



HAL
open science

Association entre symptômes dépressifs avec comportements de suicide et les relations avec les parents chez les adolescents

Honessa Gherdaoui

► **To cite this version:**

Honessa Gherdaoui. Association entre symptômes dépressifs avec comportements de suicide et les relations avec les parents chez les adolescents. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297434

HAL Id: hal-03297434

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297434v1>

Submitted on 23 Jul 2021

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

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



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-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>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

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

Par

Honessa GHERDAOUI

le 9 octobre 2018

**Association entre symptômes dépressifs
avec comportements de suicide et les relations avec les
parents chez les adolescents**

Membres du Jury :

Président : Mr. le Professeur B. KABUTH

Juges : Mr. le Professeur J-P KAHN
Mr. le Professeur J-M BOIVIN

Directrice : Mme le Docteur K. CHAU

**Président de l'Université de Lorraine:
Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de médecine:
Professeur Marc BRAUN**

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Asseseurs :

Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN

Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Mathias POUSSEL

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

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

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY - Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE - Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI

Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER

Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN - Pierre NABET - Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT

Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE¹⁷₃₅₅ - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV

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

Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

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

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

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

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

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

Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

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

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

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

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

Professeur Alain LOZNIÉWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

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

Professeure Marie MACHOUART

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

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

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

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

Professeure Nelly AGRINIER - Professeur Francis GUILLEMIN

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

Professeur Henry COUDANE

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

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

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

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

Professeur Pierre FEUGIER

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

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

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

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

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

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

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

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

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU

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

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

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

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

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

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

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

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

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

Professeur Bernard KABUTH

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

Professeur Jean PAYSANT

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

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

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

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX

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

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

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

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

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

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE

Professeur Nicolas SADOUL

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

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

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

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

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

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

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

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

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

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY

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

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

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

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

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

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

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

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

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

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

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

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

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

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

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD

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

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

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

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Professeure Céline HUSELSTEIN

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Sophie SIEGRIST

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

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

Docteur Antoine VERGER (stagiaire)

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

Docteur Damien MANDRY

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

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

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)

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

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

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

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

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

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

Docteure Anne DEBOURGOGNE

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

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

Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (*Médecine et Santé au Travail*)

Docteure Isabelle THAON

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

Docteur Laurent MARTRILLE

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

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

Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS

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

Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteure Céline BONNET

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

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

Docteur Antoine KIMMOUN

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

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

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

Docteur Nicolas GIRERD

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

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteure Anne-Christine RAT

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

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

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

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire*)

Docteur Fabrice VANHUYSE

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

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

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

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

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

Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)

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

Docteure Elisabeth STEYER

54^{ème} Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

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

Docteure Isabelle KOSCINSKI

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

1^{ère} sous-section : (*Oto-Rhino-Laryngologie*)

Docteur Patrice GALLET

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

=====

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 Würzburg (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 Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
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)

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Bernard KABUTH

Professeur en Pédopsychiatrie

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

Pour l'intérêt porté à notre travail et votre disponibilité, je tiens à vous faire part de notre gratitude et notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Pierre KAHN

Professeur des Universités Psychiatrie adulte.

Merci d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Merci pour l'aide apportée à mon travail et du temps que vous lui avez consacré.

Je tiens à vous présenter notre plus profond respect et nos sincères remerciements.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Marc BOIVIN

Professeur des universités de Médecine Générale

Merci d'avoir accepté de nous faire l'honneur de juger notre travail. Merci pour tout ce que vous m'avez appris durant toutes ces années d'enseignements et de m'avoir donné goût à la médecine générale. Recevez mes plus sincères remerciements et toute ma gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Madame le Docteur Kenora CHAU

Docteur en Médecine Générale, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale

Merci de m'avoir fait l'honneur de juger et de participer à ce travail. Je tiens à vous remercier pour tous vos conseils, votre aide, le temps que vous avez consacré à notre travail. Veuillez accepter mes plus sincères remerciements, mon respect et toute ma gratitude.

A mes parents,

Il n'existe pas suffisamment de mots pour vous témoigner tout l'amour que j'ai pour vous. Je vous dois tout et c'est grâce à vous deux que j'ai pu réussir. Vous m'avez soutenu durant toutes ces années et vous me soutenez encore chaque jour. Vous êtes les personnes les plus importantes de ma vie. Merci pour tout ce que vous avez fait et ce que vous faites pour moi. Je vous aime tous les deux de tout mon cœur.

A mes sœurs, Horia et Nora,

J'ai une chance inouïe de vous avoir comme sœur. Vous avez toujours été là pour moi, à m'encourager, me conseiller et me protéger. Je vous serai éternellement reconnaissante pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je suis extrêmement fière d'être votre petite sœur. Je vous aime.

A mes frères, Farid et Ahcène,

Je ne saurais comment vous remercier pour tout ce que vous m'avez apporté. Vos conseils et votre soutien font partie des clés de ma réussite. J'ai toujours pu compter sur vous. Merci pour votre bienveillance envers votre petite sœur qui vous aime tant.

A mes grands-parents, mon oncle Brahim,

J'espère que vous auriez été fière de moi.

A ma nièce Camille et Edith,

J'espère que tu feras encore mieux que Tata. Seul le travail paie. Je t'aime ma petite chérie.

A mes ami(e)s, Hélène, Elisabeth, Florian, Aïcha, Myriam, Samia, Amel, Laurence, Cédric, Philippe, « Boul », Jonathan, Papi et Mamie Blue, Thierry, Sarah, Emilie, Charlotte,

Merci à toutes et à tous pour votre soutien et ces moments passés avec vous à travers mes différentes étapes de mes études de médecine. Notre amitié a été une réelle ressource pour moi et j'espère qu'elle perdurera encore et encore.

A mes collègues, du cabinet comme de l'hôpital,

Merci pour vos encouragements et vos conseils. Que cet   v  nement soit le début d'une belle et longue collaboration et amitié.

A mes rencontres professionnelles,

Merci pour tout ce dont nous avons partagé ensemble, merci pour nos échanges.

Merci à tous les médecins et professionnels de santé que j'ai pu croiser lors de mon parcours pour leur connaissance qu'ils m'ont transmis.

SERMENT

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

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

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque »

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	17
ARTICLE : ASSOCIATION ENTRE SYMPTÔMES DÉPRESSIFS AVEC COMPORTEMENTS DE SUICIDE ET LES RELATIONS AVEC LES PARENTS CHEZ LES PLUS JEUNES ADOLESCENTS	22
Abstract	24
Résumé.....	25
1. Introduction.....	27
2. Matériel et méthodes	29
2.1. Population étudiée.....	29
2.2. Protocole d'étude.....	30
2.3. Mesures	30
2.4. Analyse statistique.....	33
3. Résultats	34
4. Discussion	37
4.1. Association entre les relations négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3.	37
4.2. Contribution des facteurs socioéconomiques.....	40
4.3. Contribution d'une faible performance scolaire, de l'usage de substances et du soin pour la dépression.....	41
4.4. Implications cliniques et de santé publique.....	42
4.5. Limites.....	43
RÉFÉRENCES.....	45

DISCUSSION GENERALE	59
Niveau de risque suicidaire	59
Association entre les relationnels négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3....	60
Rôle des facteurs socioéconomiques.....	63
Rôle de la performance scolaire, l’usage de substances et du soin pour la dépression.....	65
Comportements de suicide sans symptômes dépressifs	66
Implications cliniques et de santé publique	68
Limites et forces de l’étude	70
CONCLUSION.....	71
BIBLIOGRAPHIE.....	73

INTRODUCTION

Les troubles mentaux constituent un problème majeur de santé publique dans le monde [1]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 450 millions d'individus seraient atteints de troubles mentaux. L'OMS estimerait que la dépression représenterait 10% de la charge totale des maladies dans les pays à haut revenu en 2030 [2]. Au sein de l'Europe, la France se situe parmi les pays à taux élevé de suicide en 1995 et 2005 [3]. En 2012, le suicide a causé la mort de 9715 personnes en France métropolitaine [4]. Le taux de décès par suicide s'élève à 15,5 pour 100 000 habitants en 2013 [5]. Il est plus élevé chez les hommes et chez les personnes âgées. Entre 2000 et 2013, le taux de décès par suicide standardisé sur l'âge a globalement diminué de 22 % mais chez les hommes de 45 à 64 ans, ils ont légèrement augmenté (environ 4 %) [5]. IL varie fortement selon les régions avec des taux plus élevés dans la moitié nord de la France. Selon le Baromètre santé, en 2014, en France métropolitaine, 0,8 % des personnes âgées de 15-75 ans ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois [5]. Il est nécessaire de prendre en compte les personnes particulièrement vulnérables aux conduites suicidaires, soit parce qu'elles ont déjà réalisé une tentative de suicide (TS), soit parce qu'elles déclarent avoir des idées suicidaires (IS), soit parce qu'elles ont été confrontées à la problématique du suicide dans leur entourage [4, 6-16].

Les tentatives de suicide sont 10 à 20 fois plus nombreuses que le décès par suicide [17]. Elles concernent surtout les adolescents [15]. Jusqu'à 23 % des personnes qui consultent pour une tentative de suicide rechutent durant l'année qui suit [18] et jusqu'à 10 % d'entre eux décèderont par suicide durant les cinq années qui suivent [19].

Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les adolescents dans la plupart des pays européens [3]. En France, en 2013, le taux de suicide s'élevait à 5,7 pour 100 000

habitants âgés de 15-24 ans et le suicide représentait 17 % de la mortalité totale [5]. De la préadolescence au grand âge, le suicide concerne l'ensemble de la société même s'il se pose avec plus d'acuité pour les hommes et chez les personnes âgées [5].

La dépression est fréquente et constitue le premier motif de recours aux soins des établissements ayant une autorisation d'activité en psychiatrie [20]. En France, la prévalence des épisodes dépressifs caractérisés est estimée à 7,5 % parmi les personnes âgées de 15-85 ans (Baromètre santé 2010, INPES) [5]. La dépression peut affecter la performance de travail, la capacité cognitive, la mémoire et les fonctions exécutives [21, 22]. Les personnes souffrant de troubles mentaux et notamment de symptômes dépressifs (SD), ont plus souvent un accident et un décès prématuré [23-25]. Globalement, le recours aux établissements de santé est relativement faible (10 %) mais est plus élevé pour les cas de dépression les plus sévères (jusqu'à 60 %) [20]. Les personnes atteintes de dépression recourent le plus souvent aux médecins généralistes (21 %), devant les psychiatres (13 %) et psychologues libéraux (7 %) [20]. En France, 60% des individus souffrant de dépression sont à la recherche d'un traitement médical [26].

La première période d'adolescence (10-16 ans) est une période cruciale pour le développement physique, mental et cognitive [15, 27, 28] qui prépare les jeunes à devenir les prochains adultes. C'est aussi une période de transition d'une dépendance sociale et économique à une relative indépendance. Durant l'adolescence, la réorganisation importante des régions du cerveau limbique influence l'apprentissage, la mémoire, le comportement, le traitement des récompenses, la prise de risque, la recherche de nouveauté et les relations avec les pairs [29, 30]. Le développement des jeunes nécessite un environnement de vie sain et stable promouvant l'optimisme, la conscience en soi, le sens de la vie, les comportements bénéfiques pour la santé, et l'accomplissement des projets professionnels et de la vie [27].

Malheureusement, les SD, fréquemment cumulés avec les idées et tentatives de suicide, peuvent apparaître tôt dans la vie des jeunes [15, 31, 32]. Ils précèdent souvent certains autres problèmes de santé, la violence et l'initiation de la consommation de substances puis perdurent souvent jusqu'à l'année de réalisation de l'enquête (entretenus ou amplifiés par d'autres difficultés comportementales et de santé) [33, 15]. Les causes ou facteurs associés peuvent être : divorce/séparation des parents, décès d'un parent, situations socio-économiques défavorables, difficultés d'insertion sociale, difficultés d'apprentissage, consommation de substances, victime d'agression sexuelle, victime d'autres violences physiques ou verbales, et manque de soutien familial et social [4, 6-16, 33]. Par exemple, une étude sur 1139 individus de 16-25 ans ayant consulté le service de médecine préventive de Seine-Saint-Denis montre un large éventail de facteurs de risque : détresse psychosociale, manque d'espoir, avoir un père inconnu, décès d'un parent, séparation et querelle des parents, problème financier familial, consommation d'alcool et addiction à la drogue des parents, violence dans la famille, isolement social, manque d'estime de soi, échec scolaire, et consommation de substances [34]. Ces problèmes peuvent affecter la construction identitaire des jeunes, leur épanouissement ainsi que leur projet éducatif et professionnel. Il est donc important d'évaluer la prévalence de ces problèmes et d'identifier les facteurs de risque potentiels, notamment ceux qui sont modifiables et peuvent faire l'objet de mesure de prévention.

La famille représente la pierre angulaire de la société. Elle est le support principal de jeunes. Mais l'évolution de la famille au fil du temps peut altérer leurs conditions de vie. En effet, la cohabitation, le divorce, le remariage et les familles recomposées sont de plus en plus fréquents [35]. Chez les plus jeunes adolescents (10-16 ans), l'âge médian est de 6 ans pour la séparation et le divorce des parents et de 8 ans pour le décès d'un parent [33]. Cette précarité et un manque de soutien social peuvent créer précocement des difficultés mentales, comportementales et scolaires [27, 33, 36-45]. C'est ainsi que beaucoup de jeunes se trouvent

dans des situations vulnérables et sont exposés très jeune à une pléthore de problèmes qui se cumulent dans le temps. Les problèmes surviennent parfois si précocement qu'ils sont déjà installés avant même l'entrée au collège. Les situations familiales et socioéconomiques peuvent se cumuler et créer une vulnérabilité sociale, physique et mentale, et augmenter le risque de survenue des problèmes précédents.

Les parents jouent un rôle central dans la régulation de l'affect, le comportement et le fonctionnement physiologique des jeunes [38, 39]. Un environnement familial à risque (absence d'une parentalité chaleureuse et sensible et la présence de conflit, d'agression, des relations froides, un manque de soutien, et une négligence) peut engendrer une dérégulation physiologique, des perturbations dans le fonctionnement psychologique et les réponses au stress, des comportements de santé à risque et l'usage de substances [40-43, 46]. Les multiples expériences de relations négatives (notamment l'isolement, un manque de soutien des parents et l'acceptation sociale) favorisent un mauvais état de santé général, des troubles de santé mentale, des SD, des maladies chroniques et un décès précoce [38, 40]. Une étude en France chez les adolescents de 17 ans observait que les relations négatives avec les parents étaient associées avec les SD avec comportements de suicide [45]. Des études ont montré une association entre un dysfonctionnement dans la communication et le suicide des adolescents [47]. L'environnement familial constitue donc un facteur important à étudier pour mieux comprendre les risques des difficultés mentales [40]. De nombreuses études ont montré le risque suicidaire associé aux facteurs familiaux et aux relations négatives avec les parents [7, 45, 48, 49]. Mais, les études populationnelles restent peu nombreuses sur le niveau de risque de SD seul, SD+IS et SD+TS associé aux relations négatives des parents [7, 45, 48, 49] et la plupart semblait considérer séparément les relations avec le père et celles avec la mère, voire limitées à celles avec le père ou à celles avec la mère. Cette considération sous-estimerait le risque puisque certains adolescents ayant de bonnes relations avec un parent ont des relations

négatives avec l'autre parent. Elle ne reflète donc pas les problèmes relationnels vécus par des adolescents.

Le suicide est évitable mais manque souvent d'être considéré comme un problème prioritaire de santé publique [50]. La Haute Autorité de Santé a élaboré une recommandation pour aider les professionnels de premier recours à repérer, poser le diagnostic et prendre en charge les adolescents qui subissent un épisode dépressif caractérisé avec la participation des parents [51]. La présente étude, conduite dans le nord-est de la France, avait pour objectif d'explorer le lien entre les relations entre les adolescents et leurs parents et le risque de SD seul (SDS1), de SD avec idée de suicide (sans tentative de suicide, SDS2) et de SD avec tentative de suicide (SDS3). Nous examinons, en outre, si le lien restait significatif après la prise en compte des difficultés socioéconomiques, des difficultés scolaires, l'usage de substances, et la présence d'un soin pour la dépression. Ces informations pourraient être utiles pour les médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des adolescents affectés.

ARTICLE

Association entre symptômes dépressifs avec comportements de suicide et les relations avec les parents chez les plus jeunes adolescents

Association entre symptômes dépressifs avec comportements de suicide et les relations avec les parents chez les plus jeunes adolescents

Association between depressive symptoms with suicide behaviors and perceived relationship with parents in early adolescents

H. Gherdaoui ^a, B. Kabuth ^b, J.M. Bovin ^{a,c}, D. Gonthier ^a, K. Chau ^{a,c,*}

^a Université de Lorraine, Faculté de médecine de Nancy, Département de Médecine Générale, 54505 Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^b Université de Lorraine, Faculté de médecine, Service de Pédo-psychiatrie, Hôpital d'Enfants de Nancy-Brabois, Vandoeuvre-lès-Nancy, France

^c Inserm Centre d'Investigations Cliniques Plurithématique 1433, UMR 1116, Vandoeuvre-lès-Nancy, France

***Auteur correspondant :**

Dr K. Chau

Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy

9, Avenue de la Forêt de Haye, CS 40184, F-54505 Vandoeuvre-lès-Nancy Cedex, France

c.kenora@yahoo.fr

Titre courant : Symptômes dépressifs et relation parentale

Abstract en anglais : 324 mots

Résumé en français : 343 mots

Nombre de mots du manuscrit : 5040

Références : 56

Tableaux : 4

Figure : 1

Association entre symptômes dépressifs avec comportements de suicide et les relations avec les parents chez les plus jeunes adolescents

Association between depressive symptoms with suicide behaviors and perceived relationship with parents in early adolescents

Abstract

Background

Parents play a central role in regulating the affect, physiology and behaviours of their children. Early adolescents (<16 years) being vulnerable for mental health difficulties, their negative relationships with their parents may increase the risk of depressive symptoms (DS), and especially those cumulated with suicide ideation and attempt (SI and SA). This study aimed at to assess the association between negative relationships of early adolescents and their father and mother with

DS, DS+SI and DS+SA.

Methods

The study population included 1256 middle-school adolescents from north-eastern France (mean age=13.5±1.3). They completed a questionnaire gathering: gender, age, socioeconomic features (family structure, parents' occupation, education and income), school performance, use of substances (alcohol, tobacco, cannabis and other drugs), relationships with father and mother, DS (Kandel scale), care for depression, last-12-month SI, and lifetime SA. Data were analysed using multinomial logistic regression models.

Results

DS only, DS+SI and DS+SA respectively affected 8.0, 2.5 and 3.9% of early adolescents. Negative relationships of adolescents with their father only, their mother only, and both parents respectively affected 11.2, 6.1 and 10.9% of subjects. Based on gender-age-adjusted odds ratios, negative relationships with father only was respectively associated with a 3.2 and a 4.6-time higher risk of DS only and DS+SA ($p < 0.001$). Negative relationships with mother only was respectively associated with a 4.2, 12.9 and 14.3-time higher risk of DS only, DS+SI and DS+SA ($p < 0.001$). Negative relationships with both parents was not associated with a higher risk than those with mother only. The pseudo R^2 was 13%. These results were robust and remained strong when adjusted for socioeconomic features, school performance, substance use and care for depression.

Conclusion

Negative relationships of early adolescents with their mother, and with a lesser degree that with their father, are strongly associated DS only, and much more strongly associated with DS+SI and DS+SA. They may be a target for prevention to limit the strong increase in the prevalence of these mental health problems in early adolescents.

Keywords

Depressive symptoms. Adolescents. Adolescent-parent relationships. Suicide ideation. Suicide attempts.

Résumé

Position du problème

Les parents jouent un rôle central dans la régulation de l'affect, les comportements et le fonctionnement physiologique des jeunes. Les jeunes adolescents (<16 ans) étant vulnérables

pour les difficultés mentales, leurs relations négatives avec leurs parents peuvent augmenter le risque de symptômes dépressifs (SD), et surtout de symptômes avec idées et tentatives de suicide (IS et TS). Cette étude évaluait l'association entre les relations négatives avec les parents et SD, SD+IS et SD+TS chez les jeunes adolescents.

Méthodes

La population étudiée contenait 1256 collégiens dans le Nord-Est de la France (âge moyen=13,5±1,3 ans). Ils remplissaient un auto-questionnaire recueillant : sexe, âge, caractéristiques socioéconomiques, performance scolaire, usage de substances, relations avec les parents, SD (échelle de Kandel), soin pour la dépression, idées de suicide durant les 12 derniers mois (IS), et les tentatives de suicide durant la vie (TS). Les données étaient analysées avec les modèles de régression logistique.

Résultats

SD seuls, SD+IS et SD+TS affectaient respectivement 8,0, 2,5 et 3,9% des adolescents. Les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents affectaient respectivement 11,2, 6,1 et 10,9% des adolescents. Basé sur l'odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge, les relations négatives avec le père seulement étaient associées respectivement à un risque de 3,2 et 4,6 fois plus élevé pour SD seuls et SD+TS ($p<0,001$). Celles avec la mère seulement étaient associées respectivement à un risque de 4,2, 12,9 et 14,3 fois plus élevé pour SD seuls, SD+IS et SD+TS ($p<0,001$). Les relations avec les deux parents n'étaient pas associées à un risque plus élevé que celles avec la mère seulement. Le pseudo- R^2 était de 13%. Ces résultats étaient robustes et restaient élevés après ajustement sur les facteurs socioéconomiques, la performance scolaire, l'usage de substances, et le soin pour la dépression.

Conclusion

Les relations négatives des jeunes adolescents avec leurs parents sont associées à un risque élevé de SD seuls, et surtout de SD+IS et SD+TS. Elles pourraient être une cible de prévention pour limiter la forte augmentation de leur prévalence chez les jeunes adolescents.

Mots clés

Symptômes dépressifs. Idée de suicide. Tentatives de suicide. Adolescents. Relations adolescents-parents.

1. Introduction

La première période d'adolescence (10-16 ans) est une période cruciale pour le développement physique, mental et cognitif qui nécessite un environnement de vie sain et stable [1-3]. C'est aussi une période de transition d'une dépendance sociale et économique à une relative indépendance. Les parents jouent un rôle central dans la régulation de l'affect, le comportement et le fonctionnement physiologique des jeunes [4,5]. Un environnement familial défavorable dont les relations négatives des adolescents avec leurs parents, peut engendrer des perturbations physiologiques et psychologiques, des comportements à risque et l'usage de substances [6-10]. Ces relations négatives peuvent donc augmenter le risque de symptômes dépressifs (SD). Comme ces symptômes peuvent altérer la fonction exécutive, la capacité cognitive et la performance de travail [11,12], ils peuvent augmenter le risque d'idées et de tentative de suicide (IS et TS) [1,13-15]. Ainsi, beaucoup de jeunes souffrent tôt de SD, SD+IS et SD+TS [1,13,15,16]. Il faut noter que les adolescents souffrant à la fois de SD et de TS ont un risque très élevé de TS récurrent et de décès par suicide [17]. En France, le taux de suicide (pour 100 000 personnes) passait de 0,3 chez les jeunes de 1-14 ans à 5,0 chez ceux de 15-24 ans [18]. En France également, le taux d'hospitalisation pour TS (pour 10 000

personnes) passait de 3 chez les jeunes de 10-14 ans à 12 chez ceux de 15-19 ans [18]. Jusqu'à 23 % des personnes qui consultent pour une TS rechutent durant l'année qui suit [19] et jusqu'à 10 % d'entre eux décèderont par suicide durant les cinq prochaines années [20]. Le suicide est évitable mais manque souvent d'être considéré comme un problème prioritaire de santé publique [21].

Durant les dernières décennies, des changements dans la société ont altéré l'environnement de vie des adolescents qui doivent plus souvent faire face aux conditions de vie difficiles (parents séparés/divorcés, familles recomposées, parents sans activité professionnelle, problème financier, etc.) [22]. Ces conditions favorisent SD, IS et TS [1,23-25] mais aussi les difficultés scolaires et l'usage de substances [9,26,27]. L'usage de substances peut altérer le développement du cerveau, l'attention, la mémoire, et la fonction exécutive [28-30]. Les difficultés scolaires peuvent générer l'usage de substances, la dépression et TS [23,25,31]. Notre hypothèse est que l'association entre les relations négatives avec les parents et SD et surtout SD+IS et SD+TS est si forte que les facteurs potentiels tels que les facteurs socioéconomiques, les difficultés scolaires et l'usage de substances ne peuvent la masquer statistiquement. Le cas échéant, les relations négatives avec les parents pourraient être une cible principale pour la prévention pour réduire le risque de SD, SD+IS et SD+TS chez les jeunes de <16 ans. Cette question semble être rarement abordée dans la littérature. En effet, de nombreuses études ont montré le risque suicidaire associé aux facteurs familiaux et aux relations négatives avec les parents [13-15,32]. Mais, les études populationnelles restent peu nombreuses sur le niveau de risque de SD, SD+IS et SD+TS associé aux relations négatives des parents [13,14,32] et la plupart semblait considérer séparément les relations avec le père et celles avec la mère, voire limitées à celles avec le père ou à celles avec la mère. Cette considération sous-estime le risque car les adolescents ayant des relations négatives avec un

parent peuvent avoir de bonnes relations avec l'autre parent. Elle ne reflète donc pas les problèmes relationnels vécus par les adolescents dans la famille.

La présente étude, conduite dans le nord-est de la France, avait pour objectif d'explorer l'association entre les relations entre les adolescents et leurs parents et le risque de SD seul (SDS1), SD+IS (sans TS, SDS2) et SD+TS (SDS3). Nous examinons, en outre, si le lien restait significatif après la prise en compte successive des difficultés socioéconomiques, des difficultés scolaires, l'usage de substances, et la présence d'un soin pour la dépression.

2. Matériel et méthodes

2.1. Population étudiée

La population étudiée comprenait 1666 élèves de trois collèges, deux publics et un privé (63 classes). Elle représentait la population exhaustive (sans critères d'inclusion et d'exclusion) d'une zone géographique relativement large (38.000 habitants). Elle était choisie comme elle était le reflet en termes de gradient social de la population de l'agglomération urbaine de Nancy (410 000 habitants) dans le Nord-est de la France. Cette étude a reçu l'avis favorable du Recteur de l'Académie de Nancy-Metz et de la *Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés*. Un consentement éclairé a été obtenu des parents ou tuteurs des participants. A la différence des études nationales [1], cette étude a ciblé la population d'une zone urbaine de sorte que les sujets étaient dans un même contexte socioéconomique sans variations géographiques.

2.2. Protocole d'étude

Le protocole d'étude comprenait une demande de participation transmise aux parents ou tuteurs par l'intermédiaire des élèves (avril 2010) et le recueil des données à l'aide d'un questionnaire auto-administré anonyme en classe (1 heure) sous la supervision de l'équipe de recherche (mai-juin 2010). Le questionnaire complété était mis dans une enveloppe cachetée puis dans une boîte fermée par l'élève.

Le questionnaire recueillait : sexe, âge, données socio-économiques (structure familiale, éducation des parents, profession des parents et revenu familial), performance scolaire, usage d'alcool, tabac, cannabis et d'autres drogues illicites, vivre avec le père et la mère, satisfaction des relations avec le père et avec la mère, les symptômes dépressifs, les idées et tentatives de suicide, et le soin pour la dépression.

2.3. Mesures

Symptômes dépressifs avec ou sans comportements de suicide

Les symptômes dépressifs étaient mesurés par la version française [1] de l'échelle de Kandel [33,34] comprenant 6 items : "Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé...": (a) "de manquer d'énergie", (b) "de vous réveiller la nuit ou d'avoir du mal à vous endormir", (c) "de vous sentir déprimé", (d) "d'être désespéré en pensant à l'avenir", (e) "de vous sentir nerveux" et (f) "d'être inquiet(e)" (Réponse: 1=Jamais, 2=Rarement et 3=Assez souvent/très souvent). L'échelle est utile pour explorer le développement de symptômes dépressifs durant l'adolescence [34]. L'âge de début était aussi recueilli. Elle a une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach 0,84). L'analyse en composantes principales montrait que l'échelle était unidimensionnelle car la 1^{ère} valeur propre (2,6) était beaucoup plus élevée que la 2^{ème} valeur

propre (0,18). Le score était défini par la somme des 6 items (étendue 6-18). La présence de symptômes dépressifs (SD) était définie par un score de 17+ (90^{ème} percentile).

Les idées de suicide étaient recueillies par la question suivante : “Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de penser au suicide ?” (Réponse : jamais, rarement, assez souvent ou très souvent). IS était définie par les réponses assez souvent ou très souvent [1,35].

Les tentatives étaient recueillies par la question : “Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide ?” (Réponse : Non, une fois ou plusieurs fois). L’âge de début était aussi recueilli. TS était définie par les réponses une ou plusieurs fois [1,35].

La présence de symptômes dépressifs avec ou sans comportements de suicide a été catégorisée en 4 catégories : SDS0 (sans SD, IS et TS à la fois), SDS1 (SD seulement), SDS2 (SD+IS, sans TS) et SDS3 (SD+TS).

Relations négatives avec les parents

Comme ce travail portait sur les relations des adolescents avec le père et la mère, les adolescents ne vivant pas avec les deux parents (familles monoparentales notamment) étaient exclus de l’analyse. Vivre avec le père et la mère était définie par les deux questions suivantes : “Au cours des 12 derniers mois, vivez-vous avec votre père ? ” (Réponse : Généralement, parfois, rarement, pas du tout) et “Au cours des 12 derniers mois, vivez-vous avec votre mère ? ” (Réponse : Généralement, parfois, rarement, pas du tout). Vivre avec les deux parents était définie par les réponses généralement, parfois ou rarement aux deux questions.

Les relations avec le père et la mère étaient définies par les deux questions suivantes [5] : “Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec votre père ?” (Réponse : Satisfait, indifférent, insatisfait ou non concerné) et “Au cours des 12 derniers

mois, êtes-vous satisfait(e) de vos relations avec votre mère ?” (Réponse : Satisfait, indifférent, insatisfait ou non concerné). Les relations négatives étaient définies par les réponses indifférent, insatisfait ou non concerné. Les relations négatives avec les parents étaient catégorisées en 4 niveaux : relations négatives avec aucun parent, le père seulement, la mère seulement et avec les deux parents.

Facteurs socioéconomiques

Les facteurs socioéconomiques considérés étaient la structure familiale, niveau d'éducation des parents, catégorie socioprofessionnelle des parents, et revenu familial). Comme ce travail portait sur les relations des adolescents avec le père et la mère, les adolescents ne vivant pas avec les deux parents étaient exclus de l'analyse. La catégorie socioprofessionnelle des parents (la plus élevée des parents) était catégorisée en cinq groupes (classification internationale des professions ISCO) : cadres, professions libérales et professions intermédiaires ; artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; employés ; ouvriers et autres actifs ; et inactifs (chômeurs et retraités) [24,36]. Le revenu familial insuffisant était mesuré par la question : “Selon vous, laquelle de ces situations financières semble le mieux correspondre à la situation de votre famille ? (Vous y arrivez difficilement, vous n'y arrivez qu'en faisant des dettes ou c'est juste : il faut faire attention vs Vous êtes à l'aise ou ça va)” [24].

Performance scolaire

La performance scolaire était recueillie par la question “Quelle est votre note moyenne du dernier trimestre ?” (Réponse : $\leq 7/20$, 8-9/20, 10-13/20, 14-15/20 ou $\geq 16/20$) [35]. Une faible performance scolaire était définie une moyenne $< 10/20$.

Consommation de substances

L'usage d'alcool, tabac, cannabis, et d'autres substances illicites était mesuré par les questions [1,27,35] : "Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous bu de l'alcool (bière, cidre, champagne, vin, apéritif, etc.) ?" (Réponse : Non, 1-5 ou ≥ 6 fois), "Au cours des 30 derniers jours, combien de jours avez-vous fumé de cigarettes ?" (Réponse : 1+ jour vs 0), "Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous pris du cannabis ?" (Réponse : 1+ fois vs 0), et "Au cours des 30 derniers jours, combien de fois avez-vous pris d'autres drogues (champignons, ecstasy, LSD, etc.) ?" (Réponse : 1+ fois vs 0).

Soin pour la dépression

Il était défini par la question : "Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté un médecin pour la dépression ?" (Réponse : Oui/Non).

2.4. Analyse statistique

L'association entre la présence de SD sans ou avec comportements de suicide (catégorisée en 4 catégories SDS0, SDS1, SDS2 et SDS3) et les relations avec les parents ainsi qu'avec les facteurs socioéconomiques, le performance scolaire et l'usage de substances était évaluée par le test du Chi² d'indépendance ou l'analyse de la variance. L'association entre SDS1, SDS2 et SDS3 et les relations avec les parents étaient ensuite examinées par un modèle de régression logistique multinomiale pour calculer l'odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge (OR_{sa}) et l'intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). Enfin, pour examiner la robustesse de cette association, étaient ajoutés successivement au modèle de régression logistique multinomiale : les facteurs socioéconomiques (modèle 2), puis la performance scolaire et l'usage de substances (modèle 3), et finalement la présence de soin pour la dépression (modèle 4). La contribution des cofacteurs considérés était calculée par la formule $100 \times (\text{OR}_{\text{sa}} - \text{OR}_{\text{modèle}})$

j)/(OR_{sa}-1) [37] (pour OR_{sa} significatif). L'adéquation de l'ajustement au modèle a été vérifiée (test d'Hosmer-Lemeshow). Comme la survenue de SD et TS pouvait être considérée comme une généralisation du processus de survie, la méthode de Kaplan-Meier et le logrank test étaient utilisés pour comparer les sujets ayant différents niveaux de relations négatives avec les parents. Une valeur $p < 0,05$ était considérée comme statistiquement significatif. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel Stata (Texas : Stata Corporation 2007).

3. Résultats

Parmi les 1666 sujets sollicités, deux élèves ont refusé de participer, 89 étaient absents le jour de la passation du questionnaire pour des motifs indépendants de l'enquête. Au total, 1575 sujets ont rempli le questionnaire. Dix d'entre eux n'ont pas renseigné leur sexe ou l'âge. Six questionnaires étaient inexploitable. Finalement, 1559 adolescents (94 %) avaient un questionnaire exploitable. La population étudiée avait un profil proche des adolescents en France [1,9] en termes d'usage de substances, troubles de sommeil, asthme, SD, comportements de suicide, et violences [24]. Parmi les 1559 adolescents, la prévalence de SD, IS et TS étaient respectivement de 13,3, 11,7 et 9,9 %. Comme ce travail portait sur les relations des adolescents avec le père et la mère, 177 adolescents ne vivant pas avec les deux parents étaient exclus. Ont été, en outre, exclus les sujets ayant IS seul (53 sujets), TS seul (40 sujets) et IS+TS (33 sujets) mais sans SD [14,15]. Finalement, 1256 sujets étaient retenus pour l'analyse.

Les caractéristiques des sujets sont données dans le tableau 1. La prévalence de SDS1, SDS2 et SDS3 était respectivement de 8,0, 2,5 et 3,9 %. Les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement et les deux parents représentaient respectivement 11,2, 6,1 et 10,9 %. Un quart des adolescents vivaient dans des familles non-intactes et 45,4 % avaient un

faible niveau d'éducation parental et 15,6 % un revenu familial insuffisant. Six pour cents des adolescents avaient une faible performance scolaire. L'usage d'alcool, du tabac, du cannabis et d'autres drogues illicites affectaient respectivement 33,1, 8,4, 4,3 et 1,8 % des sujets. On note que 5,4, 17,0, 29,9 et 40,8 % des sujets ayant SDS0, SDS1, SDS2 et SDS3 avaient respectivement eu un soin pour la dépression.

La figure 1 révèle de fortes disparités pour SD et TS depuis un jeune âge et la proportion de sujets sans SD ou TS diminuait fortement en fonction du temps selon le niveau de relations négatives avec les parents. Notons que, dans 91,7 % des cas, les SD avaient perduré jusqu'aux 12 derniers mois tandis que, dans 63,3 % des cas, la TS avait perduré jusqu'aux 24 derniers mois. Parmi les sujets ayant au moins une TS, 34,7 % avaient eu 2 TS ou plus, 14,3 une seule hospitalisation pour TS, et 8,2 % plusieurs hospitalisations pour TS.

Le tableau 2 montre que les adolescents sans relations négatives avec les deux parents n'étaient pas indemnes de SDS1, SDS2 et SDS3 (5,0, 1,0 et 1,3 % respectivement). SDS1 affectait environ 15 % des adolescents ayant des relations négatives avec l'un ou les deux parents. SDS2 affectait respectivement 2,1 et 9,2 % des adolescents ayant des relations négatives avec leur père seulement et leur mère seulement. SDS3 affectait respectivement 6,4 et 14,5 % des adolescents ayant des relations négatives avec leur père seulement et leur mère seulement. Les relations négatives avec les deux parents n'étaient pas associées à un risque plus élevé de SDS2 et SDS3 que celles avec la mère seulement.

Dans le tableau 3, nous observons que SDS1, SDS2 et SDS3 étaient plus fréquents chez les filles, les adolescents vivant dans des familles recomposées, et ceux ayant un revenu familial insuffisant. Les sujets ayant SDS3 étaient les plus âgés alors que ceux ayant SDS0 les plus jeunes. Les sujets ayant une faible performance scolaire avaient plus souvent SDS2 et surtout

SDS3. L'usage d'alcool, du tabac, du cannabis, et d'autres drogues illicites étaient fortement lié avec SDS1, SDS2 et surtout SDS3.

Le tableau 4 montre que, basé sur l'ORsa, comparés aux adolescents sans relations négatives avec les parents, ceux ayant des relations négatives avec leur père seulement avaient respectivement un risque de 3,18 et 4,57 fois plus élevé pour SDS1 et SDS3 ($p < 0,001$). Comparés aux adolescents sans relations négatives avec les parents, ceux ayant des relations négatives avec leur mère seulement avaient respectivement un risque de 4,18, 12,9 et 14,3 fois plus élevé pour SDS1, SDS2 et SDS3 ($p < 0,001$). Les relations négatives avec les deux parents n'étaient pas associées à un risque plus élevé pour SDS1, SDS2 et SDS3 que celles avec la mère seulement. Le pseudo- R^2 était de 13 %.

Ces odds ratios étaient robustes et restaient fortement significatifs (presque tous avec $p < 0,001$) après la prise en compte des facteurs socioéconomiques (structure familiale, catégorie socio-professionnelle du père, éducation parentale, et revenu familial), de la performance scolaire, de l'usage des substances, et de la présence de soin pour la dépression (pseudo- $R^2 = 23$ %). Les facteurs socioéconomiques étudiés expliquaient faiblement l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS1 et SDS2 (contribution < 15 %) et modérément l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS3 (contribution < 34 %). La considération supplémentaire des autres cofacteurs expliquait modérément l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS1 et SDS2 (contribution < 28 %) mais fortement l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS3 (contribution atteignant 62 %).

Le test d'Hosmer-Lemeshow montrait que les différents modèles logistiques étaient corrects ($p > 0,10$, généralement $> 0,40$).

4. Discussion

La présente étude montre que les plus jeunes adolescents ayant des relations négatives avec leurs parents ont un risque élevé pour les symptômes dépressifs et surtout pour les symptômes cumulés avec les idées et les tentatives de suicide. Ces résultats étaient robustes et restaient significatifs après la prise en compte des facteurs potentiels tels que les facteurs socioéconomiques, les difficultés scolaires, l'usage de substances, et le soin pour la dépression. Les relations négatives avec les parents ainsi que SDS1, SDS2 et SDS3 étaient fréquents. Comme le taux de suicide (pour 100 000 personnes) passe de 0,3 chez les jeunes de 1-14 ans à 5,0 chez ceux de 15-24 ans (en 2014) [18], nos résultats peuvent être utiles pour la prévention, cruciale pour les jeunes adolescents.

Dans notre étude, la prévalence de SD, IS et TS était respectivement de 13,3, 11,7 et 9,9 % (dans l'échantillon total). La prévalence de SD chez les adolescents était de 17,0 % en France et de 28,5 % aux Etats-Unis [1]. La prévalence d'IS chez les adolescents était de 7,4 % en Europe (15-16 ans, entre 2,1 et 15,3 % selon le pays), 9,6 % en France, 15,0 % en Angleterre (15-16 ans, sans TS), 16,8 % aux Etats-Unis, et de 19,6 % au Japon [1,38-41]. La prévalence de TS chez les adolescents était de 10,5 % en Europe (15-16 ans, entre 4,1 et 23,5 % selon le pays), 8,9 % en France, 13,2 % en Angleterre (15-16 ans), 7,6 % aux Etats-Unis, et de 8,2 % au Japon [1,38-41].

4.1. Association entre les relations négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3

Notre étude souligne que chez les jeunes adolescents (98 % avaient <16 ans) souffraient fréquemment de SDS1, SDS2 et SDS3 (8,0, 2,5 et 3,9 %, respectivement) et de relations négatives avec leur père, leur mère ou les deux parents (11,2, 6,1 et 10,9 %, respectivement). Les relations négatives avec les parents représenteraient les expériences relationnelles activement défavorables (exposition à la violence, absence perçue d'expériences

relationnelles positives, isolement et faible soutien parental) [5]. Nous avons trouvé que les relations négatives avec les parents étaient fortement associées avec SDS1, SDS2 et SDS3. Le pseudo-R² était de 13 % bien que de nombreux cofacteurs potentiels n'étaient pris en compte [1,13,17,18,21]. Un environnement familial défavorable dont les relations négatives avec les parents peuvent engendrer des perturbations physiologiques et psychologiques, des comportements à risque et l'usage de substances [15,17,38,42-44]. Nous observons que les relations négatives avec la mère étaient associées à un risque plus élevé pour SDS1, SDS2 et SDS3 que celles avec le père (4, 13 et 14 fois plus élevé vs. 3, 2 (non-significatif) et 4,6 fois plus élevé, respectivement). D'autres études sur différentes populations ont aussi montré que les relations négatives avec la mère ou avec l'un des parents sont associées avec SD, IS et TS [5,13,14] et le suicide [45], mais aussi avec de nombreux autres problèmes (état de santé, usage de substances, maladies chroniques, décès précoce, etc.) [5,6,9,10].

De nombreuses études ont montré que le risque suicidaire était associé aux facteurs familiaux et aux relations négatives avec les parents [13-15]. Mais, les études populationnelles sont peu nombreuses [14,32]. Une étude récente en France sur les adolescents de 17 ans [14] avaient trouvé des tendances similaires mais les odds ratios étaient beaucoup moins élevés que ceux de notre étude. Ces différences étaient attendues comme les adolescents de <16 ans seraient plus dépendants de leurs parents et plus vulnérables. D'autre part, notre analyse utilisait comme groupe de référence les adolescents ayant de bonnes relations avec les deux parents alors que l'étude ci-dessus [14] considérait séparément les relations négatives avec le père et celles avec la mère. Les relations avec la mère et le père n'étaient pas semblables pour tous les adolescents. Cette considération ne reflète pas les problèmes relationnels vécus par les adolescents dans leur famille. Elle sous-estimerait le risque car les adolescents ayant des relations négatives avec un parent peuvent avoir de bonnes relations avec l'autre parent.

Nous observons une différence d'âge plutôt faible entre SDS0, SDS1, SDS2 et SDS3 (moyenne 13,4, 13,7, 13,9 et 14,1, respectivement). Ainsi, les SD débutaient précocement, et comme les adolescents ayant des difficultés mentales ont un faible accès aux soins, en particulier en raison des situations socioéconomiques défavorables [16,46], ces SD peuvent s'aggraver rapidement avec le temps et conduire aux idées et tentatives de suicide. Les plus jeunes adolescents sont donc très vulnérables. Par conséquent, la prévention précoce est primordiale.

Il faut noter que les adolescents ayant de bonnes relations avec les deux parents n'étaient pas indemnes de SDS1, SDS2 et SDS3 (5,0, 1,0 et 1,3 %, respectivement). Ils ne doivent pas être négligés dans la prévention pour réduire les problèmes mentaux.

Dans cette étude, nous avons exclu les sujets ayant IS et/ou TS sans SD. Il serait intéressant de noter que les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents étaient associées à IS seul [vs SDS0, ORsa 3,08 (p=0,009), 4,31 (p=0,005) et 8,82 (p<0,001), respectivement], TS seul [vs SDS0, ORsa 2,66 (p=0,03), 3,48 (p=0,03) et 4,22 (p=0,001), respectivement] et IS+TS [vs SDS0, ORsa 3,84 (p=0,008), 10,53 (p<0,001) et 6,16 (p<0,001), respectivement]. Ces risques étaient modérément expliqués par les facteurs socioéconomiques (contribution <35 %) et fortement en prenant aussi en compte la performance scolaire et l'usage de substances (contribution <54%). L'amélioration des relations avec les parents pourrait donc aussi réduire IS et/ou TS sans SD.

4.2. Contribution des facteurs socioéconomiques

Durant les récentes décennies, des changements dans la société ont modifié l'environnement de vie des jeunes qui ont, à présent, moins de frères et sœurs, vivent plus souvent avec des parents séparés, divorcés, ou en cohabitation [22]. La pauvreté des familles ayant des enfants augmente dans la plupart des pays, atteignant un enfant sur cinq [22]. Dans la présente étude, SDS1, SDS2 et SDS3 concernaient toutes les catégories de familles. Mais, comparés aux adolescents ayant les parents vivant ensemble, ceux des familles recomposées étaient plus souvent affectés par SDS1, SDS2 et SDS3 alors que ceux vivant avec des parents séparés ou divorcés étaient plus souvent affectés par SDS2 et SDS3. Il faut noter que l'âge médian des enfants lors de la séparation ou du divorce des parents est de 6 ans [26]. La séparation et le divorce des parents s'accompagnent souvent par une baisse de revenu ou un changement de domicile [16,26]. La dislocation d'une famille, être témoin de violences entre les parents et le changement de structure familiale peuvent affecter le bien-être et susciter des troubles psychologiques des jeunes aux différents stades de développement ainsi que la consommation de substances [47,48]. Les filles de familles recomposées auraient un risque plus élevé d'IS que celles des familles intactes [32].

Cependant, dans notre étude, les facteurs socioéconomiques étudiés expliquaient faiblement l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS1 et SDS2 (contribution <15%) et modérément l'association entre les relations avec les parents et SDS3 (contribution <34 %). Le pseudo- R^2 passait seulement de 13 à 15 %. Vivant avec des parents séparés ou divorcés ou dans une famille recomposée jouait un rôle modeste sur les associations entre les relations négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3. Parmi les facteurs socioéconomiques considérés, le revenu familial insuffisant était le facteur le plus associé à SDS1, SDS2 et SDS3 [49]. Ces difficultés mentales n'étaient pas liées à la catégorie socioprofessionnelle des parents mais elles étaient liées presque significativement au faible

niveau d'éducation parentale ($< \text{bac}$, $p=0,09$). La prévention et les interventions pour améliorer les relations avec leurs parents devraient donc notamment cibler les adolescents vivant avec des parents séparés, divorcés et dans des familles recomposées ou ayant un revenu familial insuffisant.

4.3. Contribution d'une faible performance scolaire, de l'usage de substances et du soin pour la dépression

Ce travail montre que l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3 était robuste et restait forte après la prise en compte supplémentaire de la performance scolaire, de l'usage de substances et du soin pour la dépression. Le pseudo- R^2 passait de 15 à 20 %.

Une faible performance scolaire et l'usage d'alcool, tabac, cannabis et d'autres drogues étaient globalement associés avec SDS1, SDS2, et beaucoup plus fortement avec SDS3. Ces résultats concordaient avec ceux d'autres études qui ont observé l'association entre ces cofacteurs avec SD, IS et TS [1,14,23]. En fait, l'usage de substances peut altérer le développement du cerveau, l'attention, la mémoire, et la fonction exécutive [28-30]. Les difficultés scolaires peuvent favoriser l'usage de substances, la dépression et TS [23,25,31]. Notre étude montre qu'une faible performance scolaire et l'usage de substances (ajoutés aux facteurs socioéconomiques) expliquaient modérément le lien entre les relations négatives avec les parents et SDS1 ou SDS2 (contributions < 28 %) mais fortement le lien entre celles-ci et SDS3 (contributions < 62 %). En fait, dans la présente enquête, les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents étaient généralement aussi associées avec faible performance scolaire [ORsa respectifs 2,07 ($p=0,03$), 1,29 ($p=0,61$) et 2,18 ($p=0,01$)] et l'usage d'alcool [1,66 ($p=0,01$), 1,78 ($p=0,02$) et 1,63 ($p=0,01$)], du tabac [1,97

($p=0,03$), 2,90 ($p=0,003$) et 4,40 ($p<0,001$), du cannabis [1,79 ($p=0,17$), 2,08 ($p=0,15$) et 2,83 ($p=0,004$)] et d'autres drogues [0,64 ($p=0,67$), 1,17 ($p=0,88$) et 6,98 ($p<0,001$)]. Certains jeunes débutaient tôt leur consommation de substances et avaient un risque plus élevé de comportements de suicide [1,26].

La prise en charge de SD était peu fréquente chez les sujets ayant SDS1 et était respectivement de 29,9 et 40,8 % chez ceux ayant SDS2 et SDS3. Elle expliquait peu l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3. Le pseudo- R^2 passait de 20 à 23 %.

4.4. Implications cliniques et de santé publique

L'environnement familial constitue donc un facteur important à étudier pour mieux comprendre les risques des difficultés mentales [6]. La présente étude souligne que les adolescents, dans la période cruciale de leur développement physique, mentale, éducationnel et cognitif, ont souvent des relations négatives avec les parents et ont un risque très élevé de SDS1 et surtout de SDS2 et SDS3. Les adolescents souffrant à la fois de la dépression et de TS ont un risque extrêmement élevé pour les comportements de suicide récurrents et le décès par suicide [17,50,51]. Comme ces problèmes relationnels peuvent s'installer tôt dans la vie des jeunes, la prévention et les interventions ciblées sur ces problèmes peuvent constituer un moyen d'action pour réduire précocement la prévalence de SDS1, SDS2 et SDS3. Il faut noter que, durant l'adolescence, la réorganisation importante des régions du cerveau limbique influence l'apprentissage, la mémoire, le comportement, le traitement des récompenses, la prise de risque, la recherche de nouveauté et les relations avec les pairs [28,52].

Les jeunes concernés et leurs parents devraient être repérés et accompagnés [18]. Nos résultats peuvent être utiles pour les professionnels de santé, notamment les médecins généralistes, dans le repérage et la prise en charge de SD, IS et TS des jeunes. Les médecins généralistes sont les plus consultés par les jeunes pour leurs problèmes de santé mentale [16]. L'amélioration des relations avec les parents est nécessaire et peut se faire par une formation des parents aux fonctions parentales et à la cognition parentale et affective [53]. L'amélioration des connaissances des jeunes en santé mentale et de la prise de conscience est bien acceptée par ces derniers, permet une meilleure réactivité des jeunes en souffrance et une assistance entre pairs, réduit les nouvelles tentatives de suicide, et diminue la stigmatisation des problèmes de santé mentale chez les élèves [18,54]. Ces actions pourraient être menées par les professionnels de santé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé pour repérer, poser le diagnostic et prendre en charge les adolescents qui subissent un épisode dépressif caractérisé avec la participation des parents [55].

4.5. Limites

L'étude a été réalisée sur la population exhaustive d'une zone urbaine. Les sujets étaient donc dans un même contexte socioéconomique sans variations géographiques. Le biais de sélection était faible (taux de participation 94 %). L'étude était de type transversale et basée sur les données déclaratives. Celles-ci ont été utilisées pour étudier les problèmes de santé et comportementaux des jeunes [1,27,35]. Les adolescents connaissaient leurs problèmes et les reportaient bien sur le questionnaire. Les différentes mesures ont été utilisées dans d'autres études [1,24,27,33,35,36]. Les SD étaient définis par l'échelle de Kandel [33,34]. Elle a été utilisée pour situer leur prévalence par rapport à celle des adolescents en France [1]. Nos résultats sont à confirmer par l'emploi d'autres échelles de mesure telles que le Center for

Epidemiologic Studies - Depressed Mood Scale et l'Adolescent Depression Rating Scale [56].

La population étudiée avait un profil proche des adolescents en France.

En conclusion, cette étude dans le Nord-Est de la France montre qu'un tiers des collégiens souffrent de problèmes relationnels avec leur père et/ou leur mère lesquels sont associés à un risque élevé de symptômes dépressifs et notamment de symptômes avec comportements de suicide. Les relations négatives avec la mère sont plus fortement associées à symptômes dépressifs seuls et ceux avec idées ou tentatives de suicide. Ces associations sont modestement expliquées par les facteurs potentiels tels que les situations socioéconomiques, la performance scolaire, l'usage de substances, et le soin pour la dépression. Les symptômes dépressifs et les comportements de suicide étant évitables, nos résultats soulignent l'importance de l'amélioration des relations entre les adolescents et leurs parents, dans la prévention et les interventions pour réduire ces difficultés mentales des jeunes. Cette amélioration peut se faire notamment par la formation des parents aux fonctions parentales et à la cognition parentale et affective.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. Swahn MH, Bossarte RM, Choquet M, Hassler C, Falissard B, Chau N. Early substance use initiation and suicidal ideation and attempts among students in France and the U.S. *Int J Public Health* 2012; 57: 95-105.
2. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010; 125: e778-86.
3. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, Mathisen F, Aleman-Diaz A, Molcho M, Weber M, Barnekow V. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf. Accès le 30 juillet 2018.
4. Adam EK, Klimes-Dougan B, Gunnar MR. Social regulation of the adrenocortical response to stress in infants, children and adolescents: Implications for psychopathology and education. In: Coch D, Dawson G, Fischer K, eds. *Human Behavior, Learning, and the Developing Brain: Atypical Development*. New York, NY: Guilford Press, 2007: 264-304.
5. Adam EK, Chyu L, Hoyt LT, Doane LD, Boisjoly J, Duncan GJ, Chase-Lansdale PL, McDade TW. Adverse adolescent relationship histories and young adult health: cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partner violence, and loss. *J Adolesc Health* 2011; 49: 278-86.
6. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002; 128: 330-66.
7. Flinn MV, England BG. Childhood stress and family environment. *Curr Anthropol* 1995; 36: 854-66.
8. Pendry P, Adam EK. Associations between parents' marital functioning, maternal parenting quality, maternal emotion and child cortisol levels. *Int J Behav Dev* 2007; 31: 218-31.
9. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol* 2008; 43: 73-80.
10. Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction* 2017; 112: 1142-62.

11. Harvey PO, Fossati P, Pochon JB, Levy R, Lebastard G, Lehericy S, Allilaire JF, Dubois B. Cognitive control and brain resources in major depression: An fMRI study using the n-back task. *Neuroimage* 2005; 26: 860-9.
12. Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bruinvels DJ, Huijs JJ, Blonk RW, van der Klink JJ, Nieuwenhuijsen K. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 275-92.
13. Fotti SA, Katz LY, Afifi TO, Cox BJ. The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Can J Psychiatry* 2006; 51: 698-703.
14. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, Cohen D, Moro MR, Révah-Lévy A. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013; 7: 8.
15. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006; 47: 372-94.
16. Chau K, Morin S, Steyer E, Di Patrizio P, Boivin JM. Symptômes dépressifs de l'adolescent et médecine générale. *Exercer* 2018; 144: 255-63.
17. Posner K, Melvin GA, Stanley B, Oquendo MA, Gould M: Factors in the assessment of suicidality in youth. *CNS Spectr* 2007;12: 156-62.
18. Observatoire nationale du suicide. Suicide – Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3e rapport, Février 2018. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>. Accès le 30 juillet 2018.
19. Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self-harm. *J R Coll Physicians Lond* 1997; 31: 171-2.
20. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994; 308: 1227-33.
21. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Available online: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Accès le 30 juillet 2018.
22. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Doing Better for Families*. 2011. Available online: <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm> (accessed on 11 May 2018).

23. Lewis SA, Johnson J, Cohen P, Garcia M, Velez CN. Attempted suicide in youth: its relationship to school achievement, educational goals, and socioeconomic status. *J Abnorm Child Psychol* 1988; 16: 459-71.
24. Chau K, Kabuth B, Chau N. Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *BioMed Res Int* 2014; 2014: 314521.
25. McCarty CA, Mason WA, Kosterman R, Hawkins JD, Lengua LJ, McCauley E. Adolescent school failure predicts later depression among girls. *J Adolesc Health* 2008; 43: 180-7.
26. Chau K. Difficultés mentales et scolaires des collégiens dans une zone d'agglomération urbaine. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine, 2012.
27. Legleye S, Janssen E, Beck F, Chau N, Khlat M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction* 2011; 106: 1520-31.
28. Cross SJ, Lotfipour S, Leslie FM. Mechanisms and genetic factors underlying co-use of nicotine and alcohol or other drugs of abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017; 43: 171-185.
29. Meruelo AD, Castro N, Cota CI, Tapert SF. Cannabis and alcohol use, and the developing brain. *Behav Brain Res* 2017; 325: 44-50.
30. Suhrcke M, de Paz Nieves C. The impact of health and health behaviours on educational outcomes in high-income countries: a review of the evidence. World Health Organization. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. 2011.
31. Hill D, Mrug S. School-Level Correlates of adolescent tobacco, alcohol, and marijuana use. *Subst Use Misuse* 2015; 50: 1518-28.
32. Ponnet K, Vermeiren R, Jaspers I, Mussche B, Ruchkin V, Schwab-Stone M, Deboutte D: Suicidal behaviour in adolescents relationship. *J Affect Disord* 2005; 89: 107-13.
33. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: An empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1205-12.
34. Brunnet J, Sabiston CM, Chaiton M, Low NC, Contreras G, Barnett TA, O'Loughlin JL. Measurement invariance of the depressive symptoms scale during adolescence. *BMC Psychiatry* 2014; 14: 95.

35. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The Espad Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN), 2004.
36. Lemogne C, Niedhammer I, Khlal M, Ravaud JF, Guillemin F, Consoli SM, Fossati P, Chau N, Lorhandicap group. Gender differences in factors accounting for the association between self-reported depressive mood and premature mortality: A 12-year follow-up population-based study. *J Affect Disord* 2012; 136: 267-75.
37. Lynch JW, Kaplan GA, Cohen RD, Tuomilehto J, Salonen JT. Do cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality, and acute myocardial infarction? *Am J Epidemiol* 1996; 144: 934-42.
38. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National YRBS : 1991-2017.

https://www.cdc.gov/healthyouth/data/yrbs/pdf/trends/2017_suicide_trend_yrbs.pdf.
Accès le 30 juillet 2018.
39. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 325: 1207-11.
40. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2012; 53: 381-9.
41. Zwald ML, Annor FB, Wilkinson A, Friedrichs M, Fondario A, Dunn AC, Nakashima A, Gilbert LK, Ivey-Stephenson A. Suicidal Ideation and Attempts Among Students in Grades 8, 10, and 12 - Utah, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018; 67: 451-4.
42. Dardas LA, Van De Water B, Simmons LA. Parental involvement in adolescent depression interventions: a systematic review of randomized clinical trials *Int J Ment Health Nurs* 2018; 27: 555-70.
43. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>. Accès le 30 juillet 2018.
44. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008; 43: 28-36.

45. Radde S, Gutwinski S, Stuke F, Fuchs A, Schouler-Ocak M, Bermpohl F, Henssler J. Suicidal tendencies in adolescence: Dysfunctional familiar communication as risk factor. *Nervenarzt* 2018. [Epub ahead of print].
46. Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and young adult male mental health: Transforming system failures into proactive models of engagement. *J Adolesc Health* 2018; 62: S9-17.
47. Lansford JE, Malone PS, Castellino DR, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parent's divorce or separation. *J Fam Psychol* 2006; 20: 292-301.
48. Roustit C, Chaix B, Chauvin P. Family breakup and adolescents' psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics* 2007; 120: e984-91.
49. Melchior M, Chastang JF, Walburg V, Arseneault L, Galéra C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depress Anxiety* 2010; 27: 1095-103.
50. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005; 35: 983-93.
51. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 386-405.
52. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse de Doctorat en Médecine, Université René Descartes - Paris V, 2004.
53. Colalillo S, Johnston C. Parenting Cognition and Affective Outcomes Following Parent Management Training: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2016; 19: 216-35.
54. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015; 385: 1536-44.

55. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours. Accès le 30 juillet 2018.
56. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 2007; 7: 2.

Tableau 1. Caractéristiques des sujets (N=1256)

	% ou moyenne (écart-type)
Symptômes dépressifs et comportements de suicide	
Sans SD, sans IS et sans TS (SDS0, référence)	85,7
SD seuls, sans IS et sans TS (SDS1)	8,0
SD+IS, sans TS (SDS2)	2,5
SD+TS (SDS3)	3,9
Relations entre l'adolescent et les parents	
Satisfaites avec la mère et le père (référence)	71,8
Satisfaites avec la mère, insatisfaites avec le père	11,2
Insatisfaites avec la mère, satisfaites avec le père	6,1
Insatisfaites avec la mère et le père	10,9
Facteurs démographiques et socioéconomiques	
Sexe masculin	50,5
Age (an)	
Moyenne (écart-type)	13,5 (1,3)
Etendue	9,9-16,9
Structure familiale ^a	
Parents vivant ensemble	72,5
Familles recomposées	23,3
Parents séparés ou divorcés	4,2
Faible éducation parentale (< bac)	45,4
Catégorie socioprofessionnelle des parents	

Cadres, professions libérales et professions intermédiaires	56,4
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	14,0
Employés	7,1
Travailleurs manuels et autres actifs	19,2
Sans activité professionnelle (chômeurs et retraités)	3,3
Revenu familial insuffisant	15,6

**Difficulté scolaire, consommation de substances et soin pour la
dépression**

Faible performance scolaire (moyenne < 10/20)	6,1
<i>Consommation de substances (durant les 30 derniers jours)</i>	
Alcool	
Non	66,9
1-5 fois	27,9
6 fois ou plus	5,2
Tabac (une fois ou plus)	8,4
Cannabis (une fois ou plus)	4,3
Autres drogues illicites (une fois ou plus)	1,8
Soin pour la dépression	8,3

SD : symptômes dépressifs ; IS : idée de suicide ; TS : tentative de suicide.

^a Les adolescents ne vivant pas avec les deux parents (familles monoparentales notamment) ont été exclues de l'analyse.

Tableau 2. Association entre les symptômes dépressifs sans ou avec des comportements de suicide et les relations entre l'adolescent et les parents (N=1256)

	Symptômes dépressifs sans ou avec comportements de suicide				p
	SDS0	SDS1	SDS2	SDS3	
Relations entre l'adolescent et les parents					< 0,001
Satisfaites avec la mère et le père (référence)	92,7	5,0	1,0	1,3	
Satisfaites avec la mère, insatisfaites avec le père	76,6	14,9	2,1	6,4	
Insatisfaites avec la mère, satisfaites avec le père	61,8	14,5	9,2	14,5	
Insatisfaites avec la mère et le père	62,0	16,8	8,8	12,4	

SD : symptômes dépressifs ; IS : idée de suicide ; TS : tentative de suicide.

SDS0 : sans SD sans IS et sans TS (groupe de référence) ; SDS1 : SD sans IS et sans TS ; SDS2 :

SD+IS sans TS ; et SDS3 : SD+TS.

Tableau 3. Facteurs associés aux symptômes dépressifs sans ou avec des comportements de suicide
(N=1256)

	Symptômes dépressifs sans ou avec comportements de suicide				p
	SDS0	SDS1	SDS2	SDS3	
Facteurs démographiques et socioéconomiques					
Sexe					< 0,001
Garçons	92,1	5,0	1,3	1,6	
Filles	79,1	10,9	3,7	6,3	
Age (an)					
Moyenne (écart-type)	13,4 (1,2)	13,7 (1,3)	13,9 (1,2)	14,1 (1,2)	< 0,001
Etendue	9,9-16,9	11,4-16,9	11,9-15,8	11,9-16,2	
Structure familiale					< 0,001
Parents vivant ensemble	88,3	7,1	2,1	2,5	
Familles recomposées	77,4	11,0	3,4	8,2	
Parents séparés ou divorcés	86,8	5,7	3,8	3,8	
Catégorie socioprofessionnelle des parents					0,584
Cadres, professions libérales et professions intermédiaires	86,7	7,5	2,7	3,1	
Artisans, commerçants et chef d'entreprise	85,8	9,1	1,1	4,0	
Employés	87,6	4,5	3,4	4,5	
Travailleurs manuels et autres actifs	81,7	10,0	2,9	5,4	
Sans activité professionnelle	85,4	7,3	0,0	7,3	
Faible éducation parentale (< bac)					0,090
Non	87,8	6,7	2,5	3,1	
Oui	83,2	9,5	2,5	4,9	
Revenu familial insuffisant					< 0,001

Suffisant	87,6	7,4	2,1	2,9
Insuffisant	75,5	10,7	4,6	9,2

Difficulté scolaire et consommation de substances

Performance scolaire					< 0,001
Bonne	86,2	8,1	2,4	3,4	
Faible (moyenne < 10/20)	77,6	6,6	4,0	11,8	
<i>Consommation de substances (30 derniers jours)</i>					
Alcool					< 0,001
Non	89,3	6,9	1,9	1,9	
1-5 fois	80,0	9,1	3,4	7,4	
6+ fois	69,7	15,1	4,6	10,6	
Tabac					< 0,001
Non	88,2	7,6	2,4	1,8	
Une fois ou plus	58,5	11,3	3,8	26,4	
Cannabis					< 0,001
Non	86,4	7,9	2,4	3,3	
Une fois ou plus	70,4	9,3	3,7	16,7	
Autres drogues illicites					< 0,001
Non	86,4	7,8	2,5	3,3	
Une fois ou plus	45,4	18,2	0,0	36,4	

SD : symptômes dépressifs ; IS : idée de suicide ; TS : tentative de suicide.

SDS0 : sans SD sans IS et sans TS (groupe de référence) ; SDS1 : SD sans IS et sans TS ; SDS2 : SD+IS sans TS ; et SDS3 : SD+TS.

Tableau 4. Association entre le niveau de symptômes dépressifs et la satisfaction des relations avec les parents (N=1256^a) : odds ratio^b et IC 95 %

	Symptômes dépressifs sans ou avec comportements de suicide								
	SDS1 ^b			SDS2 ^b			SDS3 ^b		
	OR	IC 95 %	% ^c	OR	IC 95 %	% ^c	OR	IC 95 %	% ^c
Relations entre l'adolescent et les parents									
<i>Modèle 1 : calculait l'odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge</i>									
Satisfaites avec la mère et le père (référence)	1,00			1,00			1,00		
Satisfaites avec la mère, insatisfaites avec le père	3,18 ^{***}	1,81-5,59	100	2,16	0,57-8,15	–	4,57 ^{***}	1,86-11,2	100
Insatisfaites avec la mère, satisfaites avec le père	4,18 ^{***}	2,01-8,70	100	12,9 ^{***}	4,53-36,7	100	14,3 ^{***}	5,86-35,1	100
Insatisfaites avec la mère et le père	4,84 ^{***}	2,76-8,49	100	12,2 ^{***}	4,92-30,4	100	12,2 ^{***}	5,51-26,8	100
<i>Modèle 2 = Modèle 1 + facteurs socioéconomiques</i>									
Satisfaites avec la mère et le père (référence)	1,00			1,00			1,00		
Satisfaites avec la mère, insatisfaites avec le père	2,95 ^{***}	1,65-5,27	11	1,77	0,45-6,92	–	3,36 ^{**}	1,31-8,60	34
Insatisfaites avec la mère, satisfaites avec le père	3,92 ^{***}	1,86-8,25	8	11,1 ^{***}	3,83-32,1	15	12,2 ^{***}	4,92-30,2	16
Insatisfaites avec la mère et le père	4,55 ^{***}	2,56-8,07	8	11,8 ^{***}	4,66-29,8	4	9,70 ^{***}	4,28-22,0	22

Modèle 3 = Modèle 2 + performance scolaire + usage

d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres drogues illicites

Satisfaites avec la mère et le père (référence)	1,00			1,00			1,00		
Satisfaites avec la mère, insatisfaites avec le père	2,87 ^{***}	1,60-5,18	14	1,66	0,42-6,52	–	3,50 [*]	1,28-9,56	30
Insatisfaites avec la mère, satisfaites avec le père	3,73 ^{***}	1,76-7,89	14	10,4 ^{***}	3,55-30,6	21	11,0 ^{***}	4,10-29,4	25
Insatisfaites avec la mère et le père	4,19 ^{***}	2,32-7,56	17	11,4 ^{***}	4,44-29,2	7	5,26 ^{***}	2,06-13,4	62

Modèle 4 = Modèle 3 + soin pour la dépression

Satisfaites avec la mère et le père (référence)	1,00			1,00			1,00		
Satisfaites avec la mère, insatisfaites avec le père	2,77 ^{***}	1,52-5,02	19	1,51	0,38-6,03	–	3,28 [*]	1,15-9,34	36
Insatisfaites avec la mère, satisfaites avec le père	3,56 ^{***}	1,68-7,55	19	9,52 ^{***}	3,20-28,3	28	10,1 ^{***}	3,65-28,2	32
Insatisfaites avec la mère et le père	4,20 ^{***}	2,31-7,64	17	11,7 ^{***}	4,51-30,6	4	5,59 ^{***}	2,11-14,8	59

SD : symptômes dépressifs ; IS : idée de suicide ; TS : tentative de suicide ; OR : odds ratio ; ORsa : OR ajusté sur le sexe et l'âge ; IC 95 % : intervalle de confiance à 95 %.

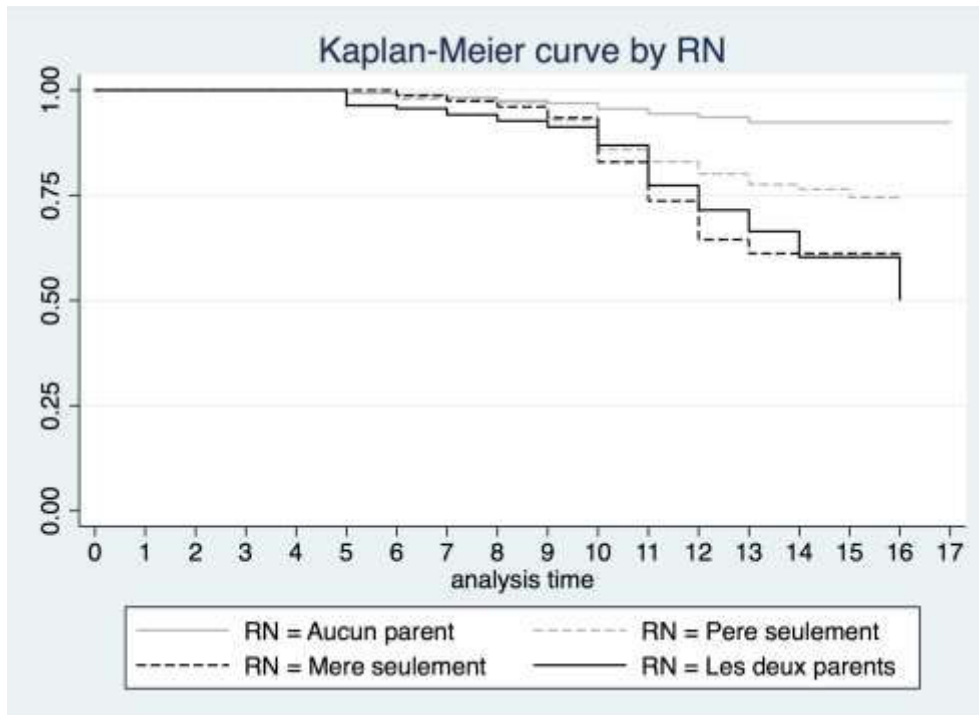
SDS0 : sans SD sans IS et sans TS (groupe de référence) ; SDS1 : SD sans IS et sans TS ; SDS2 : SD+IS sans TS ; et SDS3 : SD+TS.

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001.

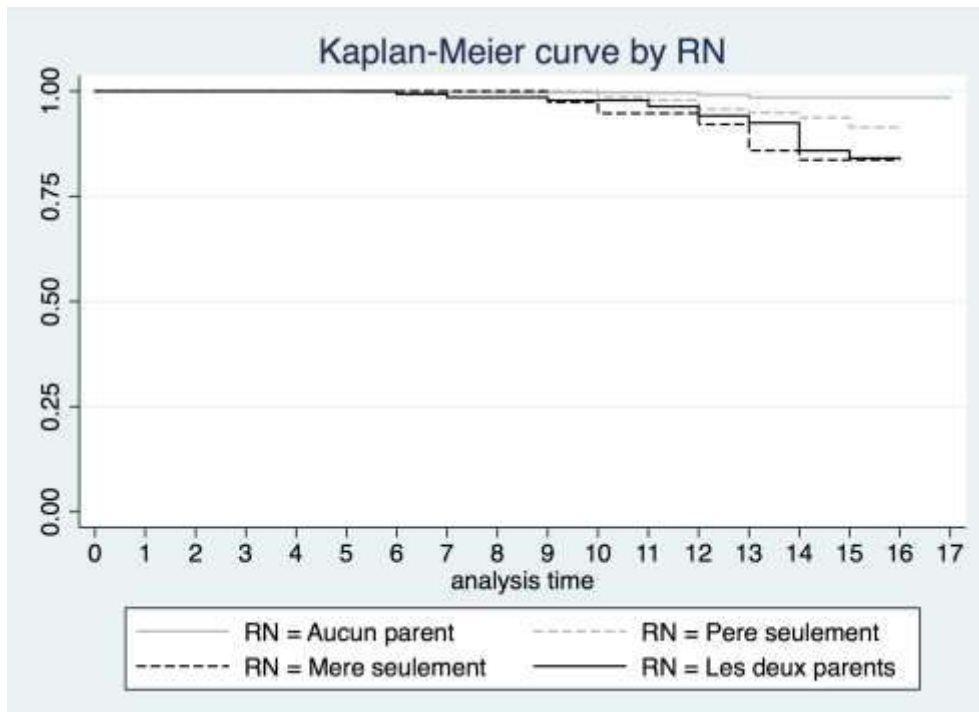
^a L'analyse est limitée aux adolescents vivant avec les deux parents. ^b vs. SDS0. ^c Contribution des cofacteurs considérés calculée par la formule $100 \times (\text{OR}_{\text{sa}} - \text{OR}_{\text{modèle } j}) / (\text{OR}_{\text{sa}} - 1)$.

Le pseudo-R² était de 13 % pour le modèle 1, 15 % pour le modèle 2, 20 % pour le modèle 3 et de 23 % pour le modèle 4.

Figure 1. Fréquence des adolescents sans symptômes dépressifs (A) ou sans tentative de suicide (B) en fonction de l'âge (ans) selon la catégorie de relations négatives avec les parents (RN) (N=1256)



A. Symptômes dépressifs



B. Tentative de suicide

RN : Relations négatives avec les parents.

Le test de logrank d'égalité des fonctions de « survie » était significatif pour les symptômes dépressifs et la tentative de suicide avec $p < 0,001$.

DISCUSSION GENERALE

L'adolescence est une période cruciale de développement physique et mentale. La présente étude montre qu'une proportion importante de plus jeunes adolescents (10-16 ans) sont affectés par les symptômes dépressifs, souvent avec des comportements de suicide, et que ces difficultés mentales sont associées aux problèmes relationnels avec leurs parents. Comme le taux de suicide (pour 100 000 personnes) passe de 0,3 chez les jeunes de 1-14 ans à 5,0 chez ceux de 15-24 ans (en 2014) [52], nos résultats peuvent être utiles pour la prévention, cruciale pour les jeunes adolescents.

Niveau de risque suicidaire

Les symptômes dépressifs et les idées et tentatives de suicide sont fréquents chez les adolescents [8, 15, 45]. La dépression est fréquente chez les adolescents ayant des idées et tentatives de suicide et chez ceux décédés par suicide [8, 15, 45]. Généralement, les personnes qui pensent au suicide ou meurent par suicide se sentent submergées par le désespoir, la tristesse, par des sentiments de culpabilité, de honte ou d'impuissance [17]. Les comportements suicidaires ne sont généralement pas des actes isolés mais résultent d'un processus souvent long et habituellement associé à des troubles psychologiques et psychiatriques [8, 9, 13-15]. Ils sont souvent non diagnostiqués et non traités. Les pensées suicidaires sont prédictives au passage à l'acte mais ne laissent pas nécessairement présager un passage à l'acte [17]. Qu'elles soient passives (comme souhaiter ne pas se réveiller le matin ou espérer qu'un événement fatal se produise) ou plus actives et plus graves (comme penser à la façon de mettre fin à ses jours), il faut les prendre au sérieux, car elles sont le signe que quelque chose ne va pas, à ce moment-là, dans la vie de cette personne [17].

La tentative de suicide est fréquente chez les adolescents [15]. Elle est souvent un appel à l'aide, une demande d'attention et une expression du désespoir et d'un souhait d'échapper plutôt qu'une intention authentique de mourir [53]. Les tentatives de suicide sont 10 à 20 fois plus nombreuses que le décès par suicide [17]. Jusqu'à 23 % des personnes qui consultent pour une tentative de suicide rechutent durant l'année qui suit [18] et jusqu'à 10 % d'entre eux décèderont par suicide durant les cinq années qui suivent [19].

Dans ce travail, la présence de symptômes dépressifs et des idées et tentatives de suicide a été catégorisée en quatre niveaux : SDS0 (sans SD et sans comportements de suicide), SDS1, SDS2 et SDS3 [45].

Dans notre étude, la prévalence de SD, IS et TS était respectivement de 13,3, 11,7 et 9,9 % (dans l'échantillon total). La prévalence de SD chez les adolescents était de 17,0 % en France et de 28,5 % aux Etats-Unis [15]. La prévalence d'IS chez les adolescents était de 7,4 % en Europe (15-16 ans, entre 2,1 et 15,3 % selon le pays), 9,6 % en France, 15,0 % en Angleterre (15-16 ans, sans TS), 16,8 % aux Etats-Unis, et de 19,6 % au Japon [15, 54-57]. La prévalence de TS chez les adolescents était de 10,5 % en Europe (15-16 ans, entre 4,1 et 23,5 % selon le pays), 8,9 % en France, 13,2 % en Angleterre (15-16 ans), 7,6 % aux Etats-Unis, et de 8,2 % au Japon [15, 54-57].

Association entre les relationnels négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3

Dans la présente étude, les jeunes avaient plus fréquemment des relations négatives avec leur père qu'avec leur mère (11,2 vs 6,1 ; 10,9 % avec les deux parents). Nous étudions ici les relations négatives avec les parents, c'est-à-dire la présence d'expériences relationnelles

activement défavorables (l'exposition à la violence, perception de l'absence d'expériences relationnelles positives nécessaire comme isolement et faible soutien parental) [38]. Des études ont montré que ces expériences sont associées à la physiologie du stress [40, 58]. Nos résultats concordent avec une étude en France mais sur les adolescents de 17 ans [45]. Notre analyse sur les plus jeunes adolescents (98 % avaient <16 ans), utilisant comme groupe de référence les adolescents ayant de bonnes relations avec les deux parents, avait trouvé des odds ratios beaucoup plus élevés. La plupart des études réalisées considèrent séparément les relations avec la mère et le père ou seulement les relations avec la mère [45]. Cette considération sous-estimerait le risque puisque certains adolescents ayant de bonnes relations avec un parent ont des relations négatives avec l'autre parent. Elle ne reflète donc pas les problèmes relationnels vécus par des adolescents. L'impact des relations négatives avec les parents sur les symptômes sans et surtout avec comportements de suicide intervient donc et devrait être une cible de prévention avant 17 ans.

La présente étude montre que les relations négatives avec la mère seulement étaient associées à un risque de 4, 13 et 14 fois plus élevé pour SDS1, SDS2 et SDS3 alors que les relations négatives avec le père seulement à un risque de 3,2 et 4,6 fois plus élevé pour SDS1 et SDS3. Ces résultats étaient robustes et restaient fortement significatifs (presque tous avec $p < 0,001$) après la prise en compte des facteurs socioéconomiques (structure familiale, catégorie socio-professionnelle du père, éducation parentale, et revenu familial), de la performance scolaire, de l'usage d'alcool, du tabac, du cannabis et d'autres drogues illicites, et de la présence de soin pour la dépression.

Nos résultats concordent avec ceux d'autres études. Une étude chez des canadiens de 12-13 ans a trouvé que les relations parentales médiocres et la dépression était associées aux idées suicidaires et les tentatives de suicide [48]. Une étude cas-témoins sur les jeunes d'âge moyen

13,9 ans observait que les problèmes relationnels entre les adolescents et leur mère étaient associés à un risque de 1,5 fois plus élevé pour les idées, tentatives et menace de suicide [59].

Nous observons une différence d'âge plutôt faible entre SDS0, SDS1, SDS2 et SDS3 (moyenne 13,4, 13,7, 13,9 et 14,1, respectivement). Ainsi, les SD débutaient précocement, et comme les adolescents ayant des difficultés mentales ont un faible accès aux soins, en particulier en raison des situations socioéconomiques défavorables [32, 60], ces SD peuvent s'aggraver rapidement avec le temps et conduire aux idées et tentatives de suicide. Les plus jeunes adolescents sont donc très vulnérables. Par conséquent, la prévention précoce est primordiale.

Il faut noter que les adolescents ayant de bonnes relations avec les deux parents n'étaient pas indemnes de SDS1, SDS2 et SDS3 (5,0, 1,0 et 1,3 %, respectivement). Ils ne doivent pas être négligés dans la prévention pour réduire les problèmes mentaux.

Dans cette étude, nous avons exclu les sujets ayant IS et/ou TS sans SD. Il serait intéressant de noter que les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents étaient associés à IS seul [vs SDS0, ORsa 3,08 (p=0,009), 4,31 (p=0,005) et 8,82 (p<0,001), respectivement], TS seul [vs SDS0, ORsa 2,66 (p=0,03), 3,48 (p=0,03) et 4,22 (p=0,001), respectivement] et IS+TS [vs SDS0, ORsa 3,84 (p=0,008), 10,53 (p<0,001) et 6,16 (p<0,001), respectivement]. Ces risques étaient modérément expliqués par les facteurs socioéconomiques (contribution <35 %) et fortement en prenant aussi en compte la performance scolaire et l'usage de substances (contribution <54%). L'amélioration des relations avec les parents pourrait donc aussi réduire IS et/ou TS sans SD.

Rôle des facteurs socioéconomiques

Concernant le sexe, notre étude montre que les filles ont une prévalence plus élevée que les garçons pour SDS1, SDS2 et SDS3. D'autres études ont aussi montré que les filles ont une prévalence plus élevée que les garçons pour la dépression [61-63] et les tentatives de suicide [15, 31, 64]. Il faut noter que dans la présente enquête dont découle notre travail [33], les filles étaient plus souvent insatisfaites de leurs relations avec leur père, leur mère et les deux parents (14,0, 6,9 et 11,9 % vs 8,5, 5,2 et 9,9 %, respectivement ($p=0,002$)).

Durant les récentes décennies, des changements dans la société ont modifié l'environnement de vie des jeunes qui ont, à présent, moins de frères et sœurs, vivent plus souvent avec des parents séparés, divorcés, ou en cohabitation [35]. La pauvreté des familles ayant des enfants augmente dans la plupart des pays, atteignant un enfant sur cinq [35]. Dans la présente étude, SDS1, SDS2 et SDS3 concernaient toutes les catégories de familles. Mais comparés aux adolescents ayant les parents vivant ensemble, ceux des familles recomposées étaient plus souvent affectés SDS1, SDS2 et SDS3 alors que ceux vivant avec des parents séparés ou divorcés étaient plus souvent affectés par SDS2 et SDS3. Il faut noter que l'âge médian des enfants lors de la séparation ou du divorce des parents est de 6 ans [33]. La séparation et le divorce des parents s'accompagnent souvent par une baisse de revenu ou un changement de domicile [32, 33]. La dislocation d'une famille, être témoin de violences entre les parents et le changement de structure familiale peuvent affecter le bien-être et susciter des troubles psychologiques des jeunes aux différents stades de développement ainsi que les consommations de substances [65, 66]. Les filles de familles recomposées auraient un risque plus élevé d'idées de suicide que celles des familles intactes [49]. La prévention et les interventions pour améliorer les relations entre les adolescents et leurs parents devraient donc notamment cibler les adolescents vivant avec des parents séparés, divorcés et dans des

familles recomposées. Toutefois, dans notre étude, vivant avec des parents séparés ou divorcés ou dans une famille recomposée jouait un rôle modeste dans les associations entre les relations négatives avec les parents et SDS1, SDS2 et SDS3.

Dans notre étude, parmi les facteurs socioéconomiques considérés, le revenu familial insuffisant affectait 15,6 % des adolescents et était le facteur le plus associé à SDS1, SDS2 et SDS3 ($p < 0,001$). Ces difficultés mentales n'étaient pas liées à la catégorie socioprofessionnelle des parents mais ils étaient liés presque significativement au faible niveau d'éducation parentale ($< \text{bac}$, $p = 0,09$).

Certains jeunes sont donc affectés par les symptômes dépressifs et les comportements de suicide avant l'entrée au collège, et ceux-ci sont peu souvent pris en charge [32, 33]. Nos résultats confirment les graves conséquences bien décrites dans la littérature [4, 5, 15, 17, 44, 51].

Nous observons une différence d'âge, significative mais relativement faible, entre SDS0, SDS1, SDS2 et SDS3 (moyenne 13,4, 13,7, 13,9 et 14,1, respectivement). Ainsi, les symptômes dépressifs débutaient précocement, et comme les adolescents ayant des difficultés mentales ont un faible accès aux soins, en particulier en raison des situations socioéconomiques défavorables [32, 60], ces symptômes peuvent s'aggraver avec le temps et conduire aux idées et tentatives de suicide. Les plus jeunes adolescents sont particulièrement vulnérables. Une grande proportion d'entre eux débutent tôt leur consommation de substances, or une initiation précoce augmente le risque de comportements de suicide [15, 33].

Un résultat important de notre étude est que les facteurs socioéconomiques étudiés expliquaient faiblement l'association entre les relations négatives avec les parents et SDS1 et SDS2 (contribution <15 %) et modérément l'association entre les relations avec les parents et SDS3 (contribution <34 %).

Rôle de la performance scolaire, l'usage de substances et du soin pour la dépression

Dans la présente étude, une faible performance scolaire et l'usage d'alcool, tabac, cannabis et d'autres drogues étaient globalement associés avec SDS1, SDS2, et beaucoup plus fortement avec SDS3. Mais, une faible performance scolaire et l'usage de ces substances (ajoutés aux facteurs socioéconomiques) expliquaient modérément le lien entre SDS1 ou SDS2 et les relations négatives avec les parents (contributions <28 %) mais fortement le lien entre SDS3 et les relations négatives avec les parents (contributions <62 %).

En fait, les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents étaient généralement aussi associées avec la faible performance scolaire [ORsa 2,07 (p=0,03), 1,29 (p=0,61) et 2,18 (p=0,01), respectivement] et l'usage d'alcool [ORsa 1,66 (p=0,01), 1,78 (p=0,02) et 1,63 (p=0,01), respectivement], du tabac [ORsa 1,97 (p=0,03), 2,90 (p=0,003) et 4,40 (p<0,001), respectivement], du cannabis [ORsa 1,79 (p=0,17), 2,08 (p=0,15) et 2,83 (p=0,004), respectivement] et d'autres drogues [ORsa 0,64 (p=0,67), 1,17 (p=0,88) et 6,98 (p<0,001), respectivement].

Comportements de suicide sans symptômes dépressifs

Dans cette étude, nous avons exclu les sujets ayant IS et/ou TS sans SD. Il serait intéressant de noter que les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents étaient associées à IS seul [vs SDS0, ORsa 3,08 (p=0,009), 4,31 (p=0,005) et 8,82 (p<0,001), respectivement], TS seul [vs SDS0, ORsa 2,66 (p=0,03), 3,48 (p=0,03) et 4,22 (p=0,001), respectivement] et IS+TS [vs SDS0, ORsa 3,84 (p=0,008), 10,53 (p<0,001) et 6,16 (p<0,001), respectivement]. Ces risques étaient modérément expliqués par les facteurs socioéconomiques (contribution <35 %) et fortement en prenant aussi en compte la performance scolaire et l'usage de substances (contribution < 54 %). L'amélioration des relations avec les parents pourrait donc aussi réduire IS et/ou TS sans SD.

Adolescents et médecin généraliste

Selon nos expériences, la relation médecin généraliste/adolescent est importante. Elle est basée sur la confiance et l'écoute qu'un médecin peut apporter à son jeune patient. L'adolescent qui consulte doit pouvoir se confier librement à son médecin. Un tiers des adolescents avouent n'avoir pas pu se confier lors d'une consultation [67]. La plupart des consultations sont liées à des préoccupations plutôt parentales et les deux tiers sont demandées par les parents. Seulement 6% des consultations sont pour un problème d'ordre psychologique alors que 75% des adolescents consultent un médecin généraliste dans l'année [67]. Seulement un tiers des adolescents (32%) pensent que leur médecin traitant peut gérer leurs problèmes liés à la dépression ou d'autres difficultés psychologiques [67]. Les jeunes parlent rarement de leurs comportements à risque en consultation alors qu'ils souhaiteraient aborder ces sujets [29]. En créant une véritable intimité, en insistant sur le secret médical, en osant poser des questions directes concernant les conduites à risque et en délivrant spontanément les informations relatives à ces comportements, le médecin peut amener le jeune à se confier [29].

Les adolescents ne souhaitent pas parfois la présence de leurs parents lors d'une consultation [37]. En période d'adolescence, la présence parentale peut être considérée comme un frein voire même une gêne « empêchant » l'adolescent de s'exprimer ouvertement et pouvoir aborder facilement ses problèmes afin que son interlocuteur puisse essayer d'y trouver des solutions.

Les idées et tentatives de suicide ont une prévalence élevée chez les adolescents mais seule une minorité de tentatives de suicide est connue de l'entourage et une très petite proportion d'entre elles fait l'objet d'une prise en charge médicale [68]. Les médecins devraient donc être sensibilisés à la détection et au traitement des symptômes dépressifs et de la tentative de suicide [68]. Nos résultats peuvent être utiles pour les médecins. Ils leur suggèrent qu'aborder les problèmes relationnels perçus par les adolescents avec leurs parents lors des consultations peut permettre de déceler les jeunes à haut risque de SDS1, SDS2 et SDS3, indépendamment d'autres cofacteurs et de structure familiale.

La Haute Autorité de Santé a élaboré une recommandation pour aider les professionnels de premier recours à repérer, poser le diagnostic et prendre en charge les adolescents qui subissent un épisode dépressif caractérisé [51]. Elle recommande la consultation en quatre phases. Dans la phase 1, l'adolescent est reçu en présence des parents pour qu'ils témoignent de son histoire, de la dynamique familiale et des comportements symptomatiques. Dans la phase 2, l'adolescent consulte seul afin qu'il puisse se livrer sans témoins et révéler sa souffrance et les détails de sa vie relationnelle et affective et ses conduites à risque. Dans la phase 3, l'examen somatique est réalisé sans la présence des parents, avec leur accord. Dans la phase 4, les éléments recueillis sont restitués avec tact à l'adolescent et à sa famille. Puis, des objectifs thérapeutiques et une stratégie de soin sont définis de façon adaptée à l'âge développemental et aux circonstances. L'adolescent sera orienté vers un (pédo)psychiatre si

un diagnostic clair de gravité ou de complexité est établi ou si le patient ou son entourage le demande. Une hospitalisation peut s'imposer si un suivi ambulatoire suffisamment structuré est impossible, en présence d'un risque sérieux de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, devant une forme sévère d'épisode dépressif caractérisé, ou en cas de contexte socio-familial défavorable [51].

Implications cliniques et de santé publique

L'évaluation du risque suicidaire chez les adolescents est une tâche clinique cruciale qui doit prendre en compte l'association entre les problèmes psychiatriques et le risque de suicide et identifier les facteurs de risque potentiels (dont la dépression, les antécédents personnels et familiaux, vivant dans une famille non-intacte, conflits, manque d'attache et problèmes de communication, usage de substances, problèmes scolaires, relations avec les pairs, abus sexuel, violences, difficultés socioéconomiques, manque d'espoir, impulsivité, et faible capacité à résoudre les problèmes sociaux, etc.) [4, 6-16]. Les adolescents souffrant à la fois de la dépression et des tentatives de suicide ont un risque extrêmement élevé pour les comportements de suicide récurrents et le décès par suicide [8, 69, 70]. La prévention et la prise en charge de la dépression des adolescents devraient aussi utiliser les contextes familiaux et parentaux [6].

Nos résultats concordent avec ces observations. Ils suggèrent que la prévention et les interventions pour limiter SDS1, SDS2 et surtout SDS3 doivent être réalisées tôt dans la vie des jeunes et doivent cibler les relations négatives avec le père et surtout celles avec la mère. La performance scolaire et la consommation de substances ainsi que les difficultés socioéconomiques doivent être aussi prises en compte. La réduction de ces risques

constituerait un moyen d'actions pour réduire précocement SDS1, SDS2 et SDS3. Les psychothérapies représentent les soins les plus importants. Le traitement médicamenteux ne constitue qu'une partie de la prise en charge. C'est lors de ces prises en charge que les professionnels de santé peuvent examiner les relations entre les adolescents et leurs parents. Sensibiliser les adolescents et leurs parents est nécessaire. La formation des parents aux fonctions parentales, notamment en ce qui concerne la cognition parentale et affective, est suggérée pour le traitement des problèmes de comportement des enfants [71]. Les parents présentant des troubles mentaux et des comportements de suicide devraient recevoir l'attention et des soutiens précoces [9].

La présente étude montre qu'une minorité d'adolescents ayant SDS1, SDS2 et SDS3 ont eu une consultation d'un médecin pour la dépression. Les SDS1, SDS2 et SDS3 sont donc souvent ignorés alors qu'une reconnaissance précoce et un traitement approprié des problèmes de santé mentale contribuent à prévenir les tentatives de suicide des jeunes [9]. Le rôle du médecin généraliste est important dans la prise en charge des adolescents déprimés [32]. Ce dernier peut dépister les difficultés mentales, démarrer la prise en charge et aussi orienter rapidement vers les structures adaptées. Une prise en charge précoce des symptômes dépressifs permettrait d'éviter leur aggravation et le risque suicidaire. Les mesures des symptômes dépressifs, des idées et des tentatives de suicide comme celles des cofacteurs étudiés (performance scolaire, usage de substances, structure familiale, et problème financier) sont basées sur des questions simples et faciles à répondre par les jeunes. Un programme promouvant la prise de conscience des jeunes sur les comportements favorables et défavorables à la santé peut réduire la dépression, les idées de suicide sévères, l'incidence de tentatives de suicide, et le suicide [50, 72]. Comme ces difficultés mentales sont fréquentes, ces mesures peuvent être faites pour le dépistage lors des consultations.

Limites et forces de l'étude

L'étude a été réalisée sur la population exhaustive d'une zone urbaine. Les sujets étaient donc dans un même contexte socioéconomique sans variations géographiques. L'anonymat a pu permettre aux adolescents de s'exprimer librement sur leurs ressentis et peut être pour la première fois sur l'existence de leurs symptômes dépressifs et/ou idées suicidaires et /ou les tentatives de suicide. Le biais de sélection était faible (taux de participation 94 %).

L'étude était de type transversale et basée sur les données déclaratives. Celles-ci ont été utilisées pour étudier les conditions de vie, la santé mentale et les comportements de santé des jeunes [15, 73, 74]. Les adolescents connaissaient leurs problèmes et les reportaient bien sur le questionnaire.

Les différentes mesures ont été utilisées dans d'autres études [15, 23, 44, 73-75]. Les SD étaient définis par l'échelle de Kandel [75, 76]. Elle a été utilisée pour situer leur prévalence par rapport à celle des adolescents en France [15]. La fréquence un peu plus élevée dans notre enquête pouvait être expliquée par les populations étudiées et l'année d'enquête.

Nos résultats sont à confirmer par l'emploi d'autres échelles de mesure telles que le Center for Epidemiologic Studies - Depressed Mood Scale et l'Adolescent Depression Rating Scale [77]. La population étudiée avait un profil proche des adolescents en France.

CONCLUSION

La présente étude chez les plus jeunes adolescents (10-16 ans) montre que les symptômes dépressifs sans ou avec comportements de suicide sont fréquents. Alors qu'ils ont besoin de soutien de leurs parents pour leur développement physique et mentale, une proportion relativement importante d'entre eux ont des relations négatives avec le père, la mère ou les deux à la fois. Nos résultats mettent en évidence une forte association entre ces relations négatives et la présence de symptômes dépressifs sans ou avec comportements de suicide.

Une grande proportion de jeunes adolescents sont exposés aux difficultés familiales et socioéconomiques telles que la séparation ou le divorce des parents, vivant dans une famille recomposée, un faible niveau d'éducation ou des problèmes financiers lesquels peuvent générer des difficultés scolaires et des problèmes comportementaux et de santé. Mais, ces facteurs jouent un rôle modeste dans l'association entre les relations négatives avec les parents et les symptômes dépressifs sans ou avec comportements de suicide.

Les jeunes sont aussi exposés à un risque élevé d'usage de substances dont l'alcool, le tabac, le cannabis et les autres drogues illicites. L'usage de substances et les difficultés scolaires sont connus comme facteurs favorisant les symptômes dépressifs et les comportements de suicide. Nos résultats montrent un rôle modeste de ces facteurs potentiels dans l'association entre les relations négatives avec les parents et les symptômes dépressifs seuls ou cumulés avec les idées de suicide. Par contre, ces facteurs jouent un rôle assez important dans l'association entre les relations négatives avec les parents et les symptômes dépressifs avec tentatives de suicide.

Nos résultats soulignent donc le rôle très important des relations perçues par les adolescents avec leurs parents sur leur santé mentale pendant la période cruciale de leur développement

physique, mental et éducatif. La consultation d'un médecin par les jeunes ayant des symptômes dépressifs est peu fréquente. Ces symptômes pourraient alors persister, voire s'aggraver avec le temps et conduire aux idées et/ou tentatives de suicide. En effet, notre étude montre que l'âge moyen des sujets avec SDS0, SDS1, SDS2 et SDS3 était respectivement de 13,4, 13,7, 13,9 et 14,1 ans. La transition entre ces catégories aurait donc eu lieu dans un intervalle de temps très court. Un dépistage et une prise en charge précoces seraient par conséquent nécessaires en considérant un rôle central des parents. L'amélioration des relations entre les adolescents et leurs parents peut se faire notamment par la formation des parents aux fonctions parentales et à la cognition parentale et affective.

Comme les médecins généralistes sont les soignants les plus consultés par les adolescents pour leurs problèmes de santé, ils pourraient jouer un rôle important dans ces démarches. Le médecin traitant et le médecin de famille suivant les différents membres d'une famille aurait une position privilégiée pour dépister et prendre en charge tôt les symptômes dépressifs et limiter l'installation des comportements de suicide.

Nos résultats peuvent être utiles pour sensibiliser les adolescents et leurs parents de la nécessité de promouvoir leurs bonnes relations, et les professionnels de santé de l'importance de ces relations dans la santé mentale des jeunes. D'autre part, notre étude montre que la consultation d'un médecin est relativement peu fréquente. Pendant chaque consultation, les professionnels de santé pourraient explorer les relations adolescent-parents et les cofacteurs potentiels (vivant dans une famille recomposée, la présence de problèmes financiers, une faible performance scolaire et l'usage de substances) qui peuvent amener à suspecter et à évaluer les symptômes dépressifs et les comportements de suicide. Enfin, ces mesures sont basées sur des questions simples et faciles à répondre par les jeunes.

BIBLIOGRAPHIE

(Indépendante de celle de l'article)

1. Brundtland GH. From the World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope. JAMA 2001;286(19):2391.
2. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. PLoS Med 2006;3(11):e442.
3. Wahlbeck K, Mäkinen M. Prevention of depression and suicide. Consensus paper. Directorate-General for Health & Consumers. Luxembourg: European Communities, 2008.
http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/docs/consensus_depression_en.pdf. Accès le 30 juillet 2018.
4. Observatoire National du Suicide. Suicide - Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2ème rapport Février 2016.
5. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES). L'état de santé de la population en France. Rapport 2017. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/l-etat-de-sante-de-la-population/article/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017>. Accès le 30 juillet 2018.
6. Dardas LA, Van De Water B, Simmons LA. Parental involvement in adolescent depression interventions: a systematic review of randomized clinical trials Int J Ment Health Nurs 2018;27(2):555-570.
7. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. J Child Psychol Psychiatry 2006;47(3-4):372-394.
8. Posner K, Melvin GA, Stanley B, Oquendo MA, Gould M. Factors in the assessment of suicidality in youth. CNS Spectr 2007;12(2):156-162.

9. Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D. Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters. A register-based nested case control study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43(1):28-36.
10. Brent DA, Bridge JA. Delinquent accounts: does delinquency account for suicidal behavior? *J Adolesc Health* 2007;40(3):204-205.
11. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M, Resch F. Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007;161(7):641-649.
12. King RA, Schwab-Stone M, Flisher AJ, Greenwald S, Kramer RA, Goodman SH, Lahey BB, Shaffer D, Gould MS. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40(7):837-846.
13. King CA, Merchant CR. Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature. *Arch Suicide Res* 2008;12(3):181-196.
14. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ* 2005;330(7496):891-894.
15. Swahn MH, Bossarte RM, Choquet M, Hassler C, Falissard B, Chau N. Early substance use initiation and suicidal ideation and attempts among students in France and the U.S. *Int J Public Health* 2012;57(1):95-105.
16. Banzer R, Haring C, Buchheim A, Oehler S, Carli V, Wasserman C, Kaess M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Hoven CW, Kahn JP, Keeley HS, Postuvan V, Podlogar T, Sisask M, Värnik A, Sarchiapone M, Wasserman D. Factors associated with different smoking status in European adolescents: results of the SEYLE study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26(11):1319-1329.
17. Cohen KR, Heisel M. La psychologie peut vous aider : Le suicide. Société canadienne de psychologie. 2014.
https://www.cpa.ca/docs/File/Publications/FactSheets/La_psychologie_peut_vous_aider-Le_suicide.pdf. Accès le 30 juillet 2018.

18. Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self-harm. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(2):171-172.
19. Gunnell D, Frankel S. Prevention of suicide: aspirations and evidence. *BMJ* 1994;308(6938):1227-1233.
20. Coldefy M, Nestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. *Questions d'Economie de la Santé* 2013;191:1-6.
21. Harvey PO, Fossati P, Pochon JB, Levy R, Lebastard G, Lehericy S, Allilaire JF, Dubois B. Cognitive control and brain resources in major depression: An fMRI study using the n-back task. *Neuroimage* 2005;26(3):860-869.
22. Lagerveld SE, Bultmann U, Franche RL, van Dijk FJ, Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Bruinvels DJ, Huijs JJ, Blonk RW, van der Klink JJ, Nieuwenhuijsen K. Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *J Occup Rehabil* 2010;20(3):275-292.
23. Lemogne C, Niedhammer I, Khlat M, Ravaut JF, Guillemin F, Consoli SM, Fossati P, Chau N, Lorhandicap group. Gender differences in factors accounting for the association between self-reported depressive mood and premature mortality: A 12-year follow-up population-based study. *J Affect Disord* 2012;136(3):267-275.
24. Chau K. Impact of sleep difficulty on single and repeated injuries in adolescents. *Accid Anal Prev* 2015;81:86-95.
25. Chau N, Lemogne C, Legleye S, Choquet M, Falissard B, Fossati P, the Lorhandicap group. Are occupational factors and mental difficulty associated with occupational injury? *J Occup Environ Med* 2011;53(12):1452-1459.
26. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France. *Encéphale* 2010;36 Suppl 2:D48-D58.
27. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010;125(4):e778-e786.

28. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L, Mathisen F, Aleman-Diaz A, Molcho M, Weber M, Barnekow V. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf. Accès le 30 juillet 2018.
29. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse de Doctorat en Médecine, Université René Descartes - Paris V, 2004.
30. Cross SJ, Lotfipour S, Leslie FM. Mechanisms and genetic factors underlying co-use of nicotine and alcohol or other drugs of abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2017;43(2):171-185.
31. Swahn MH, Bossarte RM. Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J Adolesc Health* 2007;41:175-181.
32. Chau K, Morin S, Steyer E, Di Patrizio P, Boivin JM. Symptômes dépressifs de l'adolescent et médecine générale. *Exercer* 2018;144:255-263.
33. Chau K. Difficultés mentales et scolaires des collégiens dans une zone d'agglomération urbaine. Thèse de Doctorat en Médecine générale. Faculté de Médecine de Nancy, Université de Lorraine, 2012.
34. Larosa E, Consoli SM, Hubert-Vadenay T, Leclésiau H. Factors associated with suicidal risk among consulting young people in a preventive health center. *Encephale* 2005;31:289-299.
35. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Doing Better for Families. 2011. <http://www.oecd.org/social/soc/doingbetterforfamilies.htm> (accès le 30 juillet 2018).
36. Baumann M, Spitz E, Predine R, Choquet M, Chau N. Do male and female adolescents differ in the effect of individual and family characteristics on their use of psychotropic drugs? *Eur J Pediatr* 2007;166(1):29-35.

37. Chau K. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé des adolescents. Mémoire de Médecine Générale. Université Henri-Poincaré - Nancy 1, 2010, 69 p.
38. Adam EK, Chyu L, Hoyt LT, Doane LD, Boisjoly J, Duncan GJ, Chase-Lansdale PL, McDade TW. Adverse adolescent relationship histories and young adult health: cumulative effects of loneliness, low parental support, relationship instability, intimate partner violence, and loss. *J Adolesc Health* 2011;49(3):278-286.
39. Adam EK, Klimes-Dougan B, Gunnar MR. Social regulation of the adrenocortical response to stress in infants, children and adolescents: Implications for psychopathology and education. In: Coch D, Dawson G, Fischer K, eds. *Human Behavior, Learning, and the Developing Brain: Atypical Development*. New York, NY: Guilford Press, 2007:264-304.
40. Repetti RL, Taylor SE, Seeman TE. Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychol Bull* 2002;128(2):330-366.
41. Flinn MV, England BG. Childhood stress and family environment. *Curr Anthropol* 1995;36(5):854-866.
42. Pendry P, Adam EK. Associations between parents' marital functioning, maternal parenting quality, maternal emotion and child cortisol levels. *Int J Behav Dev* 2007;31(3):218-231.
43. Choquet M, Hassler C, Morin D, Falissard B, Chau N. Parenting styles and tobacco, alcohol and cannabis use among French adolescents: gender and family structure differentials. *Alcohol Alcohol* 2008;43(1):73-80.
44. Chau K, Kabuth B, Chau N. Gender and family disparities in suicide attempt and role of socioeconomic, school, and health-related difficulties in early adolescence. *BioMed Res Int* 2014;2014:314521.
45. Consoli A, Peyre H, Speranza M, Hassler C, Falissard B, Touchette E, Cohen D, Moro MR, Révah-Lévy A. Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2013;7(1):8.

46. Yap MBH, Cheong TWK, Zaravinos-Tsakos F, Lubman DI, Jorm AF. Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction* 2017;112(7):1142-1162.
47. Radde S, Gutwinski S, Stuke F, Fuchs A, Schouler-Ocak M, BERPohl F, Henssler J. Suicidal tendencies in adolescence: Dysfunctional familiar communication as risk factor. *Nervenarzt* 2018. [Epub ahead of print].
48. Fotti SA, Katz LY, Afifi TO, Cox BJ. The associations between peer and parental relationships and suicidal behaviours in early adolescents. *Can J Psychiatry* 2006;51(11):698-703.
49. Ponnet K, Vermeiren R, Jaspers I, Mussche B, Ruchkin V, Schwab-Stone M, Deboutte D. Suicidal behaviour in adolescents: associations with parental marital status and perceived parent-adolescent relationship. *J Affect Disord* 2005;89(1-3):107-113.
50. World Health Organization. Preventing suicide: a global imperative. 2014. Available online:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_eng.pdf?ua=1&ua=1. Accès le 30 juillet 2018.
51. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014. https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours. Accès le 30 juillet 2018.
52. Observatoire nationale du suicide. Suicide – Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. 3e rapport, Février 2018. <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons3.pdf>. Accès le 30 juillet 2018.
53. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, Chabrol B, Jouve JL, Simeoni MC. Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments. *Arch Pediatr* 2013;20(6):608-615.

54. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in the prevalence of suicide-related behaviors. National YRBS : 1991-2017.

https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/pdf/trends/2017_suicide_trend_yrbs.pdf.
Accès le 30 juillet 2018.
55. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002;325:1207-1211.
56. Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C. Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53(4):381-389.
57. Zwald ML, Annor FB, Wilkinson A, Friedrichs M, Fondario A, Dunn AC, Nakashima A, Gilbert LK, Ivey-Stephenson A. Suicidal Ideation and Attempts Among Students in Grades 8, 10, and 12 - Utah, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67(15):451-454.
58. Doane LD, Adam EK. Loneliness and cortisol: Momentary, day-to-day, and trait associations. *Psychoneuroendocrinology* 2009;35(3):430-441.
59. Hollis C. Depression, family environment, and adolescent suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35(5):622-630.
60. Rice SM, Purcell R, McGorry PD. Adolescent and young adult male mental health: Transforming system failures into proactive models of engagement. *J Adolesc Health* 2018;62(3S):S9-S17.
61. Compas BE, Oppedisano G, Connor JK, Gerhardt CA, Hinden BR, Achenbach TM, Hammen C. Gender differences in depressive symptoms in adolescence: comparison of national samples of clinically referred and nonreferred youths. *J Consult Clin Psychol* 1997;65(4):617-662.
62. Essau CA, Lewinsohn PM, Seeley JR, Sasagawa S. Gender differences in the developmental course of depression. *J Affect Disord* 2010;127(1-3):185-190.
63. Garber J. Depression in children and adolescents: linking risk research and prevention. *Am J Prev Med* 2006;31(6 Suppl 1):S104-S125.

64. Kim JS, Lee K. The relationship of weight-related attitudes with suicidal behaviors in Korean adolescents. *Obesity* 2010;18:2145-2151.
65. Lansford JE, Malone PS, Castellino DR, Dodge KA, Pettit GS, Bates JE. Trajectories of internalizing, externalizing, and grades for children who have and have not experienced their parent's divorce or separation. *J Fam Psychol* 2006;20(2):292-301.
66. Roustit C, Chaix B, Chauvin P. Family breakup and adolescents' psychosocial maladjustment: public health implications of family disruptions. *Pediatrics* 2007;120(4):e984-e991.
67. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? *Rev Prat* 2005;55:1073-1077.
68. Rey C, Michaud PA, Narring F, Ferron C. Les conduites suicidaires chez les adolescents en Suisse : le rôle des médecins. *Arch pédiatr* 1997;4(8):784-792.
69. Fergusson DM, Horwood LJ, Ridder EM, Beautrais AL. Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychol Med* 2005;35:983-993.
70. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:386-405.
71. Colalillo S, Johnston C. Parenting Cognition and Affective Outcomes Following Parent Management Training: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2016;19(3):216-235.
72. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, Kelleher I, Sarchiapone M, Apter A, Balazs J, Bobes J, Brunner R, Corcoran P, Cosman D, Guillemin F, Haring C, Iosue M, Kaess M, Kahn JP, Keeley H, Musa GJ, Nemes B, Postuvan V, Saiz P, Reiter-Theil S, Varnik A, Varnik P, Carli V. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385(9977):1536-1544.

73. Hibell B, Andersson B, Bjarnason T, Ahlström S, Balakireva O, Kokkevi A, Morgan M. The Espad Report 2003. Alcohol and other drug use among students in 35 European Countries. Stockholm: The Swedish council for information on alcohol and other drugs (CAN), 2004.
74. Legleye S, Janssen E, Beck F, Chau N, Khlat M. Social gradient in initiation and transition to daily use of tobacco and cannabis during adolescence: a retrospective cohort study. *Addiction* 2011;106(8):1520-1531.
75. Kandel DB, Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescents: An empirical study. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:1205-1212.
76. Brunnet J, Sabiston CM, Chaiton M, Low NC, Contreras G, Barnett TA, O'Loughlin JL. Measurement invariance of the depressive symptoms scale during adolescence. *BMC Psychiatry* 2014;14:95.
77. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry* 2007;7:2.

VU

NANCY, le **4 septembre 2018**

Le Président de Thèse

NANCY, le **04 septembre 2018**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Bernard KABUTH

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10397bis

NANCY, le **7 septembre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RESUME

Les symptômes dépressifs (SD) sont fréquents et souvent associés aux comportements de suicide chez les plus jeunes adolescents. Les problèmes relationnels avec les parents sont également fréquents et peuvent favoriser les SD et le risque suicidaire des adolescents déprimés. Cette étude évaluait l'association entre les SD avec comportements suicidaires et les problèmes relationnels avec les parents chez les plus jeunes adolescents.

La population étudiée comprenait 1559 collégiens dans le Nord-Est de la France (âge moyen=13,5±1,3 ans). Ils remplissaient un auto-questionnaire recueillant : sexe, âge, caractéristiques socioéconomiques, performance scolaire, usage de substances, relations avec les parents, SD (échelle de Kandel), soin pour la dépression, idées de suicide durant les 12 derniers mois (IS), et les tentatives de suicide durant la vie (TS). L'analyse était limitée aux 1256 adolescents vivant avec les deux parents. Les données étaient analysées avec les modèles de régression logistique.

Les SD seuls, SD+IS et SD+TS affectaient respectivement 8,0, 2,5 et 3,9% des adolescents. Les relations négatives avec le père seulement, la mère seulement, et les deux parents affectaient respectivement 11,2, 6,1 et 10,9% des adolescents. Basé sur l'odds ratio ajusté sur le sexe et l'âge, les relations négatives avec le père seulement étaient associées respectivement à un risque de 3,2 et 4,6 fois plus élevé pour SD seuls et SD+TS ($p<0,001$). Celle avec la mère seulement était associée respectivement à un risque de 4,2, 12,9 et 14,3 fois plus élevé pour SD seuls, SD+IS et SD+TS ($p<0,001$). Les relations négatives avec les deux parents n'étaient pas associées à un risque plus élevé que celles avec la mère seulement. Ces risques étaient robustes et restaient élevés après ajustement sur les facteurs socioéconomiques, la performance scolaire, l'usage de substances, et le soin pour la dépression.

En conclusion, l'insatisfaction des adolescents des relations avec la mère, et à un degré moindre, celle avec le père sont fortement associées aux symptômes dépressifs seuls et plus fortement associées au cumul de ses symptômes avec les idées et tentatives de suicide. Les relations avec les parents devraient être prises en compte dans la prévention visant à réduire les symptômes dépressifs et les comportements de suicide.

MOTS CLÉS : Symptômes dépressifs, idée de suicide, tentatives de suicide, adolescents, relations avec les parents.

TITRE EN ANGLAIS : ASSOCIATION BETWEEN DEPRESSIVE SYMPTOMS WITH SUICIDE BEHAVIORS AND PERCEIVED RELATIONSHIP WITH PARENTS IN EARLY ADOLESCENTS

THESE MEDECINE GENERALE 2018

Université de Lorraine

Faculté de médecine Nancy
9, rue Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy
