



Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Hélène JOLY

Née le 17 août 1989 à LE MANS (72)

TITRE

Devenir des enfants et adolescents suicidants, un à deux ans après leur prise en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours : récurrence suicidaire, psychopathologie, observance et adhésion au suivi psychologique.

Présentée et soutenue publiquement le **16 Mars 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Paul BRUNAUT, Psychiatrie d'adultes, addictologie, MCU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Docteur Ugo FERRER CATALA, Pédiopsychiatrie, PH, CHU – Tours

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Alain CHANTEPIE
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie d'adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique

HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER AlexandraMédecine interne
BARBIER Louise.....Chirurgie digestive
BINET AurélienChirurgie infantile
BRUNAUT Paul Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès Biostat., informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas Cardiologie
DENIS Frédéric Odontologie
DOMELIER Anne-SophieBactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR DianeBiophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS GéraldinePédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-MarieAnatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GUILLEUX Valérie.....Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno Pédiatrie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste Radiologie pédiatrique
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille Médecine légale
ROUMY JérômeBiophysique et médecine nucléaire
SAUTENET BénédicteThérapeutique
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-LaureGénétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
NICOGLU Antonine Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine Médecine Générale
RUIZ Christophe Médecine Générale
SAMKO Boris Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS – INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
MAZURIER Frédéric Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

MAJZOUB Samuel..... Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A l'ensemble de mon jury de thèse et à mes Maîtres :

A Madame le Professeur Frédérique BONNET BRILHAULT,

Professeur des Universités en Physiologie à la Faculté de Médecine de Tours,

Chef de service du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie et du Centre de Ressource Autisme du CHRU de Tours.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Je vous remercie pour la qualité de vos enseignements, qui ont accompagné mes réflexions durant mon parcours d'interne et qui m'ont confortée dans le choix de ma spécialité. Veuillez trouver ici le témoignage de mon plus profond respect et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Vincent CAMUS,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours,

Chef de service de la Clinique Psychiatrique Universitaire du CHRU de Tours.

Je vous suis très reconnaissante d'avoir accepté de participer au jury de soutenance de thèse. Pour votre bienveillance et pour la qualité de l'enseignement que vous m'avez transmis, je vous fais part de de mes sincères remerciements et de mes sentiments respectueux.

A Monsieur le Docteur Paul BRUNAULT,

Maître de Conférences des Universités – Praticien hospitalier en Psychiatrie d'adultes, addictologie à la Faculté de Médecine de Tours,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, et pour votre bienveillance. Avec mon plus profond respect et ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Ugo FERRER-CATALA,

Praticien hospitalier au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie au CHRU de Tours.

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée en acceptant de diriger ce travail de thèse, de ta grande disponibilité, de tes conseils, toujours précieux et de tes encouragements.

Je te suis également reconnaissante pour la qualité de ta supervision clinique lors de mon stage d'interne en pédopsychiatrie de liaison, et la richesse des enseignements que tu m'as apportés dans le cadre du DES de Psychiatrie.

Je souhaite te témoigner ici ma sincère reconnaissance et mon amitié.

Je souhaite remercier chaleureusement et sincèrement les personnes qui ont contribué à ma formation et à ce travail

A mes maîtres d'internat, Monsieur le Dr Eric Boissicat, Monsieur le Dr Hubert Rabier, Monsieur le Dr Vincent Rouyer, Madame le Dr Chrystèle Bodier, Madame le Dr Marie-Christine Gailliard, Monsieur le Dr Mathieu Chicoisne, Monsieur le Dr Dominique Bardou, Madame le Dr Natacha Yarko. *Je vous remercie pour vos enseignements, vos conseils, et votre accompagnement dans l'apprentissage de la Psychiatrie, de l'Addictologie, et de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.*

J'adresse un grand merci aux équipes que j'ai côtoyées durant mon internat et qui ont contribué à ma formation, pour leur accueil, leur sympathie et leur engagement auprès des patients.

En particulier, à toute l'équipe du Centre Médico-Psychologique de Clocheville, *je vous remercie pour votre accueil chaleureux et votre soutien dans la réalisation de ce travail.*

A toute l'équipe de l'Institut Psychothérapique au Pin-en-Mauges, *je vous remercie pour la bienveillance et la richesse des questionnements cliniques et institutionnels qui nourrissent votre pratique, et que vous avez à cœur de transmettre.*

A toute l'équipe de Pédopsychiatrie Est du Centre de Santé Mentale Angevin, *pour le dynamisme mais aussi la bienveillance et le sens clinique que vous savez mettre au service des enfants et de leurs familles. Merci également pour votre amitié et vos encouragements.*

Je tiens enfin à remercier les enfants et leurs familles, auprès desquels j'ai beaucoup appris. Eux aussi ont contribué, d'une certaine manière, à ce travail.

Je tiens également à remercier mes proches, ma famille, mes amis

A mes parents, pour votre soutien, votre affection, et l'esprit (parfois trop) critique que vous m'avez appris à cultiver.

A Paul et Sarah, pour votre (généralement) bonne humeur et présence, même à distance.

A mes grand-mères, vous m'avez chacune transmis votre intérêt pour les choses simples, la nature, la lecture, les confitures.

A la mémoire de mes grand-pères : Louis, qui m'a appris parmi d'autres choses, la patience de l'observation, de l'écoute ; et Max, que je n'ai pas connu mais dont la vie mise en récit a marqué mon esprit.

A Thomas, tu as su surmonter l'épreuve de la patience à mes côtés.

A Nicole, Geneviève, Marie-Laure et Dédé, merci pour votre soutien et vos encouragements.

A mes amies de longue date, restées présentes et soutenantes durant toutes ces années d'étude, **Anne-Marie, Apolline, Aurore, Audrey, Agathe, Aurélie, Aude**.

A Maïlys, Charles, Marco, Laura, Julian, Jacques-Alexis, Jérémy, Adélise, Camille, et aux autres chouettes personnes rencontrées durant mon internat.

RESUME

Ce travail a pour objectif de mieux appréhender les caractéristiques des jeunes suicidants pris en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours, ainsi que leur devenir en termes de récurrence suicidaire, de psychopathologie, et d'observance de la prise en charge post-hospitalière, un à deux ans après la tentative de suicide (TS) index.

Tous les patients inclus (n = 44), âgés en moyenne de 14,2 (+/- 1) ans, ont bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique lors de la prise en charge initiale à l'hôpital pédiatrique, d'une durée moyenne de 3,4 jours. La récurrence suicidaire a concerné deux patientes (4,5%), et treize autres jeunes (30%) ont été réadmis à l'hôpital pour autre motif psychiatrique sur la période étudiée, dont huit présentant une recrudescence des idées suicidaires. Ces données recueillies rétrospectivement à partir des dossiers, ont été complétées à l'aide d'auto- et d'hétéro- questionnaires standardisés (STAIC-C, CDI, CBCL) et non standardisés, adressés un à deux ans après la TS index aux patients inclus et à leurs parents. Parmi les répondants (n = 11), deux jeunes avaient refusé la mise en place ou la reprise d'un suivi psychologique ambulatoire, et le suivi s'était interrompu précocement pour quatre autres jeunes. Notre enquête n'a pas révélé la survenue de récurrences suicidaires autres que celles que nous avons identifiées à l'examen rétrospectif des dossiers.

Cette étude met en lumière la complexité des facteurs individuels et environnementaux, des processus psychopathologiques et des enjeux relationnels pouvant sous-tendre aussi bien le passage à l'acte suicidaire, que l'observance et l'adhésion au suivi psychologique ambulatoire. Elle souligne ainsi l'importance des dispositifs ou réseaux développés à l'échelle des départements, permettant une approche plus systématique dans l'articulation des prises en charge hospitalière et post-hospitalière au décours d'une tentative de suicide, en visant un maintien actif du lien avec les jeunes suicidants et leur entourage par les professionnels, mais aussi en prêtant une attention particulière à la singularité de chaque situation.

Mots clés : Tentatives de suicide, Enfants, Adolescents, Suivi ambulatoire, Observance, Adhésion, Récurrences, Psychopathologie

ABSTRACT

The objective of this study is to better understand the characteristics of young patients under observation in the paediatric department of the CHRU of Tours, as well as their post-discharge development over a 1-2 year period in terms of recurrence, psychopathology and compliance with outpatient follow-up.

All patients in this study (n = 44), mean age 14.2 (+/- 1), received a paedopsychiatric evaluation right after admission to the paediatric hospital, where they stayed in care for 3-4 days on average. Two patients (4.5%) attempted suicide over the studied period, and thirteen others (30%) were readmitted to hospital for other psychiatric conditions, including suicide ideation recurrence in eight cases. The retrospective data collected from patients records were complemented by standardised (STAIC-C, CDI, CBCL) and non-standardised questionnaires, which were sent to the patients and their families one to two years after index SA. Among respondents (n = 11), two patients refused to start any psychological follow-up, and four others discontinued outpatient treatment prematurely. The survey did not find any SA recurrence that did not appear in patient records.

This study highlights the complexity of individual and environmental factors, psychopathological processes and relational issues underlying suicidal acts, compliance and adherence to outpatient follow-up. It underlines the essential role of care facilities or networks that are deployed on regional scale, allowing a systematic approach to hospital and post-hospital care so as to prevent SA recurrence. Maintaining contact with suicidal youths and their families appears to be a key point, as well as striving to offer personalised support in each individual situation.

Key words: Suicide attempt, Children, Teenagers, Outpatient follow-up, Compliance, Adherence, Recurrence, Psychopathology

TABLE DES MATIERES

RESUME	10
ABSTRACT	11
INTRODUCTION.....	15
I. REVUE DE LA LITTERATURE	15
1. Données épidémiologiques.....	15
2. Psychopathologie et facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent	16
3. Enjeux pronostiques liés aux tentatives de suicides en population pédiatrique	21
4. Modalités et enjeux de la prise en charge après une tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent	25
5. Le problème de l'adhésion des jeunes suicidants aux soins post-hospitaliers	28
II. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE TRAVAIL.....	31
1. Problématique	31
2. Objectif principal.....	31
3. Objectifs secondaires	32
MATERIEL ET METHODE.....	32
I. POPULATION	32
1. Critères d'inclusion.....	32
2. Critères d'exclusion.....	32
II. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES	32
1. Procédure	32
2. Données recueillies de manière rétrospective	33
3. Données recueillies de manière transversale à T1.....	34

4. Analyse des données.....	37
5. Autorisations	37
RESULTATS	38
I. FLOW-CHART	38
II. CARACTERISTIQUES INITIALES A T0.....	38
1. Caractéristiques démographiques et psychosociales.....	38
2. Antécédents personnels et comorbidités	41
3. Caractéristiques du geste suicidaire	43
4. Caractéristiques de la prise en charge hospitalière	46
III. EVOLUTION A T1.....	47
1. Données recueillies à partir des dossiers	47
2. Données recueillies auprès des jeunes suicidants et de leurs parents par le biais des questionnaires non standardisés	49
3. Données recueillies auprès des jeunes suicidants et de leurs parents par le biais des questionnaires standardisés.....	55
DISCUSSION	56
I. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE	56
1. Taux de réponse et comparabilité des répondants à l'ensemble de la population de l'étude.....	56
2. Caractéristiques initiales	56
3. Evolution à T1	59
II. INTERETS ET LIMITES	61
1. Intérêts.....	61
2. Limites.....	64

CONCLUSION	66
ANNEXES.....	67
ANNEXE 1 : Codes de la Classification Internationale des Maladies – dixième révision (CIM-10) pour les lésions auto-infligées.	67
ANNEXE 2 : Courrier adressé aux patients et à leurs parents	68
BIBLIOGRAPHIE	84
LISTE DES ABREVIATIONS	89

INTRODUCTION

I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

1. Données épidémiologiques

De nombreux articles et ouvrages ont été publiés au sujet des conduites suicidaires chez les jeunes mais en comparaison, il existe relativement peu d'études chez les enfants et adolescents de moins de 15 ans, généralement pris en charge par les pédiatres et les pédopsychiatres. De plus, les modes de recueil des données diffèrent d'une source à une autre, ce qui rend leur analyse difficile (Giraud et al., 2013 ; de Tournemire, 2010).

Cette relative pauvreté de la littérature concernant les conduites suicidaires des plus jeunes, est à relier à une prévalence plutôt faible chez les enfants et préadolescents, comparée à celle retrouvée pour les autres classes d'âge. Cependant, les conduites suicidaires de l'enfant passent trop souvent pour des accidents et leur fréquence est donc sous-estimée. Par ailleurs, certains auteurs soulignent les spécificités des conduites suicidaires chez l'enfant, notamment la létalité plus grande du fait des moyens utilisés, avec une moindre proportion d'intoxications médicamenteuses volontaires, et une proportion plus élevée de garçons, avec un sex ratio proche de 1 (Berthod et al., 2013 ; Sarkar et al., 2010 ; Stordeur et al., 2015). Enfin, comme le souligne Cyrulnik (2011), la survenue d'un geste suicidaire chez l'enfant ou le jeune adolescent a une signification qu'il ne faut pas négliger.

1.1. Tentatives de suicide

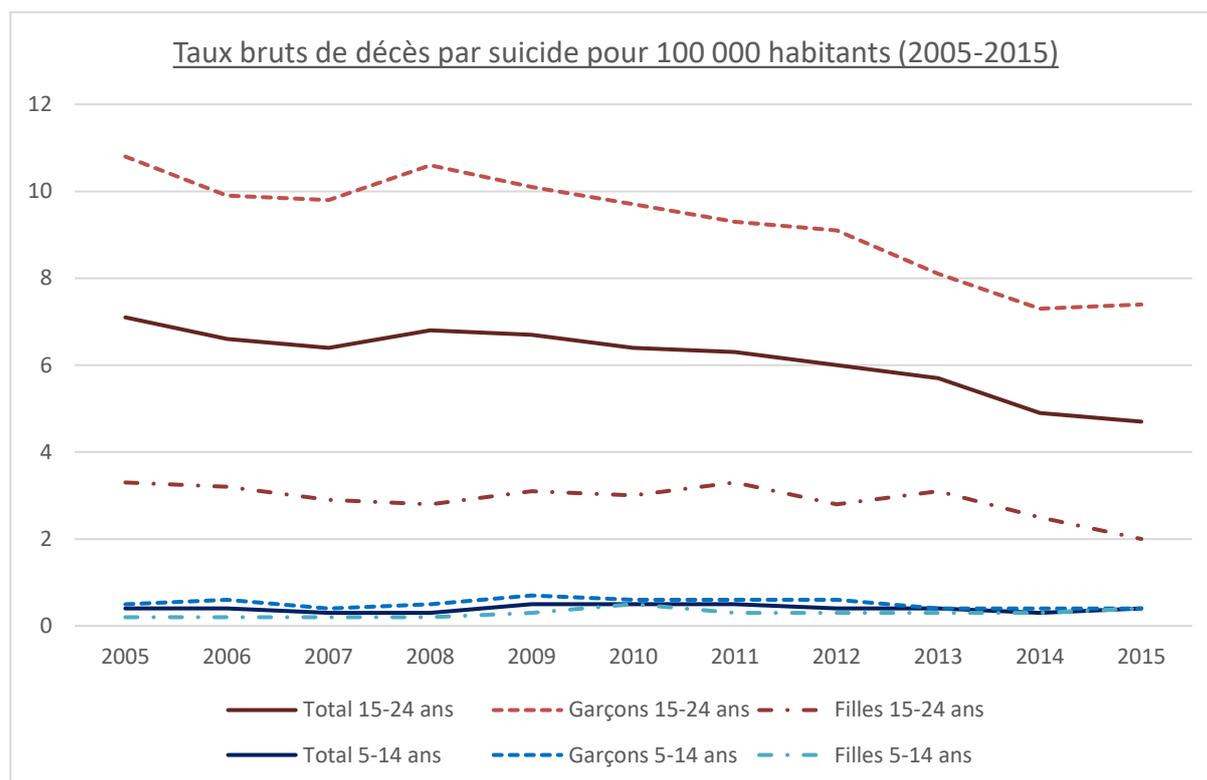
D'après l'Observatoire National du Suicide (ONS), s'appuyant sur les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (PMSI-MCO), les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (TS) sont relativement stables entre 2013 et 2015 chez les enfants et adolescents, sauf pour les filles âgées de 10 à 14 ans : ils oscillent autour de 3 ou 4 pour 10 000 garçons chez les 10-14 ans, alors que chez les 15-19 ans, ces chiffres se situent autour de 12 ou 13 pour 10 000 garçons, et de 38 ou 39 pour 10 000 filles ; chez les filles âgées de 10 à 14 ans, les taux d'hospitalisation pour TS ont varié, entre 2013 et 2015, de 15 à 20 pour 10 000 (ONS, 2018).

Ces données relatives aux hospitalisations n'appréhendent cependant qu'une partie du phénomène. En effet, le rapprochement des différentes sources fait apparaître, dans les enquêtes, une proportion de jeunes déclarant une tentative de suicide plus élevée que celle des jeunes hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide. Ainsi, selon les données de l'enquête Escapad 2008, seul un quart des TS déclarées au cours de la vie par les jeunes de 17 ans avaient donné lieu à une hospitalisation (Peyre et al., 2014); ces données sont complémentaires d'une enquête transversale menée en France en 2013 sur 15235 jeunes âgés de 11 à 23 ans, révélant que 7,8 % des adolescents interrogés avaient fait au moins une TS (Jousselme et al., 2015).

1.2. Suicides

Concernant les suicides aboutis en France, 357 jeunes âgés de 15 à 24 ans et 31 de moins de 15 ans sont décédés par suicide en 2015 selon les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm). L'analyse des statistiques du CépiDc-Inserm concernant l'évolution des taux bruts de décès par suicide entre 2005 et 2015, montrent que ceux-ci restent stables (autour de 0,4 pour 100 000) chez les 5-14 ans, alors qu'ils diminuent régulièrement chez les 15-24 ans, passant de 7,1 en 2005 à 4,7 pour 100 000 en 2015 (**Figure 1**).

Figure 1 : Taux bruts de décès par suicide pour 100 000 habitants (2005-2015)



Source : CépiDc-Inserm, 2019. <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>

De même que pour les tentatives de suicide, il y aurait pour les décès par suicide une sous-estimation non négligeable de leur fréquence, liée à une sous-déclaration, estimée à 9,4 %. En effet, plusieurs enquêtes ont mis en évidence qu'un quart des décès reliés à des « causes inconnues » ou à des « traumatismes indéterminés quant à l'intention » étaient en réalité des suicides (Chan-Chee and Jezewski-Serra, 2011 ; Jouglu et al., 2002 ; de Tournemire, 2010).

2. Psychopathologie et facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent

Malgré la complexité du phénomène suicidaire, nécessitant une compréhension dynamique des processus psychopathologiques, des enjeux relationnels et de leurs interactions réciproques à l'œuvre chez un sujet donné, un certain nombre de facteurs de risque de conduites suicidaires individuels, ou liés à l'environnement familial et social, a pu être identifié dans le cadre de recherches menées auprès de populations d'adolescents. La problématique

suicidaire chez l'enfant se distingue de celle des adolescents par les caractéristiques du geste lui-même, mais aussi par le poids des différents facteurs de risque. Ainsi, plusieurs études ont montré que si les facteurs de risque de conduite suicidaire sont communs aux enfants, aux adolescents et aux adultes, leur poids respectif n'est pas identique.

2.1. Facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez l'adolescent

a. Facteurs de risque individuels

Parmi les facteurs de risque individuels, les antécédents de tentative de suicide et l'existence d'un trouble dépressif sont les plus fortement associés à la survenue de conduites suicidaires (Evans et al., 2004 ; Janssen et al., 2019 ; Nruham et al., 2008 ; du Roscoät et al., 2016). Une association directe a également été retrouvée avec la plupart des autres comorbidités psychiatriques (Evans et al., 2004), notamment les troubles liés à l'usage de tabac, d'alcool et de substances illicites (Evans et al., 2004 ; Janssen et al., 2019 ; du Roscoät et al., 2016), et dans une moindre mesure les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques, les troubles du comportement alimentaire, et les troubles des conduites (Evans et al., 2004).

L'ensemble de ces facteurs de risque est similaire à ceux retrouvés chez les adultes, bien que, comme le soulignent Paradella et al. (2008), la prévalence des comorbidités psychiatriques, y compris les troubles dépressifs, soit globalement moins élevée chez les adolescents en comparaison aux adultes hospitalisés pour TS. *A contrario*, ces auteurs ont retrouvé une proportion plus importante d'adolescents suicidants ayant reçu le diagnostic de trouble de l'adaptation ou bien ne présentant aucune comorbidité psychiatrique, en comparaison aux adultes suicidants.

Quant aux troubles anxieux, une association est également retrouvée avec la survenue de TS à l'adolescence, mais la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que cette association semble indirecte, pouvant être liée à d'autres comorbidités telles que la dépression (Evans et al., 2004 ; Hill et al. 2011). Ohring et al. (1996), en recherchant de manière distincte l'anxiété-trait et l'anxiété-état au sein d'une population d'adolescents suicidants, montraient que la première semblait être un facteur de risque de TS indépendant, tandis que la seconde semblait être un facteur de risque de TS seulement lorsqu'elle était associée à la dépression.

D'autres études ont retrouvé des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire plus spécifiques à la population adolescente, comme le fait de présenter des conduites auto-mutilatoires répétées (Grandclerc et al., 2016), ou l'existence d'un trouble déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité (TDA/H) (Donath et al., 2014). Une étude plus récente a montré que l'association entre TDA/H et suicidalité n'était significative que chez les garçons (Forte et al., 2019).

Les facteurs psychologiques, émotionnels ou cognitifs pouvant être associés aux conduites suicidaires, tels qu'une faible estime de soi (Cha et al., 2018), l'insatisfaction liée à l'image du corps (Janssen et al., 2019 ; du Roscoät et al., 2016) ou l'impulsivité (Cha et al., 2018 ; Evans et al., 2004 ; McHugh et al., 2019) ont par ailleurs été explorés dans le cadre d'un certain nombre d'études. McGirr et al. (2008) ont cherché à mettre en lumière spécifiquement les facteurs de risque de suicide abouti, et ont montré que les antécédents de comportements impulsifs-agressifs majoraient ce risque chez les sujets les plus jeunes.

Enfin, les dysfonctionnements neurobiologiques qui semblent impliqués dans la survenue de conduites suicidaires chez l'adulte (ONS, 2016) pourraient être similaires chez les adolescents (Cha et al., 2018), mais les travaux restent à ce jour peu nombreux. Chez l'adulte, les recherches ont notamment montré l'implication de la dysrégulation du système sérotoninergique et de l'hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, et tenté d'identifier leurs corrélats physiologiques, marqués notamment par l'augmentation de médiateurs pro-inflammatoires (Courtet et al., 2016), mais aussi génétiques (Courtet et al., 2004) et épigénétiques (McGowan et al., 2009).

b. Facteurs de risque liés à l'environnement familial et social

Les facteurs interpersonnels liés à la suicidalité adolescente sont multiples, et l'intrication fréquente de plusieurs facteurs chez un même individu rend leur analyse complexe à l'échelle d'une population. Malgré cette complexité, le poids des différents types de maltraitance subie dans l'enfance apparaît assez clairement au travers d'un nombre d'études relativement important. L'impact des abus sexuels a été le plus largement étudié (Cha et al., 2018 ; Evans et al., 2004 ; King and Merchant, 2008 ; Miller et al., 2013), mais les violences physiques et psychologiques subies de manière répétée dans l'enfance, ainsi que la négligence (Castellví et al., 2017 ; Cha et al., 2018 ; Evans et al., 2004 ; King and Merchant, 2008 ; Miller et al., 2013), ou encore l'exposition à d'autres types de violence, tels la persécution par les pairs notamment dans le cadre du harcèlement scolaire (Cha et al., 2018), ou la violence communautaire (Castellví et al., 2017) sont également associées aux conduites suicidaires chez les adolescents.

L'exposition aux suicides ou tentatives de suicide de proches, survenant au sein de la famille mais aussi au sein du groupe de pairs (Cha et al., 2018 ; Evans et al., 2004) est elle aussi un facteur de risque de conduite suicidaire avéré, lié à l'environnement des adolescents. Le phénomène de contagion suicidaire, ainsi que l'influence des médias traditionnels puis des réseaux sociaux sur ce phénomène, ont fait l'objet au cours des deux dernières décennies d'un certain nombre de recherches et de recommandations visant à en limiter l'impact (Cha et al., 2018 ; Hawton et al., 2020).

Certains aspects du contexte familial, comme le fait de vivre éloigné d'un parent voire de ses deux parents, la séparation des parents et/ou un climat familial conflictuel (Donath et al., 2014 ; Evans et al., 2004 ; Nrugham et al., 2008) ont également été décrits comme associés à la survenue de conduites suicidaires à l'adolescence. Les résultats de l'enquête Escapad 2017, menée auprès d'un large échantillon d'adolescents français en population générale (Janssen et al., 2019) ont permis de souligner la corrélation des TS avec la structure familiale : les adolescents issus de familles recomposées ou monoparentales déclaraient en effet davantage de TS que les adolescents issus de familles nucléaires. Toutefois, d'autres travaux ont suggéré que les conflits entre les parents étaient davantage prédictifs de conduites suicidaires chez les enfants, que ne l'étaient les séparations ou divorces (Consoli et al., 2013 ; Kelly, 2000).

L'impact sur la suicidalité adolescente de la psychopathologie parentale, notamment la dépression et les troubles liés à l'usage de toxiques, ainsi que les événements familiaux adverses (décès, maladie grave d'un proche) est plutôt bien documenté (Brent, 1995 ; Santana et al., 2015), malgré des données parfois contradictoires (Conner et al., 2014). L'influence de la qualité des relations parent-enfant, appréciée notamment au travers de la qualité de l'attachement, de l'ajustement relationnel, ou de la communication (Consoli et al., 2013 ; Donath et al., 2014 ; Miller et al., 2015), reste quant à elle plus délicate à analyser. Les revues de la littérature qui ont tenté de synthétiser les résultats (Evans

et al., 2004 ; King and Merchant, 2008) ont relevé l'hétérogénéité des travaux menés dans ce domaine, en partie liée à la complexité de facteurs de médiation éventuels. Une étude récente a notamment suggéré que la dépression chez les adolescents pourrait avoir un rôle de médiation dans l'influence de la qualité des relations parent-enfant et du climat intra-familial sur la suicidalité adolescente (Ruiz-Robledillo et al., 2019).

De même, un certain nombre d'études a mis en évidence qu'un faible soutien par ses pairs perçu par l'adolescent, était un facteur de risque associé aux conduites suicidaires (Cha et al., 2018 ; Consoli et al., 2013 ; King and Merchant, 2008 ; Miller et al., 2015). Certaines études ont par ailleurs établi un lien entre suicidalité et difficultés scolaires : ainsi, les travaux menés par Janssen et al. (2019) montraient que les adolescents ayant redoublé ou en situation de décrochage scolaire déclaraient davantage de TS. Ces résultats étaient similaires à ceux déjà retrouvés lors de l'enquête Escapad 2008 (du Roscoät et al., 2016).

Enfin, les difficultés socio-économiques ne semblent pas influencer sur la suicidalité adolescente, ce qui contraste avec la corrélation établie en population adulte entre conduites suicidaires et milieu socio-économique défavorisé (Evans et al., 2004). Toutefois, certains aspects spécifiques impactant le niveau d'intégration sociale, tels qu'un parcours de migration familiale (Donath et al., 2014), et/ou l'appartenance à certaines minorités faisant l'objet de persécutions et/ou d'un manque de reconnaissance à travers la législation du pays où ils vivent (Evans et al., 2004 ; Cha et al., 2018), semblent corrélés à une majoration de la suicidalité chez les adolescents.

c. Aspects psychopathologiques de la crise suicidaire à l'adolescence

La plupart des travaux portant sur ces aspects psychopathologiques ont souligné le rôle de la puberté comme facteur de vulnérabilité de l'individu, ce qui peut se traduire par des conduites suicidaires plus fréquentes à l'adolescence, mais aussi par des comportements à risque sous-tendus par une tendance à l'auto-destruction.

Jeammet (2002) questionne ce « désir de mort » paraissant à l'œuvre chez l'adolescent suicidant, mais qui peut aussi paradoxalement être compris comme un « désir de vie » : *« l'acte suicidaire est le plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable plus que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort. C'est fréquemment pour l'adolescent le moyen d'éviter sa dépendance, de reprendre un rôle actif et de rester maître de lui. Il y a électivement à l'adolescence, en raison de la réactualisation des conflits d'identification, et des problématiques précoces de séparation et d'individuation, une réactivation des processus psychiques archaïques par lesquels l'adolescent aspire à se confondre avec l'environnement et se sent en même temps et de ce fait le jouet de cet environnement. Dans ces cas-là, le recours aux attaques du corps propre devient un moyen de marquer la limite et de se réapproprier son corps. Le paradoxe c'est que l'acte suicidaire à cet âge peut être avant tout l'expression d'un désir d'affirmation de soi et d'échapper à ce qui est ressenti comme l'emprise des autres sur soi. »*

Jeammet et Birot (1995), s'étaient déjà intéressés aux facteurs psychologiques de vulnérabilité susceptibles de favoriser l'émergence d'une crise suicidaire chez certains adolescents : leurs travaux avaient fait ressortir une vulnérabilité narcissique particulière de la majorité des suicidants comparés pourtant à d'autres adolescents consultant en psychiatrie et présentant eux-mêmes déjà une certaine vulnérabilité narcissique. Jeammet (2002) revient sur la notion de « *vulnérabilité narcissique* » : celle-ci s'étaye de « *l'ensemble des données tirées des entretiens cliniques et des tests projectifs qui traduisaient des troubles dans l'organisation et la cohésion de l'image de soi, une*

mésestime de soi, une insécurité interne, un manque de confiance en soi et dans les autres. [...] Cette fragilité narcissique rend compte, pour une grande part, de l'incapacité particulière chez ces individus à supporter la perte ou la séparation, comme du réveil des conflits à l'adolescence et de la potentialité désorganisante du fantasme. L'importance de la fragilité des suicidants confère donc paradoxalement un rôle essentiel aux relations. Celles-ci doivent en effet assurer le soutien narcissique défaillant au niveau interne alors que cette défaillance même vulnérabilise l'adolescent aux conflits et le sensibilise aux moindres variations de la distance relationnelle comme aux déceptions ».

On entrevoit à la lumière de ces citations les apports de l'analyse des processus psychopathologiques, pour mieux comprendre comment certains facteurs individuels, environnementaux, et relationnels peuvent s'articuler entre eux et majorer le risque de passage à l'acte suicidaire chez certains adolescents en réaction à tel ou tel événement du quotidien. L'événement en question (conflit, séparation, perte, déception...) agira alors comme un facteur précipitant chez ces individus déjà fragilisés.

Jeammet (2016), insiste enfin sur le caractère toujours « *anormal* » des gestes suicidaires à l'adolescence, même en l'absence de comorbidité psychiatrique. Ces gestes révèlent au minimum une faiblesse des mécanismes qui participent au travail d'élaboration et de contention psychique, et ne peuvent selon cet auteur pas être simplement mis sur le compte de la « *crise d'adolescence* » : « *une conduite suicidaire, aussi minime soit-elle, en apparence et quant à ses conséquences physiques, ne peut être considérée comme une réponse normale aux conflits de l'adolescent. Elle est doublement "anormale" : d'abord, parce qu'à une situation conflictuelle, peut-être par elle-même normale, l'adolescent répond par une conduite agie et non par une réflexion et un travail d'élaboration mentale de ses conflits ; ensuite parce que cette réponse agie l'est dans un sens destructif, ce qui signifie que cet adolescent, d'une part, est mal armé pour faire face aux frustrations, aux tensions et aux situations difficiles, et d'autre part, ne s'aime pas et ne se respecte pas suffisamment pour pouvoir prendre soin de lui et veiller sur son corps. Il y a là le signe d'une haine et d'une violence retournées contre lui et plus spécifiquement contre son corps, lesquelles sont préoccupantes pour l'avenir et justifient de l'aider afin qu'il acquière une autre vision de lui-même ».*

2.2. Psychopathologie et facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez l'enfant et le pré-adolescent

La littérature faisant état des facteurs de risque associés aux conduites suicidaires chez les enfants et les pré-adolescents reste à ce jour peu étoffée, comparativement aux facteurs de risque décrits chez les adolescents.

Chez l'enfant de moins de 13 ans, un antécédent de conduite suicidaire, les troubles relationnels, les facteurs familiaux et les événements de vie négatifs (trouble psychiatrique ou trouble lié à l'usage de toxiques d'un parent, décès d'un parent, adoption, maltraitance, environnement familial violent ou carencé) sont les principaux facteurs de risque (Baux-Cazal et al., 2017 ; Cyrulnik, 2011 ; de Sousa et al., 2017). Contrairement à ce qui est décrit chez l'adulte et les adolescents plus âgés, les conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans ne sont la plupart du temps (dans plus de 70 % des cas) pas rattachées à une pathologie psychiatrique (Delamare et al., 2007 ; Tishler et al., 2007). Dans le cas où une pathologie psychiatrique est diagnostiquée, un TDA/H, un trouble dépressif ou un trouble de l'adaptation sont les plus fréquemment retrouvés (Delamare et al., 2007 ; de Sousa et al., 2017). Certains auteurs ont également mis en évidence que les enfants qui présentaient des conduites suicidaires étaient globalement plus impulsifs,

nerveux, préoccupés, sensibles à la critique, mais également plus méfiants que leurs pairs, et qu'ils avaient davantage tendance à s'isoler (Cyrulnik, 2011 ; de Sousa et al, 2017).

Concernant les suicides aboutis, Grøholt et al. (1998) en ont analysé les facteurs de risque de manière séparée chez les enfants et jeunes adolescents (âgés de moins de 15 ans) d'une part, et chez les adolescents plus âgés (15 à 19 ans) d'autre part. Un diagnostic psychiatrique était présent chez 77 % des adolescents de 15 ans et plus, contre 43 % chez les moins de 15 ans. Les troubles de l'humeur et les troubles du comportement apparaissaient comme un facteur de risque de suicide abouti chez les sujets âgés de moins de 15 ans, mais avec des odds ratio moins élevés que chez les adolescents plus âgés. A l'inverse, le fait de ne pas vivre chez ses deux parents biologiques semblait peser davantage sur le risque de suicide abouti chez les plus jeunes.

Delamare et al. (2007) mettent en avant l'importance d'une compréhension psychodynamique des conduites suicidaires chez l'enfant, celles-ci venant « *signifier un vécu existentiel dépressif, sur fond de grande fragilité narcissique, lié le plus souvent à un contexte environnemental particulier* ». Ces auteurs soulignent que « *ces enfants ont vécu un nombre important et répété de pertes réelles ou symboliques* », expliquant l'importance des enjeux relationnels voire systémiques sous-tendant les passages à l'acte suicidaires de l'enfant, lesquels « *constituent souvent un comportement adaptatif pathologique en miroir à un dysfonctionnement grave des interactions familiales* ».

Cyrulnik (2011), reconnaît quant à lui le rôle de l'environnement familial et social comme pouvant favoriser la survenue de conduites suicidaires, mais le nuance en rappelant la dimension subjective du vécu d'insécurité affective chez un enfant. Il souligne en effet que ce vécu n'est pas toujours directement lié à la réalité du contexte de vie actuel de l'enfant, tout en insistant sur le rôle déterminant de la qualité des interactions précoces dans la construction psycho-affective de l'enfant : « *L'auto-agression d'un jeune est souvent adressée à une personne dont il revendique l'affection. Ce qui ne veut pas dire que ces enfants n'ont pas été aimés. Leur carence affective subjective provient souvent d'un appauvrissement précoce de la niche sensorielle, à cause d'une maladie organique, d'un malheur familial ou d'une désorganisation sociale. Toutes ces causes hétérogènes confluent vers l'entourage sensoriel de l'enfant, appauvrissent la niche et imprègnent dans sa mémoire un style affectif qui peut l'entraîner vers une carence affective subjective. L'enfant se sent mal aimé, alors qu'il est entouré de parents affectueux* ».

3. Enjeux pronostiques liés aux tentatives de suicides en population pédiatrique

3.1. Récidives à court, moyen et long terme

Le principal enjeu pronostique dans les suites d'une TS est la récurrence suicidaire, celle-ci étant associée à une majoration de la mortalité (Hawton et al., 2012 ; Ligier et al., 2015). Une étude réalisée en France auprès d'adolescents suicidants montrait qu'un tiers d'entre eux avaient récidivé une ou plusieurs fois dans les 5 années suivant la TS index, sachant que la récurrence avait eu lieu dans les 6 premiers mois pour 34% des récidivistes (Laurent et al., 1998). Cette même étude retrouvait un taux de décès de 2% à 5 ans dans le groupe des suicidants (dont la moitié par suicide) contre 0,9% dans le groupe contrôle ($p > 0,05$). Dans une étude menée en Suède sur 1727 adolescents suicidants avec une période de suivi allant de 10 à 13 ans, les patients suicidants présentaient eux aussi des taux de décès supérieurs à ceux des sujets contrôles (Otto, 1972).

Dans une étude de Consoli et al. (2015), 14% des 107 adolescents suicidants qui avaient pu être évalués à 6 mois (sur 167 initialement) avaient récidivé. Giraud et al. (2013) retrouvaient un taux de récurrence similaire (15 %) dans l'année suivant la TS index, alors que dans une recherche menée par Kurzenne (2014), 39% des patients avaient récidivé un an après la TS index (28% dans les 3 premiers mois, et 11% entre 3 mois et 1 an).

On retrouve quelques études apportant des données sur les taux de récurrence à plus long terme, bien que celles-ci puissent être biaisées par une part plus importante de perdus de vue. Ainsi, dans le cadre d'une étude menée en Norvège auprès de 71 adolescents suicidants, 44% des sujets avaient réalisé au moins une récurrence suicidaire à 9 ans de la TS index (Grøholt and Ekeberg, 2009). Dans une étude similaire menée en France, 24% des 29 sujets ayant répondu aux questionnaires, 10 ans après la TS index, déclaraient avoir refait une ou plusieurs TS sur cette période (Ligier et al., 2009).

3.2. Impact de la survenue de TS à l'adolescence sur le devenir psychosocial

Plusieurs recherches se sont intéressées au devenir des adolescents suicidants plusieurs années après la survenue du passage à l'acte, en portant l'accent sur des aspects psychologiques, tels que le bien-être, la maladie mentale, le recours aux soins psychiques, ou bien sur des aspects sociaux, tels que le niveau scolaire ou l'insertion professionnelle (Laurent et al., 1998 ; McDonald et al., 2009 ; Nrugham et al., 2015). Bien que ces études portent sur des populations, des critères et des durées hétérogènes, elles tendent à montrer que ces adolescents suicidants, devenus adultes, présentent davantage de risque de développer des troubles psychiques, en particulier la dépression. Ils sont également plus exposés au risque de troubles liés à l'usage de tabac, alcool et produits illicites. Au niveau social, c'est surtout le domaine de la scolarité qui est touché chez ces sujets.

L'étude de Laurent et al. (1998) montrait également qu'en comparaison du groupe contrôle à 5 ans de la TS index, les hospitalisations en psychiatrie et les contacts avec les services judiciaires étaient supérieurs chez les adolescents suicidants. Dans une étude portant sur le devenir d'une cohorte d'adolescents suicidants norvégiens sur une période de 5 à 6 ans (Nrugham et al., 2015), les sujets ayant réalisé une TS avant 14 ans avaient plus de risque que leurs pairs de présenter un syndrome de stress post-traumatique, de connaître des ruptures dans le cadre professionnel, scolaire ou des loisirs, et de rencontrer les services de l'aide sociale à l'enfance entre 15 et 20 ans.

Ligier et al. (2009) soulignent en conclusion de leur étude, que si pour la majorité des adolescents la survenue d'une TS semble avoir été incluse dans le processus complexe de l'adolescence et ne pas avoir grevé leur évolution ultérieure, cependant, moins d'un quart des anciens suicidants ont connu une évolution moins favorable sur le plan social, familial et psychologique. Ainsi, les auteurs retrouvaient chez les répondants à 10 ans de la TS d'inclusion, un taux de dépression à 29%, bien supérieur à celui de leurs pairs. Les anciens suicidants présentaient de même davantage d'idées suicidaires que leurs pairs (14% versus 5%) et avaient fait davantage de tentatives de suicide (27% versus 0,3%). Leur devenir social était plus défavorable, pour ceux qui rapportaient des antécédents psychiatriques personnels lors de la TS index.

Par ailleurs, le risque de récurrence suicidaire à 10 ans était associé à la récurrence dite précoce (récurrence dans l'année suivant la TS d'inclusion) avec un odds ratio de 2,3 (IC 95%=1,1-4,9), ainsi qu'à un moins bon niveau scolaire avec un

odds ratio de 0,37 (IC 95%=0,19-0,45) (Ligier et al., 2009). De même, Wong et al. (2008) soulignent la valeur péjorative de la récurrence qui a lieu dans l'année suivant la TS index : cette récurrence précoce prédirait en effet sur cette année l'absence d'amélioration des troubles thymiques, des troubles anxieux, des consommations de toxiques.

3.2. Le « *crescendo model of suicidality* »

Clark et al. (1989) ont exploré deux hypothèses alternatives visant à relier les antécédents de tentatives de suicide à la survenue d'une ou plusieurs récurrences chez un même sujet. L'hypothèse « *trait* », impliquerait que les individus « suicidaires » (ou ayant un « trait » suicidaire) présentent un risque constant de passer à l'acte, quels que soient leurs antécédents de TS. À l'inverse, selon l'hypothèse « *crescendo* », le risque de passage à l'acte suicidaire se trouverait majoré chez un même individu, au fil des récurrences. Cette hypothèse aussi appelée « *crescendo model of suicidality* » sous-tend l'idée que la répétition dévaluerait la gravité de l'acte aux yeux du suicidant, et le rendrait donc plus facilement réalisable d'une fois à l'autre. Le « *crescendo model of suicidality* » a d'abord été établi à partir d'études portant sur des populations adultes. Plus récemment, Wong et al. (2008) s'y sont intéressés dans leur étude portant sur une population adolescente chinoise.

Joiner et al. (2005) ont par ailleurs suggéré que dans les suites d'une TS, les mécanismes qui prévenaient jusque-là un éventuel passage à l'acte chez un individu, tels que la peur, devenaient moins effectifs du fait d'un phénomène d'habituation. Il pourrait également exister un effet négatif du passage à l'acte lui-même sur l'environnement ainsi que sur l'individu, par exemple en accentuant le rejet, l'incompréhension ou la distance de l'entourage à l'égard du suicidant, ou bien en majorant la tendance au retrait relationnel, le sentiment de culpabilité du suicidant, ou encore en altérant l'estime de soi chez ce dernier. Ces effets négatifs seraient susceptibles d'altérer le support social et d'accroître le vécu d'isolement et de détresse du suicidant, favorisant ainsi la survenue de récurrences ultérieures.

3.3. Facteurs de risque de récurrence après une TS chez l'enfant et l'adolescent

Les facteurs de récurrence suicidaire se recoupent partiellement avec les facteurs de risque de TS, avec toutefois certaines spécificités.

a. Période à risque de récurrence

La récurrence suicidaire est évaluée à environ 25 % des cas (Goldston et al., 1999 ; Hawton K et al., 2012), avec un risque plus important au cours de la première année suivant la TS index, avec même un risque accru les 6 premiers mois, voire même les 2 à 3 premiers mois. Spirito et al., (2003) retrouvaient ainsi 12% de récurrences au cours des 3 premiers mois.

b. Antécédents de TS

Ce critère semble être le facteur de risque de récurrence le plus important et le plus souvent cité (Consoli et al., 2015 ; Goldston et al., 2015 ; Grøholt et al., 2006 ; Ligier et al., 2015). Selon Wong et al. (2008) si l'antécédent de TS se situe dans les 12 mois avant la TS index, il est d'autant plus prédictif d'une récurrence dans l'année qui suit la TS index : ce résultat permet entre autres aux auteurs d'étayer l'hypothèse du « *crescendo model of suicidality* ». Selon Ligier et al.

(2015), la survenue d'une récurrence suicidaire dans l'année suivant la TS index majorait fortement le risque de récurrence à long terme (entre 1 et 10 ans après la TS index), chez les sujets présentant une comorbidité psychiatrique lors de la TS index.

c. Influence de l'âge lors de la première TS

Plusieurs études mettent en évidence l'influence de l'âge lors de la première tentative de suicide sur le risque de récurrences ultérieures. Ainsi, dans une étude rétrospective (Hummel et al., 2000), les récidivistes étaient plus jeunes lors de leur première TS que les non récidivistes (14 ans et 8 mois versus 15 ans et 7 mois). Dans une étude de cohorte prospective (Nruham et al., 2015), le risque de récurrence suicidaire était supérieur lorsque le sujet avait des antécédents de suicide, et d'autant plus lorsque le premier passage à l'acte avait lieu avant 14 ans, et ce même avec un ajustement sur l'existence d'une comorbidité dépressive.

d. Troubles de l'humeur et affects négatifs

L'existence d'une dépression même isolée est décrite dans de nombreuses études comme un facteur de risque de récurrence (Consoli et al., 2015 ; Hawton K et al., 1999 ; Spirito et al., 2003 ; Wong et al., 2008). Certains auteurs se sont plus spécifiquement intéressés au rôle des « affects négatifs », tels que la colère, l'anxiété, la détresse, l'agressivité et la dépression (Stein D et al., 1998). Ainsi, le sentiment de désespoir en particulier, a été considéré à lui seul comme facteur de risque de récurrence suicidaire (Consoli et al., 2015 ; Grøholt et al., 2006 ; Hawton et al., 1999). Grøholt et al. (2006) retrouvaient également une estime de soi plus faible chez les patients qui avaient récidivé.

Hawton et al. (1999) ont par ailleurs décrit la colère ressentie comme un facteur de risque de récurrence très précoce, avec un risque accru pendant les 2 semaines après la TS index, tandis que Stein et al. (1998) ont retrouvé que l'agressivité majorait le risque de récurrence chez les adolescents présentant des traits anxieux ou dépressifs. A l'inverse, Consoli et al. (2015) ont retrouvé des facteurs de protection vis-à-vis de la récurrence suicidaire à 6 mois : l'implication et l'accomplissement dans le travail, le plaisir dans l'activité physique et la prise de conscience de soi-même, et enfin la conscience collective.

e. Autres comorbidités

La prise d'un traitement pour un trouble psychique lors de la première TS est un facteur de risque de récurrence suicidaire (Grøholt et al., 2006 ; Hawton K et al., 2012), de même que l'existence d'un diagnostic de trouble psychotique (Grøholt and Ekeberg, 2009 ; Righini et al., 2005) ou de trouble du comportement alimentaire (Grøholt and Ekeberg, 2009). Ainsi, dans l'étude menée par Grøholt et Ekeberg en 2009, tous les patients ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de troubles du comportement alimentaire lors de la TS index avaient récidivé dans les 9 ans.

L'existence d'un trouble de la personnalité, notamment de type borderline ou antisocial, ainsi que les troubles liés à l'usage d'alcool ou de substances illicites sont également des facteurs de risque importants de récurrence suicidaire (Grøholt and Ekeberg, 2009 ; Grøholt et al., 2006 ; Righini et al., 2005 ; Wong et al., 2008).

Les troubles anxieux (Righini et al., 2005), les troubles de l'adaptation (Hawton K et al., 1999) ou encore les maladies somatiques chroniques (Vajda and Steinbeck, 2000) sont également associés aux récives suicidaires.

Concernant les troubles du comportement externalisés et l'impulsivité, Grøholt et al. (2006) ne les considéraient pas comme un facteur de risque de récive suicidaire selon les résultats de leur étude, tandis que pour Yen et al. (2013) les antécédents de troubles du comportement hétéro-agressifs majoraient le risque de récive suicidaire à 6 mois.

Globalement, selon Grøholt et al. (2006) le risque de récive est plus élevé chez les adolescents présentant plusieurs comorbidités psychiatriques, ce qui peut être mis en lien avec une moyenne plus élevée des scores totaux et d'internalisation pour le *Youth-Self-Report* lors de la TS index, chez les jeunes qui réitéreront leur geste au cours du suivi.

f. Antécédents familiaux et contexte socio-familial

Les antécédents psychiatriques familiaux, en particulier de dépression et de TS chez les parents (Chastang et al., 1998 ; Chitsabesan et al., 2003), amplifient le risque de récive suicidaire chez les adolescents. Un fonctionnement familial pathologique (Chitsabesan et al., 2003), une histoire de séparation parentale (Ligier et al., 2015) ou encore le sentiment exprimé par l'adolescent d'absence d'affection et/ou d'autorité excessive à son égard de la part de ses parents ou de l'un des parents (Grøholt et al., 2006) sont également plus fréquemment associés aux récives suicidaires, de même que les antécédents d'abus ou de maltraitance, notamment sexuels (Wahl et al., 1998 ; Yen et al., 2013).

La qualité des relations avec les pairs ou *peer-connectedness* telle que perçue par l'adolescent suicidant, semble également influencer sur le risque de récive suicidaire à court terme (Czyz et al., 2012).

4. Modalités et enjeux de la prise en charge après une tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent

La plupart des auteurs concèdent que les jeunes patients qui commettent un geste suicidaire souffrent d'un trouble de gravité très variable et ne présentent pas nécessairement une pathologie mentale identifiable d'un point de vue nosographique ; ils appellent néanmoins à considérer tout geste suicidaire de l'enfant ou de l'adolescent, de même que pour les patients plus âgés, comme un geste grave nécessitant une évaluation systématique et une prise en charge adaptées.

Ainsi, dès 1998, des recommandations portant sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide ont été établies par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), sur la base des données de la littérature et des consensus professionnels. L'absence de parallélisme entre la gravité psychologique d'un geste suicidaire et les moyens utilisés y est soulignée, et « *les données résultant du suivi de populations d'adolescents suicidants, en particulier le risque clairement établi de récive, conduisent à considérer qu'une TS ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans ses conséquences somatiques apparentes* » (ANAES, 1998).

4.1. Recommandations professionnelles

a. Evaluation initiale

L'ANAES reconnaît l'existence d'un « *accord professionnel pour recommander d'adresser systématiquement les adolescents suicidants aux urgences hospitalières pour mettre en route la triple évaluation somatique, psychologique et sociale, et le début des soins, (sauf cas particulier, et en pratique rare, où il existe un réseau d'intervenants extrahospitaliers préexistant, bien identifié, structuré, immédiatement mobilisable, habitué à prendre en charge des adolescents et capable d'assurer la prise en charge et l'évaluation)* ». Les recommandations insistent sur le caractère urgent de cette prise en charge : « *ce recours à l'hôpital ne devrait pas être différé dans le temps, au risque de décalage entre le moment de la crise et la réponse qui y est apportée, d'aggravation de l'état somatique en cas de sous-estimation des risques encourus, et de récurrence à court terme* ».

b. Hospitalisation

Toujours selon les recommandations de l'ANAES, l'évaluation psychologique, familiale et sociale doit être poursuivie, parallèlement à la mise en route des soins, psychiques et somatiques. Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier : une prise en charge hospitalière ou par un réseau ambulatoire. L'ANAES précise qu'il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités afin de définir si l'une est meilleure que l'autre, et fait donc prévaloir l'accord professionnel existant pour favoriser la prise en charge hospitalière des jeunes suicidants.

Cette prise en charge doit être assurée par une équipe pluriprofessionnelle, idéalement au sein d'une « *unité adaptée à recevoir des adolescents et reconnue dans le schéma de santé local pour sa compétence dans ce domaine. Selon les contraintes locales, il peut s'agir de services de crise et d'urgences psychiatriques, de psychiatrie infanto-juvénile ou d'adultes, de pédiatrie, voire de médecine qui se chargent de cette mission* ». Dans tous les cas, l'évaluation et les soins psychiques doivent être coordonnés par un psychiatre référent, dans des conditions qui doivent permettre l'établissement d'un « *climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité* », « *tout en fixant un cadre strict à la prise en charge* ».

Ces recommandations s'appliquent aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans ; cependant, certains auteurs invitent, en l'absence de recommandations spécifiquement destinées à la prise en charge des enfants suicidants âgés de 10 ans ou moins, d'élargir les recommandations de l'ANAES à cette classe d'âge (Baux-Cazal et al., 2017 ; Delamare et al., 2007). Ceux-ci préconisent notamment une prise en charge initiale aux urgences pédiatriques suivie d'une hospitalisation en service de pédiatrie, à titre systématique suite à toute tentative de suicide d'un enfant.

c. Suivi post-hospitalier

L'ANAES souligne la nécessité de préparer soigneusement le retour à domicile du jeune suicidant, en veillant notamment à la continuité des soins entre la prise en charge hospitalière initiale et la mise en place consécutive ou la reprise d'un suivi ambulatoire : « *Les liens préalables doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge (selon le cas, médecin généraliste, psychiatre, psychologue,*

travailleurs sociaux, médecin ou infirmière scolaires) pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi corrects de l'adolescent. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge ».

Concernant les modalités de suivi, l'ANAES recommande que celui-ci soit « *structuré, planifié, reposant éventuellement sur des programmes psychothérapeutiques préparés* », et puisse être mis en place rapidement (entre 2 et 7 jours) après la sortie d'hospitalisation. Il n'existe par ailleurs pas de consensus sur la fréquence et la durée du suivi : « *le lien thérapeutique avec l'adolescent doit être maintenu aussi longtemps que nécessaire, sur un mode et un rythme souples et adaptés à chaque situation* ». En ce qui concerne les enfants âgés de moins de 13 ans, Delamare et al. (2007) recommandent un suivi psychiatrique sur une période minimale d'une année, les effets de la psychothérapie amorcée lors de l'hospitalisation devant être consolidés dans la durée.

4.2. Enjeux de la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent suicidant et implication de l'entourage familial

Au-delà de l'objectif d'évaluation systématique de la crise suicidaire, définie comme une « *crise psychique dont le risque majeur est le suicide* », selon des critères de gravité, de dangerosité et d'urgence, de Kernier et al. (2010) invitent le clinicien à ne pas « *se limiter à une vision réductrice du comportement* », qui risquerait de le conduire à « *manquer quelque chose d'essentiel dans la rencontre avec l'adolescent ayant adopté une conduite suicidaire* ». A travers cette rencontre, il s'agit d'apporter au jeune une écoute et une solidité psychique pouvant accueillir ses incertitudes, contenir la charge émotionnelle et la destructivité, mais aussi de tenter de saisir les origines latentes de cette crise, porteuses de sens, à travers l'observation des aménagements psychiques dans une dynamique globale (Drieu and Genvresse, 2003 ; de Kernier et al., 2010 ; Laimou, 2017). Les équipes pluriprofessionnelles amenées à prendre en charge les jeunes suicidants doivent ainsi « *offrir à l'adolescent en souffrance une écoute plurielle pour accueillir sa douleur psychique reportée sur son corps meurtri par son geste et l'aider peu à peu à verbaliser et à élaborer cette souffrance* » (de Kernier et al., 2010).

Les intrications entre conduites suicidaires de l'enfant ou l'adolescent, et dynamique familiale, sont largement analysées dans la littérature. Pour Delamare et al., 2007, les conduites suicidaires de l'enfant constituent souvent un « *comportement adaptatif pathologique en miroir à un dysfonctionnement grave des interactions familiales* ». Ainsi, quelle que soit sa gravité apparente, la TS d'un adolescent n'est pas seulement le geste d'un individu isolé et séparé des autres, de ses proches en particulier : en effet, les conduites suicidaires constituent aussi un mode de communication qui s'inscrit nécessairement dans une dynamique interactive (Marcelli, 2003).

L'idée qu'un enfant ou un adolescent ait voulu mettre fin à ses jours fait réagir l'entourage, mobilise les affects, les émotions, les fantasmes et fantaisies de chacun, en particulier des parents. En retour, la façon dont l'entourage répondra est susceptible de déterminer l'évolution ultérieure (Marcelli, 2003). Selon Laimou (2017), « *la destructivité, parfois massive du geste et l'agressivité mal liée adressée à l'autre, entraînent souvent chez les parents une culpabilité sidérante. Cette culpabilité, associée à leur vécu d'impuissance, renforce leurs réactions défensives face aux demandes affectives des jeunes. Ainsi, en raison de l'absence d'une réponse adéquate, l'adolescent régresse davantage sur un mode plus destructeur et délié.* »

L'expérience clinique montre régulièrement que les réaménagements individuels et familiaux observés dans les suites d'une TS jouent un rôle fondamental. La prise en charge doit donc également inclure l'entourage familial des jeunes suicidants, et ainsi favoriser un « tissage de liens » à différents niveaux : liens intrapsychiques entre représentations et affects, liens intersubjectifs entre le patient, les membres de sa famille et les soignants (de Kernier et al., 2010). Ce travail va alors pouvoir soutenir les remaniements nécessaires dans les suites du geste suicidaire, aussi bien en termes de dynamique intrapsychique individuelle qu'en termes d'interactions familiales (Marcelli, 2003). Laimou (2017) souligne également la nécessité pour le clinicien d'étayer l'entourage dans sa capacité à élaborer son vécu parfois sidérant et douloureux. Cet accompagnement permet généralement de consolider l'alliance de la famille avec les soins ; alliance qui, lorsqu'elle est possible, diminue le risque important d'une rupture thérapeutique prématurée (Delamare et al., 2007).

5. Le problème de l'adhésion des jeunes suicidants aux soins post-hospitaliers

Bien que les conditions de prise en charge initiale se soient globalement améliorées au cours des deux dernières décennies, notamment suite à l'application plus systématique des recommandations de l'ANAES (1998), certains auteurs soulignent encore les difficultés post-hospitalières d'accès aux soins et d'adhésion des adolescents à un travail psychique (Garny de la Rivière and Guilé, 2016 ; Ligier et al., 2017 ; Notredame et al., 2019). En effet, les recommandations préconisent un « suivi suffisamment long » dans les suites d'une TS et valorisent le maintien du lien avec le service de soins ; or, l'alliance thérapeutique peut être difficile à instaurer avec les adolescents, surtout au décours d'une TS. Michelmore et Hindley (2012), ont ainsi établi que moins de 50 % des adolescents présentant des idées et/ou des conduites suicidaires chercheraient à être aidés.

Par ailleurs, lorsque les adolescents établissent un premier contact avec le système soignant, l'alliance reste fragile. Plusieurs études retrouvent une absence de suivi, ou un suivi discontinu ou interrompu trop précocement, pour plus d'un adolescent sur 2 dans les suites d'une TS (Burns et al., 2010 ; Giraud et al., 2013 ; Grøholt and Ekeberg, 2009 ; Stewart et al., 2002 ; Wu et al., 2010). Outre les facteurs structurels, conjoncturels ou économiques qui peuvent fragiliser l'accès ou la continuité du soin pour certains jeunes, l'existence de barrières socio-psychologiques à la recherche de l'aide (Notredame et al. ; 2019) peut également expliquer cet écart paradoxal entre les besoins et le défaut d'accès aux soins des jeunes suicidants.

5.1. Rapport aux soins et à la recherche d'aide à l'adolescence

En termes de suivi médical, l'exemple de la maladie chronique nous montre que les adolescents ont du mal à se soumettre aux soins et au suivi régulier inhérents à leur maladie (Jacquin and Levine, 2008). L'adolescence constitue en effet une période de réaménagement des liens de socialisation que précipite l'investissement du milieu extra-familial. L'exploration des nouvelles modalités relationnelles exige l'appropriation de la dialectique entre désir d'autonomie et dépendance interpersonnelle (Notredame et al., 2019). Le besoin de tester les limites peut ainsi primer sur la contrainte, la dépendance être redoutée, ce qui se traduit fréquemment par une opposition structurante à l'adulte. L'agir et l'expérience sont par ailleurs valorisés et supplantent la réflexion, à l'âge où la temporalité est celle

de l'ici et maintenant et non celle de la projection (Drieu and Genvresse, 2003). Il peut ainsi devenir difficile pour certains adolescents de se confronter à un traitement quotidien, un suivi régulier, et au sentiment de différence vis-à-vis de ses pairs qui peut en découler. Et ce d'autant que les conflits non élaborés passent souvent par le corps à cette période de la vie (Gautier and Johnston, 2005). C'est d'ailleurs souvent à travers des symptômes liés au corps qu'ils vont poser leur demande. Ainsi, les adolescents n'ont en général pas de demande de soins propre : c'est une demande qui émane de leur entourage.

Cette problématique se trouve avivée chez l'adolescent en souffrance psychique, pour lequel avouer un désir d'aide équivaut à dépendre de l'autre, ce qui peut même se révéler parfois impossible tant « l'intolérance du lien est à la mesure de sa nécessité » (Jeammet, 1994). Deux caractéristiques psychologiques fréquemment observées chez les adolescents en détresse reflètent cette ambivalence : le biais d'autosuffisance, par lequel les ressources internes sont surestimées et surinvesties au détriment des ressources externes (Laboulière et al., 2015), et le biais de négation d'aide, par lequel la propension à chercher un appui extérieur tend à être inversement proportionnelle à l'intensité de la souffrance ressentie (Ciarocchi et al., 2002).

D'autres obstacles à la recherche d'aide en santé mentale par les jeunes ont pu être identifiés : le défaut de reconnaissance des symptômes de troubles mentaux, le défaut de pointage et de verbalisation émotionnelle, la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, les craintes liées aux questions de confiance et de confidentialité (Gulliver et al., 2010 ; Notredame et al., 2019).

La difficulté à établir une alliance thérapeutique avec l'enfant ou l'adolescent suicidant peut également se trouver renforcée du fait de résistances se situant du côté de l'entourage familial (Drieu and Genvresse, 2003 ; Lachal et al., 2018), parfois doublées d'un apaisement de la tension psychique et d'une résolution temporaire du conflit relationnel dans les premiers temps qui suivent le geste suicidaire d'un adolescent. Le risque étant que ce « syndrome de pseudo-guérison » (Marcelli, 2002), souvent rencontré lors des premiers entretiens familiaux après une TS, vienne alimenter le sentiment du jeune et de sa famille que toute aide psychologique semble inutile.

5.2. Enjeux thérapeutiques

Nous avons vu que la recherche d'aide, qu'elle soit tournée vers ses pairs, sa famille, ou les professionnels, ne va pas de soi pour l'adolescent suicidant, même lorsqu'il se reconnaît en difficulté. Or, comme nous l'avons également souligné plus haut, les jeunes suicidants sont plus souvent isolés, que ce soit dans la réalité ou dans leur vécu subjectif, puisqu'un manque de connexions sociales, de soutien perçu par l'adolescent de la part de ses pairs, ou encore un manque de communication, voire un climat familial conflictuel sont des facteurs de risque de passage à l'acte et de récurrence suicidaire. La question du lien est donc primordiale chez le jeune suicidant, et les enjeux relationnels occupent une place centrale au sein même du processus psychothérapeutique. Les fragilités narcissiques de ces adolescents les amènent fréquemment à osciller entre un investissement massif de la relation thérapeutique, et des attaques répétées du cadre (Drieu and Genvresse, 2003) voire à des ruptures de soins.

L'incidence sur le devenir des jeunes suicidants d'une faible adhésion au traitement, ainsi que l'impact de la discontinuité voire des ruptures de soins pouvant en résulter, restent difficiles à mesurer. Selon l'ANAES (1998), la mise en place d'un suivi planifié et structuré au moment de la sortie d'hospitalisation permettrait d'augmenter l'adhésion aux soins et de diminuer le nombre de récurrences suicidaires. Plus récemment, une étude menée en France a montré qu'*a contrario*, le fait de ne pas être joignable par le service de soins un an après la TS index, était associé à un risque de récurrence suicidaire plus important dans les 10 ans après la TS index (Ligier et al., 2015).

L'ANAES (1998) détaille différents aspects pratiques à prendre en compte pour favoriser l'adhésion des jeunes patients et de leur famille, en veillant notamment à assurer la continuité des soins entre la sortie d'hospitalisation et l'amorce du suivi ambulatoire : *« des rendez-vous de consultation planifiés au préalable par l'équipe hospitalière, avec des intervenants connus par l'adolescent et acceptés par lui, sont plus souvent honorés. L'adhésion du patient à ce suivi paraît augmentée lorsqu'il lui est proposé de consulter initialement des membres de l'équipe qui l'a pris en charge lorsqu'il était hospitalisé, par exemple dans un dispensaire rattaché à l'hôpital. Des études démontrent l'utilité de fournir au suicidant des coordonnées écrites lui permettant de joindre et de consulter rapidement un correspondant qu'il connaît ou une unité de consultations. Dans les cas où l'adolescent ne se présente pas aux rendez-vous de consultation, il est utile que les intervenants concernés effectuent des rappels de ces rendez-vous, au besoin par téléphone ».*

Après s'être principalement centrée sur les soins hospitaliers et sur la transition entre prises en charge hospitalière et ambulatoire, la prévention ciblée auprès des enfants et adolescents suicidants s'est récemment ouverte aux dispositifs de veille et de recontact, déjà largement expérimentés auprès des adultes (Ligier et al., 2017 ; Notredame et al., 2019). Ce type de dispositif s'inscrit dans une logique de complémentarité par rapport aux structures de soins existantes, et vise à soutenir l'établissement et le maintien d'un lien entre l'enfant ou l'adolescent, sa famille, les professionnels soignants, et parfois les partenaires sociaux, éducatifs, scolaires pouvant déjà être mobilisés autour du jeune suicidant.

Bien qu'il n'y ait pas de modèle univoque pour le suivi ambulatoire des jeunes suicidants, certains auteurs ont insisté sur les spécificités de ces prises en charge. Ainsi, Drieu et Genvresse (2003) ont pu appuyer, à partir de leur expérience clinique auprès des jeunes et de leur famille, l'intérêt des prises en charge plurifocales (le plus souvent souvent bi- ou tri-focales) : l'ouverture de plusieurs espaces thérapeutiques, soutenus par des échanges et une réflexion entre les différents professionnels, permet de « diffracter les investissements transférentiels » et laisse la possibilité à chacun, enfant et parents, de se dégager de l'indifférenciation. Ces auteurs ont également insisté sur la nécessité de « co-construction » du cadre thérapeutique (Drieu and Genvresse, 2003), celui-ci devant parfois être « négocié » avec le jeune et sa famille à travers un contrat de soins, lequel doit pouvoir rester adaptable et évolutif au fil du temps. Ces préconisations peuvent bien sûr être élargies à la prise en charge des jeunes présentant des problématiques autres, mais ont une importance particulière dans l'accompagnement des jeunes suicidants.

II. PROBLEMATIQUE, OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE TRAVAIL

1. Problématique

L'adhésion des jeunes suicidants et de leur famille à la prise en charge post-hospitalière pourrait influencer leur devenir sur le plan psychopathologique et en termes de récurrence suicidaire. Inversement, les processus psychopathologiques sous-tendant les conduites suicidaires, surtout quand celles-ci ont un caractère répétitif chez un sujet, pourraient être associés à une moindre propension à rechercher de l'aide et à une adhésion plus difficile des jeunes suicidants à un suivi psychologique.

Peu d'études ont été réalisées jusqu'à présent à ce sujet en France en population pédiatrique. Améliorer l'adhésion à la prise en charge post-hospitalière pourrait contribuer à prévenir la récurrence suicidaire et améliorer le devenir psychosocial de ces patients à court et moyen terme.

2. Objectif principal

L'objectif principal était de caractériser le devenir des jeunes suicidants pris en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours en termes de récurrence suicidaire, de psychopathologie, et d'adhésion au suivi psychologique, un à deux ans après l'épisode index.

Notre hypothèse de travail était que les enfants pour lesquels un suivi psychologique ne s'est pas mis en place, ou s'est interrompu précocement pourraient être plus à risque de présenter une ou plusieurs récurrences suicidaires, des scores d'anxiété, de dépression, et de psychopathologie générale élevés, des ré-hospitalisations plus fréquentes pour motif pédopsychiatrique (autre que tentative de suicide), ainsi qu'une absence d'amélioration du vécu familial et scolaire.

3. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires étaient les suivants :

- préciser les caractéristiques démographiques et psycho-sociales des jeunes suicidants et de leurs familles au moment de la TS index, les caractéristiques du geste suicidaire, les caractéristiques de la prise en charge hospitalière initiale, ainsi que les modalités de mise en place d'un suivi ambulatoire à la sortie d'hospitalisation
- préciser les facteurs éventuellement associés à une moindre adhésion des jeunes et de leurs familles au suivi psychologique post-hospitalier.

MATERIELS ET METHODES

I. POPULATION

1. Critères d'inclusion

Tous les enfants et adolescents pris en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours du 1er juin 2017 au 30 juin 2018 pour tentative de suicide ont été inclus dans l'étude. Nous nous sommes basés sur le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie et Obstétrique (PMSI-MCO) afin d'identifier les patients pris en charge sur cette période pour « lésions auto-infligées », correspondant aux codes X60 à X84 regroupés dans le chapitre XX de la Classification Internationale des Maladies – 10e révision (CIM-10) consacré aux causes externes de mortalité et de morbidité (**Annexe 1**). La liste des patients a été établie à partir des registres de l'activité de l'hôpital pédiatrique des années 2017 et 2018.

2. Critères d'exclusion

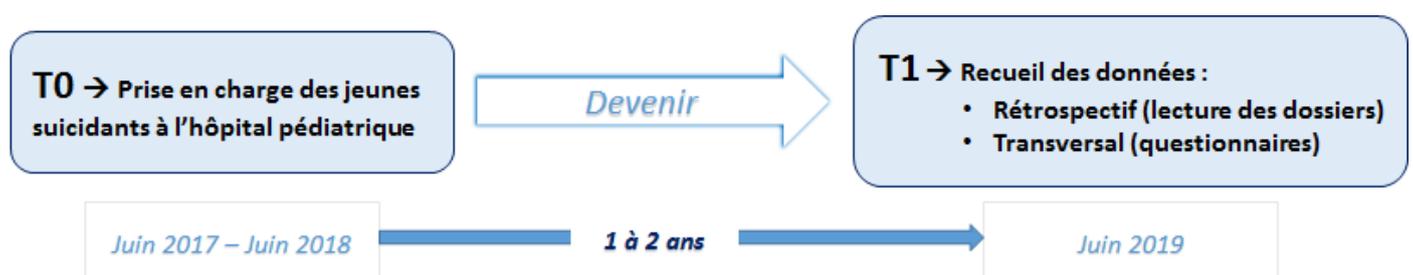
Après lecture des dossiers, nous avons exclu les patients admis pour lésions auto-infligées sans idéation suicidaire associée, ainsi que les patients domiciliés hors département.

II. RECUEIL ET ANALYSE DES DONNEES

1. Procédure (Figure 2)

Pour chaque patient inclus, le moment de l'admission à l'hôpital pédiatrique, motivée par la TS index, définissait le temps T0. La date de T0 pouvait donc varier d'un patient à l'autre, entre juin 2017 et juin 2018. Nous avons adressé des questionnaires par voie postale aux sujets inclus et à leurs parents (**Annexe 2**), courant juin 2019, définissant le temps T1. La durée séparant T1 de T0 était donc elle aussi variable d'un patient à un autre, pouvant aller de 1 à 2 ans.

Figure 2 : Procédure



Lorsque les parents étaient séparés, et que les deux adresses étaient renseignées, un courrier était envoyé à chaque adresse. Dans les cas où l'adresse d'un seul parent était renseignée dans la rubrique Informations administratives, le courrier était envoyé uniquement à cette adresse.

2. Données recueillies de manière rétrospective

Les données concernant la prise en charge hospitalière initiale (T0) ont été recueillies rétrospectivement, à partir des dossiers des patients en passant en revue les observations du psychiatre, de l'urgentiste et les compte-rendus d'hospitalisation le cas échéant. Elles comprenaient :

- les caractéristiques démographiques des jeunes suicidants : âge, sexe
- les caractéristiques psycho-sociales des jeunes suicidants et de leurs familles : antécédents familiaux, existence d'un trouble des interactions familiales, séparation parentale, événements de vie négatifs, mesure d'assistance éducative en cours, difficultés en lien avec la scolarité ou les relations avec les pairs
- les antécédents personnels et comorbidités psychiatriques des jeunes suicidants, ainsi que l'existence d'un suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique en cours ou antérieur
- les caractéristiques du geste suicidaire : modalités, intention létale rapportée par le patient, caractère impulsif ou prémédité, critique du geste ou persistance des idées suicidaires lors de l'évaluation pédopsychiatrique initiale, retentissement somatique
- les caractéristiques de la prise en charge hospitalière : durée de séjour, prise en charge en pédiatrie ou transfert vers une unité médico-psychologique spécialisée, intervention éventuelle d'une assistante de service social
- les modalités de mise en place d'un suivi ambulatoire à la sortie d'hospitalisation : programmation de consultations de suivi et/ou post-hospitalisation, liens entre professionnels hospitaliers et professionnels extérieurs en charge du suivi ambulatoire, remise des coordonnées aux jeunes et à leurs familles de professionnels ou de structures en mesure d'assurer le suivi, adhésion ou non des jeunes et de leurs familles au projet thérapeutique ambulatoire

Concernant le geste suicidaire, les codes X60 à X69 ont été regroupés pour l'analyse des résultats, ces codes regroupant tous les types d'auto-intoxications, médicamenteuses ou par d'autres produits (alcool, solvants, pesticides, produits chimiques). Lorsque deux modalités étaient associées, la plus dangereuse en termes de risque vital a été retenue.

Une partie des informations concernant la prise en charge post-hospitalière un à deux ans après l'épisode initial dénommé épisode index, ainsi que le nombre de nouveaux passages à l'acte suicidaire au cours de cette période, a été recueillie de manière rétrospective également.

3. Données recueillies de manière transversale à T1

Les données rétrospectives extraites de la lecture des dossiers ont été complétées à l'aide des questionnaires adressés par voie postale aux sujets inclus et à leurs parents (**Annexe 2**), à T1. Les courriers regroupaient deux questionnaires non standardisés, dont l'un était destiné aux jeunes suicidants, et l'autre à leurs parents, et trois questionnaires standardisés, dont deux étaient des auto-questionnaires à l'intention des jeunes suicidants, alors que le troisième était un hétéro-questionnaire à compléter par les parents.

3.1. Questionnaires non standardisés

Un premier questionnaire destiné aux jeunes suicidants, comportait treize items, dont six items basés sur une échelle de type Likert, quatre items libellés sous forme de questions à choix multiple, un item sous forme de question à choix unique, et deux items permettant aux jeunes d'apporter des précisions libres.

Un second questionnaire, destiné aux parents, comportait dix-neuf items, dont six items basés sur une échelle de type Likert, quatre items libellés sous forme de questions à choix multiple, sept items sous forme de questions à choix unique, et deux items permettant aux parents d'apporter des précisions libres.

Les douze items basés sur une échelle de type Likert portaient sur :

- l'adhésion des jeunes suicidants et de leurs parents aux soins hospitaliers lors de l'admission
- les bénéfices perçus par les jeunes et leurs parents des soins hospitaliers, des consultations post-hospitalisation éventuelles, et de la psychothérapie ambulatoire
- l'évolution perçue par les jeunes et leurs parents de leur vécu familial et scolaire

Les questions à choix unique ou multiple portaient sur :

- la survenue éventuelle de récurrences suicidaires entre T0 et T1
- la mise en place (ou la poursuite), ou non, d'une prise en charge psychothérapeutique ambulatoire, ainsi que les obstacles éventuellement rencontrés ou les raisons ayant pu conduire les jeunes et leur famille à mettre fin à cette prise en charge
- le soutien perçu et la recherche d'aide par les jeunes auprès de l'entourage amical, familial, et auprès des professionnels intervenant en dehors du suivi psychothérapeutique
- le recours éventuel à des thérapies alternatives

Enfin, les jeunes comme leurs parents étaient invités à préciser librement les changements éventuels survenus depuis un an, et ce qui pourrait ou aurait pu éventuellement aider les jeunes à aller mieux.

3.2. Questionnaires standardisés

L'état psychique des patients à T1 était évalué à l'aide de deux auto-questionnaires standardisés, le *State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)* et le *Children's Depression Inventory (CDI)*, ainsi que d'un questionnaire standardisé à destination de leurs parents, le *Child Behaviour Checklist (CBCL)*.

a. *State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*

Il s'agit d'un auto-questionnaire largement utilisé pour mesurer le niveau d'anxiété des enfants (Spielberger et al., 1973), en contexte clinique comme en recherche. Il a été développé à partir d'un questionnaire d'anxiété pour adolescents et adultes du même auteur, le *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger et al., 1970), initialement pour les enfants âgés de 9 à 12 ans, mais il est aussi fréquemment utilisé chez des enfants lecteurs plus jeunes ou plus âgés (Inserm, 2002).

Le STAIC se compose de deux sous-échelles indépendantes, de 20 items chacune, pouvant être administrées conjointement ou séparément, selon le but de l'évaluation : la sous-échelle « anxiété-état » fournit une mesure d'anxiété transitoire chez l'enfant, alors que la sous-échelle « anxiété-trait » évalue ce que le sujet ressent en général et permet de mesurer des différences individuelles assez stables dans la propension à l'anxiété chez les enfants, indépendamment de la situation. La durée de passation est d'environ 10 minutes pour chaque sous-échelle.

Dans le cadre de notre étude, nous avons retenu uniquement la sous-échelle « anxiété-trait » (*STAIC-T*). Cette sous-échelle invite l'enfant à indiquer ce qu'il ressent en général, en répondant par « presque jamais », « quelquefois », « souvent » à différentes affirmations concernant son ressenti. Les items sont cotés entre 1 et 3. Le score total s'obtient par l'addition des sous-scores à chaque item et s'échelonne, d'un score minimum de 20 à un score maximum de 60. Il permet d'exprimer un score global d'anxiété : plus le score est élevé, plus l'anxiété est élevée.

Les qualités psychométriques de la traduction française ont été étudiées par Turgeon et Chartrand (2003). Cette étude retrouve des caractéristiques adéquates et comparables à la version originale anglaise, avec pour le STAIC-T une consistance interne à 0,89, un coefficient de fidélité test-re-test à 0,49, et une validité concurrente, déterminée par la corrélation avec la *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (Reynolds and Richmond, 1985), à 0,62.

En population générale, les scores moyens pour le STAIC-T varient de 29,5 à 38 ($\pm 6,5$) selon les études (Cross and Huberty, 1993 ; Spielberger, 1973 ; Turgeon and Chartrand, 2003), alors qu'ils peuvent s'élever à 52 ou 54 (± 15) en population clinique (Ohring et al., 1996 ; Southam-Gerow et al., 2003). Un seuil clinique de 34 est retenu lorsque l'échelle est utilisée à des fins de dépistage au sein d'une population à risque, c'est-à-dire présentant une prévalence relativement élevée de troubles psychiatriques (Vila et al., 1999).

b. *Children's Depression Inventory (CDI)*

Cette échelle d'auto-évaluation destinée aux 7-17 ans, mesure l'intensité de la symptomatologie dépressive (Kovacs, 1981 ; Kovacs, 1992). Il s'agit d'une adaptation de l'échelle adulte *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961).

L'échelle comprend 27 items. Pour chaque item l'enfant doit choisir parmi 3 affirmations celle qui décrit le mieux ses idées et sentiments lors des deux dernières semaines. Chaque item est coté de 0 à 2. La moitié des items est inversée pour éviter des effets de persévération. Le score total est calculé par la somme de tous les items, il peut donc s'échelonner de 0 à 54. Plus la note est élevée, plus l'état est pathologique. La passation dure environ 10 minutes.

Les études de validation sont relativement nombreuses, retrouvant une consistance interne élevée à 0,8 ainsi qu'une fiabilité test-retest satisfaisante tant à une semaine qu'à 3 ou 9 semaines, autour de 0,7. Saint-Laurent (1990) a étudié les qualités psychométriques du CDI auprès d'un échantillon francophone, avec des résultats tout à fait comparables à la version originale anglaise.

Le score total moyen se situe autour de 9 (± 7) en population générale pédiatrique (Kovacs, 1981 ; Saint-Laurent, 1990; Saylor et al., 1984), avec des scores un peu plus élevés, d'environ 13 pour les adolescents (Figueras Masip et al., 2010). En population clinique, le score total moyen se situe autour de 20 (Figueras Masip et al., 2010 ; Friedberg and Sinderman, 2011 ; Timbremont et al., 2004). Un seuil clinique de 16 est retenu à des fins de dépistage dans une population à risque (Roelofs et al., 2010 ; Timbremont et al., 2004).

c. Child Behaviour Checklist (CBCL)

Ce questionnaire parental fournit une description standardisée des troubles émotionnels et comportementaux, ainsi que des compétences sociales et scolaires des enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans (Achenbach and Rescorla, 2001). Il se décline en deux parties comprenant respectivement 20 items portant sur les compétences sociales, et 120 items décrivant les problèmes comportementaux et émotionnels les plus fréquemment rapportés par les parents dont les enfants consultent dans des centres de soins psychiatriques. L'échelle est remplie par un des parents, en se basant sur les six derniers mois. La durée de passation est d'environ 15 minutes.

Nous avons utilisé la seconde partie (échelle de psychopathologie générale), composée de 118 items de type Likert et 2 items libres. Cette seconde partie du CBCL comporte 2 sous-échelles, l'une prenant en compte les problèmes émotionnels (ou troubles internalisés, regroupant les dimensions anxiété/dépression, repli sur soi, plaintes somatiques) et l'autre les troubles des conduites (ou troubles externalisés, regroupant les comportements déviants, cruels ou agressifs). Chaque item est coté de 0 à 2. L'addition des cotes obtenues à chaque item fournit un indice global de psychopathologie de l'enfant : plus le score total est élevé, plus la probabilité d'un trouble psychiatrique est élevée.

Validé par un grand nombre de pays (Rescorla et al., 2007), le CBCL est l'un des instruments de mesure de la psychopathologie infantile les plus utilisés au niveau international pour la recherche et la pratique clinique. Il présente une grande fiabilité pour discriminer les enfants relevant d'une aide psychologique et ceux qui n'ont pas de difficultés particulières, et permet de recueillir un grand nombre d'informations sur les éventuels troubles psychologiques. La littérature s'accorde par ailleurs pour reconnaître au CBCL des qualités psychométriques satisfaisantes, avec un coefficient de consistance interne à 0,97 (Leiner et al., 2010 ; Rescorla et al., 2007), et un coefficient de fiabilité test-retest à 0,82 (Leiner et al., 2010). Fombonne et Vermeersch (1997) confirment les qualités psychométriques de la traduction française du CBCL, et en particulier sa validité discriminante chez les enfants français.

En population générale, les scores moyens totaux de l'échelle des comportements s'élèvent à 27, tandis qu'en population clinique ils s'élèvent à environ 55 (Fombonne and Vermeersch, 1997 ; Leiner et al., 2010). Un seuil clinique de 41 est retenu pour dépister les troubles psychiatriques au sein d'une population à risque (Fombonne, 1991). Les scores moyens d'externalisation (sous-échelle des troubles des conduites) sont de 7,5 en population générale et 17 en

population clinique, avec un seuil clinique situé à 16 ; les scores moyens d'internalisation (sous-échelle des problèmes émotionnels), sont de 8 en population générale et de 19 en population clinique, avec un seuil clinique situé à 14 (Fombonne and Vermeersch, 1997).

4. Analyse des données

Nous avons utilisé des statistiques descriptives afin d'analyser l'ensemble des données recueillies à partir des dossiers et à l'aide des questionnaires.

5. Autorisations

A la suite du courrier explicatif accompagnant les questionnaires adressés par voie postale aux jeunes et à leur famille, nous avons joint une lettre d'information de la recherche ainsi qu'un formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche (**Annexe 2**), à l'intention du représentant légal de chacun des jeunes inclus dans notre étude.

RESULTATS

I. FLOW-CHART

Cinquante-six patients ont été admis aux urgences pédiatriques pour lésions auto-infligées. Ces conduites présentaient un caractère suicidaire chez quarante-sept d'entre eux (**Figure 3**). Parmi les neuf patients exclus devant l'absence de caractère suicidaire, quatre s'étaient infligés des lésions par utilisation d'objet tranchant (scarifications) sans idéation suicidaire associée, quatre autres présentaient une intoxication aigüe éthylique ou par inhalation de solvants, et un enfant de trois ans s'était infligé des lésions par auto-strangulation. Trois autres enfants domiciliés en dehors du département ont été exclus.

Au total, quarante-quatre suicidants ont donc été inclus dans l'étude. L'un d'entre eux a été hospitalisé à deux reprises pour tentative de suicide sur la période d'inclusion, mais n'a été inclus qu'une seule fois : nous avons retenu le séjour le plus récent, le séjour précédent étant considéré comme un antécédent de TS.

Un courrier unique a été envoyé aux familles de trente-trois jeunes (parents vivant en couple ou adresse d'un seul parent renseignée), et un courrier a été envoyé à chacun des deux parents pour neuf jeunes (parents séparés et deux adresses renseignées). Pour 2 autres patients, aucun courrier n'a pu être envoyé, l'adresse des parents ou du responsable légal étant manquante (enfants placés). Au total, cinquante-et-un courriers ont donc été envoyés. Dix-huit mois s'étaient en moyenne écoulés entre la TS index et l'envoi des questionnaires. Nous avons reçu la réponse de neuf jeunes et leur famille par courrier, et nous avons pu contacter les parents de deux autres jeunes par téléphone.

II. CARACTERISTIQUES INITIALES A T0

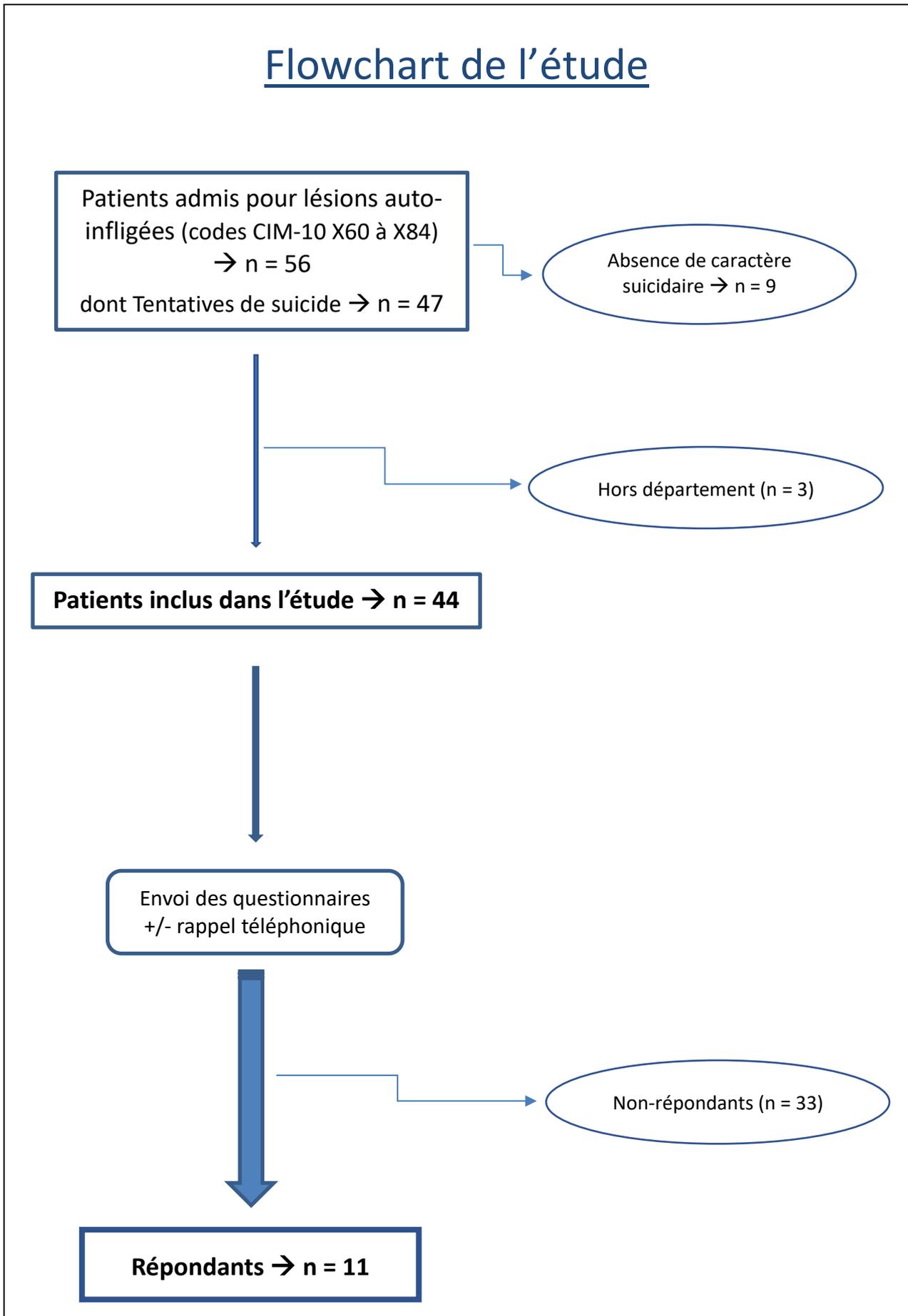
1. Caractéristiques démographiques et psychosociales

1.1. Caractéristiques démographiques

L'âge moyen des sujets inclus était de 14,2 (+/- 1) ans. La patiente la plus âgée avait 15,6 ans, et la plus jeune 10,7 ans. La population comptait 37 filles et 7 garçons (**Tableau 1**).

Un trouble des interactions familiales était retrouvé dans la moitié des situations. Deux autres jeunes en situation de placement avaient une relation conflictuelle avec leur famille d'accueil.

Figure 3 : Flowchart



Près de la moitié des couples parentaux étaient séparés. Dix-sept jeunes étaient en résidence principale chez leur mère, quatre étaient en garde alternée, et un seul vivait en résidence principale chez son père. Une situation familiale conflictuelle ou complexe (trouble des interactions familiales et/ou absence ou rupture des liens de l'enfant avec un parent) était retrouvée dans une large majorité des situations où les parents étaient séparés. En particulier, on retrouvait sept situations où le père était absent ou avait très peu de lien avec l'enfant : deux de ces pères étaient incarcérés, et un autre n'avait pas reconnu sa paternité.

Dix-sept jeunes suicidants avaient par ailleurs connu des événements de vie adverses : quatre jeunes étaient orphelins de leur père, cela faisant suite à un décès du père par suicide pour deux d'entre eux (cf. antécédents familiaux), l'une avait connu le décès d'un frère puîné, et une autre était confrontée à une maladie grave (engageant le pronostic vital) chez sa mère. Cinq jeunes avaient été adoptés, et trois jeunes avaient connu un parcours de migration, dont une mineure isolée, et une famille ayant obtenu l'asile politique.

Cinq jeunes filles avaient été victimes de maltraitements sexuels. Ces antécédents de maltraitance n'étaient connus que pour deux d'entre elles à T0. Ces jeunes filles avaient toutes deux subi des violences sexuelles répétées, et faisaient l'objet d'une mesure judiciaire d'assistance éducative. Concernant les trois autres, l'une avait révélé les faits lors de l'hospitalisation motivée par la TS index, et les deux dernières (dont l'une avait également fait l'objet d'une mesure judiciaire d'assistance éducative) avaient révélé les faits lors d'hospitalisations ultérieures à la TS index.

On dénombrait huit jeunes ayant connu des carences éducatives et/ou un contexte de maltraitance donnant lieu à une mesure judiciaire d'assistance éducative, dont deux mesures d'Action Educative en Milieu Ouvert (AEMO), cinq mesures de placement, et un placement judiciaire préconisé par les services sociaux, en attente de jugement. Une mesure administrative d'aide éducative était en cours pour trois autres jeunes. Au total, onze situations avaient fait l'objet de mesures d'assistance éducative administrative ou judiciaire, soit 25% de l'ensemble des patients inclus.

1.2. Situation scolaire et relations avec les pairs (**Tableau 1**)

Trente-et-un jeunes suicidants présentaient des difficultés en lien avec la scolarité et/ou dans la relation avec leurs pairs. Dix-huit d'entre eux présentaient un retard dans les apprentissages et/ou un désinvestissement se traduisant par un fléchissement des résultats scolaires au cours des derniers mois ; deux autres jeunes avaient de bons résultats mais présentaient une anxiété de performance importante. Cinq jeunes avaient traversé des périodes d'absentéisme voire de déscolarisation. Au total, environ un jeune sur 2 connaissait des difficultés d'ordre scolaire.

Par ailleurs, seize patients étaient ou avaient été confrontés à des moqueries répétées, du harcèlement voire des agressions physiques de la part de leurs pairs. Une tendance à l'isolement ou des difficultés d'intégration (avec pour certains des conflits récurrents) étaient rapportées pour huit jeunes. Au total, dix-neuf jeunes présentaient des difficultés d'ordre relationnel avec leurs pairs. Chez onze d'entre eux, des difficultés scolaires se surajoutaient à ces difficultés relationnelles.

2. Antécédents personnels et comorbidités

2.1. Tentatives de suicide (**Tableau 1**)

Des antécédents de TS étaient retrouvés à l'interrogatoire chez douze sujets, et il s'agissait de passages à l'acte multiples (2 épisodes antérieurs ou plus) chez huit d'entre eux. Ces TS antérieures avaient abouti à des hospitalisations pour seulement trois de ces jeunes. Pour les neuf autres jeunes rapportant un antécédent de TS, leurs précédents passages à l'acte n'avaient pas été médicalisés, voire avaient le plus souvent été passés sous silence, et sept d'entre eux n'avaient eu aucun suivi psychologique. Un des jeunes n'avait d'ailleurs pas évoqué son geste malgré la survenue de troubles digestifs modérés ayant donné lieu à une consultation pédiatrique.

2.2. Troubles dépressifs (**Tableau 1**)

Une symptomatologie dépressive était retrouvée chez 33 sujets (75%), et s'associait chez 27 d'entre eux à des idéations suicidaires récurrentes et/ou à des scarifications. Chez trente jeunes, on retrouvait la notion d'une apparition des symptômes dépressifs au cours des 12 derniers mois, ou bien de majoration d'une symptomatologie dépressive plus ancienne sur cette période. Chez trois autres sujets, l'anamnèse retrouvait un trouble dépressif évoluant depuis plus d'un an, sans notion d'intensification récente du trouble.

La symptomatologie dépressive était associée à d'autres antécédents ou comorbidités chez dix-neuf jeunes, et isolée chez quatorze jeunes (en dehors d'un antécédent de TS chez 5 d'entre eux).

2.3. Autres antécédents ou comorbidités psychiatriques (**Tableau 1**)

Au total, vingt-cinq jeunes présentaient d'autres comorbidités psychiatriques ou antécédents de troubles psychiques ou du développement de l'enfance, dont 19 en association à un trouble dépressif (cf. ci-dessus) et 6 sans trouble dépressif associé. Parmi ces vingt-cinq jeunes, neuf présentaient des traits de personnalité émotionnellement labile ; sept présentaient un trouble lié à l'usage de toxiques, dont deux présentaient un trouble des conduites associé ; quatre souffraient ou avaient souffert d'un épisode de refus scolaire anxieux ; trois présentaient un trouble des conduites alimentaires ; trois souffraient ou avaient souffert d'un trouble anxieux ou de trouble obsessionnel compulsif ; deux souffraient ou avaient souffert d'un syndrome de stress post-traumatique. Un antécédent de troubles du comportement évoluant depuis l'enfance était retrouvé chez quatre jeunes, et s'associait chez deux d'entre eux à des difficultés de socialisation persistantes ; un autre jeune avait un antécédent de trouble oppositionnel avec provocation ; et trois jeunes avaient un antécédent de trouble des acquisitions scolaires.

Au total, seuls cinq suicidants ne présentaient aucun antécédent ou comorbidité sur le plan psychiatrique. Parmi les trente-neuf autres, cinq jeunes avaient un ou plusieurs antécédents d'hospitalisation en pédiatrie ou en unité médico-psychologique spécialisée, et trois jeunes avaient déjà été pris en charge aux urgences pédiatriques pour un motif pédopsychiatrique, en dehors d'un passage à l'acte suicidaire.

Tableau 1 : Caractéristiques initiales des jeunes suicidants

	Patients inclus (n = 44) nombre (%)	Répondants (n = 11) nombre (%)
Données socio-démographiques		
Age > 13 ans	36 (82%)	9 (82%)
Sexe féminin	37 (84%)	9 (82%)
Antécédents familiaux, situation familiale et évènements de vie adverses		
Antécédents psychiatriques familiaux	11 (25%)	2 (18%)
- dont suicides ou TS	5	2
Trouble des interactions familiales	22 (50%)	5 (45%)
Parents séparés	23 (52%)	6 (55%)
- dont situation familiale conflictuelle ou complexe	19	4
Autres évènements de vie adverses	17 (39%)	4 (36%)
- dont AEMO ou placement	8	2
- dont décès ou maladie grave (parent ou fratrie), adoption, parcours de migration	13	3
Situation scolaire et relations avec les pairs		
Difficultés scolaires	23 (52%)	4 (36%)
- dont périodes d'absentéisme, déscolarisation	5	2
Difficultés relationnelles avec les pairs	19 (43%)	5 (45%)
- dont harcèlement, moqueries, agressions	16	5
Difficultés scolaires <u>et</u> relationnelles	11 (25%)	2 (18%)
Total difficultés scolaires <u>et/ou</u> relationnelles	31 (70%)	7 (64%)
Antécédents personnels		
Tentatives de suicide	12 (27%)	4 (36%)
- TS multiples	8	2
- TS ayant donné lieu à une hospitalisation	3	1
Autres antécédents ou comorbidités psychiatriques	38 (86%)	9 (82%)
Troubles dépressifs	33 (75%)	8 (73%)
- associés à d'autres antécédents ou comorbidités	19	4
Autres antécédents ou comorbidités (sans trouble dépressif associé)	6	1
Prise en charge psychologique <u>et/ou</u> pédopsychiatrique ambulatoire	28 (64%)	5 (45%)
- antérieure	16	2
- en cours	12	3

2.4. Antécédents médicaux significatifs

Quatre jeunes filles soit 10% de notre population, présentaient des antécédents médicaux significatifs : deux d'entre elles avaient été traitées pour une puberté précoce, une troisième souffrait d'une épilepsie-absence pharmaco-résistante sous Topiramate, et chez une quatrième, on retrouvait un épisode de fatigue intense lié au port d'un corset durant plusieurs mois pour une scoliose, avec un impact significatif sur sa scolarité. Chez ces quatre patientes, un trouble dépressif comorbide était retrouvé dans les douze mois précédant la TS index.

2.5. Prise en charge ambulatoire en cours ou antérieure (**Tableau 1**)

Moins d'un tiers des suicidants avaient un suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique en cours à T0 : huit d'entre eux étaient pris en charge au sein de structures spécialisées de type Centre médico-psychologique (CMP), Centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) ou Institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP), trois autres étaient suivis par un pédopsychiatre et/ou un psychologue exerçant en secteur libéral, et une dernière était suivie par son médecin généraliste.

Seize autres jeunes (soit 36%) avaient déjà bénéficié d'un suivi psychologique ou pédopsychiatrique par le passé. Trois d'entre eux avaient interrompu leur suivi par défaut d'adhésion, et un quatrième était en attente d'un relais auprès du CMP de son nouveau secteur, à la suite d'un déménagement.

Au total, près de deux tiers des suicidants bénéficiaient ou avaient bénéficié d'un suivi ambulatoire. Trois d'entre eux prenaient ou avaient pris part à une thérapie familiale, en parallèle du suivi individuel. A noter que la proposition faite par leurs parents d'initier un suivi psychologique avait été refusée par deux autres jeunes traversant un épisode dépressif.

3. Caractéristiques du geste suicidaire

3.1. Modalités de passage à l'acte suicidaire

Les trois quarts des tentatives de suicide avaient été réalisées par auto-intoxication médicamenteuse et/ou par d'autres produits. On dénombrait par ailleurs sept cas de lésions auto-infligées par utilisation d'objet tranchant, trois TS par saut dans le vide (dont deux tentatives avortées), et une TS par pendaison (**Figure 4**). Chez les répondants, on dénombrait seulement un cas de défenestration (avortée) et un cas de lésions auto-infligées par utilisation d'objet tranchant ; les neuf autres TS, soit 82%, avaient été réalisées par auto-intoxication médicamenteuse ou par d'autres produits (**Figure 5**).

3.2. Intentionnalité létale, caractère impulsif ou prémédité, critique du geste et retentissement somatique

Vingt-quatre jeunes déclaraient avoir eu une intentionnalité létale franche lors du passage à l'acte suicidaire ; six autres jeunes déclaraient une intentionnalité létale ambivalente ; quatorze verbalisaient des idées suicidaires mais déclaraient que leur geste n'avait pas été réalisé dans un but létal. Parmi les trente jeunes rapportant une

intentionnalité létale franche ou ambivalente, dix-huit décrivaient un geste à prédominance impulsive, tandis que les douze autres décrivaient un geste prémédité, avec une lettre ou un mot d'adieu laissé à leurs proches pour huit d'entre eux. L'évaluation pédopsychiatrique initiale retrouvait une persistance des idées suicidaires et une absence de critique du geste pour la moitié des jeunes qui rapportaient un geste prémédité à visée létale ou ambivalente, et pour le tiers des jeunes rapportant un geste impulsif à visée létale ou ambivalente (Figure 6).

Figure 4 : Modalités de passage à l'acte suicidaire chez l'ensemble des patients inclus

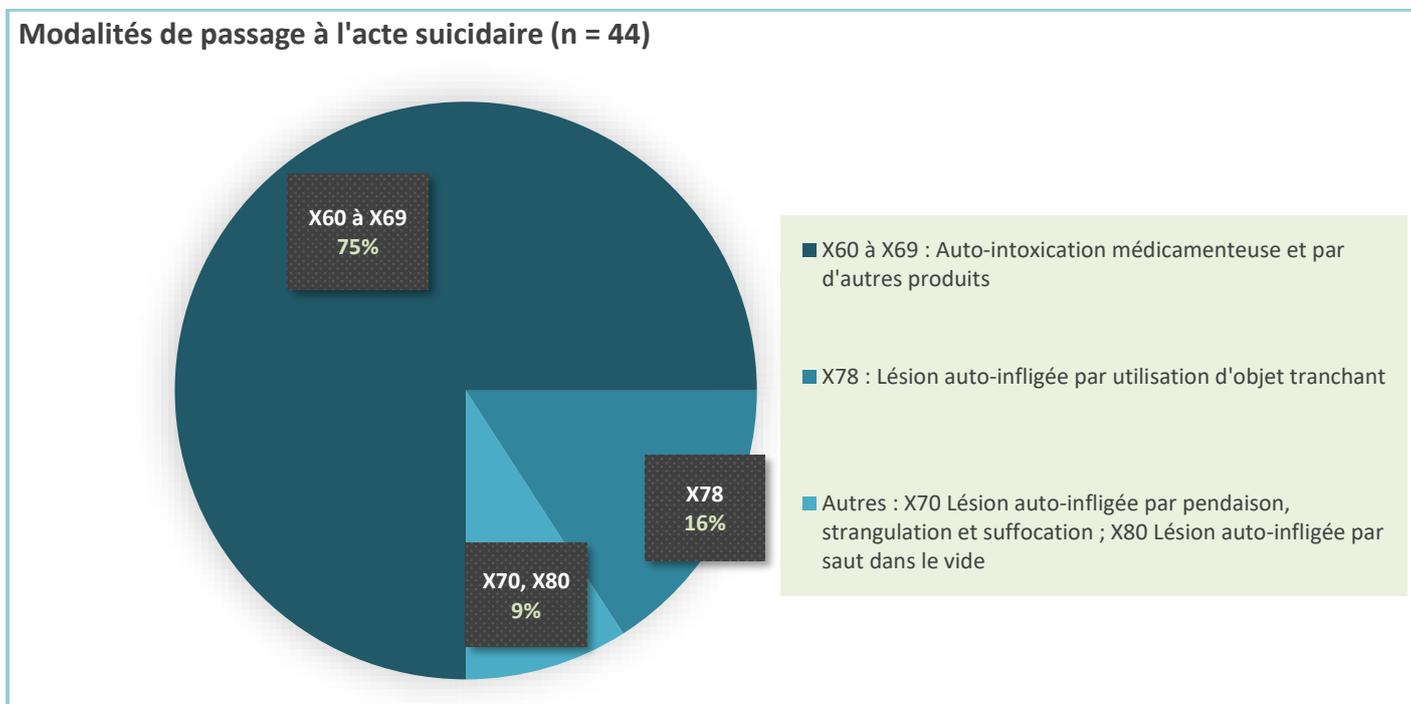
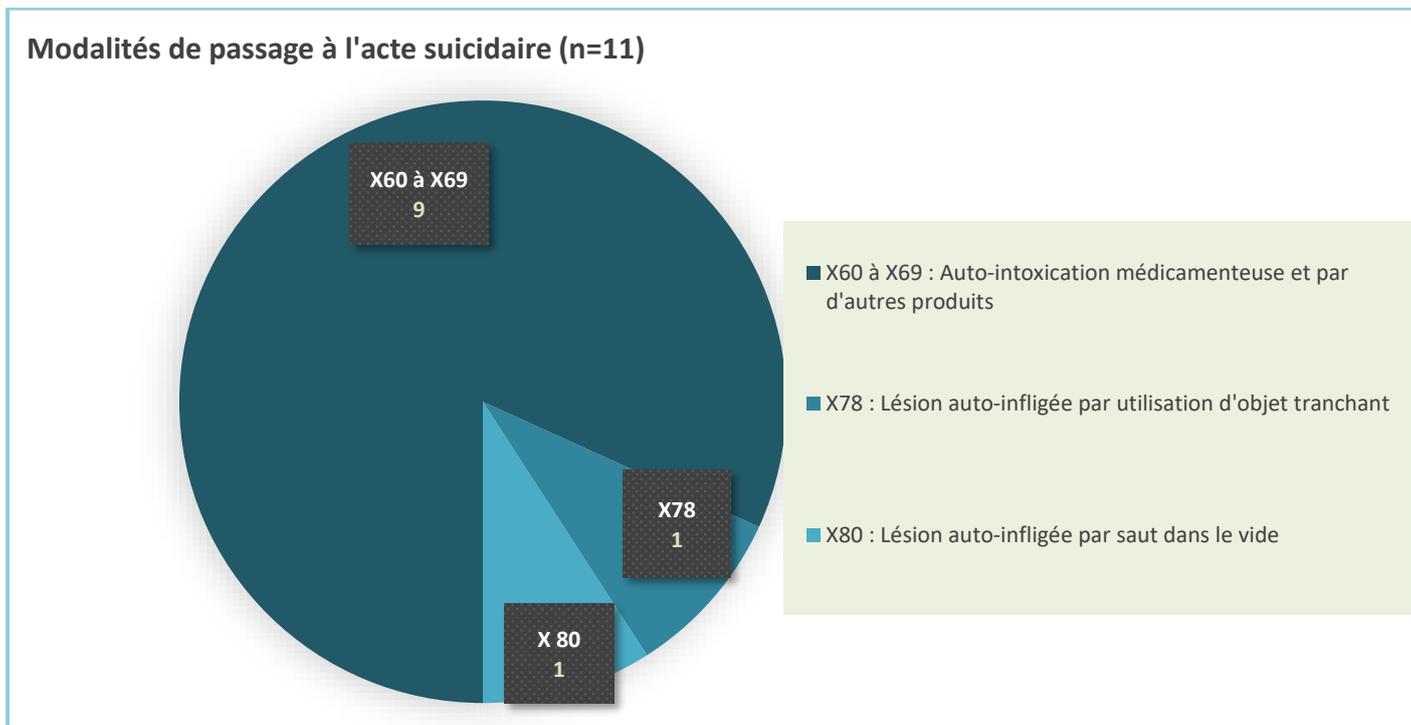


Figure 5 : Modalités de passage à l'acte suicidaire chez les répondants



Parmi les trente suicidants rapportant un geste à visée létale ou ambivalente, dix jeunes ont nécessité des soins somatiques, avec un transfert en USC pour deux d'entre eux et une prise en charge en réanimation pédiatrique pour deux autres jeunes. En comparaison, parmi les quatorze jeunes rapportant un geste sans intentionnalité létale, cinq ont nécessité des soins somatiques, dont une jeune transférée en USC (**Figure 7**).

Au total, sur l'ensemble des patients inclus, une surveillance simple était requise sur le plan somatique dans deux tiers des cas. Des soins spécifiques ont en revanche été nécessaires pour quinze jeunes au total, parmi lesquels douze jeunes avaient eu recours à une auto-intoxication médicamenteuse ou par d'autres produits, un jeune avait recouru à la pendaison, et une jeune s'était infligée des lésions par utilisation d'objet tranchant. Une prise en charge initiale en Unité de soins continus (USC) ou en réanimation s'est avérée nécessaire pour cinq d'entre eux. Une autre jeune, après s'être défenestrée du 1^{er} étage, avait dû subir une intervention chirurgicale orthopédique, suivie d'une prise en charge orthopédique ambulatoire durant plusieurs semaines.

Figure 6 : Caractère impulsif ou prémédité et critique du geste suicidaire

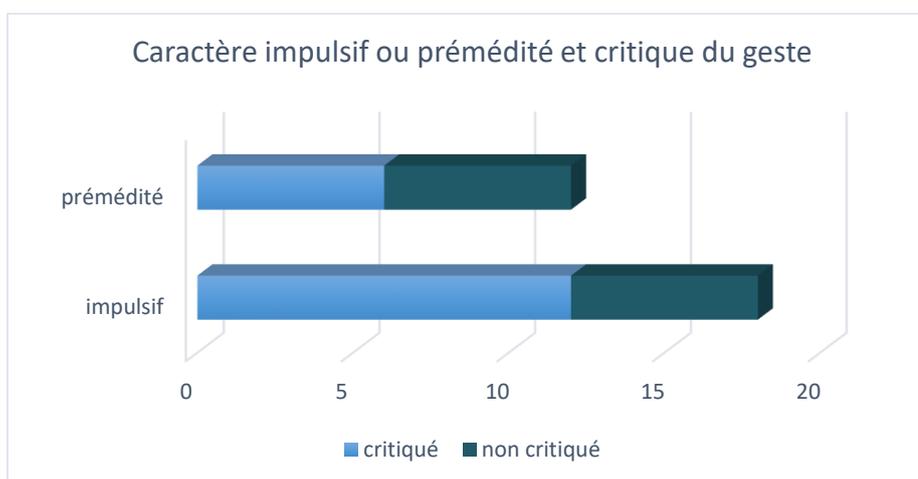
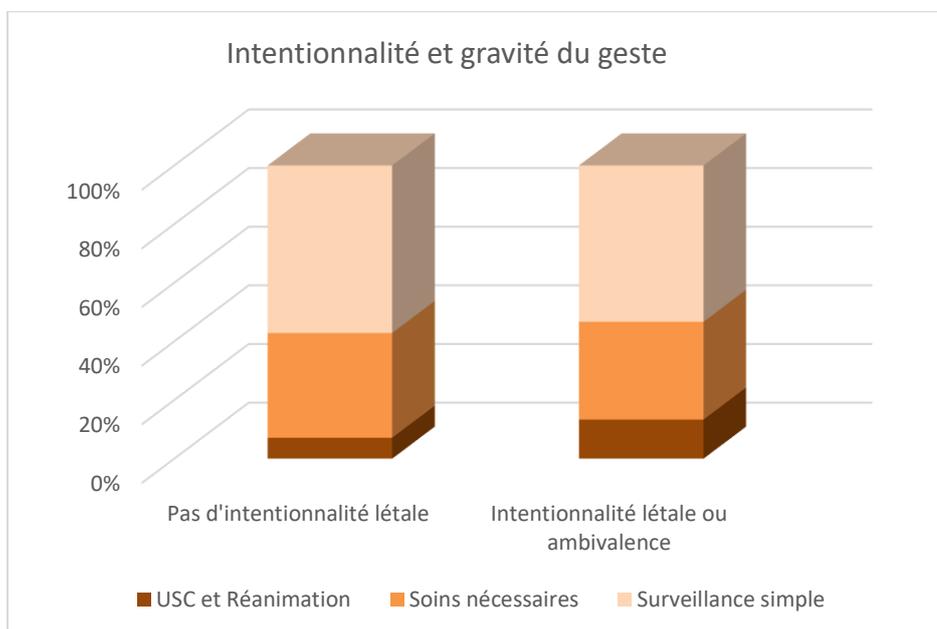


Figure 7 : Intentionnalité létale et gravité du geste suicidaire



4. Caractéristiques de la prise en charge hospitalière

4.1. Prise en charge initiale en milieu hospitalier (Tableau 2)

Les patients pris en charge pour tentative de suicide aux urgences pédiatriques ont bénéficié en premier lieu d'une évaluation somatique, et le cas échéant des soins spécialisés requis par leur état de santé. Tous ont bénéficié dans un deuxième temps d'une évaluation psychiatrique initiale menée par un pédopsychiatre ou par un interne en psychiatrie sous la supervision d'un pédopsychiatre sénior. L'indication à une hospitalisation en pédiatrie ou en unité médico-psychologique spécialisée a été évaluée et proposée aux jeunes âgés de 13 ans ou plus et à leur famille, en accord avec les recommandations de l'ANAES (1998).

La durée moyenne de séjour en milieu pédiatrique était de 3,4 jours pour l'ensemble des patients inclus. La durée de séjour totale était de 3 jours ou moins pour près de la moitié d'entre eux. Onze suicidants ont été transférés en unité médico-psychologique spécialisée dans la prise en charge des adolescents, pour une durée de séjour totale comprise entre 9 et 25 jours (14 jours en moyenne). Pour l'une de ces patientes, le transfert en UMPS a été différé via une consultation de pré-admission programmée quatre jours après sa sortie de l'hôpital pédiatrique. Pour une autre de ces patientes, le séjour en UMPS a été interrompu après 9 jours dans le cadre d'une sortie contre avis médical. L'indication d'un transfert en UMPS a par ailleurs été retenue pour cinq autres jeunes, mais n'a pas été effective, par défaut de lits disponibles pour deux d'entre eux, et du fait du refus du jeune et de sa famille pour trois autres.

L'intervention d'une assistante de service social s'est avérée nécessaire pour dix jeunes hospitalisés en pédiatrie. Une mesure d'assistance éducative était déjà en place (ou avait pris fin récemment) pour trois de ces situations, et il s'agissait essentiellement d'établir un lien avec les travailleurs sociaux déjà impliqués dans la situation. Pour l'une de ces jeunes, dont la mère était hospitalisée pour une maladie grave, et dont le père ne pouvait l'accueillir à son domicile, une mesure d'accueil provisoire en famille d'accueil a été mise en place à sa sortie d'hospitalisation, en lien avec son éducatrice. Pour les sept autres familles, il s'agissait de proposer une évaluation sociale et de conseiller les familles, en présence de conflits éducatifs entre le jeune et ses parents, ou plus largement en présence d'un trouble des interactions familiales. A l'issue de l'évaluation sociale effectuée lors de l'hospitalisation, une Action Educative à Domicile (AED) a été préconisée dans trois de ces situations. Une autre jeune et ses parents ont été accompagnés dans le cadre d'un dépôt de plainte suite aux allégations par la patiente, durant l'hospitalisation, du fait d'avoir été victime à deux reprises de violences sexuelles à caractère intrafamilial.

4.2. Mise en place du suivi ambulatoire à la sortie d'hospitalisation (Tableau 2)

Une consultation de suivi et/ou une consultation post-hospitalisation étaient programmées pour vingt-neuf des trente-trois patients sortants de pédiatrie. Dix patients, poursuivant ou reprenant un suivi, sont sortis avec une consultation de suivi programmée au plus tard un mois après la sortie, après qu'un lien a été établi par téléphone ou par l'envoi d'un compte-rendu d'hospitalisation avec le professionnel ou la structure assurant le suivi ambulatoire.

Vingt-et-un patients ont bénéficié d'une à deux consultations post-hospitalisation, programmées entre 4 et 21 jours (7 jours en moyenne) après la sortie de l'hôpital pédiatrique.

La mise en place d'une prise en charge ambulatoire était conseillée pour la quasi-totalité des patients qui n'en bénéficiaient pas à l'admission. Les coordonnées du CMP de leur secteur ou du CMP intersectoriel pour adolescents de plus de 14 ans (Centre Oreste) leur étaient remises ainsi qu'à leur famille, et un compte-rendu d'hospitalisation était adressé au professionnel ou à la structure amenés à assurer le suivi. Une orientation en secteur libéral était proposée pour une jeune, en accord avec celle-ci et sa famille. Pour une autre jeune ne présentant aucun antécédent psychiatrique, la mise en place d'une prise en charge ambulatoire était jugée non nécessaire, mais une consultation post-hospitalisation était toutefois proposée 20 jours après la sortie d'hospitalisation.

Concernant quatre autres jeunes sortants de pédiatrie, de même que pour les onze jeunes sortants de l'UMPS, aucune date de consultation de suivi n'était mentionnée dans le dossier, mais la reprise ou la mise en place d'une prise en charge ambulatoire était conseillée, les coordonnées du CMP de leur secteur ou du Centre Oreste étaient remises aux jeunes et à leur famille, et un lien était établi avec le professionnel ou la structure concernée.

Une prise en charge orthophonique a pu débuter pour un jeune chez lequel un bilan orthophonique réalisé au sein de l'UMPS a mis en évidence un trouble spécifique du langage associé à des difficultés relationnelles marquées. La mise en place d'une thérapie familiale était par ailleurs conseillée auprès de onze jeunes et leurs familles.

Une large majorité des jeunes et des familles semblaient adhérer au projet thérapeutique ambulatoire proposé. Seuls trois jeunes exprimaient clairement leur réticence, voire un refus catégorique, vis-à-vis de la mise en place ou de la reprise d'un suivi psychologique après la sortie d'hospitalisation.

III. EVOLUTION A T1

1. Données recueillies à partir des dossiers

1.1. Réadmissions entre T0 et T1 pour récurrence suicidaire (Tableau 2)

Deux patientes ont été admises aux urgences pédiatriques ou psychiatriques pour récurrence suicidaire entre la survenue de la TS index et le 30 juin 2019.

La première patiente n'avait pas d'antécédents de TS en dehors de la TS index, mais présentait des antécédents de troubles du comportement dans l'enfance, puis de dépression à l'adolescence avec idées suicidaires, mésusage de toxiques, refus scolaire anxieux, troubles du comportement alimentaire, en lien avec des traits de personnalité émotionnellement labile, ayant donné lieu à deux hospitalisations à l'UMPS. Lors de la TS index, la patiente était âgée de 14,7 ans et s'était infligé des lésions par objet tranchant, sans intentionnalité létale bien que des idées suicidaires soient associées. La récurrence est survenue à 7 mois de la TS index, par auto-intoxication médicamenteuse à visée létale, dans un contexte de fléchissement thymique. Elle a été admise une seconde fois aux urgences psychiatriques pour résurgence des idées suicidaires.

La seconde patiente avait des antécédents multiples de TS ayant donné lieu à plusieurs hospitalisations, ainsi que des antécédents de dépression avec idées suicidaires, auto-mutilations, et troubles du comportement, en lien avec des traits de personnalité émotionnellement labile. Lors de la TS index, réalisée par auto-intoxication médicamenteuse sans intentionnalité létale, la patiente était âgée de 14,3 ans. Elle a présenté deux récurrences suicidaires, par intoxication médicamenteuse également, à 7 et 8 mois de la TS index. Elle a également été admise aux urgences à quatre reprises pour fléchissement thymique et/ou auto-mutilations et conduites à risque (fugues).

Une psychothérapie ambulatoire était en cours pour ces deux patientes lors des récurrences suicidaires.

Tableau 2 : Caractéristiques de la prise en charge hospitalière, orientation post-hospitalière et réadmissions à T1

	Patients inclus (n = 44) nombre (%)	Répondants (n = 11) nombre (%)
Prise en charge hospitalière		
Séjours ≤ 72 heures	20 (45%)	6 (55%)
Séjours ≥ 8 jours	14 (32%)	1 (9%)
- patients transférés en UMPS	11	1
Intervention d'une assistante de service social en pédiatrie	10 (23%)	2 (18%)
- mesure d'assistance éducative en cours	3	1
- AED préconisée	3	0
Orientation post-hospitalière		
Patients sortants de pédiatrie	33 (75%)	10 (91%)
- consultations post-hospitalisation	21	7
- consultations de suivi programmées	10	3
Thérapie familiale conseillée	11 (25%)	1 (9%)
Réadmission aux urgences entre T0 et T1 (d'après la lecture des dossiers à T1)		
Total	15 (34%)	3 (27%)
Récidives suicidaires	2 (4,5%)	1 (9%)
Idées suicidaires	9 (20%)	2 (18%)
Conduites à risque (fugues, toxiques)	4 (9%)	1 (9%)
Rupture de suivi	2 (4,5%)	0

1.2. Réadmissions entre T0 et T1 pour autres motifs (Tableau 2)

Treize jeunes ont été admis une ou plusieurs fois aux urgences pédiatriques ou aux urgences psychiatriques adultes pour d'autres motifs. Parmi eux, six jeunes avaient des antécédents de TS antérieurs à la TS index.

Neuf jeunes ont été admis pour recrudescence des idées suicidaires (dont une des 2 patientes ayant par ailleurs présenté une récurrence suicidaire). L'un de ces jeunes présentait des menaces de passage à l'acte multiples dans un contexte socio-éducatif complexe, faisant l'objet d'une enquête sociale. Un autre jeune a été admis aux urgences après avoir présenté un comportement étrange sur un pont ; des passants, interpellés par son comportement, ont alors alerté les secours. Deux autres jeunes ont été transférés en UMPS : l'une présentait une récurrence des idées suicidaires 5 jours après sa sortie d'hospitalisation suite à l'épisode index ; l'autre présentait une recrudescence des idées suicidaires dans un contexte de persistance d'un refus scolaire anxieux.

Trois jeunes ont été admises aux urgences pour des conduites à risque (fugues et/ou prise de toxiques), associées à des éléments dépressifs (dont une des 2 patientes ayant par ailleurs présenté une récurrence suicidaire). Une quatrième jeune souffrait d'une problématique addictive, et a bénéficié d'une évaluation par l'équipe de liaison et de soins en addictologie alors qu'elle consultait aux urgences pour un motif somatique. Une cinquième a été admise pour des conduites auto-mutilatoires sans idées suicidaires associées. Au total, une rupture de suivi était mentionnée pour deux patientes, dont l'une présentant une récurrence des idées suicidaires, et l'autre une problématique addictive.

2. Données recueillies auprès des jeunes et de leurs parents par le biais des questionnaires non standardisés

2.1. Récidives suicidaires

Une seule adolescente avait présenté deux récurrences suicidaires entre T0 et T1. L'existence de ces récurrences rapportées par la famille, concordait avec les données recueillies à partir des dossiers.

2.2. Adhésion aux soins hospitaliers lors de l'admission (Figure 8)

A la question : « *Sur le moment, pensais-tu que le fait d'être soigné(e) à l'hôpital pourrait t'aider à comprendre ce qui t'arrivait et à te sentir mieux après ta tentative de suicide ?* », 6 enfants ont répondu qu'ils pensaient que l'hospitalisation ne les aiderait « pas du tout » ou « pas beaucoup », 2 enfants ont répondu « plutôt » ou « vraiment », et un enfant n'a pas répondu.

A la question correspondante s'adressant aux parents, huit ont répondu « vraiment » ou « plutôt », et une mère a répondu « pas beaucoup ».

2.3. Bénéfices ressentis de l'hospitalisation (Figure 9)

A la question : « *Avec du recul, que penses-tu aujourd'hui du fait d'être allé à l'hôpital après avoir fait une tentative de suicide ?* », 5 enfants ont répondu que l'hospitalisation ne l'avait « pas du tout » ou « pas beaucoup » aidé, et 4 ont répondu que l'hospitalisation les avait « plutôt » ou « vraiment » aidés.

A la question correspondante adressée aux parents, 2 ont répondu « pas du tout » ou « pas beaucoup », et 7 ont répondu que l'hospitalisation avait « plutôt » ou « vraiment » aidé leur enfant. Une des deux mères contactées par téléphone a répondu « pas beaucoup », et une autre a répondu « plutôt ».

Figure 8 : Adhésion des enfants et des parents aux soins hospitaliers à l'admission

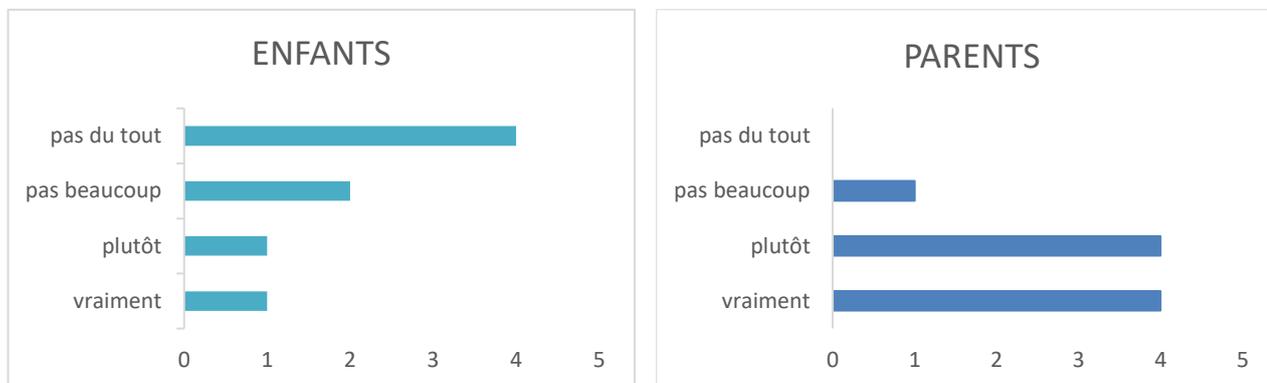


Figure 9 : Bénéfices de l'hospitalisation selon les enfants et les parents

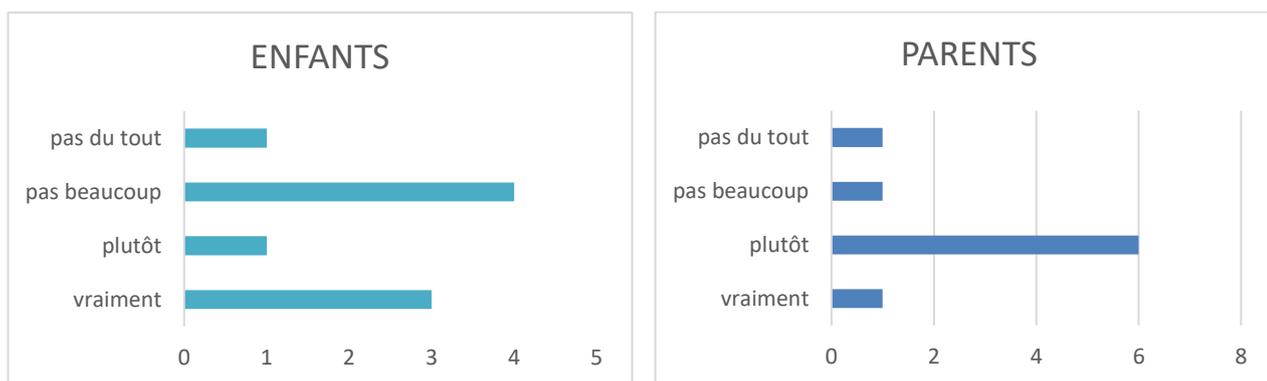
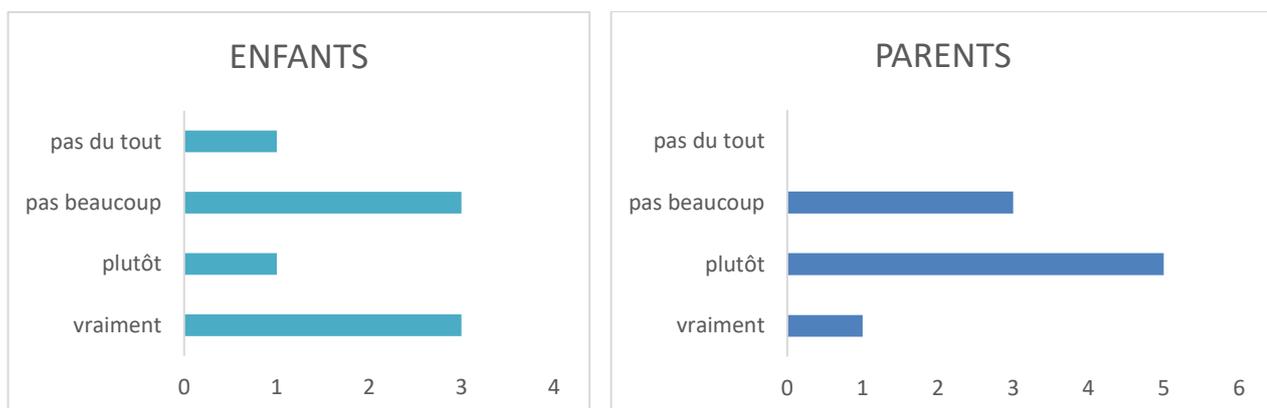


Figure 10 : Bénéfices de la psychothérapie ambulatoire selon les enfants et les parents



2.4. Consultations post-hospitalisation et bénéfices ressentis

Cinq enfants ont bénéficié d'une à deux consultations post-hospitalisation, et une patiente a bénéficié de trois consultations post-hospitalisation. Ces consultations n'avaient pas été proposées pour trois autres enfants. Parmi les

six enfants en ayant bénéficié, trois enfants ont répondu « vraiment » ou « plutôt » à la question : « Penses-tu que ces consultations à l'hôpital t'ont aidé ? », deux ont répondu « pas du tout » ou « pas beaucoup », et une patiente n'a pas répondu. A la question correspondante adressée aux parents, quatre ont répondu « plutôt » ou « vraiment », les parents d'une jeune ont répondu « pas beaucoup », et un père n'a pas répondu.

2.5. Suivi ambulatoire et bénéfices ressentis

Une psychothérapie ambulatoire a pu être débutée, poursuivie ou reprise pour tous les enfants, entre T0 et T1, à l'exception des deux enfants dont les mères ont été contactées par téléphone, ceux-ci ayant refusé la proposition de suivi après la TS index. Pour l'un de ces deux jeunes, un premier rendez-vous était toutefois prévu au Centre Oreste en septembre 2019, soit deux ans et 3 mois après la TS index.

Le suivi était assuré par le secteur sanitaire (CMP ou Centre Oreste) pour sept jeunes, par le secteur médico-social (CMPP) pour une autre, et par un professionnel exerçant en libéral pour une dernière. Un premier rendez-vous avait pu être proposé dans un délai de moins de 3 mois pour sept jeunes, délai jugé comme raisonnable par les parents. Ce délai était compris entre 3 et 6 mois pour une jeune adressée au Centre Oreste, délai jugé comme « trop long » par les parents ; et il était de plus de 6 mois pour une autre jeune adressée au Centre Oreste, délai jugé comme raisonnable par le père.

Quatre jeunes ont répondu « vraiment » ou « plutôt » à la question : « Penses-tu que ce suivi t'aide (ou t'a aidé) ? » ; quatre autres ont répondu « pas du tout » ou « pas beaucoup », et un jeune n'a pas répondu. A la question correspondante adressée aux parents, six ont répondu « plutôt » ou « vraiment », et trois ont répondu « pas beaucoup » (**Figure 10**).

2.6. Obstacles éventuels à mise en place ou la poursuite de la prise en charge ambulatoire, interruptions de suivi

a. Obstacles matériels

L'existence d'obstacles matériels, ayant retardé la mise en place du suivi, concernait une seule patiente : il s'agissait d'une incompatibilité des horaires de consultation avec l'emploi du temps des parents ou de l'enfant.

b. Réticences des jeunes ou de leurs parents

Les parents de cinq jeunes rapportaient chez ces derniers des réticences vis-à-vis du suivi psychologique. Deux d'entre eux étaient décrits comme préférant se confier à des proches plutôt qu'à des personnes extérieures ; une mauvaise expérience lors de rencontres précédentes avec un professionnel de santé mentale était par ailleurs rapportée pour l'une de ces jeunes. Trois autres jeunes étaient décrites comme ayant des difficultés à parler d'elles-mêmes, à se confier en général, y compris à leurs proches. Enfin, le père d'une adolescente rapportait des réticences existant de son côté, ayant lui-même déjà une mauvaise expérience lors de rencontres précédentes avec un psychiatre ou un psychologue.

c. Interruption de suivi

Par ailleurs sept jeunes déclaraient avoir mis fin au suivi. La plupart en avaient d'abord discuté avec leurs parents, mais seulement deux jeunes s'étaient concertés avec leur psychologue ou psychiatre avant de mettre fin au suivi. Cinq jeunes affirmaient ne pas se sentir à l'aise dans la relation avec le professionnel qu'ils consultaient, et l'une d'elles rapportait de plus des contraintes en lien avec son emploi du temps. Une autre jeune rapportait que son suivi avait pris fin du fait d'un déménagement, et une dernière mettait en avant le coût financier et l'absence de bénéfice ressenti. Au total, seules trois des sept jeunes ayant mis fin au suivi déclaraient qu'elles s'étaient senties suffisamment bien pour arrêter ce suivi.

2.7. Recours à des thérapies alternatives

Les parents de quatre jeunes rapportaient un recours à des thérapies alternatives (microkinésithérapie, magnétisme, thérapie énergétique).

2.8. Soutien perçu et recherche d'aide par les jeunes auprès de l'entourage amical, familial, et auprès d'autres professionnels

a. Entourage amical et familial

Six jeunes disaient se confier plus facilement à un(e) ami(e) lorsqu'ils se sentaient tristes, déprimés, anxieux, préoccupés ou en colère. Deux d'entre eux disaient également pouvoir trouver du soutien auprès de leur entourage familial (parents pour l'un, sœur pour l'autre) dans ce type de situations ; et deux autres manifestaient une certaine ambivalence dans la recherche de soutien auprès de leur entourage amical, en affirmant également qu'ils ne se confiaient à personne. Trois jeunes avaient par ailleurs coché uniquement la réponse « *je ne me confie à personne* ».

b. Autres professionnels

Les parents de trois jeunes rapportaient que ceux-ci bénéficiaient d'un soutien régulier par d'autres professionnels (intervenant en dehors du suivi psychothérapique) : éducateurs pour le premier, médecin traitant pour la deuxième, et professionnels intervenant en milieu scolaire pour la dernière. Cela contrastait avec le fait qu'aucun des neuf jeunes ne rapportait se confier à d'autres professionnels.

2.9. Evolution du vécu familial et scolaire (**Figure 11**)

a. Evolution perçue par les enfants

A la question : « *Comment te sens-tu la plupart du temps chez toi, par rapport à il y a un an ?* », deux jeunes rapportaient se sentir « beaucoup mieux », trois disaient se sentir « plutôt mieux », quatre affirmaient se sentir « à peu près pareil », et aucun ne rapportait se sentir « moins bien » en comparaison à l'année précédente.

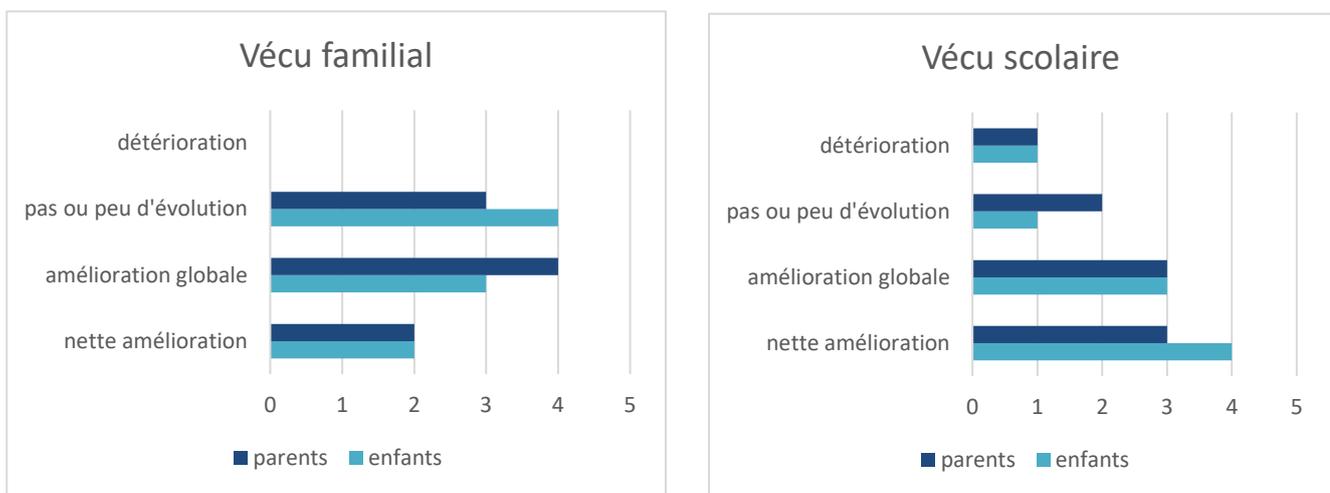
A la question : « *Comment te sens-tu la plupart du temps à l'école, par rapport à l'an passé ?* », quatre jeunes affirmaient se sentir « beaucoup mieux », trois autres disaient se sentir « plutôt mieux », un enfant rapportait se sentir « à peu près pareil », et un autre disait se sentir « moins bien » en comparaison à l'année précédente.

b. Evolution perçue par les parents

A la question : « A la maison, comment ont évolué les relations et la communication : avez-vous ressenti une amélioration depuis un an ? », les parents de deux jeunes rapportaient une nette amélioration, ceux de quatre autres jeunes notaient une amélioration globale, ceux de deux jeunes affirmaient qu'il n'y avait pas ou peu d'évolution, et aucun ne constatait une détérioration par rapport à l'année précédente.

A la question : « A l'école, avez-vous l'impression que votre enfant se sent mieux, en comparaison à l'an passé ? », les parents de quatre jeunes décrivaient une nette amélioration, ceux de trois autres jeunes constataient une amélioration globale, ceux de deux jeunes rapportaient qu'il n'y avait pas ou peu d'évolution, et la mère d'un jeune notait une détérioration par rapport à l'année précédente.

Figure 11 : Evolution du vécu familial et scolaire, perçue par les enfants et les parents



2.10. Précisions libres

Les précisions libres des jeunes et de leurs parents sont retranscrites dans le **Tableau 3**.

Tableau 3 : précisions libres ajoutées par les jeunes suicidants et par leurs parents

Enfants		Parents	
<i>Ce qui a changé (en positif ou négatif) depuis 1 an</i>	<i>Ce qui pourrait ou aurait pu t'aider à aller mieux</i>	<i>Ce qui a changé (en positif ou négatif) depuis 1 an</i>	<i>Ce qui pourrait ou aurait pu aider votre enfant à aller mieux</i>
-	-	"ne coopère pas ; problème d'addiction ; perte de repères ; sur la fin, meilleure communication au sein de la famille"	-
-	-	"de nouveaux événements sont survenus à l'école qui l'ont beaucoup touchée et cette fois-ci elle nous en a parlé"	-
"de nouvelles amies"	-	" a toujours du mal à accepter que sa mère refasse sa vie alors que son père est parti pour une autre femme"	"impliquer davantage son père lors de certaines consultations"
"toujours autant de problèmes en moi, je m'attache trop et après c'est dur"	"mon frère ; ne pas avoir déménagé loin de mes amies"	"suivie pendant 1 mois et demi au CMP ; n'a pas voulu poursuivre le suivi psychologique avec l'interne (femme), préférait être suivie par un homme"	-
"je suis plus ouverte aux autres"	-	-	-
"je me fous beaucoup plus de ce qui peut m'arriver (positif)"	-	"changement de lycée ; déménagement prochain permettant un rapprochement de la famille ; projet d'adopter un chien (grande passion de ma fille)"	-
"je pense aux conséquences de mon acte pour mon entourage"	"arrêter de me mettre une grosse pression en ce qui concerne l'école"	"en positif, ce qui a changé c'est une meilleure attention de notre part (nous parents)"	"être plus à l'écoute"
-	-	"changement d'orientation ; changement de copains et copines"	-
"je suis devenue moins impulsive, plus calme ; j'ai réussi à avoir une vraie vie sociale"	"que ma famille me soutienne plus ; faire une thérapie familiale"	"rejet important des parents adoptifs"	-

3. Données recueillies auprès des jeunes suicidants et de leurs parents par le biais des questionnaires standardisés

3.1. Scores totaux CDI et STAIC-T (Figure 12), idéations suicidaires au cours des deux dernières semaines

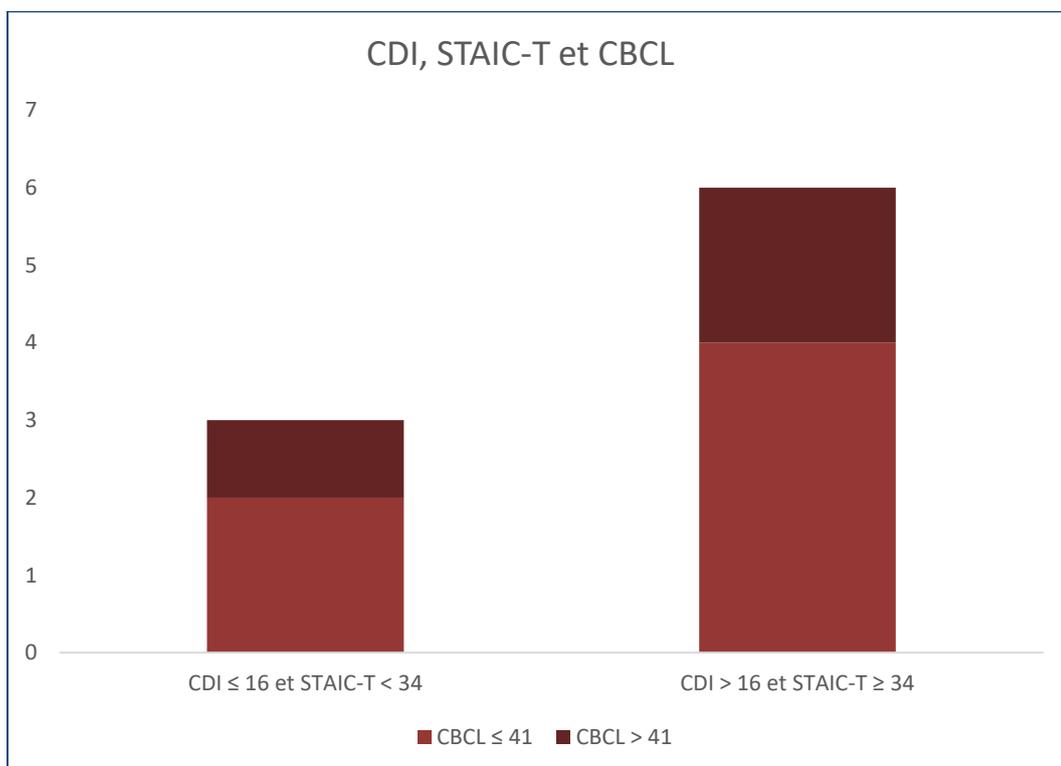
Trois jeunes obtenaient un score total inférieur ou égal à 16 au CDI, et inférieur à 34 au STAIC-T ; aucun d'entre eux ne déclarait avoir présenté d'idées suicidaires au cours des deux dernières semaines.

Les six autres jeunes obtenaient un score total supérieur à 16 au CDI, et supérieur ou égal à 34 au STAIC-T ; trois d'entre eux déclaraient avoir présenté des idées suicidaires sans intentionnalité de passage à l'acte, au cours des deux dernières semaines (item 9 du CDI).

3.2. CBCL : score total, sous-scores d'internalisation et d'externalisation

Au total, trois jeunes présentaient un score total supérieur à 41 au CBCL, dont deux avaient un score total supérieur à 16 au CDI et un score total supérieur ou égal à 34 au STAIC (Figure 12). Une de ces trois jeunes obtenait un sous-score d'internalisation élevé (supérieur à 14), une autre obtenait un sous-score d'externalisation élevé (supérieur à 16) ; ces sous-scores étaient tous deux au-dessus des valeurs seuil pour une troisième jeune.

Figure 12 : Répartition selon les scores CDI, STAIC-T et CBCL



DISCUSSION

I. COMPARAISON DE NOS RESULTATS AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE

1. Taux de réponse et comparabilité des répondants à l'ensemble de la population de l'étude

Le taux de réponse de notre étude était de 25% (n = 11). Ce taux était plus bas que les taux de réponse obtenus dans d'autres études transversales réalisées auprès de jeunes suicidants (Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009), s'élevant à environ 45%. A noter que parmi les 33 non-répondants, nous avons comptabilisé 5 retours de courrier du fait d'un changement d'adresse de la famille.

Les caractéristiques initiales des répondants étaient globalement similaires à celles de l'ensemble des patients inclus (**Tableaux 1 et 2**). Toutefois, on notait chez les répondants des antécédents de TS un peu plus fréquents, contrastant avec une prise en charge ambulatoire antérieure moins fréquente. Les répondants avaient par ailleurs un peu moins de difficultés scolaires en lien avec les apprentissages, mais souffraient autant de difficultés dans les relations à leurs pairs. Ils avaient par ailleurs eu plus fréquemment recours à une intoxication-médicamenteuse volontaire lors du geste suicidaire, et avaient majoritairement été pris en charge en pédiatrie, avec une durée de séjour souvent plus courte.

2. Caractéristiques initiales

2.1. Caractéristiques démographiques et psychosociales

Les filles étaient majoritaires, avec un sex ratio à 0,81 dans notre étude, similaire à celui retrouvé habituellement dans cette population (Giraud et al., 2013 ; Hawton and Harriss, 2008 ; Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009). Concernant l'environnement familial, nous relevons une séparation parentale dans la moitié des cas (n = 23), ce qui concorde avec les résultats retrouvés dans d'autres études (Berthod et al., 2013 ; Delamare et al., 2007 ; Giraud et al., 2013 ; Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009). Dans notre étude, la séparation du couple parental était le plus souvent associée à un trouble des interactions familiales ou à une situation familiale complexe (n = 19, soit 43% des patients inclus).

Dix-sept jeunes, soit 39% des patients inclus dans notre étude avaient par ailleurs connu des événements de vie adverses. Un quart des patients inclus faisaient l'objet d'une prise en charge sociale, de même que dans l'étude de Berthod et al. (2015). Huit jeunes avaient subi des carences éducatives et/ou des faits de maltraitance ayant donné lieu à une mesure judiciaire d'assistance éducative, dont six (soit 13,6%) avaient fait l'objet d'une ordonnance judiciaire ou préconisation de placement. Les données retrouvées dans la littérature concernant la proportion d'enfants suicidants vivant hors de leur famille sont similaires (Berthod, et al., 2013 ; Delamare et al., 2007), même si cette proportion peut varier selon les études, entre 11% (Giraud et al., 2013) et 18% (Kurzenne, 2014).

Des antécédents familiaux étaient retrouvés pour un quart des patients inclus dans notre étude, principalement représentés par des antécédents de conduites suicidaires, de dépression et/ou de troubles liés à l'usage d'alcool chez les parents. Même si ces chiffres sont un peu en-deçà de ceux rapportés par d'autres études, nos résultats correspondent à ce qui a été décrit ailleurs, notamment par Kurzenne (2014), qui retrouvait 35% d'antécédent de tentative de suicide et 24% d'alcoolodépendance chez les parents des adolescents suicidants, ou par Ligier et al. (2009), qui relevaient l'existence d'un antécédent parental de troubles psychiatriques (avec une surreprésentation de la dépression maternelle), d'éthylisme (avec une surreprésentation paternelle) et/ou de conduites suicidaires pour 55% des suicidants.

Cinq jeunes filles soit 11% des jeunes inclus avaient été victimes de maltraitances sexuelles ; Delamare et al. (2007) ainsi que Kurzenne (2014) retrouvaient des proportions d'abus sexuels similaires. Le fait que ces maltraitances n'étaient connues à T0 que pour deux de ces cinq jeunes rejoint le questionnement de certains auteurs quant à une possible sous-estimation des violences et abus subis au cours de leur vie par les jeunes suicidants, et par là-même des conséquences psychopathologiques de ces violences.

Vingt-trois soit 52% des jeunes que nous avons inclus connaissaient des difficultés d'ordre scolaire (retard dans les apprentissages, désinvestissement avec fléchissement des résultats, anxiété de performance) ; ces difficultés étaient associées pour cinq (11%) d'entre eux à des périodes d'absentéisme voire de déscolarisation. Nous retrouvons par ailleurs des difficultés relationnelles chez dix-neuf, soit 43% des patients inclus dans notre étude. Au total, 70% des jeunes suicidants présentaient des difficultés d'ordre scolaire et/ou relationnel. Les résultats des autres études sont variables : Giraud et al. (2013) rapportaient une situation de déscolarisation, d'absentéisme et/ou de difficultés scolaires pour près de 40 % des adolescents. Delamare et al. (2007) retrouvaient une proportion similaire (40%) d'enfants présentant des difficultés d'ordre scolaire, tandis que les difficultés d'intégration sociale avec les pairs concernaient un tiers des enfants. Deux autres études faisaient état d'un retard ou de difficultés scolaires pour près de 62% des adolescents suicidants (Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009).

2.2. Antécédents personnels et comorbidités

La proportion de jeunes suicidants présentant des antécédents de TS était de 27 % pour notre étude, similaire à celle retrouvée dans d'autres études réalisées auprès de jeunes suicidants (Berthod et al., 2013 ; Giraud et al., 2013 ; Hawton and Harriss, 2008 ; Kurzenne, 2014 ; Spirito et al. 2003). Des comorbidités ou antécédents psychiatriques personnels étaient par ailleurs retrouvés pour 86% des jeunes inclus dans notre étude : il s'agissait majoritairement de symptômes de la lignée dépressive (n = 33, soit 75% des patients inclus), parfois associés à d'autres comorbidités ou antécédents psychiatriques (n = 19, soit 43% des patients inclus) ou médicales (n = 4, soit 9% des patients inclus). Dans d'autres études, des éléments évocateurs d'une pathologie d'ordre psychiatrique étaient présents chez près de la moitié des enfants ou adolescents suicidants (Delamare et al., 2007 ; Giraud et al., 2013 ; Ligier et al., 2009). En particulier, 22 à 30% des adolescents présentaient des éléments de la lignée dépressive (Giraud et al., 2013 ; Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009). Par ailleurs, 9% des jeunes suicidants présentaient des troubles du comportement alimentaire (Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009) et 11 à 27% de troubles autres (principalement troubles de la

personnalité, troubles anxieux, troubles obsessionnels compulsifs, troubles du comportement externalisés), pouvant être associés ou non à des éléments dépressifs (Giraud et al., 2013 ; Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009).

Les résultats de notre étude en termes de diagnostic psychiatrique paraissent, au premier abord, discordants avec ceux de la littérature, mais peuvent s'expliquer par le fait que nous avons pris en compte les symptômes anxieux et dépressifs, passés ou actuels, comme signes de comorbidité ou d'antécédent psychiatrique. Nos résultats rejoignent alors ceux de Delamare et al. (2007), retrouvant des prodromes dans 81% des cas, alors que seuls 22 % des enfants présentaient un trouble psychiatrique caractérisé. De même, le diagnostic de dépression n'est posé que pour 9 % des cas inclus dans leur étude, alors que des symptômes dépressifs, avec ou sans trouble du comportement associé, sont retrouvés chez 61% des enfants. Delamare et al. (2007) s'appuient sur des résultats similaires mis en évidence dans une autre étude (Gandione et al., 2001), selon laquelle 70% des enfants suicidants présentaient des « signes prémonitoires de perturbations émotionnelles, symptômes d'un problème émotionnel et relationnel sévère », et suggèrent que ces écarts entre les différents pourcentages rendent compte de l'existence chez les jeunes suicidants de « probables mouvements dépressifs réactionnels à un environnement perturbé, sans caractère pathologique ».

De la même manière, Berthod et al. (2013), ayant retrouvé des troubles de l'adaptation ou des troubles dépressifs respectivement chez 37,5% et 33% des enfants suicidants, soulignent que le trouble de l'adaptation est pourtant rarement identifié dans la littérature. Ces auteurs font appel à la définition donnée par Desombre et al. (2004) : « à la limite entre le pathologique et la réaction normale adaptative, le trouble de l'adaptation est un diagnostic souvent retrouvé à l'hôpital où beaucoup de troubles de l'enfant sont expliqués par le dépassement transitoire de ses capacités adaptatives devant certaines situations », et soulignent que ce diagnostic semble tout à fait pertinent si l'on considère qu'une TS peut être « une manifestation d'inadaptation devant une détresse extrême », notamment chez des enfants qui ne sont pas parvenus à acquérir un certain degré de tolérance à la frustration. Ces divergences existant d'une étude à une autre posent la question du diagnostic en psychiatrie infantile-juvénile, c'est-à-dire chez des sujets en développement. Dans notre étude, nous avons préféré relever l'existence ou non de symptômes (dépressifs, anxieux, comportementaux, relationnels, développementaux) plutôt que d'éventuels troubles avérés, en pratique rarement retrouvés à la lecture des dossiers, et pouvant être davantage soumis à des différences d'appréciation relevant de la subjectivité du clinicien. Plus d'un quart (28%) des patients de notre étude avaient par ailleurs un suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique au moment de la TS, ou en avaient eu par le passé. Ces résultats sont similaires à ce qui est décrit par ailleurs (Delamare et al., 2007 ; Giraud et al., 2013), même si Berthod et al. (2013) retrouvaient une proportion de suivi psychologique ou pédopsychiatrique préexistant au geste suicidaire plus conséquente, s'élevant à 69%.

Peu d'études se sont en revanche intéressées à la présence éventuelle de comorbidités somatiques. Delamare et al. (2007) indiquaient l'existence d'une pathologie organique lourde ou d'une maladie chronique évolutive dans 10% des cas, ce qui correspond aux résultats de notre étude.

2.3. Caractéristiques du geste suicidaire

Les données de la littérature sont plus hétérogènes concernant les caractéristiques du geste suicidaire chez l'enfant et le jeune adolescent : il s'agissait d'une auto-intoxication médicamenteuse ou par d'autres produits dans 75% des

cas dans notre étude, contre un peu plus de la moitié pour les enfants âgés de moins de 13 ans (Berthod et al., 2013 ; Delamare et al., 2007 ; Stordeur et al., 2015), et entre 82 et 86% pour les études réalisées auprès d'enfants et adolescents de moins de 15 ans (Giraud et al., 2013 ; Hysinger et al., 2011 ; Kurzenne, 2014).

Venaient ensuite dans notre étude les phlébotomies, représentant 16% des cas, comme dans l'étude de Kurzenne (2014). Ces caractéristiques diffèrent sensiblement de celles décrites chez les enfants plus jeunes, chez lesquels le recours à des moyens violents (pendaison, défenestration ou armes à feu selon les pays) vient en seconde position après les intoxications (Delamare et al., 2007 ; Hysinger et al., 2011).

2.4. Prise en charge hospitalière

Tous les patients inclus dans notre étude ont bénéficié d'une évaluation somatique et pédopsychiatrique, conformément aux recommandations ANAES de 1998. En revanche une évaluation sociale a été réalisée pour près d'un quart des situations seulement, alors qu'elle devrait être systématique, selon ces mêmes recommandations. Cependant, il faut tenir compte de l'organisation propre à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours, au sein de laquelle une participation quotidienne des Assistants de service social aux discussions pluridisciplinaires avec les équipes médicales a lieu, en particulier avec l'équipe des urgences pédiatriques. Cette place permet aux Assistants de service social de repérer les situations nécessitant une évaluation, et le cas échéant de préparer leur intervention auprès des jeunes et de leurs familles de manière concertée et coordonnée avec les équipes médicales de pédiatrie et de pédopsychiatrie.

La durée moyenne de séjour en milieu pédiatrique était de 3,4 jours, avec une durée totale de séjour de moins de 3 jours pour près de la moitié des patients, ce qui correspond aux résultats retrouvés dans certaines études (Giraud et al., 2013 ; Stordeur et al., 2015). Par ailleurs, un quart des patients de notre étude a été transféré en unité médico-psychologique spécialisée, contre 7,5 % des jeunes suicidants transférés en service spécialisé de pédopsychiatrie dans l'étude de Giraud et al. (2013), et 71% des patients dans l'étude de Kurzenne (2014) : celle-ci décrivait par ailleurs une durée moyenne de séjour s'élevant à 11 jours. Ces différences d'une étude à une autre nous semblent attribuables à une spécificité d'organisation des soins d'un territoire à un autre, plutôt qu'à des différences cliniques.

3. Evolution à T1

3.1. Récidive suicidaire

Parmi les onze répondants, un seul cas de récurrence suicidaire, était rapporté à T1, soit un taux de récurrence à 9%. Après lecture des trente-trois autres dossiers, un autre cas de récurrence ayant donné lieu à une hospitalisation était retrouvé à T1, soit un taux de récurrence s'abaissant à 3% pour les non-répondants, ou à 4,5% lorsqu'on rapportait ces 2 cas de récurrence à l'ensemble des 44 patients inclus. Pour ces deux patientes, il est à noter qu'un suivi ambulatoire était en cours lors de la survenue des récurrences suicidaires.

Ces chiffres sont plutôt faibles comparés à ceux rapportés par d'autres auteurs, avec un taux de récurrence dans l'année suivant la TS index pouvant s'élever de 15% (Giraud et al., 2013) à 28% (Ligier et al., 2009) voire 40% (Kurzenne, 2014). A noter que dans notre étude, seules des récurrences ayant donné lieu à une hospitalisation ont été recensées. Si l'on considère que seul un quart des TS aboutit à une hospitalisation, on peut extrapoler que le taux de récurrence un à deux ans après la TS index serait quatre fois supérieur à celui que nous avons calculé, soit un taux de récurrence égal à 18% pour l'ensemble des patients inclus.

Par ailleurs, les récurrences que nous avons recensées sont survenues à 7 et 8 mois, ce qui est plutôt tardif au regard des données de la littérature, où le caractère précoce des récurrences est souvent souligné, celles-ci survenant au cours des 3 premiers mois pour 12 % (Spirito et al., 2003) à environ 25% (Kurzenne, 2014 ; Ligier et al., 2009) des adolescents suicidants.

3.2. Observance de la prise en charge ambulatoire

Parmi les onze familles ayant répondu à la question de savoir si un suivi psychologique avait pu débuter ou reprendre dans les suites de la TS index, seules deux mères, contactées par téléphone, rapportaient que le suivi ne s'était pas mis en place du fait d'un refus exprimé par leur enfant. La mise en place du suivi était donc effective pour 81% des répondants. Nous obtenons des résultats similaires à ceux d'autres études, retrouvant environ 80% de patients ayant eu un suivi psychologique à leur sortie d'hospitalisation (Giraud et al., 2013 ; Grøholt and Ekeberg, 2009 ; Ligier et al., 2009).

Cependant, parmi les neuf jeunes de notre étude ayant débuté ou repris un suivi au décours de la TS index, sept jeunes déclaraient que leur suivi avait pris fin, et seulement trois d'entre eux déclaraient se sentir suffisamment bien lors de l'arrêt du suivi. On peut donc considérer qu'une observance correcte vis-à-vis du suivi ambulatoire avait été possible chez cinq soit 45% des onze répondants (deux suivis toujours en cours à T1, trois suivis arrêtés alors que les jeunes se sentaient suffisamment bien).

Bien que peu de données soient disponibles dans la littérature, nos résultats peuvent être confrontés à ceux de quelques autres études ayant tenté d'apprécier l'observance des jeunes suicidants vis-à-vis du suivi psychologique : Giraud et al. (2013) rapportaient une observance optimale au suivi psychique proposé chez un tiers des patients, alors que pour deux adolescents sur 5, la prise en charge avait été discontinuée, s'était arrêtée trop précocement du fait de l'adolescent ou s'était mise en place tardivement par rapport à la sortie de l'hôpital. L'étude de Grøholt et Ekeberg (2009) retrouvait également une proportion de deux adolescents sur 5 pour lesquels l'observance n'était pas optimale, c'est-à-dire ayant honoré moins de 3 rendez-vous alors que davantage étaient requis. Kurzenne (2014) notait quant à elle qu'environ deux tiers des patients avaient engagé un suivi psychologique, avec une durée de 6 mois ou plus pour près de la moitié des patients, et *a contrario*, un arrêt précoce (dans les trois premiers mois) pour 11,5% des patients inclus.

II. INTERETS ET LIMITES

1. Intérêts

Les tentatives de suicide survenant chez les enfants et les jeunes adolescents constituent encore un sujet assez relativement peu étudié dans la littérature, en comparaison avec les tentatives de suicide survenant dans les autres classes d'âge. En outre, notre travail a été l'occasion de nous intéresser à des aspects mentionnés par certains cliniciens mais peu documentés en population pédiatrique, tels que certaines caractéristiques du geste, dont les conséquences somatiques, l'intentionnalité létale, le caractère impulsif ou prémédité, la persistance des idées suicidaires au décours du geste.

Nous nous sommes également attachés à préciser les modalités de prise en charge, mais aussi de transition entre prise en charge hospitalière et post-hospitalière ; l'adhésion et le bénéfice perçu par les jeunes suicidants et leurs parents des différentes étapes de la prise en charge ; le devenir psychopathologique 1 à 2 ans après la TS index. Nous avons enfin mis l'accent sur la prévalence des troubles des interactions familiales et des situations de souffrance en milieu scolaire, et avons tenté d'apprécier l'évolution du vécu familial et scolaire un à deux ans l'épisode index, du point de vue des jeunes eux-mêmes, en le confrontant au point de vue de leur(s) parent(s).

1.1. Caractéristiques du geste

Environ deux tiers des jeunes que nous avons inclus ont rapporté une intentionnalité létale franche (n = 24) ou ambivalente (n = 6). Parmi ces 30 jeunes, plus de la moitié (n = 18) décrivaient être passés à l'acte de manière impulsive, alors que les autres (n = 12) décrivaient un geste prémédité. Les idées suicidaires persistaient, sans être critiquées au décours du geste, chez un tiers des sujets décrivant un passage à l'acte impulsif, et chez la moitié des sujets rapportant un acte prémédité. Ces aspects sont assez peu étudiés en population pédiatrique, et les résultats d'une précédente étude (Ligier et al., 2009) vont d'ailleurs à l'encontre des nôtres : ces auteurs retrouvaient une proportion de près de 80% d'adolescents n'aspirant pas à mourir, parmi lesquels certains avaient pu nommer le désir de « faire changer leur situation ».

Par ailleurs, l'intentionnalité létale exprimée par les jeunes suicidants ne préjugait pas nécessairement des conséquences somatiques du geste, puisque des soins somatiques avaient été nécessaires dans une proportion similaire (environ un tiers) pour les patients rapportant un geste à visée létale et pour ceux rapportant un geste sans intentionnalité létale. Parmi les quinze patients dont l'état somatique nécessitait des soins spécifiques, cinq jeunes au total, soit 11% des patients inclus ont requis une prise en charge initiale en Réanimation ou en USC, et une autre jeune a subi des séquelles significatives sur le plan traumatologique, dans les suites d'une défenestration. Ces données concordent avec celles d'une autre étude (Delamare et al., 2007), mettant en évidence que « *les TS de l'enfant sont généralement sans gravité somatique, puisque 88 % n'aboutissent à aucune séquelle physique* ». Ces auteurs précisent que 12 % des enfants présentent des séquelles de leur geste à court terme, et ne relèvent aucun cas d'invalidité.

1.2. Transition entre prises en charge hospitalière et post-hospitalière

Un projet de prise en charge ambulatoire était planifié pour une large majorité des patients sortants de l'hôpital pédiatrique, incluant une consultation de suivi et/ou une consultation post-hospitalisation programmée dans un délai maximum d'un mois après leur sortie d'hospitalisation. Dans tous les cas, une orientation concernant la prise en charge ambulatoire était clairement énoncée à aux jeunes suicidants et à leurs parents, les coordonnées du CMP de leur secteur ou du CMP intersectoriel pour adolescents âgés de 14 ans ou plus leur étaient remises lorsqu'ils ne bénéficiaient pas d'un suivi pré-existant, et un lien était établi par téléphone et/ou par l'envoi du compte-rendu d'hospitalisation, avec les professionnels ou la structure prenant déjà en charge ou amenés à assurer le suivi ambulatoire.

1.3. Adhésion aux soins des jeunes suicidants et de leur(s) parent(s) à T0

A la lecture rétrospective des dossiers, la majorité des jeunes inclus dans notre étude, ainsi que leurs familles, nous a paru adhérer à la prise en charge hospitalière et au projet de soins préconisés à la sortie d'hospitalisation. Nous avons constaté, que la proposition de transfert en UMPS avait toutefois été refusée par trois jeunes suicidants et leurs familles. Pour autant, ces trois jeunes semblaient adhérer à l'orientation proposée pour la prise en charge ambulatoire et ont bénéficié d'au moins une consultation post-hospitalisation, dans les huit jours suivant leur sortie de l'hôpital pédiatrique. Trois autres jeunes (soit 6,8% des patients inclus) avaient en revanche exprimé leur refus de débiter ou reprendre une prise en charge ambulatoire spécialisée dans les suites de leur prise en charge à l'hôpital pédiatrique : l'une de ces jeunes avait tout de même été prise en charge durant 10 jours au sein de l'UMPS, et accepté de reprendre un suivi régulier avec son médecin traitant par la suite ; la deuxième avait bénéficié de deux consultations post-hospitalisation ; la troisième avait exprimé son refus aussi bien vis-à-vis des propositions de consultation post-hospitalisation que de mise en place d'un suivi ambulatoire.

Même si cet aspect est assez peu étudié dans la littérature, la proportion de refus exprimé lors de leur prise en charge initiale par les jeunes suicidants et leur famille nous semble relativement peu élevée, suggérant dans l'ensemble une adhésion satisfaisante de ceux-ci à la prise en charge hospitalière et post-hospitalière, au sein de notre étude. A titre de comparaison, une autre étude rapportait un refus d'hospitalisation par les jeunes et leur famille pour 4,6% des patients inclus, et un refus de l'orientation préconisée pour la prise en charge post-hospitalière pour 1,7% des patients inclus (Giraud et al., 2013).

1.4. Adhésion aux prises en charge hospitalière et post-hospitalière exprimée à T1 par les jeunes et leur(s) parent(s)

Nous avons tenté d'apprécier l'adhésion aux soins des jeunes et de leurs familles de manière directe, en leur posant la question du bénéfice perçu aux différentes étapes de prise en charge (hospitalière et post-hospitalière), mais aussi de manière indirecte, en recherchant l'existence selon eux d'obstacles matériels ou de réticences de leur part, ayant pu entraver la mise en place d'un suivi psychologique, ou interrompre celui-ci précocement.

L'apparente adhésion des jeunes suicidants à la lecture des dossiers (cf. paragraphe précédent), est à nuancer si l'on considère les réponses qu'ils donnaient à T1, à la question portant sur leur adhésion *a priori* à la prise en charge

hospitalière (**Figure 8**). En effet, seuls deux jeunes pensaient que l'hospitalisation les aiderait « plutôt » ou « vraiment ». Ces réponses étaient en net décalage aux réponses positives données par les parents, à une exception près. Elles sont par ailleurs à confronter aux réponses données par les jeunes à la question suivante : quatre d'entre eux, soit près de la moitié, affirmaient que l'hospitalisation les avait finalement « plutôt » ou « vraiment » aidés. L'adhésion des jeunes à l'hospitalisation restait donc mitigée, tandis que celle des parents était préservée, sauf pour les parents de deux jeunes affirmant que l'hospitalisation n'avait finalement peu ou pas aidé leur enfant.

Les mêmes tendances étaient observées dans les réponses que nous avons pu recueillir au sujet du suivi ambulatoire : près de la moitié des jeunes déclaraient que ce suivi les avait « plutôt » ou « vraiment » aidés, et deux tiers des parents trouvaient que ce suivi avait été bénéfique pour leur enfant.

1.5. Devenir psychopathologique 1 à 2 ans après l'épisode index

Le recours aux auto-évaluations standardisées (CDI, STAIC-T) nous a permis de mettre en évidence la présence d'éléments dépressifs et anxieux au-delà du seuil clinique à T1 chez deux tiers des répondants. Nous observons une faible concordance des scores obtenus au CDI et au STAIC-T d'une part, avec ceux obtenus au CBCL (complété par les parents) d'autre part : un score CBCL supérieur au seuil clinique était obtenu pour seulement deux des six jeunes présentant des scores CDI et STAIC-T supérieurs au seuil clinique. La situation inverse était observée pour un autre jeune, à savoir que les scores CDI et STAIC-T étaient inférieurs au seuil clinique, alors que le score CBCL était supérieur au seuil clinique pour ce jeune. Au total, le recours à ces trois évaluations standardisées, suggérait que des éléments psychopathologiques étaient présents à T1 chez sept des neuf jeunes pour lesquels ces évaluations avaient pu être complétées.

1.6. Trouble des interactions familiales et souffrance en milieu scolaire

Des éléments évocateurs d'un trouble des interactions familiales, mentionnés lors de l'évaluation pédopsychiatrique initiale, étaient retrouvés chez la moitié des familles des patients inclus dans notre étude. En ce qui concerne l'environnement familial des jeunes suicidants, l'accent est mis dans la littérature sur la question de la maltraitance d'une part, et sur les séparations parentales et la configuration familiale (famille recomposée, monoparentale, etc...) d'autre part. Les troubles des interactions familiales sont quant à eux moins souvent évoqués. Cela peut être lié au fait que le repérage d'un trouble des interactions familiales reste délicat, sachant que l'existence d'une relation parent(s)-enfant conflictuelle ne signe pas nécessairement un dysfonctionnement grave des interactions familiales.

En effet, les conflits d'un enfant avec ses figures parentales pouvant même avoir un caractère nécessaire, particulièrement à l'adolescence où ils jouent un rôle structurant. *A contrario*, l'absence de conflit peut quant à elle masquer une pauvreté des interactions et une communication dysfonctionnelle au sein de la famille. Selon Claes (2004), le caractère fonctionnel ou dysfonctionnel des conflits dépend du type de climat relationnel qui domine dans la famille. Dans une revue de la littérature s'intéressant aux relations entre parents et adolescents, cet auteur confronte les observations issues de différentes recherches, suggérant que « *les confrontations entre parents et adolescents favorisent l'affirmation de l'identité, pour autant que ces confrontations aient lieu au sein d'un climat familial ouvert, favorisant l'échange de points de vue personnels et tolérant les opinions divergentes* », et qu'à l'inverse,

« c'est lorsqu'ils surgissent dans un climat persistant de tension et d'hostilité que les conflits entraînent des effets défavorables sur le développement ».

Concernant la scolarité, des éléments évocateurs d'une souffrance en lien avec des difficultés liées aux apprentissages, avec des difficultés relationnelles avec les pairs, voire avec des situations de harcèlement, étaient retrouvés pour sept jeunes sur dix au sein de notre étude. Ces différents aspects ont déjà été décrits dans la littérature (Cha et al., 2018 ; Janssen et al., 2019 ; Miller et al., 2015), même s'ils sont rarement abordés de manière globale, en termes de vécu scolaire.

1.7. Evolution du vécu familial et scolaire 1 à 2 ans après l'épisode index

La fréquence des situations familiales dysfonctionnelles et/ou de difficultés en lien avec la scolarité et la socialisation chez les jeunes suicidants, suggérant que ces situations peuvent être source de souffrance psychologique, pouvant en elle-même favoriser la survenue d'idées et de conduites suicidaires. Les liens entre dysfonctionnement familial, souffrance scolaire et conduites suicidaires, pourraient cependant être plus complexes. Ainsi, les difficultés rencontrées par le jeune suicidant dans les interactions avec son environnement pourraient également signer la présence de fragilités individuelles telles qu'une dépression, un trouble de la personnalité, des difficultés de séparation et d'individuation, pouvant se traduire par des difficultés d'affirmation ou à l'inverse par un mode relationnel systématiquement conflictuel dans les liens aux pairs et/ou aux figures parentales.

Au vu de cette complexité des rapports pouvant exister entre souffrance liée à des difficultés relationnelles avec l'environnement et suicidalité, nous avons cherché à savoir si les relations du jeune à son environnement et le vécu associé à ces modalités relationnelles restait stable, se dégradait ou à l'inverse s'améliorait à moyen terme, dans les suites de la TS :

- concernant l'évolution du vécu familial au cours de l'année écoulée, aucun des neuf enfants ayant répondu aux questionnaires à T1 ne rapportait se sentir « moins bien », et aucun des parents ne constatait une détérioration des relations et de la communication au sein de la famille ;
- concernant l'évolution du vécu scolaire sur la même période, un seul jeune sur les neuf répondants rapportait se sentir « moins bien », ce qui était confirmé par la réponse de sa mère.

Nous avons par ailleurs été frappés de constater que les réponses des enfants concernant l'évolution du vécu familial et scolaire convergeaient globalement avec celles de leur(s) parent(s), même si certaines différaient, mais seulement à un degré près : par exemple, une jeune fille avait répondu se sentir « plutôt mieux » à l'école, alors que ses parents constataient une « nette amélioration ».

2. Limites

2.1. Recueil rétrospectif et biais d'information des résultats

Le fait qu'une partie des données ait été recueillie rétrospectivement, à partir de la lecture des dossiers, accroît le risque de non-exhaustivité de ces données. Cependant, la plupart de nos résultats, notamment en ce qui concerne les

caractéristiques initiales des patients inclus, sont concordants avec ce qui est habituellement décrit dans la littérature, ce qui suggère que le biais d'information lié à ce mode de recueil reste modéré.

2.2. Faible taux de répondants et biais de sélection potentiel

Au sein de la population de l'étude, le groupe des répondants pourrait différer de celui des non-répondants. Il est à noter que nous n'avons reçu aucun retour du formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche, ce qui suggère que le groupe des nous répondants regroupe des familles ayant reçu notre courrier mais n'y ayant pas donné suite, et les familles ayant déménagé, pour lesquelles nous avons eu un retour de courrier spécifiant que le destinataire était inconnu à cette adresse. Ces deux situations pourraient être associées à la présence d'obstacles du côté des familles (matériels, mais aussi éducatifs, culturels) et/ou du côté des jeunes à la mise en place et au maintien d'un suivi ambulatoire. Nous avons toutefois pu établir que la plupart des caractéristiques initiales des répondants étaient similaires à celles de l'ensemble des patients inclus, suggérant que l'importance d'un éventuel biais de sélection reste là aussi à relativiser. La principale différence était un recours plus fréquent à l'auto-intoxication médicamenteuse dans le cadre de la TS index chez les répondants, ce qui pourrait être lié à une moindre banalisation du geste du côté des jeunes comme de l'entourage familial, et expliquer un intérêt plus évident rencontré par notre enquête auprès de ces jeunes et leurs familles.

2.3. Interprétation limitée de certains résultats liée à l'absence d'évaluations standardisées à T0 et à l'absence de cohorte témoin

Enfin, l'interprétation de certains de nos résultats est par ailleurs limitée, notamment en ce qui concerne l'appréciation du devenir psychopathologique des jeunes suicidants sur la période étudiée, puisque nous ne disposons pas d'évaluation standardisée qui nous permettrait d'apprécier la psychopathologie et le vécu familial et scolaire des patients inclus à T0. Le fait d'avoir adjoint au sein de questionnaires non standardisés, des items invitant les jeunes à évaluer comment leur ressenti a globalement évolué dans leur famille et à l'école, au cours de l'année passée, permet de compléter les données recueillies à l'aide des questionnaires standardisés (CDI, STAIC-T, CBCL), en introduisant une appréciation subjective prenant en compte la dimension évolutive de ces aspects. Une autre option aurait été de recourir à une cohorte témoin, qui aurait permis de comparer les résultats recueillis à T1 auprès des jeunes suicidants, avec ceux recueillis auprès de jeunes admis en pédiatrie pour un autre motif. Le faible effectif des patients inclus, et *a fortiori* des répondants, limite également la possibilité d'analyser les liens pouvant exister entre récurrence suicidaire, psychopathologie, et observance et adhésion au suivi psychologique.

CONCLUSION

La survenue d'une tentative de suicide chez un enfant ou un jeune adolescent doit alerter l'entourage familial comme les professionnels de santé, scolaires, sociaux, éducatifs intervenant auprès de l'enfant. Nous avons retrouvé un taux de récurrence suicidaire relativement faible, un à deux ans après la prise en charge des jeunes suicidants à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours.

Ces résultats nous invitent à souligner l'intérêt du travail d'articulation entre prise en charge hospitalière et post-hospitalière, développé à l'échelle du département d'Indre-et-Loire, de manière à assurer de manière plus systématique la continuité du lien entre les professionnels et les jeunes suicidants et leur famille. Le travail en équipe pluriprofessionnelle effectué au sein des centres médico-psychologiques, est également précieux, permettant aux jeunes et aux familles de se sentir pris en compte dans leur singularité, et ainsi de favoriser l'adhésion de ceux-ci au projet de soin. La possibilité d'instaurer une référence multiple dans la relation de soin s'avère d'autant plus pertinente pour les jeunes dont les conduites suicidaires s'inscrivent dans la répétition, signant dans la plupart du temps une problématique du lien.

A l'instar d'autres auteurs (Kurzenne, 2014 ; Lachal et al., 2018 ; Notredame et al., 2019), nous ne pouvons que préconiser une « *éthique de l'inquiétude* », et souligner l'intérêt des dispositifs de veille et de recontact auprès des jeunes suicidants visant à soutenir le travail déjà réalisé par les équipes engagées dans la prise en charge et l'accompagnement de cette population particulièrement à risque.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Codes de la Classification Internationale des Maladies – dixième révision (CIM-10) pour les lésions auto-infligées.

- X60** Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits
- X61** Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X62** Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
- X63** Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits
- X64** Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X65** Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool
- X66** Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits
- X67** Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
- X68** Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits
- X69** Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision
- X70** Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
- X71** Lésion auto-infligée par noyade et submersion
- X72** Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
- X73** Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
- X74** Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
- X75** Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif
- X76** Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes
- X77** Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants
- X78** Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant
- X79** Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant
- X80** Lésion auto-infligée par saut dans le vide
- X81** Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement
- X82** Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur
- X83** Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés
- X84** Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

ANNEXE 2 : Courrier adressé aux patients et à leurs familles



PÔLE PSYCHIATRIE - ADDICTOLOGIE
CENTRE UNIVERSITAIRE DE PÉDOPSYCHIATRIE
Chef de service : **Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT**

- Site de Bretonneau -

Tours, le 3 Juin 2019

Secrétariat chef de service : 02.47.47.84.12
Fax : 02.47.47.38.46

Hôpital de Jour

Madame, Monsieur,

Responsabilité médicale

Dr J. MALVY

Pr F. BONNET-BRILHAULT

Dr A. SABY

Dr L. PONSON, AHU

Cadres de santé

R. CLAIRE

Cadre Socio-éducatif

P. RABATE

Secrétariat : 02.47.47.88.47

Fax : 02.47.47.82.92

Dans le cadre d'un travail de recherche mené au sein du Centre Universitaire de Pédopsychiatrie, nous nous intéressons au devenir des enfants et adolescents pris en charge pour tentative de suicide en 2017 et 2018 à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours.

Prévenir les tentatives de suicide, prendre en charge de manière adaptée les enfants et les adolescents suite à ce geste, et éviter leur récurrence est d'une importance capitale. Pour comprendre comment nous pouvons soutenir au mieux chacun de nos patients et leur famille, nous avons besoin de connaître certains éléments concernant leur devenir et les difficultés qui ont pu être rencontrées ou non dans la mise en place ou la reprise d'un suivi psychologique, après leur passage à l'hôpital.

**Consultations Externes et
Explorations Fonctionnelles**

Responsabilité médicale

Pr F. BONNET-BRILHAULT

Dr A. SABY

Dr P. GLORIOSO

Dr L. PONSON, AHU

Dr G. TRIPI

Cadre de santé

«Explorations Fonctionnelles et Consultations Externes»

P. CHAUVIN

Secrétariat : 02.34.38.94.35

Secrétariat : 02.47.47.47.75

Votre enfant, _____ a été hospitalisé en 201 _____ et votre aide nous serait très précieuse dans cette démarche de recherche. Nous vous serions très reconnaissants de bien vouloir, en tant que parent(s), nous consacrer un peu de temps en répondant au questionnaire ci-joint et en nous le retournant à l'aide de l'enveloppe pré-affranchie également jointe. Nous avons pensé qu'il était important que votre enfant puisse également s'exprimer au travers de questionnaires qui lui sont spécifiquement destinés (cf. documents joints).

Même si certaines questions pourront parfois paraître inappropriées à la situation de votre enfant, nous souhaitons attirer votre attention sur l'importance de remplir les questionnaires de manière complète, en répondant de votre mieux à chaque question. En effet, ces questionnaires ne vous sont pas spécifiquement destinés ; ils sont les mêmes pour tous les patients et leurs parents, ce qui peut expliquer que certaines questions puissent paraître non pertinentes.

Il est à noter que toutes les données de cette étude sont tenues confidentielles.

Centre de Ressources Autisme

Responsabilité médicale

Pr F. BONNET-BRILHAULT

Dr M. GUIMARD-BRUNAULT

Dr E. HOUY-DURAND

Dr J. MALVY

Dr C. ROBIN

Dr A. SABY

Dr J. BALESTRA

Dr P. BOURDON

Dr P. GLORIOSO

Dr N. LIMOUSIN

Dr A. GATEAU

Cadre de santé

P. CHAUVIN

Secrétariat « enfants » : 02.47.47.86.46

Secrétariat « adultes » : 02.18.37.05.46

Vous pouvez naturellement, ajouter des commentaires ou poser des questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre. N'hésitez pas pour cela à contacter Mme Joly par mail (helene.joly@etu.univ-tours.fr), en indiquant éventuellement les jours/horaires où vous seriez joignable par téléphone. Nous pouvons aussi vous rencontrer, pour aborder toutes ces questions ou si vous désirez des renseignements supplémentaires.

Vous trouverez également ci-joints la Lettre d'information de la recherche ainsi que le Formulaire d'opposition à l'utilisation des données de santé pour la recherche (à compléter et à signer uniquement si vous vous opposez à l'utilisation des données concernant votre enfant).

Nous nous permettons de vous joindre par téléphone et/ou par mail si, dans les 4 semaines suivant l'envoi de ce courrier, vous n'y avez pas répondu.

Comptant sur votre participation et votre aide, ainsi que celle de votre enfant, qui nous seront très précieuses pour poursuivre de meilleure façon possible nos soins aux enfants et adolescents en difficulté, nous vous prions de croire, Madame, Monsieur, à nos sincères salutations.

Dr U. FERRER CATALA

Praticien Hospitalier

H. JOLY

Interne de spécialité

LETTRE D'INFORMATION DE LA RECHERCHE

Version n°1 du 24/05/2019

Suivi psychologique et devenir des enfants et adolescents suicidants, un à deux ans après leur prise en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours

Coordonnateur de la recherche :

Mme Joly Helene

Centre médico-psychologique - Hôpital Clocheville

49 Bd Béranger - 37044 TOURS

Téléphone : 02.47.47.47.53

Madame, Monsieur,

Vous et votre enfant avez été invités à participer à une recherche intitulée *Suivi psychologique et devenir des enfants et adolescents suicidants, un à deux ans après leur prise en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours*.

Cette recherche ne comporte pour votre enfant aucun risque ni contrainte, ni acte supplémentaire par rapport aux modalités habituelles du soin. Le fait de participer à cette recherche ne changera donc pas la prise en charge de votre enfant. Néanmoins, en l'absence d'opposition, un traitement des données de santé concernant votre enfant pourra être mis en œuvre.

Prenez le temps de lire les informations contenues dans ce document et de poser toutes les questions qui vous sembleront utiles à sa bonne compréhension. Vous pouvez prendre le temps nécessaire pour décider si vous souhaitez vous opposer à ce que les données qui concernent votre enfant soient utilisées dans le cadre de cette recherche.

QUE SE PASSERA-T-IL SI JE PARTICIPE À LA RECHERCHE ?

Si vous ne vous opposez pas à participer à cette recherche, les données concernant votre enfant seront recueillies et traitées afin de répondre à l'objectif suivant : mieux connaître le devenir des enfants et adolescents pris en charge pour tentative de suicide aux urgences pédiatriques du CHRU de Tours.

Votre participation sera ponctuelle et il n'y aura ni visite ni examen supplémentaire par rapport au suivi habituel : vous et votre enfant n'aurez qu'à répondre à un simple questionnaire.

EST-CE QUE JE PEUX RENONCER A MA PARTICIPATION ?

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes donc libre de changer d'avis à tout moment et de vous opposer, sans avoir à vous justifier, au traitement des données dans le cadre de cette recherche. Votre décision n'aura aucune conséquence sur la prise en charge de votre enfant.

Dans ce cas, vous devrez avertir le coordonnateur de cette recherche.

EST-CE QUE MA PARTICIPATION RESTERA CONFIDENTIELLE ?

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique des données de santé va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard de l'objectif qui vous a été présenté. Ces données seront donc identifiées par un code et les initiales du nom et prénom de votre enfant.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées concernant votre enfant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble des données médicales de votre enfant en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui suit votre enfant dans le cadre de la recherche et qui connaît son identité.

QUI A APPROUVÉ LA RECHERCHE ?

Les modalités de cette recherche ont été soumises à un Comité d'Ethique qui a notamment pour mission de vérifier les conditions requises pour la protection et le respect de vos droits et de ceux de votre enfant. La recherche a été déclarée à la CNIL.

QUI POURRAI-JE CONTACTER SI J'AI DES QUESTIONS ?

Le coordonnateur de cette recherche est à votre disposition pour vous fournir toutes informations complémentaires.

Merci d'adresser toute votre correspondance à :

CENTRE UNIVERSITAIRE DE PEDOPSYCHIATRIE
CHRU de TOURS - 37044 TOURS Cedex 9

FORMULAIRE D'OPPOSITION
A L'UTILISATION DES DONNEES DE SANTE POUR LA RECHERCHE

Version n°1 du 19/05/2019

Suivi psychologique et devenir des enfants et adolescents suicidants, un à deux ans après leur prise en charge aux urgences pédiatriques du CHRU de Tours

Coordonnateur de la recherche :

Mme Joly Helene
Centre médico-psychologique - Hôpital Clocheville
49 Bd Béranger - 37044 TOURS
Téléphone : 02.47.47.47.53

*A compléter par la personne qui se prête à la recherche (ou par son représentant légal) **uniquement en cas d'opposition***

Coordonnées de la personne se prêtant à la recherche :

Nom de l'enfant :

Prénom de l'enfant :

Coordonnées du son représentant légal :

Nom du représentant légal :

Prénom du représentant légal :

Je m'oppose à l'utilisation des données de santé concernant mon enfant dans le cadre de cette recherche.

Le cas échéant, je m'oppose à l'utilisation de toutes les données recueillies antérieurement.

Vous pouvez à tout moment revenir sur votre décision, il vous suffit de prévenir le coordonnateur de cette recherche.

Date : ___ / ___ / _____

Signature du représentant légal :

Après avoir complété ce document, merci de le retourner par courrier au coordonnateur de la recherche.

Merci d'adresser toute votre correspondance à :
CENTRE UNIVERSITAIRE DE PEDOPSYCHIATRIE
CHRU de TOURS - 37044 TOURS Cedex 9

QUESTIONNAIRE ENFANTS - ADOLESCENTS N° 1

(à compléter par l'enfant lui-même)

« **Mon avis sur ma prise en charge à l'hôpital, mon suivi, et ce qui a changé après ma tentative de suicide** »

A l'hôpital

Sur le moment, pensais-tu que le fait d'être soigné(e) à l'hôpital pourrait t'aider à comprendre ce qui t'arrivait et à te sentir mieux après ta tentative de suicide ?

1. **Ce que tu pensais sur le moment :**

- que cela t'aiderait **vraiment**
- que cela t'aiderait **plutôt**
- que cela ne t'aiderait **pas beaucoup**
- que cela ne t'aiderait **pas du tout**

Avec du recul, que penses-tu aujourd'hui du fait d'être allé à l'hôpital après avoir fait une tentative de suicide ?

2. **Ce que tu penses maintenant :**

- que cela ne t'a **pas** aidé **du tout**
- que cela ne t'a **pas beaucoup** aidé
- que cela t'a **plutôt** aidé
- que cela t'a **vraiment** aidé

3. **Es-tu revenu à l'hôpital pour un ou plusieurs rendez-vous (consultations) avec le médecin (pédopsychiatre ou interne) que tu avais rencontré lors de ton hospitalisation :**

- non, on ne m'a pas proposé de rendez-vous** après avoir été soigné à l'hôpital
- non, on me l'a proposé mais je ne me suis pas rendu(e) au(x) rendez-vous**
- oui, je suis revenu(e) à 1 ou 2 rendez-vous**
- oui, je suis revenu(e) plusieurs fois (3 rendez-vous ou +) en consultation**

4. **Si oui, penses-tu que ces consultations à l'hôpital t'ont aidé ?**

- non**, cela ne m'a **pas** aidé **du tout**
- non**, cela ne m'a **pas beaucoup** aidé
- oui**, cela m'a **plutôt** aidé
- oui**, cela m'a **vraiment** aidé

Suivi psychologique

5. Dans les semaines ou les mois qui ont suivi ta tentative de suicide, **as-tu débuté un suivi avec un psychologue ou un psychiatre :**

- non**, je n'ai pas débuté de suivi
- oui**, j'ai vu un(e) psychologue ou un(e) psychiatre **une ou deux fois**
- oui**, j'ai vu un(e) psychologue ou un(e) psychiatre **trois fois ou plus**

6. Si tu as (ou si tu as eu) un suivi psychologique, **penses-tu que ce suivi t'aide** (ou t'a aidé) ?

- non, cela ne m'aide **pas du tout** (ou ne m'a pas du tout aidé)
- non, cela ne m'aide **pas beaucoup** (ou ne m'a pas beaucoup aidé)
- oui, cela m'aide **plutôt** (ou m'a plutôt aidé)
- oui, cela m'aide **vraiment** (ou m'a vraiment aidé)

Si tu as eu un suivi et que tu l'as arrêté actuellement :

7. **Peux-tu essayer d'en expliquer la ou les raison(s), (plusieurs réponses possibles) :**

- je ne me sentais pas à l'aise pour parler** avec le ou la psychologue/psychiatre qui me suivait
- je ne voulais pas manquer d'heures de cours et/ou d'activités extra-scolaires** à cause des rendez-vous (problème d'**emploi du temps**)
- je ne pouvais plus me rendre aux rendez-vous** par moi-même, et personne ne pouvait m'accompagner (problème de **transport**)
- je me sentais suffisamment bien** pour arrêter le suivi
- autres raisons :**

8. Peux-tu expliquer comment l'arrêt du suivi s'est fait (plusieurs réponses possibles) :

- avec mes parents, j'ai manqué ou annulé un rendez-vous et **nous n'avons pas repris rendez-vous** depuis
- j'ai d'abord discuté avec mes parents** du fait que je souhaitais arrêter le suivi
- j'ai d'abord discuté avec mon ou ma psychologue/psychiatre** du fait que je souhaitais arrêter le suivi

Autres soutiens

9. En général, à qui parles-tu le plus facilement lorsque tu es triste, déprimé, stressé, en colère, ou quand quelque chose te tracasse (**plusieurs réponses possibles**) ?

- à un(e) ami(e)
- à mes parents

- à une personne de mon école (professeur, surveillant(e), infirmier(e) ou psychologue scolaire...)
- à mon médecin traitant ou pédiatre

- je ne me confie à personne

- autres :

A la maison

10. Comment te sens-tu la plupart du temps chez toi, par rapport à il y a un an ?

Sur mon lieu de vie, je me sens maintenant :

- beaucoup mieux** qu'il y a un an
- plutôt mieux** qu'il y a un an
- à peu près pareil** qu'il y a un an
- moins bien** qu'il y a un an

A l'école

11. Comment te sens-tu la plupart du temps à l'école, par rapport à l'an passé ?

A l'école/au collège/au lycée, je me sens maintenant :

- beaucoup mieux** qu'il y a un an
- plutôt mieux** qu'il y a un an
- à peu près pareil** qu'il y a un an
- moins bien** qu'il y a un an

Précisions libres

12. Vois-tu d'autres informations importantes sur ce qui a changé pour toi (en positif et/ou en négatif) depuis 1 an ?

-
-
-

13. Y-a-t-il d'autres choses qui pourraient ou auraient pu t'aider à aller mieux ?

-
-
-

QUESTIONNAIRE ENFANTS - ADOLESCENTS N° 2

(à compléter par l'enfant lui-même)

« Idées et sentiments »

Indications : Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé au cours des deux dernières semaines.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

Exemple :

- Je lis des livres tout le temps
- Je lis des livres de temps en temps
- Je ne lis jamais de livres

Souviens-toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des deux dernières semaines :

- 1 Je suis triste de temps en temps
 Je suis triste très souvent
 Je suis triste tout le temps

- 2 Rien ne marchera jamais bien pour moi
 Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi
 Tout marchera bien pour moi

- 3 Je réussis presque tout ce que je fais
 Je rate beaucoup de choses
 Je rate tout

- 4 Des tas de choses m'amuse
 Peu de choses m'amuse
 Rien ne m'amuse

- 5 Je suis désagréable tout le temps
 Je suis souvent désagréable
 Je suis désagréable de temps en temps

- 6 De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver
 J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent
 Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver

- 7 Je me déteste
 Je ne m'aime pas
 Je m'aime bien

- 8 Tout ce qui ne va pas est de ma faute
 Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute
 Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute

- 9 Je ne pense pas à me tuer
 Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas
 Je veux me tuer

- 10 J'ai envie de pleurer tous les jours
 J'ai souvent envie de pleurer
 J'ai envie de pleurer de temps en temps
- 11 Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille
 Il y a souvent quelque chose qui me tracasse/travaille
 Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse/travaille
- 12 J'aime bien être avec les autres
 Souvent, je n'aime pas être avec les autres
 Je ne veux jamais être avec les autres
- 13 Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses
 J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses
 Je me décide facilement entre plusieurs choses
- 14 Je me trouve bien physiquement
 Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique
 Je me trouve laid(e)
- 15 Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs
 Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs
 Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs
- 16 J'ai toujours du mal à dormir la nuit
 J'ai souvent du mal à dormir la nuit
 Je dors plutôt bien
- 17 Je suis fatigué de temps en temps
 Je suis souvent fatigué
 Je suis tout le temps fatigué
- 18 La plupart du temps je n'ai pas envie de manger
 Souvent je n'ai pas envie de manger
 J'ai plutôt bon appétit
- 19 Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
 Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
 Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
- 20 Je ne me sens pas seul
 Je me sens souvent seul
 Je me sens toujours seul
- 21 Je ne m'amuse jamais à l'école
 Je m'amuse rarement à l'école
 Je m'amuse souvent à l'école
- 22 J'ai beaucoup d'amis
 J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus
 Je n'ai aucun ami

- 23 Mes résultats scolaires sont bons
 Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
 J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir
- 24 Je ne fais jamais aussi bien que les autres
 Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux
 Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres
- 25 Personne ne m'aime vraiment
 Je me demande si quelqu'un m'aime
 Je suis sûr que quelqu'un m'aime
- 26 Je fais généralement ce qu'on me dit
 La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit
 Je ne fais jamais ce qu'on me dit
- 27 Je m'entends bien avec les autres
 Je me bagarre souvent
 Je me bagarre tout le temps

QUESTIONNAIRE ENFANTS - ADOLESCENTS N° 3

(à compléter par l'enfant lui-même)

« Comment je me sens »

Indications : Voici un certain nombre de phrases que les garçons et les filles emploient pour dire comment ils se sentent. Lis chacune d'elles et décide si elle s'applique à toi PRESQUE JAMAIS, QUELQUEFOIS ou SOUVENT. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Ne passe pas trop de temps à chaque phrase. Souviens-toi, choisis le mot qui décrit le mieux comment tu te sens généralement.

	PRESQUE JAMAIS	QUELQUEFOIS	SOUVENT
1- Ca m'inquiète de me tromper			
2- J'ai envie de pleurer			
3- Je me sens triste			
4- J'ai des difficultés à me décider			
5- C'est difficile pour moi de faire face à mes problèmes			
6- Je m'inquiète beaucoup			
7- Je suis bouleversé à la maison			
8- Je suis timide			
9- Je me sens tourmenté			
10- Des pensées peu importantes me tracassent			
11- L'école m'inquiète			
12- J'ai des difficultés à décider de ce que je veux faire			
13- Je m'aperçois que mon coeur bat très vite			
14- Secrètement j'ai peur			
15- Je m'inquiète pour mes parents			
16- Mes mains deviennent moites			
17- Je m'inquiète de choses qui peuvent arriver			
18- J'ai des difficultés à m'endormir le soir			
19- J'ai des sensations bizarres dans mon estomac			
20- Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi			

MERCİ D'AVOİR REMPLİ CE QUESTIONNAİRE

QUESTIONNAIRE PARENTS N° 1

à compléter par le(s) parent(s)

A l'hôpital

1. Suite à sa Tentative de Suicide (TS) en date de _____, pensez-vous que le fait que votre enfant soit pris en charge à l'hôpital pourrait l'aider ?

Ce que vous pensez sur le moment :

- que cela l'aiderait **vraiment**
- que cela l'aiderait **plutôt**
- que cela ne l'aiderait **pas beaucoup**
- que cela ne l'aiderait **pas du tout**

2. Avec du recul, que pensez-vous maintenant de la prise en charge de votre enfant à l'hôpital ?

- que cela ne l'a **pas** aidé **du tout**
- que cela ne l'a **pas beaucoup** aidé
- que cela l'a **plutôt** aidé
- que cela l'a **vraiment** aidé

3. Dans les suites de sa prise en charge à l'hôpital, **votre enfant a-t-il bénéficié d'une ou plusieurs consultations de pédopsychiatrie à l'hôpital ?**

- oui**, il s'est rendu à **une ou plusieurs consultations** après sa sortie
- non, cela n'a pas été proposé** pour votre enfant
- un rendez-vous a été proposé** à la sortie de l'hôpital **mais vous et/ou votre enfant avez décliné** cette proposition

4. Si votre enfant s'est rendu à ce type de consultations, **avez-vous l'impression que cela l'a aidé ?**

- oui, cela l'a **vraiment** aidé
- oui, cela l'a **plutôt** aidé
- non, cela ne l'a **pas vraiment** aidé
- non, cela ne l'a **pas du tout** aidé

Suivi psychologique

5. Dans les suites de la prise en charge à l'hôpital de votre enfant pour tentative de suicide, **un suivi psychologique a-t-il pu être mis en place ou repris ?**

- oui**, un suivi a pu être débuté ou repris
- non**, le suivi n'a pas encore débuté ou repris, **mais un RV est prévu**
- non**, aucun suivi n'a été débuté ou repris, et **aucun RV n'est prévu**

6. **Après de quel professionnel ou structure** vous êtes-vous tourné pour le suivi ou la reprise de suivi ?

- psychologue ou un psychiatre exerçant **en libéral** (en cabinet)
- CMP (Centre Médico-Psychologique)** : Centre Oreste / Clocheville / Marcel Tribut / Amboise - Château-Renault / Chambray-lès-Tours
- CMPP (Centre Médico-Pscho-Pédagogique)** : Tours Nord / Joué-lès-Tours / Ligueil

7. Avez-vous rencontré des obstacles matériels qui ont pu empêcher ou retarder la mise en place ou la reprise d'un suivi (plusieurs réponses possibles) :

- les horaires de RV n'étaient pas compatibles avec votre emploi du temps ou avec celui de votre enfant (temps scolaire, activités extra-scolaires...)
- problème d'accessibilité du fait de la situation géographique des différents centres de consultation
- autres (précisez) :

8. Existe-t-il d'autres raisons concernant votre enfant qui ont empêché la mise en place d'un suivi (plusieurs réponses possibles)

- votre enfant n'était pas prêt à débiter ou reprendre un suivi, et vous n'avez pas voulu le lui imposer
- votre enfant avait déjà eu une mauvaise expérience lors de rencontre(s) précédente(s) avec un/des psychiatre(s) ou psychologue(s) (à l'hôpital, en cabinet ou en centre de consultation)
- votre enfant préfère se confier à des proches (famille, amis) plutôt qu'à des personnes extérieures
- votre enfant a du mal à pas parler de lui, à se confier en général (même à des personnes de la famille ou à des amis proches)
- votre enfant semblait aller mieux à la sortie de l'hôpital
- autres (précisez) :

9. Pouvez-vous nous indiquer si d'autres raisons vous concernant ont empêché la mise en place d'un suivi (plusieurs réponses possibles) :

- de manière générale, vous n'êtes pas convaincu(s) de l'utilité des suivis psychologiques
- en tant que parent(s), vous n'êtes pas convaincu(s) de l'intérêt d'un suivi psychologique pour votre enfant
- vous-mêmes avez déjà eu une mauvaise expérience lors de rencontres précédentes avec un/des psychiatre(s) ou psychologue(s) (pour vous-mêmes ou pour un ou de vos proches)
- autres raisons (précisez) :

10. Dans quel délai le suivi a-t-il pu être débuté ? (si reprise de suivi, indiquez dans quel délai un nouveau RV a pu être proposé)

- dans les 3 mois
- entre 3 et 6 mois } après que votre enfant soit sorti de l'hôpital
- plus de 6 mois

11. Ce délai vous a paru :

- tout à fait raisonnable
- plutôt raisonnable
- trop long
- beaucoup trop long

12. Avec le recul que pensez-vous maintenant : si votre enfant s'est rendu à ce type de consultations, avez-vous l'impression que cela l'a aidé ?

- oui, cela l'a **vraiment** aidé
- oui, cela l'a **plutôt** aidé
- non, cela ne l'a **pas vraiment** aidé
- non, cela ne l'a **pas du tout** aidé

13. **A la maison**, comment ont évolué les relations et la communication : **avez-vous ressenti une amélioration depuis un an ?**

- oui, les relations et la communication se sont **nettement améliorées**
- oui, les relations et la communication se sont **globalement améliorées**
- non, **peu ou pas d'évolution** ressentie dans les relations et la communication
- non, les relations et la communication se sont globalement **détériorées**

14. **A l'école**, avez-vous l'impression que votre enfant se sent mieux, **en comparaison à l'an passé ?**

- oui, il ou elle se sent **nettement mieux** qu'il y a un an
- oui, il ou elle se sent **globalement mieux** qu'il y a un an
- non, **peu ou pas d'évolution** depuis un an
- non, il ou elle se sent globalement **moins bien** qu'il y a un an

15. Depuis sa TS en date de _____, **votre enfant a-t-il/elle refait d'autres TS ?**

- non, **aucune** autre TS
- oui, cela est arrivé **une fois**
- oui, cela est arrivé **plusieurs fois**

Si oui, précisez si possible à quelle(s) date(s) (mois + année) a/ont eu lieu la/les nouvelle(s) TS :

-
-

16. Avez-vous sollicité des **professionnels proposant des thérapies dites « alternatives »** (sophrologue, magnétiseur, micro-kiné...), **dans le but d'aider votre enfant à se sentir mieux sur le plan psychologique ?**

- oui
- non

Si oui, précisez le type de thérapie :

17. Votre enfant bénéficie-t-il d'un **soutien régulier de la part d'autres professionnels ?**

- oui
- non

Si oui, précisez (plusieurs réponses possibles) :

- il ou elle se confie régulièrement à un **professionnel de santé** (pédiatre, médecin traitant...)
- il ou elle se confie régulièrement à un ou plusieurs **professionnels de son école/collège** (enseignant(e), infirmier(e) scolaire, assistant(e) social(e)...)
- il ou elle se confie régulièrement à **d'autres professionnels** (éducateurs, animateur sportif...) (**précisez**) :

Précisions libres

18. Voyez-vous d'autres éléments importants qui nous permettraient de nous faire une idée de ce qui a changé (en positif et en négatif), ou d'événements qui sont survenus depuis 1 an ?

-
-
-

19. Voyez-vous d'autres choses qui pourraient ou auraient pu aider votre enfant à aller mieux ?

-
-
-

QUESTIONNAIRE PARENTS N° 2

à compléter par le(s) parent(s)

Indications : Voici une liste de descriptions qui concernent les enfants et les adolescents. **Pour chaque item qui concerne votre enfant maintenant ou au cours des 2 dernières semaines**, entourez le **2** si l'item est **très vrai** ou **souvent vrai**. Entourez le **1** si l'item est **à peu près vrai** ou **parfois vrai** pour l'enfant. Si l'item n'est **pas vrai** pour votre enfant, entourez le **0**. Répondez à chaque question le mieux que vous pouvez même si certaines questions paraissent ne pas s'appliquer à votre enfant.

	Pas vrai	Parfois vrai	Très vrai
1. A des comportements trop jeunes pour son âge	0	1	2
2. A des allergies (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
3. Conteste ou contredit souvent	0	1	2
4. A de l'asthme	0	1	2
5. Se comporte comme un enfant du sexe opposé	0	1	2
6. Fait caca dans sa culotte	0	1	2
7. Se vante, est prétentieux(se)	0	1	2
8. Ne peut pas se concentrer ou maintenir son attention longtemps	0	1	2
9. Ne peut pas se débarrasser de certaines pensées, est obsédé(e) par certaines pensées (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
10. Ne peut pas rester assis(e) tranquille, remue beaucoup, toujours en train de bouger	0	1	2
11. S'accroche aux adultes, est trop dépendant(e)	0	1	2
12. Se plaint de se sentir seul(e)	0	1	2
13. Embrouillé(e), confus(e)	0	1	2
14. Pleure souvent	0	1	2
15. Cruel(le) avec les animaux	0	1	2
16. Cruel(le), dominateur(trice), méchant(e), envers les autres	0	1	2
17. Rêvasse ou semble perdu(e) dans ses pensées	0	1	2
18. Se fait mal délibérément ou a fait des tentatives de suicide	0	1	2
19. Demande beaucoup d'attention	0	1	2
20. Détruit ses affaires personnelles	0	1	2
21. Détruit des choses appartenant à sa famille ou à d'autres enfants	0	1	2
22. Désobéissant(e) à la maison	0	1	2
23. Désobéissant(e) à l'école	0	1	2
24. Ne mange pas bien	0	1	2
25. Ne s'entend pas bien avec les autres enfants	0	1	2
26. Ne semble pas se sentir coupable après s'être mal conduit(e)	0	1	2
27. Facilement jaloux(se)	0	1	2
28. Mange ou boit des choses non comestibles (<i>décrivez</i>) :	0	1	2

	Pas vrai	Parfois vrai	Très vrai
29. A peur de certains animaux, de situations ou d'endroits autres que l'école (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
30. A peur d'aller à l'école	0	1	2
31. Craint de penser ou de faire quelque chose de mal	0	1	2
32. Pense qu'il (elle) devrait être parfait(e)	0	1	2
33. Pense ou se plaint que personne ne l'aime	0	1	2
34. Pense que les autres lui veulent du mal	0	1	2
35. Se trouve bon(ne) à rien ou inférieur(e)	0	1	2
36. Se fait souvent mal, a tendance à avoir des accidents	0	1	2
37. Se bagarre souvent	0	1	2
38. Se fait souvent taquiner, est l'objet de moqueries	0	1	2
39. A de mauvaises fréquentations	0	1	2
40. Entend des bruits ou des voix qui n'existent pas (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
41. Est impulsif(ve), ou agit sans réfléchir	0	1	2
42. Aime être seul(e)	0	1	2
43. Ment ou triche	0	1	2
44. Se ronge les ongles	0	1	2
45. Nerveux(se) ou tendu(e)	0	1	2
46. A des mouvements nerveux ou des tics (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
47. Fait des cauchemars	0	1	2
48. N'est pas aimé(e) par les autres enfants	0	1	2
49. Est constipé(e), ne va pas à la selle	0	1	2
50. Trop peureux(se) ou anxieux(se)	0	1	2
51. A des vertiges	0	1	2
52. Se sent facilement coupable	0	1	2
53. Mange trop	0	1	2
54. Surexcité(e) de fatigue	0	1	2
55. Est trop gros(se)	0	1	2
56. Problèmes physiques sans cause médicale connue			
a. Douleurs diverses	0	1	2
b. Maux de tête	0	1	2
c. Nausées, envie de vomir	0	1	2
d. Problèmes avec les yeux (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
e. Problèmes de peau	0	1	2
f. Mal au ventre, crampes	0	1	2
g. Vomissements	0	1	2
Autres (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
57. Frappe ou agresse physiquement les autres	0	1	2

	Pas vrai	Parfois vrai	Très vrai
58. Se met les doigts dans le nez, s'arrache les peaux ou se gratte d'autres parties du corps (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
59. Joue avec son sexe en public	0	1	2
60. Joue trop avec ses parties sexuelles	0	1	2
61. A de mauvais résultats scolaires	0	1	2
62. Est maladroit(e) ou a des gestes mal coordonnés	0	1	2
63. Préfère jouer avec des enfants plus âgés	0	1	2
64. Préfère jouer avec des enfants plus jeunes	0	1	2
65. Refuse de parler	0	1	2
66. Ne peut pas s'empêcher de répéter certains actes ; a des «manies»	0	1	2
67. Fugue de la maison	0	1	2
68. Crie beaucoup	0	1	2
69. Secret(e), garde les choses pour soi	0	1	2
70. Voit des choses qui n'existent pas (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
71. Manque de naturel ou facilement mal à l'aise	0	1	2
72. Met le feu	0	1	2
73. Problèmes sexuels (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
74. Fait son intéressant(e), se donne en spectacle	0	1	2
75. Timide ou réservé(e)	0	1	2
76. Dort moins que la plupart des enfants	0	1	2
77. Dort plus que la plupart des autres enfants durant le jour et/ou la nuit (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
78. Se barbouille ou joue avec ses selles	0	1	2
79. Problèmes d'élocution ou de prononciation	0	1	2
80. A le regard vide, sans expression	0	1	2
81. Vole à la maison	0	1	2
82. Vole en dehors de la maison	0	1	2
83. Accumule des choses dont il (elle) n'a pas besoin (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
84. A un comportement étrange (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
85. A des idées bizarres (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
86. Trop peureux(se) ou anxieux(se)	0	1	2
87. Est buté(e), désagréable ou irritable	0	1	2
88. A des sautes d'humeur, est lunatique	0	1	2
89. Méfiant(e)	0	1	2
90. Dit des gros mots ou des obscénités	0	1	2
91. Parle de se tuer	0	1	2
92. Parle ou marche durant son sommeil	0	1	2

	Pas vrai	Parfois vrai	Très vrai
93. Parle trop	0	1	2
94. Asticote les autres, souvent en train de les agacer	0	1	2
95. Fait des colères ou s'emporte facilement	0	1	2
96. Pense trop aux questions sexuelles	0	1	2
97. Menace les gens	0	1	2
98. Suce son pouce ou ses doigts	0	1	2
99. Trop préoccupé(e) par l'ordre ou la propreté	0	1	2
100. Difficultés pour dormir (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
101. Fait l'école buissonnière, manque l'école	0	1	2
102. Est lent(e), manque d'énergie ou de tonus	0	1	2
103. Malheureux(se), triste, ou déprimé(e)	0	1	2
104. Fait beaucoup de bruit	0	1	2
105. Prend de l'alcool ou des drogues (<i>décrivez</i>) :	0	1	2
106. Actes de vandalisme	0	1	2
107. Fait pipi dans sa culotte	0	1	2
108. Fait pipi au lit la nuit	0	1	2
109. Pleurnichard(e)	0	1	2
110. Voudrait être de l'autre sexe	0	1	2
111. Replié(e) sur soi, ne se mêle pas aux autres	0	1	2
112. S'inquiète, se fait du souci	0	1	2
113. Merci de préciser tout problème de votre enfant qui n'a pas été évoqué ci-dessus :			

MERCI D'AVOIR REMPLI CE QUESTIONNAIRE

BIBLIOGRAPHIE

Articles de revues

- Baux-Cazal L, Gokalsing E, Amadeo S, Messiah A. **Prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature.** L'Encéphale **2017**; 43(3):273-280.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. **An inventory for measuring depression.** Arch Gen Psychiatry **1961**; 4:561-71.
- Berthod C, Giraud C, Gansel Y, et al. **Tentatives de suicide chez 48 enfants âgés de 6 à 12 ans.** Arch Pediatr **2013**; 20: 1296–1305.
- Brent DA. **Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress.** Suicide Life Threat Behav **1995**; 25:52–63.
- Burns CD, Cortell R, Wagner BM. **Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: a 2-year follow-up study.** J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **2008**; 47(8):948–57.
- Castellví P, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, et al. **Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies.** Acta Psychiatr Scand **2017**; 135(3):195-211.
- Cha CB, Franz PJ, Guzmán EM, et al. **Annual research review: suicide among youth epidemiology, (potential) etiology, and treatment.** J Child Psychol Psychiatry **2018**; 59(4):460–482.
- Chastang F, Dupont I, Rioux P, et al. **Le rôle de la dynamique familiale dans la récurrence suicidaire chez les adolescents et les adultes jeunes.** Annales psychiatriques **1998**; 13(4):248-255.
- Chitsabesan P, Harrington R, Harrington V, Tomenson B. **Predicting repeat self-harm in children: how accurate can we expect to be?** Eur Child Adolesc Psychiatry **2003**; 12(1):23-9.
- Ciarrochi J, Deane FP, Wilson CJ, et al. **Adolescents who need help the most are the least likely to seek it: the relationship between low emotional competence and low intention to seek help.** Brit J G Couns **2002**; 30(2):173–88.
- Conner KR, Bossarte RM, Lu N. **Parent and child psychopathology and suicide attempts among children of parents with alcohol use disorder.** Arch Suicide Res **2014**; 18(2):117–130.
- Claes M. **Les relations entre parents et adolescents : un bref bilan des travaux actuels.** Orientation Scolaire et Professionnelle **2004**; 33(2):205-226.
- Consoli A, Cohen D, Bodeau N, et al. **Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model.** Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr **2015**; 60(2 Suppl 1):S27-36.
- Consoli A, Peyre H, Speranza M, et al. **Suicidal behaviors in depressed adolescents: role of perceived relationships in the family.** Child Adolesc Psychiatry Ment Health **2013**; 7(1):8.
- Courtet P, Giner L, Seneque M, et al. **Neuroinflammation in suicide: toward a comprehensive model.** World J Biol Psychiatry **2016**; 17(8):564-586.
- Courtet P, Picot MC, Bellivier F, et al. **Serotonin transporter gene may be involved in short-term risk of subsequent suicide attempts.** Biol Psychiatry **2004**; 55(1):46-51.
- Cross R, Huberty T. **Factor analysis of the state-trait anxiety inventory for children with a sample of seventh- and eighth-grade students.** J Psychoeduc Assess **1993**; 11:232-241
- Czyz EK, Liu Z, King CA. **Social connectedness and one-year trajectories among suicidal adolescents following psychiatric hospitalization.** J Clin Child Adolesc Psychol **2012**; 41(2):214-26.
- Delamare C, Martin C, Blanchon YC. **Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans.** Neuropsychiatr Enfance Adolesc **2007**; 55:41–51.
- Donath C, Graessel E, Baier D, et al. **Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents?** BMC Pediatrics **2014**; 14:113.
- Drieu D, Genvresse P. **Enjeux du travail thérapeutique avec l'adolescent suicidant en consultation ambulatoire.** Dialogue **2003**; 162:46–58.
- Evans E, Hawton K, Rodham K. **Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population based studies.** Clin Psychol Rev **2004**; 24:957–79.
- Figueras Masip A, Amador-Campos JA, Gomez-Benito J, del Barrio Gandara V. **Psychometric properties of the Children's Depression Inventory in community and clinical sample.** Span J Psychol **2010**; 13:990–999.

- Friedberg RD, Sinderman SA. *CDI Scores in Pediatric Psychiatric Inpatients: A Brief Retrospective Static Group Comparison*. *Depress Res Treat* **2011**; 2011:134179.
- Fombonne E, Vermeersch S. *Le Child Behaviour Checklist: résultats préliminaires de la standardisation de la version française*. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* **1997**; 45(10):615-20.
- Fombonne E. *The use of questionnaires in child psychiatry research: measuring their performance and choosing an optimal cut-off*. *J Child Psychol Psychiatry* **1991**; 32(4):677-93.
- Forte A, Orri M, Galera C, et al. *Developmental trajectories of childhood symptoms of hyperactivity/inattention and suicidal behavior during adolescence*. *Eur Child Adolesc Psychiatry* **2020**; 29(2):145-151.
- Friedberg RD, Sinderman SA. *CDI scores in pediatric psychiatric inpatients: a brief retrospective static group comparison*. *Depress Res Treat* **2011**; 2011:134179.
- Gandione M, Sirianni C, Rigardetto R. *Preadolescenza e tentativi di suicidio*. *Minerva Pediatr* **2001**; 53:211–20.
- Garny de la Rivière S, Guilé JM. *Suicide et adolescence, défis d'accès et de prise en charge*. *Perspect Psy* **2016**; 55(2):104—9.
- Gautier K, Johnston G. *Mise en perspective des liens existant entre non-compliance et suicide à l'adolescence*. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* **2005**; 53(6):282–9.
- Giraud P, Fortanier C, Fabre G, et al. *Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois*. *Arch Pediatr* **2013**; 20(6):608-615.
- Goldston DB, Daniel SS, Erkanli A, et al. *Suicide attempts in a longitudinal sample of adolescents followed through adulthood: Evidence of escalation*. *J Consult Clin Psychol* **2015**; 83(2):253-64.
- Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, et al. *Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1999**; 38(6):660-71.
- Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M, et al. *Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review*. *PLoS One* **2016**; 11(4):e0153760.
- Grøholt B, Ekeberg Ø. *Prognosis after adolescent suicide attempt: mental health, psychiatric treatment, and suicide attempts in a nine-year follow-up study*. *Suicide Life Threat Behav* **2009**; 39(2):125-36.
- Grøholt B, Ekeberg Ø, Haldorsen T. *Adolescent suicide attempters: what predicts future suicidal acts?* *Suicide Life Threat Behav* **2006**; 36(6):636-650.
- Grøholt B, Ekeberg O, Wichstrøm L, Haldorsen T. *Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1998**; 37(5):473-81.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. *Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: a systematic review*. *BMC Psychiatry* **2010**; 10:113.
- Hawton K, Arensman E, Townsend E, et al. *Repetition of deliberate self-harm by adolescents: the role of psychological factors*. *J Adolesc* **1999**; 22:369-378.
- Hawton K, Bergen H, Kapur N, et al. *Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre study of self-harm in England*. *J Child Psychol Psychiatry* **2012**; 5(12):1212-1219
- Hawton K, Hill NTM, Gould M, et al. *Clustering of suicides in children and adolescents*. *Lancet Child Adolesc Health* **2020**; 4(1):58-67.
- Hill RM, Castellanos D, Pettit JW. *Suicide-related behaviors and anxiety in children and adolescents: a review*. *Clin Psychol Rev* **2011**; 31(7):1133-44.
- Hummel P, Poggenburg I, Specht F, Thömke V. *Repeated suicide attempts by children and adolescents. Results of a retrospective study*. *Klin Pädiatr* **2000**; 212(5):268-272.
- Hysinger EB, Callahan ST, Caples TL, et al. *Suicidal behavior differs among early and late adolescents treated with antidepressant agents*. *Pediatrics* **2011**; 128:447–54.
- Jacquin P, Levine M. *Difficultés d'observance dans les maladies chroniques à l'adolescence : comprendre pour agir*. *Arch Pediatr* **2008**; 15(1):89-94.
- Janssen E, Spilka S, du Roscoët E. *Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011*. *Bull Epidémiol Hebd* **2019**; 3-4:74-82.
- Jouglé E, Pequignot F, Chappert JL, et al. *La qualité des données de mortalité sur le suicide*. *Rev Epidemiol Sante Publique* **2002**; 50:49–62.

- Kelly JB. *Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: a decade review of research*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry **2000**; 39(8):963-73.
- de Kernier N, Canoui P, Golse B. *Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire*. Arch Pediatr **2010**; 17:435-441.
- King CA, Merchant CR. *Social and interpersonal factors relating to adolescent suicidality: a review of the literature*. Arch Suicide Res **2008**; 12:181-196.
- Kovacs M. *Rating scales to assess depression in school-aged children*. Acta Paedopsychiatr **1981**; 46:305-15.
- Labouliere CD, Kleinman M, Gould MS. *When self-reliance is not safe: associations between reduced help-seeking and subsequent mental health symptoms in suicidal adolescents*. Int J Environ Res Public Health **2015**; 12:3741-55.
- Lachal J, Grandclerc S, Spodenkiewicz M, Moro MR. *Comment améliorer l'adhésion aux soins des adolescents suicidants après une prise en charge aux urgences : une revue de la littérature*. L'Encéphale **2018**; 44(5):465-470.
- Laimou D. *Tentative de suicide à l'adolescence : quel sens ?* Neuropsychiatr Enfance Adolesc **2017**; 65:257-262.
- Laurent A, Foussard N, David M, et al. *A 5-year follow-up study of suicide attempts among French adolescents*. J Adolesc Health **1998**; 22:424-30.
- Leiner M, Rescorla L, Medina I, et al. *Psychometric comparisons of the Pictorial Child Behavior Checklist with the standard version of the instrument*. Psychol Assess **2010**; 22(3):618-27.
- Ligier F, Guillemin F, Angot C, et al. *Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians: the 10-year REPEATERS cohort of French adolescents*. J Adolesc **2015**; 43:111-8.
- Ligier F, Guillemin F, Kabuth B. *Prévention de la récurrence suicidaire à l'adolescence par SMS ou autre media*. Ann Med Psychol **2017**; 175:446-50.
- Ligier F, Vidailhet C, Kabuth B. *Devenir psychosocial, dix ans après, de 29 adolescents suicidants*. L'Encéphale **2009**; 35:470-76.
- Marcelli D. *Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide*. Nervure **2002**; 2(XV):18-21.
- Marcelli D. *Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours*. Carnet Psy **2003**; 85:21-4.
- McDonald R, Taylor J, Clarke D. *The relationship between early suicide behaviors and mental health: results from a nine-year panel study*. J Adolesc **2009**; 32:1159-1172.
- McGirr A, Renaud J, Bureau A, et al. *Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide*. Psychol Med **2008**; 38(3):407-17.
- McGowan PO, Sasaki A, D'Alessio AC, et al. *Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse*. Nat Neurosci **2009**; 12(3):342-348.
- McHugh CM, Chun Lee RS, Hermens DF, et al. *Impulsivity in the self-harm and suicidal behavior of young people: A systematic review and meta-analysis*. J Psychiatr Res **2019**; 116:51-60.
- Michelmore L, Hindley P. *Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: a systematic review*. Suicide Life Threat Behav **2012**; 42(5):507-24.
- Miller AB, Esposito-Smythers C, Leichtweis RN. *Role of Social Support in Adolescent Suicidal Ideation and Suicide Attempts*. J Adolesc Health **2015**; 56(3):286-92.
- Miller AB, Esposito-Smythers C, Weismore JT, Renshaw KD. *The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: a systematic review and critical examination of the literature*. Clin Child Fam Psychol Rev **2013**; 16(2):146-172.
- Notredame CE, Medjkane F, Porte A, et al. *Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents*. L'Encéphale **2019**; 45:S32-S34.
- Nrugham L, Holen A, Sund AM. *Prognosis and psychosocial outcomes of attempted suicide by early adolescence: a 6-year follow-up of school students into early adulthood*. J Nerv Ment Dis **2015**; 203(4):294-301.
- Nrugham L, Larsson B, Sund AM. *Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors*. J Affect Disord **2008**; 109:35-45.
- Ohring R, Apter A, Ratzoni G, et al. *State and trait anxiety in adolescent suicide attempters*. J Am Acad Child Psy **1996**; 35:154-157.
- Otto U. *Suicidal acts by children and adolescents. A follow-up study*. Acta Psychiatr Scand Suppl. **1972**; 233:7-123.
- Parellada M, Saiz P, Moreno D, et al. *Is attempted suicide different in adolescent and adults?* Psychiatry Res **2008**; 157:131-7.

- Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, et al. **Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans: données de l'étude ESCAPAD 2008.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* **2014**; 62:22–7.
- Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, et al. **Behavioral and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies.** *J Emot Behav Disord* **2007**; 15:130–142.
- Righini NC, Narring F, Navarro C, et al. **Antecedents, psychiatric characteristics and follow-up of adolescents hospitalized for suicide attempt or overwhelming suicidal ideation.** *Swiss Med Wkly* **2005**; 135:440–447.
- Roelofs J, Braet C, Rood L, et al. **Norms and screening utility of the Dutch version of the Children's Depression Inventory in clinical and non clinical youths.** *Psychol Assess* **2010**; 22:866–877.
- du Roscoät E, Legleye S, Guignard R, et al. **Risk factors for suicide attempts and hospitalizations in a sample of 39,542 French adolescents.** *J Affect Disord* **2016**; 190:517–21.
- Ruiz-Robledillo N, Ferrer-Cascales R, Albaladejo-Blázquez N, Sánchez-SanSegundo M. **Family and School Contexts as Predictors of Suicidal Behavior among Adolescents: The Role of Depression and Anxiety.** *J Clin Med* **2019**; 8(12):2066.
- Saint-Laurent L. **Étude psychométrique de l'Inventaire de Kovacs auprès d'un échantillon francophone.** *Rev Can Sci Comportement* **1990**; 22:377–84.
- Santana GL, Coelho BM, Borges G, et al. **The influence of parental psychopathology on offspring suicidal behavior across the lifespan.** *PLoS One* **2015**; 10(7):e0134970.
- Sarkar M, Byrne P, Power L, et al. **Are suicidal phenomena in children different to suicidal phenomena in adolescents? A six-year review.** *Child Adolesc Mental Health* **2010**; 15:197–203.
- Saylor CF, Finch AJ, Spirito A, Bennett B. **The children's depression inventory: a systematic evaluation of psychometric properties.** *J Consult Clin Psychol* **1984**; 52:955–967.
- de Sousa GS, dos Santos MS, da Silva AT, et al. **Suicide in childhood: a literatura review.** *Cien Saude Colet* **2017**; 22:3099–110.
- Southam-Gerow MA, Flannery-Schroeder EC, Kendall PC. **A psychometric evaluation of the parent report form of the State-Trait Anxiety Inventory for Children-Trait Version.** *J Anxiety Disord* **2003**; 17(4):427–46.
- Spirito A, Valeri S, Boergers J, et al. **Predictors of continued suicidal behavior in adolescents following a suicide attempt.** *J Clin Child Adolesc Psychol* **2003**; 32:284–9.
- Stein D, Apter A, Ratzoni G, et al. **Association between multiple suicide attempts and negative affects in adolescents.** *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* **1998**; 37(5):488–94.
- Stewart SE, Manion IG, Davidson S. **Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature.** *J Adolesc Health* **2002**; 30:312–25.
- Stordeur C, Acquaviva E, Galdon L, et al. **Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans.** *Arch Pediatr* **2015**; 22:255–259.
- de Tournemire R. **Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. « Données épidémiologiques : comment s'y retrouver? ».** *Arch Pediatr* **2010**; 17:1202–9.
- Timbremont B, Braet C, Dreesen L. **Assessing depression in youth: relation between the Children's Depression Inventory and a structured interview.** *J Clin Child Adolesc Psychol* **2004**; 33:149–157.
- Tishler CL, Reiss NS, Rhodes AR. **Suicidal behavior in children younger than twelve: a diagnostic challenge for emergency department personnel.** *Acad Emerg Med* **2007**; 14(9):810–818
- Turgeon L, Chartrand E. **Psychometric properties of the French Canadian version of the State–Trait Anxiety Inventory for children.** *Educ Psychol Measure* **2003**; 63(1):174–185.
- Vajda J, Steinbeck K. **Factors associated with repeat suicide attempts among adolescents.** *Aust N Z J Psychiatry* **2000**; 34(3):437–345.
- Vila G, Nollet-Clemençon C, Vera M, et al. **Prevalence of DSM-IV disorders in children and adolescents with asthma versus diabetes.** *Can J Psychiatry* **1999**; 44(6):562–9.
- Wahl V, Fischer W, Pahud AL, et al. **Tentatives de suicide multiples à l'adolescence, abus sexuel et trouble de la personnalité borderline.** *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* **1998**; 46(1-2):61–68.
- Wong JPS, Stewart SM, Claassen C, et al. **Repeat suicide attempts in Hong-Kong community adolescents.** *Soc Sci Med* **2008**; 66:232–241.
- Wu P, Katic BJ, Liu X, et al. **Mental health service use among suicidal adolescents: findings from a US national community survey.** *Psychiatr Serv* **2010**; 61(1):17–24.

Yen S, Weinstock LM, Andover MS, et al. *Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post hospitalization follow-up*. Psychol Med 2013; 43(5):983–993.

Ouvrages et thèses

Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families; 2001.

Cyrulnik B. *Quand un enfant se donne « la mort »*. Attachement et sociétés. Rapport ministériel. Paris: Odile Jacob; 2011.

Desombre H, Malvy J, Wiss M. *La pédopsychiatrie de liaison. Organisation et missions. Rapport de psychiatrie*. Paris: Masson; 2004.

Jeammet P. « Adolescence et processus de changement ». In Widlöcher D, *Traité de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1994.

Jeammet P. « Facteurs de risques relatifs à l'individu associés à la crise suicidaire : réflexion sur les mécanismes psychopathologiques de la crise suicidaire ». In Mazet P, Darcourt G, *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus de la Fédération française de psychiatrie du 19 et 20 octobre 2000*. Paris: John Libbey Eurotext; 2002.

Jeammet P, Birot E. « Psychopathologie des tentatives de suicide : étude statistico-clinique. » In Ladame F, Ottino J, Pawlak C. *Adolescence et suicide*. Paris: Masson; 1995.

Joiner T. *Why people die by suicide*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press; 2005.

Kurzenne M. *Tentative de suicide et récurrence suicidaire à l'adolescence - Étude des facteurs de risque de récurrence chez 374 patients hospitalisés au CHU de Nancy [Thèse]*. Nancy: Université de Lorraine; 2014.

Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. New York: Multi-Health Systems; 1992.

Reynolds CR, Richmond BO. *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCAMS) Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1985.

Spielberger CD, Edwards CD, Lushene R, et al. *STAI-C preliminary manual for the state-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1973.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *State-Trait Anxiety Inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press; 1970.

Sites Internet, rapports officiels, conférences de consensus et recommandations

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. *Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide*. Paris: ANAES; 1998. 44 p. <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicideVF.pdf>

Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. *Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011*. Saint Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. http://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf_internet_recherche/INV12195

Inserm. *Troubles mentaux: dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*. Paris, France: INSERM; 2002.

Jeammet P. « Le suicide chez les adolescents : Désir de mort, désir de vie ? ». *Suicide. Mieux comprendre pour mieux repérer et agir » (Colloque)* ; 2016. http://www.ch-ravenel.fr/colloques/gsm/interventions/suicide_desir_de_vie.pdf

Jousselmé C, Hassler C, Cosquer M. *Portraits d'adolescents. Enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire en 2013*. Presse Inserm; 2015. <http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-dadolescentsmars-2015-1.pdf>

Observatoire national du suicide. *Suicide. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives*. Paris; 2016. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/suicide-connaître-pour-prévenir-dimensions-nationales-locales-et-associatives>

Observatoire national du suicide. *Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence*. Paris; 2018. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>

LISTE DES ABREVIATIONS

AED	Action éducative à domicile
AEMO	Action éducative en milieu ouvert
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CBCL	<i>Child Behaviour Checklist</i>
CDI	<i>Children's Depression Inventory</i>
Centre Oreste	Service départemental d'Indre-et-Loire spécialisé dans la prise en charge psychothérapeutique ambulatoire des adolescents de 14 à 18 ans
CépiDc-Inserm	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale
CMP	Centre médico-psychologique
CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
CIM-10	Classification Internationale des Maladies – 10e révision
IC 95%	Intervalle de confiance à 95%
ONS	Observatoire National du Suicide
PMSI-MCO	Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique
STAIC	<i>State Trait Anxiety Inventory for Children</i>
STAIC-T	<i>State Trait Anxiety Inventory for Children: Trait Scale</i>
TDA/H	Trouble déficit de l'attention, avec ou sans hyperactivité
TS	Tentative de suicide
UMPS	Unité médico-psychologique spécialisée
USC	Unité de soins continus

Vu, le Directeur de Thèse

Dr Ugo FERRER CATALA
Néopsychiatre - Praticien Hospitalier
Tours, le 4/2/2021



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Joly Hélène

91 pages – 3 tableaux – 12 figures

Résumé :

Ce travail a pour objectif de mieux appréhender les caractéristiques des jeunes suicidants pris en charge à l'hôpital pédiatrique du CHRU de Tours, ainsi que leur devenir en termes de récurrence suicidaire, de psychopathologie, et d'observance de la prise en charge post-hospitalière, un à deux ans après la tentative de suicide index.

Tous les patients inclus (n = 44), âgés en moyenne de 14,2 (+/- 1) ans, ont bénéficié d'une évaluation pédopsychiatrique lors de la prise en charge initiale à l'hôpital pédiatrique, d'une durée moyenne de 3,4 jours. La récurrence suicidaire a concerné deux patientes (4,5%), et treize autres jeunes (30%) ont été réadmis à l'hôpital pour autre motif psychiatrique sur la période étudiée, dont huit présentant une recrudescence des idées suicidaires. Ces données, recueillies rétrospectivement à partir des dossiers des patients, ont été complétées à l'aide d'auto- et d'hétéro- questionnaires standardisés (STAIC-C, CDI, CBCL) et non standardisés, adressés un à deux ans après la TS index aux patients inclus et à leurs parents. Parmi les répondants (n = 11), deux jeunes avaient refusé la mise en place ou la reprise d'un suivi psychologique ambulatoire, et le suivi s'était interrompu précocement pour quatre autres jeunes.

Cette étude met en lumière la complexité des facteurs individuels et environnementaux, des processus psychopathologiques et des enjeux relationnels pouvant sous-tendre aussi bien le passage à l'acte suicidaire, que l'observance et l'adhésion au suivi psychologique ambulatoire. Elle souligne ainsi l'importance des dispositifs ou réseaux développés à l'échelle des départements, permettant une approche plus systématique dans l'articulation des prises en charge hospitalière et post-hospitalière au décours d'une tentative de suicide, en visant un maintien actif du lien avec les jeunes suicidants et leur entourage par les professionnels, mais aussi en prêtant une attention particulière à la singularité de chaque situation.

Mots clés : Tentatives de suicide, Enfants, Adolescents, Suivi ambulatoire, Observance, Adhésion, Récidives, Psychopathologie

Jury :

Président du Jury : Madame la Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Ugo FERRER CATALA
Membres du Jury : Monsieur le Professeur Vincent CAMUS
Monsieur le Docteur Paul BRUNAULT

Date de soutenance : Mardi 16 Mars 2021