive à 1 an est prédictive de récidive dans les 10 ans. Plusieurs auteurs ont tenté d'expliquer cette association : Wong, en 2007, avec son « crescendo model of suicidality » qui sous-tend l'idée que récidiver « dévaluerait » la gravité de l'acte aux yeux du suicidant, et le rendrait donc plus facilement réalisable (135). De même, Carmel McAuliffe évoque la notion d'habituation (« process of sensitization ») pour expliquer cette relation (93). Les récidivistes auraient vécu moins d'évènements de vie stressants au cours des 6 mois précédents le passage à l'acte suicidaire mais plus d'évènements de vie traumatisants au cours de leur enfance (0-15 ans) (93, 110). Cette explication concorde aussi avec le résultat de notre étude qui rapporte l'antécédent d'agression sexuelle comme un facteur de risque de récidive à 1 an ; résultat qui correspond aux données de la littérature (130, 137).

La comparaison entre les récidivistes et les non récidivistes a permis de montrer que la vie en couple, l'emploi, la bonne santé physique, ainsi que la satisfaction professionnelle, affective et psychique étaient associés à l'absence de récidive suicidaire. Autant de caractéristiques déjà décrites dans la littérature (40, 76, 100, 104, 123). Mais ces dernières ne peuvent être considérées comme facteurs protecteurs de récidive car établies lors de l'analyse transversale. En effet, les personnes célibataires peuvent souffrir de solitude ou présenter des troubles relationnels ; le lien existe mais nous ne pouvons discerner la cause de la conséquence.

Par ailleurs, l'association retrouvée entre les récidivistes et les problèmes avec la justice interroge sur son origine. La consommation de toxiques est fréquente dans la population

carcérale. Les problèmes avec la justice et les consommations de toxiques sont donc probablement liés chez notre population récidiviste, comme nos résultats le montrent pour les hommes, et comme la littérature le décrit (97). Ces liens questionnent sur l'existence d'une psychopathie sous jacente pour certains patients, avec une instabilité des affects et des comportements, une difficulté à gérer les émotions (d'où les passages à l'acte brusques et inadaptés, des mouvements d'humeur), une irritabilité et une impulsivité. La perception de soi du psychopathe étant insécure, immature et anxieuse, il peut souffrir devant l'échec de sa vie sentimentale. Nous retrouvons chez le psychopathe des carences affectives et éducatives dans l'enfance, des antécédents d'alcoolisme et/ou d'addictions dans la famille, autant de facteurs de risque identiques à ceux de la récidive suicidaire (86).

L'association entre les récidivistes et l'AAH nous questionne sur les pathologies à l'origine de l'obtention de l'AAH. L'agression de soi, par les comportements suicidaires ou les automutilations, constitue l'une des facettes de l'impulsivité les plus spécifiques du comportement borderline. Ces patients présentent une vulnérabilité psychiatrique plus importante, notamment en terme de dépression (14, 47). La répétition des actes suicidaires peut être considérée comme un facteur de gravité et de mauvais pronostic chez les patients borderline (87). Les récidivistes borderline présentent un profil psychopathologique plus sévère en terme de trouble dépressif et d'anxiété. Le développement borderline est la conséquence de premières relations d'attachement peu sécurisantes associées à une exposition traumatique qui rend la personne vulnérable à la souffrance dépressive, à une fragilité relationnelle. Ces mêmes critères rejoignent les facteurs de risque des récidivistes suicidaires. Séjourné parle de l'état limite à l'adolescence comme un moyen défensif contre la dépression dans un contexte de

développement peu sécure. Il suggère de se focaliser sur le dépistage des troubles dépressifs et de porter une attention à l'impact traumatique de certains évènements de vie et aux liens d'affection de l'adolescent envers ses parents (115).
Par ailleurs, comme nous l'avons décrit dans l'introduction, la schizophrénie ou le trouble bipolaire peuvent être à l'origine de l'AAH.

De même, notre étude a permis de distinguer chez les récidivistes très précoces (moins de 3 mois après la TS index) une majorité d'hommes. Ce constat interroge sur la perception qu'ont ces hommes des situations anxiogènes auxquelles ils ne peuvent faire face. Vivent-ils une expérience quasi-dissociative, de déréalisation ou de dépersonnalisation, tant insoutenable que le seul moyen de s'en éloigner serait de se suicider ? Dans ce contexte de risque d'effondrement identitaire, la composante impulsive (qu'elle soit liée au genre ou la personnalité) émergerait et assouvirait l'insupportable.

Par ailleurs, nous n'avons pas retrouvé de différence en fonction de l'âge. Par contre les hommes 10 ans après leur TS présentent plus de problèmes avec la justice et consomment plus de drogues et de psychotropes, comme dans la population générale. Notre étude montre qu'ils vivent moins en couple et qu'ils ont une tendance à la dépression plus importante que les femmes. La littérature retrouve en général les mêmes associations, excepté pour la consommation de psychotropes et la tendance à la dépression, qui seraient plus le fait des femmes (97). Une différence en termes de psychopathologie sous-jacente au geste suicidaire et à sa récidive expliquerait alors ces constats. Initialement, le terme de « gender paradox » a été employé pour caractériser le constat selon lequel la TS concerne plus le genre féminin alors que le suicide se rapporte

plus au genre masculin. Nous savons que les méthodes autolytiques les plus violentes sont le plus souvent le fait des hommes et révèlent parfois des troubles psychopathologiques sous-jacents (82). Mais au delà des méthodes utilisées, il a été observé que l'écart entre les suicidants et une population non suicidante était plus important chez les garçons que les filles : les garçons suicidants auraient plus de troubles psychopathologiques que les garçons non suicidants, et ce de façon plus marquée que les filles suicidantes par rapport aux filles non suicidantes. Ce constat laisserait augurer que le recours qu'ont les hommes à une symptomatologie spécifiquement féminine, telle que la TS, dénoncerait le débordement que subiraient leurs défenses habituelles. La plus forte comorbidité psychopathologique relevée chez les hommes suicidants renverrait en fait à une mise en péril de l'organisation défensive construite chez l'homme et donc à un effondrement narcissique et identitaire (16, 36).

Par ailleurs, des facteurs socio-environnementaux participeraient à la constitution de ces différences de genre. En effet, les comportements d'externalisation semblent valorisés chez l'homme avec des priorités données à la sphère publique et des caractéristiques de compétitivité et d'indépendance. Ce qui expliquerait la plus grande fréquence des troubles externalisés chez les hommes, incluant les conduites antisociales et les abus de substances toxiques. Chez la femme, les comportements d'internalisation seraient plus valorisés, avec une priorité donnée à la sphère domestique et aux responsabilités axées sur autrui. Les femmes, plus sensibles dans l'expression des émotions, plus dépendantes aux relations interpersonnelles, seraient alors plus sujettes aux troubles internalisés, incluant la dépression et l'anxiété (57).

Les différences de genre constatées dans les populations suicidantes relèvent donc d'explications psychopathologiques mais aussi sociétales et culturelles.

2) LIMITES DE L'ÉTUDE

Nos résultats sont conformes à ceux de la littérature malgré les limites relatives à notre étude.

- Nous relevons tout d'abord un biais de recrutement, inhérent au fait que nos patients suicidants inclus sont ceux pris en charge à l'hôpital. Cette population n'inclut donc pas les suicidants passés inaperçus. C'est toutefois assez systématique dans les études sur les suicidants.

- Nous relevons aussi les « perdus de vue » qui comprennent les patients dont nous n'avons pas retrouvé les coordonnées 10 ans après et les non répondeurs. Nous ne pouvons affirmer que l'absence de leur réponse influe sur les statistiques. Mais au vu des caractéristiques des non répondeurs (plus de difficultés scolaires et lieu de vie plus fréquemment hors du domicile parental), il se peut que cette population ait été plus à risque de récidive et par conséquent, que la récidive suicidaire ait été sous estimée dans nos résultats.

Nous relevons d'autres limites :

- Les limites liées au côté rétrospectif de l'étude :
    - L'absence de certaines caractéristiques initiales dans les dossiers d'hospitalisation qui entraine un nombre conséquent de données manquantes.
    - L'imprécision de certains éléments, comme la comorbidité psychiatrique, qui peut laisser part à la subjectivité de la personne qui collecte les données.

- Le biais de mémoire et la véracité des réponses sont des biais inhérents aux études rétrospectives réalisées à l'aide de questionnaires, bien que l'anonymat minimise la suggestibilité des réponses données au médecin. Nous avons tenté de limiter ce biais en recoupant les réponses avec les données des dossiers informatisés.

À l'avenir, nous pouvons penser que la généralisation des dossiers informatisés permettra de restreindre les données manquantes. Nous réfléchissons également aux améliorations et éventuelles précisions à apporter aux questionnaires.

3) POINTS POSITIFS DE L'ÉTUDE

Un des intérêts de notre étude est la distinction faite entre les récidives précoces et les récidives tardives chez les adolescents. En effet, peu d'études s'intéressent à ce critère en particulier. Un autre intérêt de notre étude est lié au recul que nous avons sur l'évolution de nos patients car il est rare de trouver des études portant sur le devenir psychosocial à 10 ans des suicidants (54, 79, 83-85, 94).
De plus, nos patients sont représentatifs des populations suicidantes décrites dans d'autres études auprès d'adolescents (33, 78), ce qui rend notre étude généralisable.

Par ailleurs, bien que l'évocation d'un sujet aussi sensible que la TS puisse réveiller des souffrances 10 ans plus tard, le taux de réponse de notre étude est tout de même honorable. Il reflète les taux de réponse retrouvés dans la plupart des études ayant recourt à des questionnaires évaluant un critère rétrospectivement (69, 79, 83-85).

Aussi, il semble que les enveloppes pré-timbrées, la lettre explicative de l'étude et parfois les appels téléphoniques aient contribué à l'importance de ce taux.

Dans les suites de ces bilans, des réflexions autour de la prévention de la TS et de la récidive ont émergé, et ce afin que la santé psychique des adolescents puissent en bénéficier et que le taux de récidive baisse.

4) LA PRÉVENTION

L'OMS regroupe les stratégies de prévention en trois types (136) :

- La prévention primaire concerne les adolescents sans risque suicidaire mais ayant des facteurs de risque de TS, ou des adolescents qui présentent un défaut de facteur de protection (111).
- La prévention secondaire vise à interrompre le processus suicidaire avant le passage à l'acte chez les adolescents à risque qui cumulent un certain nombre de difficultés.
- La prévention tertiaire tend à éviter les récidives suicidaires et à lutter contre la contagion suicidaire.

Nous avons constaté que certains programmes de prévention pouvaient s'appliquer autant à la prévention primaire que secondaire, c'est pourquoi nous avons volontairement choisi de séparer 'prévention de la TS' et 'prévention de la récidive', puis de discuter du rôle de la médiation dans la contagion suicidaire.

<u>À propos de la prévention de la TS</u> (112) **:**

Quatre grands domaines de prévention se dégagent :

- les programmes d'information et d'éducation,
- le dépistage des sujets à risque,
- la restriction de l'accès aux moyens létaux,
- les traitements (pharmacothérapies, psychothérapies, modalités de suivi).

Les programmes pédagogiques visant les adolescents ont pour objectif d'améliorer leurs connaissances sur le suicide ainsi que leurs capacités de « coping productif » (recherche d'aide). Ces programmes ont montré leur efficacité sur la réduction du nombre de TS à 3 mois (8, 77). En revanche, les résultats quant aux capacités de coping sont controversés. Il semblerait que les stratégies de coping productif (comme facteur de protection) soient efficaces chez les adolescents présentant des traits de personnalité borderline, en atténuant l'intensité de l'instabilité émotionnelle et l'impulsivité, et par conséquent le risque suicidaire et la récidive (87).

Les programmes d' « intervention préventive » basés sur la formation des adultes au contact des adolescents (surveillants, enseignants…) ont montré leur efficacité sur les capacités de coping, mais non sur le nombre de TS (5, 118).

Quant aux programmes éducatifs destinés aux parents, leur impact est positif avec une atténuation des conflits parents-adolescents et une diminution des facteurs de risque du suicide (consommation de toxiques, délinquance) (120).

À l'échelle européenne, une évaluation rigoureuse des actions de prévention en santé mentale a été menée. Il s'agit du programme SEYLE (Saving and Empowering Young Lives in Europe) qui signifie 'Sauver et Renforcer Efficacement la Vie des Jeunes en Europe' et auquel les équipes psychiatriques du CHU de Nancy ont participé. C'est un programme de recherche sur la promotion de la santé mentale auprès de lycéens européens. Il compare 3 stratégies de prévention du suicide basées sur la formation des personnes ressources, l'autopromotion de la santé chez les jeunes et le dépistage des élèves à risque suicidaire par les professionnels de santé. Ceci dans le but de recommander aux autorités européennes de santé les modèles appropriés et culturellement adaptés (19, 21, 75, 125, 128, 129).

Quant aux médecins généralistes, souvent premiers professionnels de santé à accueillir les adolescents, leur vigilance est soutenue. L'équipe d'Asarnow a montré une diminution des TS dans la patientèle des médecins généralistes ayant participé à des programmes de formation au dépistage et à la prise en charge de la dépression (6). Une seule journée de formation permettait d'améliorer le dépistage des adolescents en détresse psychologique et le repérage des idées suicidaires (106).

En Nouvelle Zélande, le taux annuel moyen de suicide par arme à feu a diminué de 66% chez les jeunes de 15 à 24 ans, suite à l'application des lois relatives à la possession et au stockage des armes à feu (13). De même, aux Etats-Unis, Webster s'est intéressé aux liens entre les lois de restriction CAP (Child Access Prevention) et les taux de suicide par arme à feu et autres méthodes. Il a constaté une réduction de 8,3% du nombre total de suicide chez les 14-17 ans (131). Par ailleurs, l'enquête de Cummings a rapporté une diminution de 23% des décès par arme à feu chez les moins de 15 ans (44). Mais ces

résultats sont controversés car il a été suggéré que les moyens létaux variaient mais non le taux de suicide total (il a d'ailleurs été relevé une augmentation des pendaisons aux Etats-Unis chez les adolescents).

En ce qui concerne les soins pharmacothérapiques, de nombreuses analyses ont rapporté une augmentation du risque de geste suicidaire chez les patients recevant un antidépresseur (62, 101). Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les études sont souvent de courte durée (or le risque est maximal pendant les premiers mois qui suivent la TS) ou réalisées chez des patients dont la symptomatologie dépressive est la plus sévère, d'où l'instauration d'un anti dépresseur. L'analyse de Valuck a finalement permis de montrer que l'utilisation d'un ISRS (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine) était plus efficace qu'un placebo, n'augmentait pas le risque de conduites suicidaires et diminuait le risque de TS s'il était pris correctement pendant 6 mois (124).

À propos de la prévention de la récidive suicidaire :

Les stratégies visant à lutter contre la récidive suicidaire font partie de la prévention tertiaire.

- En ce qui concerne le rôle de la psychothérapie dans la prévention de la récidive suicidaire chez les adolescents, peu d'études ont été réalisées.

Aucune supériorité de la thérapie cognitivo-comportementale par rapport à la psychothérapie de soutien n'a été montrée sur la récidive à 6 mois (48). Cependant, des études chez des adultes ont prouvé le contraire, soulignant l'intérêt d'une brève

psychothérapie (4 séances à domicile) sur la diminution des idées suicidaires et des récidives suicidaires à 6 mois (18, 61).

La thérapie familiale à domicile chez 162 adolescents a permis une diminution des idées suicidaires chez les adolescents non déprimés, mais n'a eu aucune efficacité sur la récidive (63).

Les études concernant la thérapie de groupe divergent dans leurs résultats : l'étude australienne de Hazell ne montre pas la supériorité de la thérapie de groupe par rapport aux prises en charge habituelles (67), alors que Wood met en évidence une réduction significative de la récidive à 6 mois (134).

L'étude de Huey a montré l'efficacité d'une thérapie multi-systémique intensive sur la récidive à 12 mois (70).

En ce qui concerne l'hospitalisation, aucune étude n'a prouvé l'efficacité de celle ci sur la réduction de la récidive (56, 96).

- En ce qui concerne les modalités de suivi, quelques études ont évalué leur efficacité sur la récidive suicidaire.

  - Asarnow a montré qu'une séance de TCC axée sur la famille réalisée aux urgences permettait une meilleure observance aux soins ambulatoires proposés, aux séances psychothérapiques et aux soins combinant psychothérapie et pharmacothérapie (7). De même une intervention spécialisée aux urgences après une TS (comprenant un

entretien motivationnel et un entretien familial) serait efficace sur les conduites suicidaires et les récidives suicidaires à 18 mois.

- Par ailleurs, Vitiello a montré une amélioration clinique (échelle CDRS-R évaluant la dépression chez le jeune) pour les adolescents suicidants et dépressifs, qui avaient choisi la combinaison d'un antidépresseur et d'une thérapie cognitive ; l'amélioration étant significative à 12 semaines ainsi qu'à 24 semaines du geste suicidaire (127).

- La « green card », carte remise aux adolescents après leur TS et permettant une ré-hospitalisation sur simple présentation aux urgences, a prouvé son efficacité avec une réduction de moitié de la récidive (de 12,1 à 6,4%) (43).

- À Genève, un protocole d'hospitalisation de 48h avec séparation parentale, est proposé à l'adolescent suicidant, dans une unité de crise pour adolescents. De même une ligne téléphonique, disponible 24h/24, est mise à disposition des adolescents et de l'entourage familial et professionnel du jeune. Des psychologues ou psychiatres y répondent sans intermédiaire, orientent les demandes ou proposent une consultation dans les 24h. Ce dispositif semble bien fonctionner mais n'a pas été évalué (126).

- Avec l'idée sous-jacente de « garder le lien » avec l'adolescent suicidant, Czyz a montré l'importance des liens entre l'adolescent et sa famille, ainsi qu'entre l'adolescent et ses pairs. En effet l'amélioration du lien entre l'adolescent et sa famille au moment de la prise en charge du geste suicidaire, a permis une réduction des symptômes dépressifs et des idées suicidaires pendant l'année qui a suivi le passage à

l'acte. De même, l'amélioration du lien avec ses pairs a eu pour conséquence une réduction des symptômes dépressifs et des idées suicidaires pour les filles, mais seulement pendant les 3 mois suivant le geste suicidaire. Un meilleur lien avec les pairs a diminué de moitié le risque de TS pendant l'année qui a suivi (45).

- Chez les adultes, les dispositifs d'intervention proposant de « rester en contact » avec le suicidant après son passage à l'acte afin de prévenir la récidive, ont été plus évalués que chez les adolescents. Ces dispositifs peuvent s'inscrire en parallèle d'une autre prise en charge. Le pionner de ce type d'approche, Jérôme Motto, a suggéré le néologisme « connectedness » que l'on peut traduire par « le sentiment de rester en lien » (98).

  - Dans son étude portant sur des suicidants réfractaires aux soins après leur hospitalisation pour leur TS, Motto a évalué l'impact d'appels téléphoniques, 4 fois par an, pendant 5 ans, sur le taux de décès à 5 ans puis à 15 ans. Il a montré un taux de décès à 5 ans inférieur, avec une différence significative les 2 premières années du suivi téléphonique. L'efficacité de cette intervention décline avec les années jusqu'à être inexistante 14 ans après.

  - De même, Vaiva a montré l'efficacité d'un appel téléphonique à 1 mois de la TS sur la récidive à 1 an, en particulier sur la récidive précoce (dans les 6 mois après la TS index), en comparaison à un appel à 3 mois de la TS qui lui, n'a pas prouvé son efficacité ; d'où l'importance d'un contact rapproché avec le suicidant après son geste suicidaire (121).

- L'appel téléphonique des patients par l'équipe de Cebria en Espagne, (adolescents et adultes arrivés aux urgences suite à une TS) à 1 semaine puis à 1, 3, 6, 9 et 12 mois du geste suicidaire a eu un impact en augmentant le délai de temps entre la TS et la première récidive, ainsi qu'en réduisant les récidives (26).

- L'envoi de cartes postales (au nombre de 8 sur l'année suivant la TS) a entrainé une diminution du nombre des récidives mais pas du nombre de récidivistes (22). Cette étude a été réalisée par Carter et son équipe chez des adultes suicidants mais pourrait être réadaptée aux adolescents, avec des outils de « connectedness » plus appropriés comme l'envoi de SMS ou de mails. C'est en Chine que les SMS ont été employés avec les suicidants adultes. Leur acceptation a été bonne mais l'efficacité sur la récidive n'a pas encore été évaluée (32).

Ces dernières constatations montrent bien l'intérêt d'une prise en charge globale de l'adolescent et de sa dynamique familiale dans la prévention de la récidive suicidaire (29).

À propos de la « contagion suicidaire » ou suicide en série :

Il est décrit dans la littérature 2 comportements distincts et opposés mais probablement liés et contemporains de la médiation du suicide.

L'effet Werther et l'effet Papagano. Le premier, étudié par le sociologue Philips, se réfère à la hausse du nombre de suicide secondaire à l'annonce d'un suicide dans les médias. Il est inspiré par la vague de suicide s'étant produite lors de la parution du roman de

Goethe, *« Les souffrances du jeune Werther »*. D'où les différentes dénominations : « contagion suicidaire, suicide par mimétisme, suicide en série ».

Le deuxième, au contraire, fait référence à la portée préventive que peut avoir la médiatisation d'un suicide.

L'étiopathogénie de la contagion suicidaire reste peu élucidée, mais il semble que l'acte suicidaire chez les pairs agisse probablement comme un facteur précipitant d'un trouble psychopathologique sous-jacent. Les mesures visant à prévenir les suicides en série sont regroupées sous le terme « postvention » ; elles regroupent les débriefings éducatifs, les prises en charge psychologique de groupe, les dépistages des sujets à risque. Peu d'études ont évalué leur efficacité et aucune preuve d'efficacité n'a été démontrée.

Il semble donc indispensable de poursuivre les efforts de création et d'appréciation de programmes de prévention du suicide, notamment chez les adolescents, pour qui l'imitation et l'identification peuvent être valorisantes et renarcissisantes, parfois sources de repères stabilisants, mais aussi parfois destructrices.

Ces actions de prévention sont d'autant plus nécessaires qu'elles sont à priori bien acceptées par les populations qui en bénéficient. En effet les opinions et le vécu des personnes contactées par téléphone ont été en majorité positifs : la majorité évaluait ce dispositif comme bénéfique et influant sur leur vie. 30% affirmaient que le contact téléphonique leur avait évité une récidive (60).
Ces données mettent en avant les qualités du recueil d'opinion qui pourrait être développé comme outil thérapeutique également.

CONCLUSION

La tentative de suicide à l'adolescence représente donc une préoccupation majeure dans l'entourage de l'adolescent suicidant, car elle constitue en elle-même un risque de récidive.

Notre étude identifie des éléments, symptomatiques ou contextuels, prédictifs de récidive suicidaire, mais parfois difficilement repérables par le clinicien lors d'une première évaluation. Se pose alors souvent le problème de l'orientation à proposer au jeune, ainsi que de l'accompagnement de l'adolescent et ses parents vers l'acceptation d'un suivi psychiatrique.

Une bonne articulation des interventions des différents professionnels est essentielle, afin de ne pas alimenter les conduites de rupture de l'adolescent. Alors comment passer le relais sans discontinuité ? Ce souci est source de nombreuses réflexions lors de chaque évaluation aux urgences, et à chaque sortie d'hospitalisation. Elle reflète aussi la crainte d'une récidive, celle-ci étant ancrée dans l'esprit de tout soignant. Mais si l'unique réponse des soignants en retour est surprotectrice, car anxiolytique pour le soignant, la relation soignant-soigné est menacée et encourt l'échec.

Il devient alors impératif de choisir avec l'adolescent le soin qui lui sera le plus adapté et qu'il acceptera au mieux. Certes dans ces situations où le délai de temps est une réalité pressante, les obstacles rencontrés sont nombreux et rendent nos décisions non généralisables à l'ensemble des adolescents. Dans ce contexte les adolescents semblent accepter tout de même l'idée d'être aidés et guidés. Même sans demande clairement exprimée, ils semblent souvent rechercher ce soutien. Pour preuve l'importante fréquence des démarches engagées par les adolescents avant leur premier passage à l'acte suicidaire.

Dans ce même contexte de soins immédiats, les troubles dépressifs et l'impulsivité, symptômes souvent identifiés chez les récidivistes, doivent bien être différenciés, car révélateurs de psychopathologies sous-jacentes divergentes et annonciateurs de prises en charge distinctes.

Le temps est donc nécessaire, sans précipitation, afin d'offrir à l'adolescent suicidant un espace relationnel élargi.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANAES. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000. Paris.

2. Anaes. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf

3. AGERBO E. et al. Familial, psychiatric and socioeconomic risk factors for suicide in young people nested case-control study. BMJ. 2002 ; 325:74

4. ANDOVER MS. et al. Time to emergence of severe suicidal ideation among psychiatric patients as a function of suicide attempt history. Comprehensive Psychiatry. 2008 ; 49:6-12

5. ANGERSTEIN G. et al. Evaluation of an urban school adolescent suicide program. Sch Psychol Int. 1991 ; 12(1-2):25-48

6. ASARNOW JR. et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics : a randomized controlled trial. JAMA. 2005 ; 293(3):311-319

7. ASARNOW JR. et al. An emergency department intervention for linking pediatric suicidal patients to follow-up mental health treatment. Psychiatr Serv. 2011 ; 62(11)

8. ASELTINE Jr RH., DEMARTINO R. An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. Am J Public Health. 2004 ; 94(3):446-451

9. ASKENAZY F. et al. Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behabior. J Affect Disord. 2003 ; 74:219-227

10. BAILLY D. et al. Utilisation de la CES-D chez l'adolescent : résultats préliminaires. Neuropsychiatr Enfance. 1992 ; 4:486-496

11. BALSAN G., CORCOS M. Parcours de soins : dépression de l'adolescent - Prendre le temps de rencontrer l'adolescent. Le concours médical. 2014 ; 136(1):42-49

12. BATT A. et al. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. EMC. Psychiatrie. 2007 ; 37-500-A-20

13. BEAUTRAIS AL. et al. Firearms legislation and reductions in firearm-related suicide deaths in New Zealand. Aust NZJ Psychiatry. 2006 ; 40(3):253-259

14. BELLOC V et al. Relations entre les symptomatologies dépressive et limite et les idées suicidaires dans un échantillon de lycéens. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2004 ; 52:219-224

15. BOBIN E., SARFATI Y. Tentatives de suicide à répétition : peut on arrêter les récidivistes ? Nervure. 2003 ; 16(3):14-18

16. BONNICHON D. La tentative de suicide déclinée au féminin. L'évolution psychiatrique. 2011 ; 71:97-108

17. BRENT DA. et al. Familial risk factors for adolescent suicide : a case-control study. Acta Psychiatr Scand. 1994 ; 89:52-58

18. BROWN GK. et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempt : a randomized controlled trial. JAMA. 2005 ; 294:563-570

19. BUCKI B. et al. Awareness, un outil de promotion de la santé mentale par les jeux de rôle auprès de lycéens dans le cadre du projet Seyle : sauver et renforcer efficacement la vie des jeunes en Europe. L'Encéphale. 2011 ; 37(1S1):H13-H195

20. CAMPARINI RIGHINI N. et al. Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicidal ideation. Swiss Med Wkly. 2005 ; 135:440-447

21. CARLI V. et al. The Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) Randomized Controlled Trial (RCT) : methodological issues and participant characteristics. BMC Public Health. 2013 ; 13:479

22. CARTER GL. et al. Postcards from the EDge project : randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. BMJ. 2005 ; 331:805

23. CARTIERRE N., COULON N., DEMERVAL R. Analyse confirmatoire de la version courte de la Center Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D10) chez les adolescents. L'Encéphale. 2011 ; 37(4):273-277

24. CASADEBAIG F. Morbidité et mortalité chez les patients schizophrènes. Schizophrénies en France. Paris : Frison Roche ; 2000 : 265-280

25. CATTEAU V., CHABROL H. Etude des relations entre les stratégies d'adaptation aux sentiments dépressifs, la symptomatologie dépressive et les idées suicidaires chez l'adolescent. L'année psychologique. 2005 ; 105(3):451-476

26. CEBRIA AI. et al. Effectiveness of a telephone management programme for patients discharged from an emergency department after a suicide attempt : controlled study in a spanish population. Journal of Affective Disorders. 2013 ; 147:269-276

27. CHABROL H., CHOQUET M. Relations entre symptomatologie dépressive, désespoir et idées de suicide chez 1547 lycéens. L'Encéphale. 2009 ; 35:443-447

28. CHABROL H. et al. Etude de la CES-D dans un échantillon de 1953 adolescents scolarisés. L'Encéphale. 2002 ; 28(5):429-432

29. CHASTANG F., DUPONT I. et al. Le rôle de la dynamique familiale dans la récidive suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes. Annales psychiatriques. 1998 ; 13(4):248-255

30. CHASTANG F., CAILLARD V. et al. Prévention des récidives suicidaires. A propos d'une expérience dans une unité de crise. Psychiatrie de l'adulte. 1999 ; 139

31. CHEN CY., YEH HH., HUANG N., LIN YC. Socioeconomic and clinical characteristics associated with repeat suicide attempts among young people. Journal of Adolescent Health. 2013 ; 30:1-8

32. CHEN H. et al. A pilot study of mobile telephone message interventions with suicide attempters in China. Crisis. 2010 ; 31(2):109-112

33. CHERIF L., AYEDI H. et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2012 ; 60:454-460

34. CHITSABESAN P. et al. Predicting repeat self-harm in children – how accurate can we expect to be ? European Child & Adolescent Psychiatry. 2003 ; 12:23-29

35. CHOQUET M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. Médecine thérapeutique/Pédiatrie. 1998 ; 1(4):337-343

36. CHOQUET M., GASQUET I. Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence. Adolescentes-adolescents, psychopathologie différentielle. Paris : Bayard ; 1995 : 81-89

37. CHOQUET M., GRANBOULAN V. Jeunes suicidants à l'hôpital. Enquête co-organisée et financée par la fondation de France. Le Carnet PSY. 2003 ; 8(85):14-19

38. CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents : enquête nationale. Analyse et prospective. Paris : Inserm ; 1994

39. CHRONIS-TUSCANO A. et al. Early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. Arch Gen Psychiatry. 2010 ; 67(10):1044-1051

40. COLMAN I. et al. A multivariate study of predictors of repeat parasuicide. Acta Psychiatrica Scandinava. 2004 ; 109:306-312

41. CORCOS M. Suicidalité et addictions : données épidémiologiques et réflexions psychopathologiques. Le Carnet Psy. 2003 ; 8(85):24-26

42. CORCOS et al. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. EMC Pédopsychiatrie. 2006 ; 37-214-A-50

43. COTGROVE AJ. et al. Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. J Adolescence. 1995 ; 18:43-50

44. CUMMINGS P. et al. State gun safe storage laws and child mortality due to firearms. JAMA. 1997 ; 278(5):1084-1086

45. CZYZ EK. et al. Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization. J Clin Child Adolesc Psychiatry. 2012 ; 41(2):214-226

46. DE KERNIER N. et al. Tentative de suicide et processus identificatoire à l'adolescence. La psychiatrie de l'enfant. 2005 ; 48(1):89

47. DELVENNE V. Automutilations et tentatives de suicide chez l'adolescent borderline. European Psychiatry. 2013 ; 28S:56-69

48. DONALDSON D., SPIRITO A., ESPOSITO-SMYTHERS C. Treatment for adolescents following a suicide attempt : result of a pilot trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005 ; 44(2):113-120

49. DONATH C. et al. Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents ? BMC Pediatrics. 2014 ; 14:113

50. FORMAN EM and al. History of multiple suicide attempts as a behavioral marker of severe psychopathology. Am J of Psychiatry. 2004 ; 161:437-443

51. FURHER R., ROUILLON F. La version française de l'échelle CES-D. Description et traduction de l'échelle d'autoévaluation. Psychiatr Psychobiol. 1989 ; 4:163-166

52. GIRAUD P., FORTANIER C. et al. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. Archives de pédiatrie. 2013 ; 20(6):608-615

53. GISPERT M. et al. Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. Hosp Community Psychiatry. 1987 ; 38(4):390-393

54. GOLDSTON DB., SERGENT DANIEL S. et al. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents : a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999 ; 58(6)

55. GOLDSTON DB., DANIEL S., REBOUSSIN DM. et al. First-time suicide attempters, repeat attempters, and previous attempters on an adolescent inpatient psychiatry unit.] Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996 ; 35(5)

56. GOULD M. et al. Youth suicide risk of preventive interventions : a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003 ; 42:386-405

57. GRESSIER F., CORRUBLE E. Comprendre le sex-ratio des états dépressifs. L'Encéphale. 2009 ; 35(4S1):H7-H10

58. GROHOLT B. et al. Young suicide attempters : a comparison between a clinical and an epidemiological sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 ; 39:868-875

59. GROHOLT B., EKEBERG, HALDORSEN T. Adolescent suicide attempters : what predicts future suicidal acts ? Suicide Life Threat Behav. 2006 ; 36(6):636-650

60. GRUAT G. et al. Vécu subjectif du recontact téléphonique après tentative de suicide. L'Encéphale. 2010 ; 36(S2):D7-D13

61. GUTHRIE E., KAPUR N. et al. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. BMJ. 2001 ; 323:1-5

62. HAMMAD TA., LAUGHREN T., RACOOSIN J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry. 2006 ; 63(3):332-339

63. HARRINGTON R. et al. Randomized trial of a home-based famiy intervention for children who have deliberately poisoned themselves. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 ; 37(5):512-518

64. HAWTON K., BERGEN H. and al. Epidemiology and nature of self-harm in children and adolescents : findings from the multicentre study of self-harm in England. European Child and Adolescent Psychiatry. 2012 ; 21(7):369-377

65. HAWTON K. and al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents : findings from the Multicentre study of self-harm in England. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2012 ; 5(12):1212-1219

66. HAWTON K. and al. Repetition of deliberate self-harm by adolescents : the role of psychological factors. Journal of Adolescence. 1998 ; 22:369-378

67. HAZELL PL. et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents : failure of replication of a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 ; 48(6):662-670

68. HEYERDAHL F. et al. Repetition of acute poisoning in Oslo : 1-year prospective study. The British Journal of Psychiatry. 2009 ; 194:73-79

69. HUMMEL P. et al. Repeated suicide attempts by children and adolescents. Results of a retrospective study. Klin Padiatric. 2000 ; 212(5):268-272

70. HUEY Jr SJ. et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2004 ; 43(2):183-190

71. Inserm. Effectifs de décès. Serveur internet du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr

72. Inserm. Suicide, autopsie psychologique, outils de recherche et de prévention. Expertise collective. 2005

73. JEAMMET P. L'hospitalisation des jeunes suicidants – Introduction. Le Carnet Psy. 2003 ; 8(85):13-14

74. JEAMMET P., BIROT E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris : PUF ; 1994

75. KAHN JP., GUILLEMIN F., TUBIANA-POTIEZ A., LEGRAND K. Un programme de recherche européen sur la prévention du suicide. La revue de santé scolaire et universitaire. 2012 ; 3(14):29-31

76. KAPUR N. et al. The repetition of suicidal behavior : a multicenter cohort study. J Clin Pychiatry. 2006 ; 67(10):1599-1609

77. KING KA. et al. Preliminary effectiveness of surviving the teens suicide prevention and depression awareness program on adolescents suicidality and self-efficacy in performing help-seeking behaviors. J Sch Health. 2011 ; 81(1):41-49

78. KOTILA L., LONNQVIST J. Adolescent who make suicide attempts repeatedly. Acta Psychiatr. Scand. 1987 ; 76:386-393

79. LAURENT A. et al. A five-years follow-up study of suicide attempts among french adolescents. Journal of Adolescent Psychiatry. 1998 ; 22(5):424-430

80. LADAME F., CATIPOVIC MP. Tentative de suicide à l'adolescence. EMC Psychiatrie. Paris : Elsevier. 1999 ; 37:216

81. LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR. Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. J Consult Clin Psychol. 1994 ; 62:297-305

82. LEWINSOHN PM. et al. Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001 ; 40:427-434

83. LIGIER F. Devenir psychosocial à 10 ans de 64 adolescents suicidants hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants de Nancy. Thèse, Nancy ; 2007 : 188p

84. LIGIER F., KURZENNE M., GUILLEMIN F., KABUTH B. Recurrence of suicide attempt in adolescents not contactable early by clinicians : the 10-year repeaters cohort of french adolescents. En cours de soumission : Journal of Adolescence.

85. LIGIER F., VIDAILHET C., KABUTH B. Ten-year psychosocial outcome of 29 adolescent suicide-attempters. L'Encéphale. 2009 ; 35(5):470-476

86. LORILLARD S., SCHMITT L., ANDREOLI A. Comment traiter la tentative de suicide ? 1ère partie : efficacité des interventions psychosociales chez des patients suicidants à la sortie des urgences. Annales Médico-Psychologiques. 2011 ; 169:221-228

87. LORILLARD S., SCHMITT L., ANDREOLI A. Comment traiter la tentative de suicide ? 2ème partie : une revue des traitements et de leur efficacité chez des patients borderline. Annales Médico-Psychologiques. 2011 ; 169:229-236

88. MANN JJ. et al. Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. Am J Psychiatry. 1999 ; 156:181-189

89. MANOR I. et al. Possible association between attention deficit hyperactivity disorder and attempted suicide in adolescents - A pilot study. European psychiatry. 2010 ; 25(3):146-150

90. MARCELLI D. Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours. Le Carnet Psy. 2003 ; 8(85):21-24

91. MARCELLI D., HUMEAU M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. Pédopsychiatrie. EMC Psychiatrie. 2006 ; 37-216-H-10

92. MARTTUNEN MH. et al. Adolescence and suicide : a review of psychological autopsy studies. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1993 ; 2:10-18

93. McAULIFFE C. et al. Motives and suicide intent underlying hospital treated deliberate self-harm and their association with repetition. The American Association of Suicidology. 2007 ; 37(4):397-408

94. McDONALD R., TAYLOR J., CLARKE D. The relationship between early suicide behaviors and mental health : results from a nine-year panel study. Journal of Adolescence. 2009 ; 32:1159-1172

95. McKEOWN et al. Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 ; 37:612-619

96. MIRKOVIC B., et al. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2014 ; 62(1):33-36

97. MONNIN J. et al. Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts : gender differences in a prospective study. Journal of Affective Disorders. 2012 ; 136:35-43

98. MOTTO JA., BOSTROM AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. Psychiatric Services. 2001 ; 52(6):828-833

99. NORDENTOFT M. et al. OPUS Study : suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One year follow-up of a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2002 ; 43:98-106

100. NRUGHAM L. et al. Predictors of suicidal acts across adolescence : influences of familial, peer and individual factors. J Affect Disorder. 2008 ; 109:35-45

101. OLFSON M., MARCUS SC., SHAFFER D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults : a case-control study. Arch Gen Psychiatry. 2006 ; 63(8):865-872

102. Organisation Mondiale de la Santé. Impact des troubles mentaux et du comportement. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Rapport sur la santé dans le monde. 2001

103. OTTO U. Suicide attempts among swedish children and adolescents. Adolescence. New York : Basic Books ; 1969 : 244-251

104. OSVATH P. et al. The main factors of repetition : review of some results of the Pecs Center in the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. Crisis. 2003 ; 24(4):151-154

105. PEYRE H., HATTEEA H., RIVOLLIER F., CONSOLI A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence. 2014 ; 62(1):22-27

106. PFAFF JJ. et al. Training general practitioners to recognise and respond to psychological distress and suicidal ideation in young people. Med J Aust. 2001 ; 174 (5):222-226

107. PFEFFER C, NORMANDIN L, KAKUMA T. Suicidal children grow up : suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1994 ; 33:1087-1097

108. POMMEREAU X. Pourquoi hospitaliser les jeunes suicidants ? Le Carnet Psy. 2003 ; 8(85):19-21

109. POMMEREAU X. L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod ; 2001

110. POMPILI M. et al. Life events as precipitants of suicide attempts among first-time suicide attempters, repeaters, and non-attempters. Psychiatry Research. 2011 ; 186:300–305

111. Prévention primaire du suicide des jeunes. Recommandations pour les actions régionales et locales. 2001 ; www.inpes.sante.fr

112. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014) ; http://www.sante.gouv.fr

113. RADLOFF LS. The use of the Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale in adolescents and young adults. J Youth Adol. 1991 ; 20(2):149-166

114. REIFMAN A, WINDLE M. Adolescent suicidal behaviors as a function of depression, hopelessness, alcohol use, and social support : a longitudinal investigation. Am J Commun Psychol. 1995 ; 23:329-354

115. SEJOURNE N., VAN LEEUWEN N., SOBOLEWSKI G., CHABROL H. Les contributions relatives de la symptomatologie dépressive, du lien d'attachement aux parents et de l'impact négatif des événements de vie, au syndrome limite de l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence. 2009 ; 57:368–371

116. SPIRITO A. et al. Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2003 ; 32:284-289

117. STEIN D. et al. Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 ; 37(5)

118. STUART C. et al. Many helping hearts : an evaluation of peer gate keeper training in suicide risk assessment. Death Stud. 2003 ; 27(4):321-333

119. TEJEDOR MC. et al. Attempted suicide : repetition and survival – findings of a follow-up study. Acta Psychiatrica Scandinavia. 1999 ; 100:205-211

120. TOUMBOUROU JW., GREGG ME. Impact of an empowerment-based parent education program on the reduction of youth suicide risk factors. Journal of Adolescent Health. 2002 ; 31:277–285

121. VAIVA G., DUCROCQ F. et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department : randomised controlled study. BMJ. 2006 ; 332:1241-1245

122. VAIVA G., WALTER M. et al. ALGOS : the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. BMC Psychiatry. 2011 ; 11(1)

123. VAJDA J., STEINBECK K. Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents. Aust N Z J Psychiatry. 2000 ; 34(3):437-345

124. VALUCK RJ et al. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder : a propensity-adjusted retrospective cohort study. CNS Drugs. 2004 ; 18(15):1119-1132

125. VANN H., WAJSBROT-ELGRABLI O., AÏM P., KABUTH B., KAHN JP. ProfScreen, un outil de dépistage des lycéens à risque dans le cadre du projet Seyle : sauver et renforcer efficacement la vie des jeunes en Europe. L'Encéphale. 2011 ; 37(1S1):H13-H195

126. VENTURINI A., PERRET-CATIPOVIC M. Le dispositif d'aide aux jeunes suicidants mis en place à Genève. Le Carnet Psy. 2003 ; 8(85):31-33

127. VITIELLO B. et al. Depressive symptoms and clinical status during the treatment of adolescent suicide attempters study (TASA). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 ; 48(10):997-1004

128. WASSERMAN D. et al. Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) : a randomized controlled trial. BMC Public Health. 2010 ; 10:192

129. WASSERMAN et al. Suicide prevention for youth-a mental health awareness programm : lessons learned from the Seyle intervention study. BMC Public Health. 2012 ; 12:776

130. WAHL V et al. Tentatives de suicide multiples à l'adolescence, abus sexuel et trouble de la personnalité borderline. Neuropsychiat Enfance Adolesc. 1998 ; 46(1-2):61-68

131. WEBSTER DW. et al. Association between youth-focused firearm laws and youth suicides. JAMA. 2004 ; 292(5):594-601

132. WICHSTROM L. Predictors of adolescent suicide attempts : a nationally representative longitudinal study of norwegian adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000 ; 39:603-610

133. WILKINSON P. et al. Clinical and psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the adolescent depression antidepressants and psychotherapy trial. Am J Psychiatry. 2011 ; 168(5):495-501

134. WOOD A. et al. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry. 2001 ; 40(11):1246-1253

135. WONG JPS. et al. Repeat suicide attempts in Hong Kong community adolescents. Social Science & Medicine. 2008 ; 66:232–241

136. World Health Organization. Toward evidence-based suicide prevention programs. Geneva, Switzerland ; 2010

137. YEN S. et al. Prospective predictors of adolescent suicidality : 6 month post hospitalization follow-up. Psychol Med. 2013 ; 43(5):983-993

138. ZAKARI S., WALBURG V., CHABROL H. Étude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicide chez des lycéens français. Journal de thérapie comportementale et cognitive. 2008 ; 18:113-118

ANNEXES

- Courriers envoyés aux patients (modèle du courrier adressé aux patientes)

    - Courrier explicatif
    - Questionnaire
    - CES-D

- Courriers envoyés aux parents des patients (modèle du courrier adressé aux parents des hommes)

    - Courrier explicatif
    - Questionnaire

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY

POLE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
HOPITAL D'ENFANTS DE NANCY-BRABOIS
Rue du Morvan - 54511 VANDOEUVRE LES NANCY
e-mail : pedopsychiatrie.brabois@cpn-laxou.com

Nancy, le 2 septembre 2013

Responsable de Pôle et Coordinateur universitaire
M. le Pr. D. SIBERTIN-BLANC

Chef de service
M. le Pr. B. KABUTH

Consultation régionale
M. le Dr F. BODY LAWSON
M. le Pr. B. KABUTH
Praticiens Hospitaliers

Psychiatrie de liaison
Mme le Dr N. LE DUIGOU
Praticien Hospitalier
M. D. DECKER
Infirmier

Unité d'accueil et de soins des enfants victimes de sévices
Mme le Dr L. MAAZI
Praticien Hospitalier

Hospitalisation
Mme le Dr F. LIGIER
Praticien hospitalier
Mme le Dr V. SALEH
Assistante Chef de Clinique

Psychologues
Mme L. DACQUI
M. L. LE MOAL
Mme O. PLUN

Secrétariat de Consultation
Mme MC. SCHERRER
☎ 03.83.15.45.53
Mme D. POIROT
☎ 03.83.15.48.50
Fax : 03.83.15.45.57

Hospitalisation
☎ 03.83.15.46.46
Fax : 03.83.15.45.55

Madame, Mademoiselle,

Dans le cadre d'un travail de recherche mené depuis 9 ans au sein du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous nous intéressons au devenir à 10 ans des adolescents hospitalisés pour tentative de suicide en 2003 à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy.

Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent sont de plus en plus fréquentes et c'est pourquoi les prévenir, les prendre en charge de manière adaptée et éviter leur récidive est d'une importance capitale.
Pour cela, nous avons besoin de comprendre au mieux ce qui peut pousser un adolescent à commettre un tel acte et comment nous pouvons le soutenir ensuite.

Vous avez été hospitalisée en 2003 à l'Hôpital d'Enfants de Brabois et votre aide nous serait très précieuse dans cette démarche de recherche.
Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous consacrer un peu de votre temps en répondant au questionnaire ci-joint et en nous le retournant à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe. Par ailleurs, ce questionnaire nous permettra d'avoir votre avis sur la qualité des soins que vous avez reçus.

Vous pouvez, naturellement, ajouter des commentaires ou poser des questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre.
Nous pouvons bien sûr vous rencontrer pour aborder toutes ces questions ou si vous désirez des renseignements supplémentaires. Nous sommes joignables au 03.83.15.45.53. Vous pouvez aussi contacter Melle Kurzenne au 06 33 69 74 81. N'hésitez pas à laisser un message avec vos coordonnées.
Si certaines questions vous choquent, n'en soyez pas offusquée, ce questionnaire ne vous est pas spécifiquement destiné ; il est le même pour tous les patients.

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

Comptant sur votre participation et votre aide qui nous sera très précieuse pour poursuivre de meilleure façon possible nos soins aux adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Mademoiselle, à nos meilleures salutations.

M. le Pr B. KABUTH Médecin Chef Service de Pédopsychiatrie Hôpital d'Enfants de Brabois	Dr F. LIGIER Praticien hospitalier	M. KURZENNE Interne de spécialité

Boite Postale 11010 54521 Laxou Cedex
Tél. : 03 83 92 50 50 Fax : 03 83 92 52 52
Internet : www.cpn-laxou.com
SIRET 265 400 119 00011 APE 8610 Z

Questionnaire patiente

Répondre en cochant la case appropriée à votre situation ou en indiquant la réponse sur la ligne tracée

- Quelle est votre situation familiale ? o en couple o célibataire o divorcée

- Avez-vous des enfants ? Si oui combien ? o oui o non

- Vos enfants sont-ils à votre charge ? o oui o non

- Si non, où vivent-ils ? ……

- Quel est votre lieu de vie ?
  o avec vos parents o seule o en couple o autre :

- Sur une échelle de 1 à 10, vous estimez-vous heureuse dans votre vie affective ?

  0 …… *5* …… 10
  malheureuse moyennement heureuse très heureuse

- Avez-vous une profession ? o oui o non

- Quelle est votre activité professionnelle ? ……

- Avez-vous souvent changé de profession ? o oui o non

- Quel est votre niveau d'étude ?
  ……

- Avez-vous redoublé des classes ? o oui o 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 ? o oui o non

- Lesquels ? ……

- Prenez-vous des médicaments tous les jours ? o oui o non

- Lesquels ? ……

- Etes-vous souvent en arrêt maladie ? o oui o non

- Fumez-vous ? o oui o non

- Environ combien de cigarettes pas jour ? ……

Tournez la page s.v.p.

- Consommez-vous de l'alcool régulièrement ? o oui o non

- Consommez-vous des drogues ? o oui o non

- Avez-vous refait des tentatives de suicide depuis 2003 ? o oui o non
Si oui, combien et quand ?

……

- Avez-vous encore des idées suicidaires ? o oui o non

- Avez-vous eu un suivi psychologique après votre tentative de suicide de 2003 ? o oui o non

- Si oui, pendant combien de temps ? ……

- Avez-vous consulté en psychiatrie (psychiatre libéral, urgences psychiatriques, . . .) depuis ces 10 dernières années ? o oui o non

- Avez-vous été hospitalisée, en dehors de votre hospitalisation en 2003, pour un problème psychologique ? o oui o non

- Combien de fois ? ……

- Vous sentez-vous déprimée ? o oui o non

- Etes-vous suivie actuellement ? o oui o non

- Bénéficiez-vous d'une allocation adulte handicapé ? o oui o non

- Avez-vous eu à faire à la justice ? o oui o non

- Comment estimez-vous votre santé globale sur une échelle de 1 à 10 ?
0 ---------- ***5*** ---------- 10
mauvaise moyenne très bonne

- Estimez votre bien-être psychologique sur une échelle de 1 à 10 ; vous vous sentez :
0 ---------- 5 ---------- 10
très malheureuse moyennement heureuse très heureuse

- Avez-vous été satisfaite de votre prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 2003 ?
0 ---------- ***5*** …… 10
pas satisfaite du tout moyennement satisfaite très satisfaite

- Comment cette prise en charge aurait pu être améliorée? (n'hésitez pas à joindre une autre feuille pour compléter votre réponse si nécessaire).

Suite Questionnaire patiente

Explication du questionnaire : les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments ou les comportements présentés dans cette liste durant la semaine écoulée ? Pour répondre, cochez la case correspondante à la fréquence :

0 : jamais, très rarement	(moins d'un jour)
1 : occasionnellement	(1 à 2 jours)
2 : assez souvent	(3 à 4 jours)
3 : fréquemment : tout le temps	(5 à 7 jours)

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

1. J'ai été contrariée par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas ……..____
2. Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit ……____
3. J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis ……____
4. J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres ……____
5. J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais ……..____
6. Je me suis senti déprimée ……____
7. J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort ……..____
8. J'ai été confiante en l'avenir ……____
9. J'ai pensé que ma vie était un échec ……..____
10. Je me suis sentie craintive ……____
11. Mon sommeil n'a pas été bon ……..____
12. J'ai été heureuse ……..____
13. J'ai parlé moins que d'habitude ……..____
14. Je me suis sentie seule ……..____
15. Les autres ont été hostiles envers moi ……..____
16. J'ai profité de la vie ……____
17. J'ai eu des crises de larmes ……____
18. Je me suis sentie triste ……..____
19. J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas ……..____
20. J'ai manqué d'entrain ……..____

CENTRE PSYCHOTHERAPIQUE DE NANCY

POLE DE PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT
HOPITAL D'ENFANTS DE NANCY-BRABOIS
Rue du Morvan - 54511 VANDOEUVRE LES NANCY
e-mail : pedopsychiatrie.brabois@cpn-laxou.com

Nancy, le 2 septembre 2013

Responsable de Pôle et
Coordinateur universitaire
M. le Pr. D. SIBERTIN-BLANC

Chef de service
M. le Pr. B. KABUTH

Consultation régionale
M. le Dr F. BODY LAWSON
M. le Pr. B. KABUTH
Praticiens Hospitaliers

Psychiatrie de liaison
Mme le Dr N. LE DUIGOU
Praticien Hospitalier
M. D. DECKER
Infirmier

Unité d'accueil et de soins
des enfants victimes de sévices
Mme le Dr L. MAAZI
Praticien Hospitalier

Hospitalisation
Mme le Dr F. LIGIER
Praticien hospitalier
Mme le Dr V. SALEH
Assistante Chef de Clinique

Psychologues
Mme L. DACQUI
M. L. LE MOAL
Mme O. PLUN

Secrétariat de Consultation
Mme MC. SCHERRER
☎ 03.83.15.45.53
Mme D. POIROT
☎ 03.83.15.48.50
Fax : 03.83.15.45.57

Hospitalisation
☎ 03.83.15.46.46
Fax : 03.83.15.45.55

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'un travail de recherche mené depuis 9 ans au sein du service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous nous intéressons au devenir à 10 ans des adolescents hospitalisés pour tentative de suicide en 2003 à l'Hôpital d'Enfants du C.H.U. de Nancy.

Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent sont de plus en plus fréquentes et c'est pourquoi les prévenir, les prendre en charge de manière adaptée et éviter leur récidive est d'une importance capitale.
Pour cela, nous avons besoin de comprendre au mieux ce qui peut pousser un adolescent à commettre un tel acte et comment nous pouvons le soutenir ensuite.

Votre fils a été hospitalisé en 2003 à l'Hôpital d'Enfants de Brabois et votre aide nous serait très précieuse dans cette démarche de recherche.
Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir nous consacrer un peu de votre temps en répondant au questionnaire ci-joint et en nous le retournant à l'aide de l'enveloppe timbrée également jointe. Par ailleurs, ce questionnaire nous permettra d'avoir votre avis sur la qualité des soins que votre enfant a reçus.
Il est à noter que toutes les données de cette étude sont tenues confidentielles.

Vous pouvez, naturellement, ajouter des commentaires ou poser des questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre.
Nous pouvons bien sûr vous rencontrer pour aborder toutes ces questions ou si vous désirez des renseignements supplémentaires. Nous sommes joignables au 03.83.15.45.53. Vous pouvez aussi contacter Melle Kurzenne au 06 33 69 74 81.
N'hésitez pas à laisser un message avec vos coordonnées.
Si certaines questions vous choquent, n'en soyez pas offusqués, ce questionnaire ne vous est pas spécifiquement destiné ; il est le même pour tous les patients et leurs parents.

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

Comptant sur votre participation et votre aide qui nous sera très précieuse pour poursuivre de meilleure façon possible nos soins aux adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos meilleures salutations.

M. le Pr B. KABUTH
Médecin Chef
Service de Pédopsychiatrie
Hôpital d'Enfants de Brabois

Dr F. LIGIER
Praticien hospitalier

M. KURZENNE
Interne de spécialité

Boîte Postale 11010 54521 Laxou Cedex
Tél. : 03 83 92 50 50 Fax : 03 83 92 52 52
Internet : www.cpn-laxou.com
SIRET 265 400 119 00011 APE 8610 Z

Questionnaire parents

Entourez la qualité de la personne correspondant au parent ayant répondu au questionnaire
père mère les deux autre : .....

Répondre en cochant la case appropriée à votre situation ou en indiquant la réponse sur la ligne tracée

- Quelle est la situation familiale de votre fils?
o en couple o célibataire o divorcé

- A-t-il des enfants ? Si oui combien ? o oui o non

- Les enfants sont-ils à sa charge ? o oui o non

- Si non, où vivent-ils ? .....

- Quel est son lieu de vie ?
o avec ses parents o seul o en couple o autre :

- Sur une échelle de 1 à 10, à combien l'estimez-vous heureux dans sa vie affective ?

0 ..... 5 10
malheureuse moyennement heureuse très heureuse

- A-t-il une profession ? o oui o non

- Quelle est son activité professionnelle ? .....

- A-t-il souvent changé de profession ? o oui o non

- Quel est son niveau d'étude ? .....

- A-t-il redoublé des classes ? o oui o non

- Combien ? .....

- Sur une échelle de 1 à 10, pensez-vous que sa vie professionnelle est satisfaisante ?
0 ..... 5 10
non satisfaisante moyennement satisfaisante très satisfaisante

- A-t-il des problèmes de santé ? o oui o non

- Lesquels ? .....

- Prend-t-il des médicaments tous les jours ? o oui o non

- Lesquels ? .....

- Est-il souvent en arrêt maladie ? o oui o non

- Fume-t-il? o oui o non

- Environ combien de cigarettes pas jour ? .....

Tournez la page s.v.p.

- Consomme-t-il de l'alcool régulièrement ? o oui o non

- Consomme-t-il des drogues ? o oui o non

- A-t-il refait des tentatives de suicide depuis 2003 ? o oui o non

- Si oui, combien et quand?
.....

- A-t-il encore des idées suicidaires ? o oui o non

- A-t-il eu un suivi psychologique après sa tentative de suicide de 2003 ? o oui o non

- Si oui, pendant combien de temps ? .....

- A-t-il consulté en psychiatrie (psychiatre libéral, urgences psychiatriques, . . .) depuis ces 10 dernières années ? o oui o non

- A-t-il été hospitalisé, en dehors de son hospitalisation en 2003, pour un problème psychologique ? o oui o non

- Combien de fois ? .....

- Se sent-il déprimé ? o oui o non

- Est-il suivi actuellement ? o oui o non

- Bénéficie-t-il d'une allocation adulte handicapé ? o oui o non

- A-t-il eu affaire à la justice ? o oui o non

- Comment estimez-vous sa santé globale sur une échelle de 1 à 10 ?
0 ---------- 5 ---------- 10
mauvaise moyenne très bonne

- Estimez son bien-être psychologique sur une échelle de 1 à 10 ; il se sent :
0 ---------- 5 ---------- 10
très malheureuse moyennement heureuse très heureuse

- A-t-il été satisfait de sa prise en charge à l'Hôpital d'Enfants en 2003 ?
0 ---------- 5 ----------10
pas satisfaite du tout moyennement satisfaite très satisfaite

- Comment cette prise en charge aurait pu être améliorée? (n'hésitez pas à joindre une autre feuille pour compléter votre réponse si nécessaire).

RÉSUMÉ DE LA THÈSE
Tentative de suicide et récidive suicidaire à l'adolescence - Étude des facteurs de risque de récidive chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy

La tentative de suicide (TS) chez l'adolescent demeure un problème de santé publique majeur, et le risque de récidive fait partie intégrante de cette problématique.
Objectif : Notre étude, réalisée sur 374 adolescents hospitalisés à l'Hôpital d'Enfants du Centre Hospitalo-Universitaire de Nancy entre les années 1994 et 2003, a pour objectif d'identifier les facteurs de risque de récidive suicidaire, tout en distinguant les récidives très précoces, précoces et tardives. **Méthodologie** : Le recueil de données a été double : rétrospectif à partir de l'analyse des dossiers médicaux contemporains à la prise en charge des adolescents au moment de la TS ; transversal à partir des auto-questionnaires évaluant le devenir psychosocial des anciens suicidants, envoyés 10 ans après la TS d'inclusion. **Résultats** : Les caractéristiques des adolescents suicidants de notre cohorte sont semblables à ceux des autres études portants sur les suicidants. 47% des anciens patients ont répondu aux questionnaires. 39% d'entre eux ont récidivé dans l'année qui a suivi la TS d'inclusion : 28% au cours des 3 premiers mois (récidivistes très précoces) et 11% entre le 3ème et le 12ème mois (récidivistes précoces). 28% ont récidivé dans les 10 ans qui ont suivi (récidivistes tardifs). Notre étude a retrouvé certains facteurs de risque de récidive la première année suivant la TS étudiée comme le fait d'avoir été victime d'agression sexuelle dans son enfance et celui d'avoir été hospitalisé en pédopsychiatrie. Par ailleurs, la récidive à 1 an a été identifiée comme facteur de risque de récidive à 10 ans. Les hommes ont été identifiés comme davantage récidivistes très précoces, et leur devenir est plus souvent émaillé de contacts avec la justice et de consommations de toxiques à 10 ans. **Conclusion** : Ces résultats, correspondant en majorité aux données de la littérature, sont des éléments à prendre en considération dans les programmes de prévention de la récidive chez les adolescents. D'autant plus que ces derniers se développent actuellement et donnent déjà des résultats probants et encourageants chez les adultes.

TITRE EN ANGLAIS

Suicide attempt and recurrence in adolescence –
Study of risk factors for recurrence in 374 patients hospitalized at the University Hospital of Nancy

THÈSE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2014

MOTS CLEFS
Adolescence, tentative de suicide, récidive précoce, récidive tardive, devenir psychosocial, prévention

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LÈS-NANCY Cedex