

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2007

Thèse N° ~~477~~

3119 1/2

**QU'EN RESTE-T-IL ?
ESSAI D'ÉVALUATION DU DEVENIR À 15 ANS D'UNE
COHORTE D'ADOLESCENTS SUICIDANTS**

THÈSE

pour l'obtention du

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le : 22 juin 2007

par

Céline DUMONT

Née le 24 février 1979 à LILLE (NORD)

Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Jean-François ROCHE

Membres du Jury

M. le Professeur R. GAROUX..... Président
M. le Professeur J-P. CLEMENT..... Juge
Mme. le Professeur A. LIENHARDT-ROUSSIE.....Juge
M. le Professeur J-P. RAYNAUD..... Juge
Mme. le Docteur M-M. BOURRAT..... Membre invitée
M. le Docteur J-F. ROCHE..... Membre invité



UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

DOYEN DE LA FACULTÉ :

Monsieur le Professeur Jean-Claude VANDROUX

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur Marc LASKAR
Monsieur le Professeur Denis VALLEIX
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS :

** C.S = Chefs de Service*

ACHARD Jean-Michel
PHYSIOLOGIE

ADENIS Jean-Paul (C.S)
OPHTALMOLOGIE

ALDIGIER Jean-Claude (C.S)
NÉPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD Françoise (C.S)
MÉDECINE INTERNE

ARNAUD Jean-Paul (C.S)
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

AUBARD Yves (C.S)
GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

BEDANE Christophe (C.S)
DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE

BERTIN Philippe (C.S)
THÉRAPEUTIQUE

BESSEDE Jean-Pierre
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

BONNAUD François (C.S)
PNEUMOLOGIE

BONNETBLANC Jean-Marie
DERMATOLOGIE-VÉNÉRÉOLOGIE

BORDESSOULE Dominique (C.S)
HÉMATOLOGIE ET TRANSFUSION

CHAPOT René
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE

CHARISSOUX Jean-Louis
CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

CLAVERE Pierre (C.S)
RADIOTHÉRAPIE

CLEMENT Jean-Pierre (C.S)
PSYCHIATRIE D'ADULTES

COGNE Michel (C.S)
IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre
UROLOGIE

CORNU Elisabeth
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

COURATIER Philippe
NEUROLOGIE

DANTOINE Thierry
GÉRIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT

DARDE Marie-Laure (C.S)
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)
PÉDIATRIE

DENIS François (C.S)
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE

DESCOTTES Bernard (C.S)
CHIRURGIE DIGESTIVE
(C.S par intérim de MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ)

DUDOGNON Pierre
MÉDECINE PHYSIQUE ET DE RÉADAPTATION

DUMAS Jean-Philippe (C.S)
UROLOGIE

DUMONT Daniel (C.S)
MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL

FEISS Pierre (C.S)
ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION MÉDICALE

FEUILLARD Jean (C.S)
HÉMATOLOGIE

GAINANT Alain (C.S)
CHIRURGIE DIGESTIVE

GAROUX Roger (C.S)
PÉDOPSYCHIATRIE

GASTINNE Hervé (C.S)
RÉANIMATION MÉDICALE

JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile
IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François (C.S)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

LACROIX Philippe
MÉDECINE VASCULAIRE

LASKAR Marc (C.S)
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

LE MEUR Yannick
NÉPHROLOGIE

LIENHARDT-ROUSSIE Anne
PÉDIATRIE

MABIT Christian
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

MARQUET Pierre
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MAUBON Antoine
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MÉDICALE

MELLONI Boris
PNEUMOLOGIE

MERLE Louis (C.S)
PHARMACOLOGIE CLINIQUE

MONTEIL Jacques
BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE

MOREAU Jean-Jacques (C.S)
NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique (C.S)
CHIRURGIE INFANTILE

NATHAN-DENIZOT Nathalie
ANESTHÉSIOLOGIE ET RÉANIMATION CHIRURGICALE

PARAF François
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PILLEGAND Bernard
HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

PIVA Claude
MÉDECINE LÉGALE ET DROIT DE LA SANTÉ

PLOY Marie-Cécile
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE

PREUX Pierre-Marie
ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

RIGAUD Michel (C.S)
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

SALLE Jean-Yves (C.S)
MÉDECINE PHYSIQUE ET RÉADAPTATION

SAUTEREAU Denis (C.S)
HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

STURTZ Franck
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
ENDOCRINOLOGIE, DIABÈTE ET MALADIES MÉTABOLIQUES

TREVES Richard
RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
CANCÉROLOGIE

VALLAT Jean-Michel (C.S)
NEUROLOGIE

VALLEIX Denis
ANATOMIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

VANDROUX Jean-Claude (C.S)
BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE

VERGNENEGRE Alain (C.S)
ÉPIDÉMIOLOGIE, ÉCONOMIE DE LA SANTÉ ET PRÉVENTION

VIDAL Elisabeth (C.S)
MÉDECINE INTERNE

VIGNON Philippe
RÉANIMATION MÉDICALE

VIROT Patrice (C.S)
CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre (C.S)
MALADIES INFECTIEUSES

YARDIN Catherine (C.S)
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS-PRATICIENS HOSPITALIERS :

AJZENBERG Daniel
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

ALAIN Sophie
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE

ANTONINI Marie-Thérèse (C.S)
PHYSIOLOGIE

BOUTEILLE Bernard
PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

CHABLE Hélène
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

DRUET-CABANAC Michel
MÉDECINE ET SANTÉ AU TRAVAIL

DURANT-FONTANIER Sylvaine
ANATOMIE-CHIRURGIE DIGESTIVE

ESCLAIRE Françoise
BIOLOGIE CELLULAIRE

JULIA Annie
HÉMATOLOGIE

LAPLAUD Paul
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

MOUNIER Marcelle
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

PETIT Barbara
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES

PICARD Nicolas
PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

QUELVIN-BERTIN Isabelle
BIOPHYSIQUE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE

RONDELAUD Daniel
CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

TERRO Faraj
BIOLOGIE CELLULAIRE

VERGNE-SALLE Pascale
THÉRAPEUTIQUE

VINCENT François
PHYSIOLOGIE

P.R.A.G (Professeur agrégé) :

GAUTIER Sylvie
ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIÉS A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel
MÉDECINE GÉNÉRALE

BUISSON Jean-Gabriel
MÉDECINE GÉNÉRALE

MAÎTRE DE CONFÉRENCES ASSOCIÉ A MI-TEMPS :

PREVOST Martine
MÉDECINE GÉNÉRALE

REMERCIEMENTS

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur Roger GAROUX
Professeur des Universités de Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service

Vous nous faites un très grand honneur de présider notre jury de thèse et de juger notre travail.

C'est au cours de l'enseignement théorique de nos études médicales ainsi qu'au cours des séances de bibliographie que nous avons pu bénéficier de la qualité de votre enseignement et de l'étendue de votre savoir théorique qui ont été sources d'enrichissement pour notre pratique.

Au cours de nos stages d'Internat dans votre service vous nous avez accueillies avec cordialité et nous avons eu le privilège d'apprécier la richesse et la perspicacité de votre approche clinique.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici l'expression de toute notre gratitude et de notre profond respect.

A nos juges

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes
Praticien hospitalier
Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de siéger à notre jury et de juger ce travail de thèse.

Nous avons pu apprécier votre enseignement théorique et clinique tout au long de nos études médicales, que ce soit au niveau de l'Externat ou de l'Internat, ainsi que lors des séminaires que vous avez animés.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Veillez trouver ici l'expression de notre gratitude et de notre profonde reconnaissance.

Madame le Professeur Anne LIENHARDT-ROUSSIE

Professeur des Universités de Pédiatrie

Praticien hospitalier

Chef de Service

Nous avons bénéficié de votre enseignement au cours de nos études médicales.

C'est lors de notre passage en tant qu'interne de pédopsychiatrie dans le service de Pédiatrie que nous avons pu apprécier votre collaboration et vos compétences professionnelles.

Nous vous sommes reconnaissante de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Recevez ici le témoignage de notre profond respect et de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD
Professeur des Universités de Pédiopsychiatrie
Praticien hospitalier
Chef de Service

Nous vous sommes reconnaissante de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

Nous vous remercions d'avoir bien voulu accorder un intérêt à ce travail et d'avoir accepté de le juger.

Recevez ici le témoignage de notre gratitude et de notre profonde considération.

A notre Directeur de Thèse

Monsieur le Docteur Jean-François ROCHE

Pédopsychiatre

Praticien hospitalier

Chef de Service

Je vous remercie d'avoir accepté de m'accompagner et de me guider dans ce travail de thèse et de toujours avoir été à mon écoute malgré votre emploi du temps chargé.

Les temps de stage et de formation passés à vos côtés m'ont permis de découvrir, d'apprécier la pédopsychiatrie et de me former à cette spécialité. J'ai également pu apprécier votre réflexion théorique et clinique lors des séminaires que vous avez animés. Les qualités humaines dont vous faites preuve, votre dévouement professionnel et votre rigueur clinique demeurent pour moi un exemple.

C'est sans aucun doute grâce à vous que je porte un intérêt tout particulier à la pédopsychiatrie.

Votre confiance et vos encouragements m'ont permis de mener à bien ce travail, et votre patience et votre disponibilité ont été pour moi de précieux atouts.

Je trouve ici l'occasion de vous remercier très sincèrement et de vous assurer de mon plus grand respect, de ma profonde estime et de toute mon amitié.

A notre Membre invitée

Madame le Docteur Marie-Michèle BOURRAT

Pédopsychiatre

Praticien hospitalier

Chef de pôle

Le temps passé à vos côtés m'a permis de bénéficier de votre réflexion clinique si enrichissante et de votre approche psychanalytique, qui m'ont également aidée lors de la réalisation de ce travail.

J'ai pu également apprécier votre accueil chaleureux et votre confiance. Très sensible à l'intérêt que vous portez à ce travail, veuillez trouver ici le témoignage de ma gratitude et de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Bertrand OLLIAC, pour ton aide précieuse et ta disponibilité dans la réalisation des statistiques. Merci pour ta patience devant mon ignorance dans ce domaine et pour les précieux conseils que tu as su me donner. Merci également pour toutes les attentions que tu as eu pour me faciliter la tâche dans mon travail.

A Mademoiselle le Docteur Céline EBERHARDT, pour tes conseils et ton soutien dans les moments difficiles, ainsi que pour le temps passé à la relecture.

A Monsieur le Docteur FONTANIER, pour ton apport clinique et ta réflexion dans la rédaction de la monographie, ainsi que pour ton soutien et celui de toute ta famille.

A Monsieur le Docteur MALAUZAT, pour vos conseils lors de l'élaboration de la méthodologie.

A Madame le Docteur Florence THOMAS-JOUPPE et le Docteur Christophe PEUGNET, pour votre soutien et vos recommandations.

Aux médecins du Centre Hospitalier Esquirol auprès de qui j'ai eu le plaisir de me former pendant mon internat :

A Monsieur le Docteur Emile-Roger LOMBERTIE, Madame le Docteur Nathalie SALOME, Monsieur le Docteur Yves AUROUX, Monsieur le Docteur Guillaume VERGER, Monsieur le Docteur David FONTANIER, Monsieur le Docteur Eric CHARLES, Mademoiselle le Docteur ANNE-Catherine DUMONT, Madame le Docteur Micheline PHAN THAN QUAN, Madame le Docteur Elodie MALHOMME, Madame le Docteur Valérie BALOUTCH, Monsieur le Docteur Denis SCHADLER, Monsieur le Docteur Pierre SAZERAT, Monsieur le Docteur Nariman BALOUTCH, Monsieur le Docteur Pierre VILLEGIER, Madame le Docteur Muriel ARTHUS, Madame le Docteur Véronique ROUYER.

Aux équipes soignantes, aux équipes sociales et aux psychologues des pavillons Dide, Cabanis, Ballet Bas, Lafarge, Bellevue, Giraudoux, H. Ey Bas, Centre de la Mère et de l'Enfant, Pédiatrie 1 au CHU, pour leur soutien et le partage de leur expérience durant mes années d'Internat.

A mes collègues internes de Psychiatrie du Centre Hospitalier Esquirol, pour l'ambiance et la bonne humeur que vous savez mettre au sein de l'Internat.

A Karine, pour ton soutien et toutes les attentions dont tu sais faire preuve envers les internes.

Aux délégués médicaux, qui m'ont accompagnée pendant toute la durée de mon Internat, et en particulier à Didier, Henri, Estelle, Claude-Emmanuel.

Au laboratoire Janssen-Cilag (Médisoruce), pour sa participation à mes recherches bibliographiques.

A celles et ceux qui ont relu ce travail pour y effectuer un certain nombre de corrections ! Merci à Maman et Anne-Catherine, ainsi qu'aux Drs JF. ROCHE, B.OLLIAC et C. EBERHARDT et à Marie-Isabelle.

DEDICACES

A mes parents, pour l'affection que vous me donnez et qui m'est indispensable, et notamment à toi Maman, pour ta présence à mes côtés durant toutes ces années d'études, pour ton soutien dans les moments difficiles et ta présence dans les moments heureux. Merci pour ce que vous m'avez donné et appris et pour ce que vous continuez d'apporter.

A ma sœur Anne-Catherine et à mon frère Jean-Christophe, mes confrère et futur confrère, pour votre affection et votre soutien de tous les jours.

A toute ma famille, et en particulier à ma grand-mère Micheline pour tes encouragements.

A la mémoire de mes grands-parents disparus.

A Patrice, pour ton soutien durant les années difficiles.

A mes amis, en particulier Bertrand, Cédric, Céline, Christophe, Lysiane, Magali, Pierre. Votre humour et votre bonne humeur m'ont permis de me détendre et de gérer mon stress.

A ma famille.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : UNE EVALUATION A 15 ANS, POURQUOI ? COMMENT ?

I) Intérêt d'une évaluation 15 ans après

- I-1) S'interroger sur l'impact de la prise en charge vis-à-vis du devenir de ces adolescents
- I-2) Délai de 15 ans
- I-3) Comparaison à d'autres études, et aux consensus dans l'objectif d'une auto-évaluation
- I-4) Etablissement de sous-groupes de patients avec facteurs de risque de mauvaise évolution
- I-5) Type d'étude : avantages/inconvénients du rétrospectif face au prospectif
- I-6) Faisabilité d'une étude à plus large échelle

II) Evolution des questionnements en fonction des difficultés rencontrées

- II-1) Objectifs initiaux et méthode envisagée
 - II-1-1) Objectifs initiaux
 - II-1-2) Première méthode envisagée
- II-2) Difficultés
 - II-2-1) Perdus de vue prévisibles
 - II-2-2) Risques d'une reprise de contact à distance (contraintes pour les participants)
 - II-2-3) Critères nécessaires à l'accord du CPP
- II-3) Evolution des objectifs

III) Matériel et méthode

- III-1) Populations
 - III-1-1) Population de départ : 1991-1992
 - III-1-1-1) *Prise en charge habituelle en 1991-1992*

III-1-1-2) Population concernée

III-1-2) Population des hospitalisés en psychiatrie

III-1-3) Etablissement de sous-populations

III-2) Outils

III-2-1) Mortalité

III-2-2) Dossiers médicaux du CHU (1991-1992)

III-2-2-1) Fiches de suivi sur les tentatives de suicide

III-2-2-2) Dossiers médicaux

III-2-2-3) Files actives jusqu'en 2000 pour la recherche des récidives

III-2-3) Dossiers médicaux des patients hospitalisés en psychiatrie entre 1993 et 2006

III-2-3-1) Recueil des données

III-2-3-2) Critères pris en compte

III-2-4) Données recueillies

III-2-5) Exploitation des données et traitement statistique

III-3) Origine des critères

III-3-1) Le contexte environnemental

III-3-2) Les caractéristiques psychiatriques

III-3-3) Suivi et utilisation de la psychiatrie

III-3-4) Adaptation sociale

DEUXIEME PARTIE : Résultats

I) Description des populations

I-1) Description de la population de 1991-1992 (population I)

I-1-1) Répartition par sexe

I-1-2) Répartition par âge

I-1-3) Durée d'hospitalisation

I-1-4) Antécédents de tentative de suicide

I-1-5) Contexte familial et social

I-1-5-1) Situation matrimoniale des parents

I-1-5-2) Lieu de vie des adolescents

I-1-5-3) Autres critères

I-1-6) Scolarité

I-1-6-1) Type de scolarité

I-1-6-2) Performances scolaires

I-1-7) Diagnostic (structure de personnalité) et autres critères psychiatriques

I-1-8) Suivi après la tentative de suicide

I-2) Mortalité et récurrences, à 15 ans, de la population I

I-2-1) Mortalité

I-2-2) Récurrences

**I-3) Description, lors de la prise en charge en psychiatrie, de la population
y étant hospitalisée (population H)**

I-3-1) Répartition par sexe

I-3-2) Mortalité

I-3-3) Situation socio-familiale

I-3-4) Caractéristiques médicales

I-3-5) Contexte de vie

I-3-6) Contacts avec une équipe de soins de psychiatrie

II) Comparaison des résultats

**II-1) Comparaison des 2 sous-groupes I-H (patients hospitalisés ultérieurement
en psychiatrie) et I-non H (patients non hospitalisés en psychiatrie) en 1991-
1992, analyses univariées**

II-1-1) Mortalité

II-1-2) Répartition par sexe

II-1-3) Récurrences suicidaires

II-1-3-1) Antécédents de tentative de suicide

II-1-3-2) Récurrences ultérieures

II-1-4) Contexte familial et social

II-1-4-1) Situation matrimoniale des parents

II-1-4-2) Lieu de vie des adolescents

II-1-4-3) Autres critères

II-1-5) Scolarité

II-1-5-1) Type de scolarité

II-1-5-2) Performances scolaires

II-1-6) Diagnostic (structure de personnalité) et autres critères psychiatriques

II-1-7) Suivi après la tentative de suicide

II-1-8) Interactions

II-2) Facteurs prédictifs d'une hospitalisation ultérieure, analyse multivariée

II-3) Evolution de la population H en fonction des caractéristiques initiales

(population I-H)

II-3-1) Evolution des diagnostics

II-3-2) Problématique dépressive

II-3-3) Troubles des conduites (consommation de toxiques, violence)

II-3-4) Evolution de l'adhésion à un suivi

II-3-5) Evolution entre scolarité et insertion professionnelle

II-3-6) Evolution entre les lieux de vie

II-3-7) Evolution dans les modes relationnels

II-3-8) Evolution dans l'existence de conflits familiaux

TROISIEME PARTIE : Discussion

I) Apports théoriques

I-1) Epidémiologie

I-1-1) Incidence du suicide en population générale

I-1-2) Epidémiologie du suicide des 15-24 ans :

I-1-3) Epidémiologie des tentatives de suicide

I-1-4) Liens entre dépression et conduites suicidaires

I-1-4-1) Fréquence de la dépression dans les tentatives de suicide à l'adolescence

I-1-4-2) Fréquence de la tentative de suicide dans la dépression à l'adolescence

I-1-5) Epidémiologie de la dépression à l'adolescence

I-2) Développement psychologique à l'adolescence et psychopathologie des tentatives de suicide

I-2-1) Repères sur le développement de l'adolescent

I-2-1-1) L'adolescence, processus universel

I-2-1-2) Les enjeux de l'adolescence

I-2-1-3) Expression de la conflictualité de l'adolescence

I-2-2) Psychopathologie des tentatives de suicide

I-2-2-1) Vulnérabilité externe

I-2-2-2) Vulnérabilité interne

I-2-2-3) L'angoisse

I-2-2-4) Dépression et tentative de suicide

I-2-2-5) La tentative de suicide en tant qu'échec des mécanismes adaptatifs

I-2-2-6) Approche sociologique de la tentative de suicide

I-3) Enquêtes effectuées sur le devenir des adolescents suicidants

I-3-1) Biais et limites

I-3-2) Données sur le devenir des adolescents suicidants

I-3-2-1) Mortalité

I-3-2-2) Décès par suicide

I-3-2-3) Récidives

I-3-2-4) Devenir psychosocial à long terme

I-3-2-5) Suivi psychologique

I-4) Consensus sur la prise en charge des adolescents suicidants

II) Discussion de l'étude et des résultats et comparaison aux autres travaux

II-1) Limites de l'étude

II-1-1) Limites méthodologiques

II-1-1-1) Hétérogénéité de l'intervalle entre la tentative index et l'hospitalisation en psychiatrie et hétérogénéité des âges

II-1-1-2) Nombre de patients

II-1-1-3) Comparatif

II-1-1-4) Fiabilité de la répartition entre les deux sous-populations (hospitalisés et non-hospitalisés)

II-1-2) Limites liées aux outils disponibles

II-1-2-1) Qualité de l'information

II-1-2-2) Multiplicité des intervenants et subjectivité

II-1-2-3) Pathologies psychosomatiques

II-1-2-4) Disparité des approches diagnostiques et des prises en charge

II-2) Réflexions sur les résultats

II-2-1) Interrogation sur la cohérence des diagnostics

II-2-2) Evolution psychopathologique des patients

II-2-2-1) Délai avant l'hospitalisation

II-2-2-2) Motifs d'hospitalisation en psychiatrie

II-2-2-3) Reproduction ou modification ?

II-2-2-4) Le changement

II-2-2-5) Qu'en est-il des patients non hospitalisés ?

II-2-3) Mémoire du passé

II-2-3-1) Date de révélation des évènements traumatisants

II-2-3-2) Place de la tentative de suicide de l'adolescence dans la mémoire des patients

II-2-4) Mauvaise intégration dans une nosographie classique

II-2-5) Modalité de rencontre entre le patient et les soins psychiatriques

II-2-5-1) Recours à l'urgence

II-2-5-2) Difficultés dans l'adhésion des patients à un suivi pertinent

II-2-5-3) Utilisation des services de soins psychiatriques comme palliatif à une inadaptation sociale

II-3) Comparaison aux autres travaux

II-3-1) Comparaison de la population initiale

II-3-2) Comparaison de la mortalité et des récurrences

II-3-3) Comparaison des suivis

III) Monographies

IV) Ouverture

IV-1) En quoi la prise en charge a-t'elle pu changer le devenir de ces adolescents ?

IV-2) Peut-on évaluer la trace mnésique d'une TS réalisée à l'adolescence et son internalisation ?

IV-3) Evaluation de l'impact d'une remémoration

IV-4) Pertinence d'une étude à plus large échelle ?

IV-5) Recherche et psychiatrie

CONCLUSION

ANNEXES

REFERENCES

TABLE DES MATIÈRES ET DES ILLUSTRATIONS

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

*Vivre: se frayer un chemin à travers son
propre infini.
... Peu en ont les moyens - ou la manière.*

NATHALIE CLIFFORD BARNEY

Qu'en reste-t-il ? Pourquoi cette question ?

Ce travail, qui va concerner des adolescents suicidants, s'intéresse surtout à leur devenir. Quelles traces reste-t-il à l'heure actuelle de leur tentative de suicide dans leur vie quotidienne ? Quelles traces reste-t-il au niveau de leur adaptation sociale ? Quelles traces reste-t-il au niveau de leur bien-être psychologique ?

Ce travail s'interroge également sur ce qu'il reste de cet épisode passé au niveau de leur fonctionnement psychique et de leur mémoire. La tentative de suicide réalisée à l'adolescence serait-elle encore d'actualité dans la souffrance psychique des individus, ou aurait-elle pris une place à part entière au sein de leur psychisme dans lequel elle s'inscrirait sans être source de souffrance ?

Puis vient également la question de ce qu'il reste dans les dossiers : ce travail s'est heurté à de nombreuses difficultés et notamment au manque d'informations disponibles.

Quelles traces reste-t-il de ces tentatives de suicide dans les dossiers, ainsi que de l'histoire de ces patients permettant au niveau individuel de comprendre le contexte psychologique et environnemental qui est source de souffrance. Que peut-on faire de ce qu'il reste et quelle évaluation peut-on envisager ?

Toutes ces questions sont un préalable à la réalisation d'un travail dont le premier objectif était d'étudier le devenir à 15 ans d'adolescents suicidants.

- Les études actuelles concernant les adolescents suicidants s'intéressent plus souvent à leurs antécédents et à leur contexte socio-familial et psychopathologique du moment qu'à leur devenir, celui-ci étant difficile à évaluer.

De ce fait, l'évaluation de ce devenir à long terme de ces adolescents suicidants reste une question à approfondir, car depuis l'étude d'Otto (Otto, 1972) qui reste encore de nos jours une référence, il n'y a pas eu d'études de telle envergure.

En effet, concernant le devenir de ces adolescents sur le plan de leur adaptation psychosociale, un nombre relativement restreint de travaux existe, ceux-ci s'intéressant plus souvent à la recherche de récurrences et à la mortalité de ces adolescents suicidants. Ceci peut s'expliquer par les nombreuses difficultés méthodologiques existantes dans ce genre d'entreprise.

- Toutefois, au regard de l'activité menée dans le service de Pédopsychiatrie de Limoges, dont l'intérêt est porté depuis longtemps sur les adolescents suicidants, cette question du devenir a gardé toute son importance, et il a semblé opportun d'essayer d'entreprendre une telle évaluation.

Cependant, un certain nombre de difficultés rencontrées, notamment liées à la carence et à la subjectivité des informations a quelque peu modifié cet objectif, qui s'est finalement recentré sur l'étude d'une cohorte d'adolescents ayant fait une tentative de suicide en 1991 et 1992 et sur le devenir de ceux qui, parmi cette cohorte, ont été hospitalisés en psychiatrie au cours des 15 années suivantes.

- Ce travail s'est également intéressé aux possibilités d'évaluation disponibles, avec les limites qu'une étude statistique impose et avec surtout les spécificités particulières à la psychiatrie qui viennent contrebalancer les exigences statistiques.

En effet, cette question du devenir de patients pris en charge est une question qui a toujours intéressé les psychiatres, malgré les différents problèmes méthodologiques qu'implique une évaluation en psychiatrie. Déjà en 1950 une enquête s'intéressant au devenir, après 10 ans d'évolution, d'enfants inadaptés présentant des troubles des conduites a soulevé de nombreux problèmes méthodologiques : nombre insuffisant de patients retrouvés, biais dans le recrutement (ceux qui sont retrouvés sont les plus adaptés). Les résultats vont à l'encontre des principes de l'époque, remettant en question l'intérêt de la prise en charge, et la pertinence des facteurs étiologiques considérés comme tels à l'époque. Les résultats ont été non satisfaisants d'un point de vue statistique, dérangeants quant à ses conclusions, et sont donc tombés dans l'oubli (Ohayon, 2004).

Ainsi, au-delà de l'étude du devenir des adolescents ayant réalisé une tentative de suicide, ce travail sera une réflexion sur les conditions de recherche en psychiatrie de l'adolescent et de l'enfant, recherche qui reste indispensable en raison du problème de santé publique que représentent les tentatives de suicide à l'adolescence.

PREMIERE PARTIE :
UNE EVALUATION A 15 ANS, POURQUOI ?
COMMENT ?

D) Intérêts d'une évaluation 15 ans après

Il va être développé ici le point de départ des questionnements ayant amené à entreprendre une recherche de ce type.

En effet, la prise en charge d'adolescents en difficultés à un moment de la vie où il existe de nombreux enjeux en termes de développement amène à s'interroger sur les facteurs pouvant influencer ce développement, que ce soit de manière favorable ou défavorable, ainsi que sur leur évolution, à plus ou moins longue échéance.

I-1) S'interroger sur l'impact de la prise en charge vis-à-vis du devenir de ces adolescents

La première question de ce travail était de savoir ce que sont devenus les adolescents ayant fait une tentative de suicide, 15 ans après leur hospitalisation en pédiatrie pour ce geste suicidaire, dans le but d'évaluer leur qualité de vie, leur adaptation sociale et leur santé en général.

Cette interrogation sur l'évolution des patients intervient à un moment de remise en question du sens et de l'utilité en général de notre travail en psychiatrie, et plus particulièrement en psychiatrie d'enfants et d'adolescents.

Ce travail avait également pour but de comparer ces adolescents suicidants à la population générale de même âge, afin d'établir des facteurs de risque de mauvaise évolution, et d'apprécier l'impact que peut avoir sur leur développement affectif la prise en charge réalisée à ce moment là.

En effet, la population des adolescents suicidants est très hétérogène, tant sur le plan des origines sociales que du fonctionnement psychologique et relationnel, des événements de vie plus ou moins traumatisants selon les individus, de leur réponse à une aide thérapeutique proposée.

Cette diversité entraîne des évolutions à priori très différentes les unes des autres, que ce soit l'évolution naturelle des processus développementaux, ou l'évolution plus ou moins aidée par une prise en charge médicale ou autre.

Par la suite, il était intéressant de s'interroger sur les effets de la prise en charge médicale des tentatives de suicide chez l'adolescent, effets probablement très variables en fonction des individus à qui elle est proposée, et pas toujours acceptée.

Il restait à définir l'intervalle le plus judicieux entre la tentative de suicide et le moment de l'évaluation.

I-2) Délai de 15 ans

Le délai de 15 ans de recul a été choisi, car si l'objectif est d'évaluer le devenir psychosocial d'adolescents, il est nécessaire de se situer, au moment de l'évaluation, dans une période où les individus peuvent avoir habituellement acquis une certaine autonomie, une certaine adaptation sociale et avoir construit un nouveau cercle familial.

Le délai de 15 ans s'est avéré être également une durée suffisamment importante pour être à distance de la problématique adolescente et du contexte environnemental de la tentative de suicide, avec le passage à l'âge adulte et à la vie active, et en même temps une durée pas trop lointaine, dans le sens où elle permet une remémoration, où il est encore possible d'observer les traces – mnésiques, affectives ou encore traumatiques – que cette période a laissées, et d'observer dans quelle mesure celle-ci s'est inscrite dans leur histoire et leur devenir : c'est une durée suffisante pour permettre que cette période ne soit pas complètement oubliée.

Et rappelons que 15 ans, cela correspond à peu près à l'âge qu'avaient ces adolescents au moment de leur tentative de suicide, et cela leur fait donc actuellement le double de leur âge...

I-3) Comparaison à d'autres études, et aux consensus dans l'objectif d'une auto-évaluation

L'intérêt d'un tel travail ne peut se concevoir sans une comparaison avec d'autres travaux sur ce sujet, réalisés par des équipes différentes, ayant le plus souvent des modes de prise en charge différents.

Il est également utile de comparer la prise en charge effectuée avec celle des recommandations des conférences de consensus, et de voir en quoi elles sont différentes et en quoi cette différence peut avoir eu un impact sur le devenir de ces adolescents.

Ceci se justifie par le fait que la pratique quotidienne des équipes pédopsychiatriques de Limoges privilégie certaines bases théoriques, en particulier psychodynamiques, et qu'il est nécessaire pour le renouvellement de la réflexion quotidienne de s'intéresser aux autres modes de fonctionnement, et aux résultats de travaux de même type, de manière à comparer d'une part les populations, et d'autre part les prises en charge.

C'est dans cette démarche que ce travail s'inscrit, dans la continuité de travaux antérieurs (Roche, 1992) (Plougeaut, 1992), de questionnements multiples, et de démarches d'auto-évaluations, celles-ci comprenant notamment l'audit clinique demandé par l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) réalisé en 2000, ayant établi que la prise en charge des adolescents suicidants respectait les recommandations.

Cette comparaison, aussi bien aux recommandations des conférences de consensus qu'aux autres travaux, a pour objectif de faire une auto-évaluation de la prise en charge des adolescents suicidants afin d'améliorer celle-ci. Cette amélioration passe par une remise en question perpétuelle de notre pratique afin d'adapter celle-ci et de lui permettre de garder son sens.

I-4) Etablissement de sous-groupes de patients avec facteurs de risque de mauvaise évolution

Les adolescents suicidants, malgré des attitudes, comportements, fonctionnements, souvent semblables en apparence, étant tellement différents les uns des autres (sur le plan de l'histoire de vie, de l'environnement et du développement psychoaffectif), l'établissement de sous-groupes peut avoir comme intérêt d'établir des critères de gravité, et des facteurs favorisant une évolution positive.

Ceci a pour but d'entreprendre une prise en charge spécifique pour les adolescents ayant des critères de gravité, de permettre de mieux cibler notre action en fonction de ces différentes populations, et de voir quelle population répond le plus à notre prise en charge, de manière à adapter celle-ci, et à tenter de développer des démarches protectrices.

I-5) Type d'étude : avantages et inconvénients du rétrospectif face au prospectif

L'intérêt de réaliser ce type de réflexion à partir d'une étude rétrospective réside dans le fait que l'échantillon existe déjà et que la prise en charge, tout comme l'évolution de ces

adolescents, n'ont pas été influencées par l'existence d'une recherche. Les outils utilisés sont adaptés à l'échantillon déjà existant, à l'inverse des études prospectives où l'échantillon est sélectionné en fonction des « outils » mis en place, et qui sont par là même figés.

Ainsi, les études rétrospectives peuvent se rapprocher de l'approche qu'a Lévi-Strauss du "bricolage", lorsqu'il considère que « l'univers instrumental est clos, et la règle du jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, (...) parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment (...). L'ensemble des moyens du bricoleur n'est donc pas définissable par un projet » (Lévi-Strauss C, 1962). De la même manière, les études prospectives peuvent se concevoir dans la lignée de sa conception de l'ingénieur, qui « subordonne chacune d'elles (ses tâches) à l'obtention de matières premières et d'outils conçus et procurés à la mesure de son projet ».

Certes, cette méthode rétrospective présente l'inconvénient d'être plus difficile à exploiter que les études prospectives, le fait de ne pas avoir prévu de recontacter ces personnes ayant pour conséquence un faible recueil de données. Le recueil d'informations des dossiers n'ayant pas été fait non plus, en 1991-1992, dans l'objectif d'une recherche, les critères apparaissant importants à connaître dans cet objectif d'évaluation à distance ne sont pas toujours renseignés, et donc l'interprétation des résultats n'est pas toujours significative.

Cependant, cette méthode présente l'avantage de limiter l'influence de la recherche sur la prise en charge des adolescents, sur leur adhésion à un suivi, ou tout simplement sur leur recrutement.

La réflexion sur les différents intérêts et modalités d'étude interroge en conséquence la pertinence d'envisager des études de plus grande envergure.

I-6) Faisabilité d'une étude à plus large échelle

Enfin, la réalisation de ce travail a permis également de mettre à jour un certain nombre de difficultés qui peuvent renvoyer à la faisabilité d'un travail à plus grande échelle, et surtout à sa validité.

En effet, si cette étude essaie de répondre à certaines questions, elle va également ouvrir d'autres questions, mettre à jour des difficultés bien spécifiques en fonction de la méthodologie, qui pourront être alors les préalables à une étude ultérieure, ou remettre en question la validité d'une telle entreprise.

II) Evolution des questionnements en fonction des difficultés rencontrées

Ce sont les premiers objectifs de cette étude qui vont être exposés ici, avec les moyens à disposition et la méthodologie envisagée. Ensuite seront abordées les difficultés mises à jour pour sa réalisation et donc l'abandon de l'idée de l'étude initiale et son évolution vers l'enquête qui a finalement été menée.

II-1) Objectifs initiaux et méthode envisagée

II-1-1) Objectifs initiaux

Les objectifs de départ de cette étude étaient d'évaluer le devenir, 15 ans après, de l'ensemble de la cohorte des adolescents hospitalisés pour tentative de suicide (TS) en Pédiatrie au CHU en 1991 et 1992, tant sur le plan de leur qualité de vie que sur le plan de leur adaptation socioprofessionnelle et de leur évolution psychopathologique.

Il paraissait également intéressant d'évaluer l'impact du geste suicidaire à l'adolescence dans leur devenir à long terme, ainsi que les traces mnésiques que ce geste suicidaire a pu laisser, et l'utilisation qu'en ont faite ces adolescents dans leur évolution psychologique ultérieure. En effet, autant il est utile de se préoccuper de ce qui a pu amener un adolescent à avoir recours à un moment de son existence à un acte suicidaire, autant il est nécessaire de s'interroger sur ce qui permet à certains adolescents de reprendre le cours normal de leur développement alors que d'autres ne le peuvent pas, soit du fait que les comportements suicidaires se pérennisent et deviennent de réels organisateurs de la personnalité, soit du fait que la problématique ayant conduit à la tentative de suicide se modifie sans disparaître complètement et s'exprime différemment au travers d'une autre symptomatologie, qu'elle soit psychiatrique ou somatique. Pour reprendre l'hypothèse de Ladame (Ladame, 1981), pour qu'il y ait une reprise normal des processus de développement psychoaffectif chez l'adolescent ayant commis une tentative de suicide, il faut que quelque chose change, tant dans la réalité externe de l'adolescent que dans sa réalité interne.

Avec ces objectifs initiaux, il a fallu apprécier quel était le type de méthodologie le plus adapté à employer.

II-1-2) Première méthode envisagée

Les « outils » disponibles initialement étaient constitués des recueils des données qui étaient réalisés à cette période, déjà utilisés dans certaines recherches à visée épidémiologique (Roche, 1992), et par ailleurs, construits dans une perspective d'évaluation ultérieure. L'évaluation prévue pour l'étude devait se faire par une reprise de contact avec les patients, soit par courrier soit par contact téléphonique, d'après leur ancienne adresse, et recherche dans l'annuaire téléphonique. Ensuite, pour ceux qui acceptaient de participer à l'étude, un questionnaire leur était adressé, celui-ci reprenant les critères retenus plus loin dans l'enquête définitive, avec notamment l'évaluation de leur mobilisation ainsi que celle de leur entourage, au décours de leur tentative de suicide, et les traces psychiques séquellaires de cette tentative de suicide 15 ans après. Le questionnaire comportait également des items concernant l'évaluation de leur qualité de vie et de leur bien-être psychosocial. A ce questionnaire était associée une échelle d'évaluation de leur qualité de vie (l'échelle GHQ-28).

Par la suite, un entretien semi-directif avec les patients était envisagé, après accord de ceux-ci, afin de donner une vision plus clinique de leur situation et de leur histoire de vie.

Les données ainsi recueillies auraient permis d'essayer d'établir des corrélations entre les caractéristiques initiales - que ce soit au niveau du contexte de vie, au niveau de la problématique entourant la tentative de suicide, au niveau de la structure de personnalité, ou au niveau de la réponse personnelle et familiale à ce geste suicidaire - et l'évolution ultérieure, et également de cibler les personnes à risque d'évolution péjorative.

Cependant, lors de l'établissement de la méthodologie, un certain nombre de difficultés ont amené à modifier les objectifs de l'étude ainsi que les moyens d'y parvenir.

II-2) Difficultés

Les principales difficultés rencontrées concernent le faible taux de réponses attendu, les contraintes pour les participants avec les questionnements éthiques que cela occasionne, et la nécessité d'établir une méthodologie plus complexe et élaborée.

II) Evolution des questionnements en fonction des difficultés rencontrées

Ce sont les premiers objectifs de cette étude qui vont être exposés ici, avec les moyens à disposition et la méthodologie envisagée. Ensuite seront abordées les difficultés mises à jour pour sa réalisation et donc l'abandon de l'idée de l'étude initiale et son évolution vers l'enquête qui a finalement été menée.

II-1) Objectifs initiaux et méthode envisagée

II-1-1) Objectifs initiaux

Les objectifs de départ de cette étude étaient d'évaluer le devenir, 15 ans après, de l'ensemble de la cohorte des adolescents hospitalisés pour tentative de suicide (TS) en Pédiatrie au CHU en 1991 et 1992, tant sur le plan de leur qualité de vie que sur le plan de leur adaptation socioprofessionnelle et de leur évolution psychopathologique.

Il paraissait également intéressant d'évaluer l'impact du geste suicidaire à l'adolescence dans leur devenir à long terme, ainsi que les traces mnésiques que ce geste suicidaire a pu laisser, et l'utilisation qu'en ont faite ces adolescents dans leur évolution psychologique ultérieure. En effet, autant il est utile de se préoccuper de ce qui a pu amener un adolescent à avoir recours à un moment de son existence à un acte suicidaire, autant il est nécessaire de s'interroger sur ce qui permet à certains adolescents de reprendre le cours normal de leur développement alors que d'autres ne le peuvent pas, soit du fait que les comportements suicidaires se pérennisent et deviennent de réels organisateurs de la personnalité, soit du fait que la problématique ayant conduit à la tentative de suicide se modifie sans disparaître complètement et s'exprime différemment au travers d'une autre symptomatologie, qu'elle soit psychiatrique ou somatique. Pour reprendre l'hypothèse de Ladame (Ladame, 1981), pour qu'il y ait une reprise normal des processus de développement psychoaffectif chez l'adolescent ayant commis une tentative de suicide, il faut que quelque chose change, tant dans la réalité externe de l'adolescent que dans sa réalité interne.

Avec ces objectifs initiaux, il a fallu apprécier quel était le type de méthodologie le plus adapté à employer.

II-1-2) Première méthode envisagée

Les « outils » disponibles initialement étaient constitués des recueils des données qui étaient réalisés à cette période, déjà utilisés dans certaines recherches à visée épidémiologique (Roche, 1992), et par ailleurs, construits dans une perspective d'évaluation ultérieure. L'évaluation prévue pour l'étude devait se faire par une reprise de contact avec les patients, soit par courrier soit par contact téléphonique, d'après leur ancienne adresse, et recherche dans l'annuaire téléphonique. Ensuite, pour ceux qui acceptaient de participer à l'étude, un questionnaire leur était adressé, celui-ci reprenant les critères retenus plus loin dans l'enquête définitive, avec notamment l'évaluation de leur mobilisation ainsi que celle de leur entourage, au décours de leur tentative de suicide, et les traces psychiques séquentielles de cette tentative de suicide 15 ans après. Le questionnaire comportait également des items concernant l'évaluation de leur qualité de vie et de leur bien-être psychosocial. A ce questionnaire était associée une échelle d'évaluation de leur qualité de vie (l'échelle GHQ-28).

Par la suite, un entretien semi-directif avec les patients était envisagé, après accord de ceux-ci, afin de donner une vision plus clinique de leur situation et de leur histoire de vie.

Les données ainsi recueillies auraient permis d'essayer d'établir des corrélations entre les caractéristiques initiales - que ce soit au niveau du contexte de vie, au niveau de la problématique entourant la tentative de suicide, au niveau de la structure de personnalité, ou au niveau de la réponse personnelle et familiale à ce geste suicidaire - et l'évolution ultérieure, et également de cibler les personnes à risque d'évolution péjorative.

Cependant, lors de l'établissement de la méthodologie, un certain nombre de difficultés ont amené à modifier les objectifs de l'étude ainsi que les moyens d'y parvenir.

II-2) Difficultés

Les principales difficultés rencontrées concernent le faible taux de réponses attendu, les contraintes pour les participants avec les questionnements éthiques que cela occasionne, et la nécessité d'établir une méthodologie plus complexe et élaborée.

II-2-1) Perdus de vue prévisibles

Une des premières difficultés apparaissant dans ce travail est la probabilité d'avoir un nombre élevé de perdus de vue, et ce, pour diverses raisons.

Les raisons suivantes peuvent être prises en compte :

- Le délai écoulé depuis la tentative de suicide (15 ans) : en effet, plus l'enquête est éloignée dans le temps de l'évènement étudié, plus il est difficile de retrouver la trace des patients d'autant que cela n'a pas été programmé initialement, et moins les individus se sentent concernés pour répondre.

- Le caractère rétrospectif de l'étude qui implique que les patients n'ont pas été avertis et n'ont pas donné leur accord en 1991 et 1992 pour être recontactés 15 ans plus tard et sont donc probablement moins enclins à répondre à ce genre d'enquête.

- La mobilité des individus à cet âge de la vie : départ du domicile parental, déménagement pour les études ou l'activité professionnelle, changement de nom de famille pour les femmes s'étant mariées.

- Le taux de perdus de vue relativement important dans les études de même type.

Compte tenu de ces éléments, il fallait s'attendre à un taux relativement important de non-réponse aux courriers envoyés, et un faible taux de réponse ne permettait pas de faire une interprétation satisfaisante des résultats, et donc de répondre aux objectifs.

II-2-2) Risques d'une reprise de contact à distance (contraintes pour les participants)

N'ayant pas non plus de consentement de la part des patients pour participer à ce genre de recherche, il s'est posé la question de l'impact que pouvait avoir la remémoration d'un acte suicidaire à 15 ans de distance, et des éventuelles répercussions et décompensations psychopathologiques, car la reprise de contact des patients n'est pas une démarche anodine, et peut être source de résurgence de souvenirs pénibles. Il s'agissait alors de savoir dans quelle mesure la vie de ces patients n'allait pas être bouleversée, soit par le rappel de cet épisode,

soit par le fait de faire connaître à leur entourage cet évènement qui n'était peut-être pas connu.

Comme le soulignent Lachaux et Terra (Lachaux, 1993), « derrière l'innocence apparente des questions se profile la menace éventuelle de ce qu'elles évoquent ».

En effet, certains patients peuvent très bien avoir internalisé leur tentative de suicide dont ils ont pu se servir pour se reconstruire et reprendre un développement normal : il est probable que pour ceux-ci, la remémoration de cet épisode n'ait aucun effet néfaste, voire même parfois, permette d'actualiser une demande d'aide en cas de survenue d'autres difficultés.

Par contre d'autres patients peuvent avoir aménagé une adaptation à peu près efficace et mis en place des mécanismes de défense suffisants, sans pour autant avoir résolu leur problématique psychopathologique. Dans ce cas-là, le réveil de ces souvenirs peut venir ébranler un équilibre fragile et entraîner une souffrance ainsi que la résurgence de symptômes voire de réelle décompensation, de par le poids de la culpabilité et de la tension ressentie à ces moments là. Elle peut également, comme dans le cas précédent, venir réactualiser une aide nécessaire.

Dans le cas de patients toujours en difficultés psychologiques et sociales, que ce soit dans la continuité de la problématique adolescente ou dans l'éclosion de nouvelles difficultés, il est possible de penser que cette remémoration n'ait aucun impact sur une éventuelle décompensation.

Par ailleurs, l'entourage actuel de l'ancien suicidant n'a peut-être pas connaissance de ses antécédents de tentative de suicide. Il existe un risque, lors d'envois de courriers mentionnant cette tentative de suicide, que l'entourage apprenne celle-ci (les courriers ne sont pas forcément lus par le destinataire), ce qui peut générer des conflits entre le patient et son entourage, ou jouer en sa défaveur dans des conflits déjà existants (par exemple : utilisation pour une procédure de divorce, pour la garde des enfants...).

Ainsi qu'il est démontré, il est difficile de prédire le risque de la reprise de contact, et se pose alors la question du rapport bénéfices/risques. La nécessité d'évaluer un devenir justifie t'elle la prise de risques importants pour les patients ?

Pourtant, certaines démarches scientifiques sont importantes pour faire progresser la compréhension et la prise en charge des tentatives de suicide, et dans ces démarches, bon nombre d'informations sont détenues exclusivement par le patient. Dans le cas où le bénéfice de la reprise de contact est plus important, il est judicieux de prendre des précautions pour

limiter les conséquences néfastes, et en particulier de disposer de structures permettant une prise en charge en cas de manifestations psychiques aiguës induites ou réactivées par la reprise de contact. Par ailleurs, une évaluation préalable, auprès du médecin traitant, des effets de cette reprise de contact semble également importante dans la limitation des risques pris pour le patient (Cucheval, 1998).

II-2-3) Critères nécessaires à l'accord du CPP

L'accord du CPP (Comité de Protection des Personnes) est un préalable indispensable à toute recherche impliquant une participation des patients. Pour avoir cet accord, il est nécessaire de mettre en œuvre un Protocole Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC), nécessitant des critères bien spécifiques :

- Un nombre de sujets suffisants : le nombre de facteurs étudiés, et notamment les facteurs socio-démographiques nécessiteraient un nombre important de sujets à inclure dans l'enquête, de l'ordre de 3000 à 5000. Ceci nécessite l'implication de plusieurs CHU dans cette enquête pour avoir le nombre de sujets requis.

- La nécessité de réaliser une étude comparative du devenir à 15 ans, avec prise en compte d'un groupe témoin. Cela supposerait une enquête à plusieurs bras :

- Un bras suicidants

- Un bras témoins avec une autre pathologie que suicidaire pour différencier l'effet soin-structure.

- Un bras témoins exempt de toute pathologie.

- La définition d'objectifs précis de vérification, restreignant les critères à prendre en compte, et non la simple étude du devenir naturalistique de cette population. En effet, l'étude du devenir à l'âge adulte d'un trouble de l'enfance pose plus de contraintes méthodologiques que la recherche de facteurs de risque, dans l'enfance, d'un trouble survenant à l'âge adulte, car dans cette seconde situation, il va être vérifié la corrélation de facteurs précis avec la survenue de la pathologie considérée.

- Les critères éthiques : comme il a été décrit précédemment, la réflexion éthique, en étudiant le rapport bénéfice/risque de l'enquête, doit être menée en tenant compte des

contraintes imposées aux participants en fonction de la méthodologie choisie et de l'intérêt des résultats et des moyens disponibles pour y parvenir. La définition de ce rapport bénéfice/risque est indispensable à l'autorisation du CPP.

Ces critères nécessitent la mise en chantier d'un projet multicentrique, coûteux et long (délai minimum de 3 à 4 ans).

Il n'était pas envisageable d'entreprendre un tel projet sans étude préparatoire, ce projet nécessitant une définition plus précise des objectifs et des moyens pour y parvenir.

Ainsi, ces différentes difficultés sont venues réinterroger la pertinence de nos premiers objectifs, et ont amené à les faire évoluer.

II-3) Evolution des objectifs

Dans la démarche pour élaborer ce projet de recherche, le coordinateur du Département Recherche et Développement (DRD) de notre établissement, le Dr Malauzat, qui est également le président du CPP de la Haute-Vienne, a été consulté (annexe 1). Ceci a permis de mettre à jour ces contraintes et difficultés qui ont amené à modifier la réflexion.

En effet, le travail envisagé nécessite de nombreuses ressources, matérielles et humaines, et sa réalisation, sans tenir compte de ces difficultés, aurait entraîné des résultats peu exploitables sur le plan statistique, tout en risquant d'induire des traumatismes ou souffrances pour les patients, qui n'auraient pas été justifiés.

Une étude de cette envergure nécessitait donc un travail préparatoire permettant de mettre à jour les différentes difficultés méthodologiques, de préparer des hypothèses de travail pour une étude à plus large échelle, et de mesurer la faisabilité de ce type de recherche.

C'est pourquoi l'objectif de cette recherche s'est modifié pour s'intéresser finalement à l'étude de la population initiale de 1991-1992, et au devenir de ceux qui, parmi cette population, ont été amenés à être hospitalisés en psychiatrie sur le Centre Hospitalier Esquirol (CHE), seul lieu d'hospitalisation en psychiatrie sur la Haute-Vienne (hormis les 30 lits en clinique privée), entre les années 1993 et 2006. De par cette centralisation des hospitalisations en psychiatrie sur le département, le critère géographique prend toute son importance dans cette étude.

Considérant cette sous-population des patients réhospitalisés et les caractéristiques initiales de l'ensemble de la cohorte en 1991 et 1992, il est alors possible d'essayer d'établir des critères de mauvaise évolution ultérieure.

L'hypothèse initiale est que les patients nécessitant dans les années suivantes une hospitalisation en psychiatrie présentent, lors de l'adolescence, plus de difficultés psychosociales, et une entrave dans leur développement psycho-affectif, se traduisant le plus souvent par une personnalité pathologique, probablement de type état limite, d'après une conception psychodynamique (Bergeret, 1974).

Cette hypothèse peut être vérifiée en comparant les données initiales des deux sous-populations (patients réhospitalisés ultérieurement et patients non réhospitalisés).

Les objectifs associés sont également, pour les patients hospitalisés ultérieurement en psychiatrie, d'étudier sur le plan individuel la continuité des problématiques et de leur expression, de la prise en charge, et de leur évolution.

En effet, il a semblé intéressant de rechercher la persistance ou non des difficultés existant à l'adolescence, tant sur le plan du fonctionnement psychique que dans l'adaptation sociale et familiale, ou également dans les modalités de réponse à l'aide médicale proposée.

III) Matériel et méthode

Les outils utilisés dans ce travail ont donc été les dossiers des adolescents hospitalisés en 1991-1992, qui ont ensuite été répartis en deux sous-groupes, et les dossiers de la population des patients hospitalisés en psychiatrie au cours des 15 années suivantes.

III-1) Populations

III-1-1) Population de départ : 1991-1992

III-1-1-1) Prise en charge habituelle en 1991-1992

En 1991 et 1992, dans les recommandations de la prise en charge des tentatives de suicide des mineurs au CHU de Limoges, il était prévu que tout jeune ayant commis un acte suicidaire devait être hospitalisé, quelle que soit la gravité somatique. En cas de refus des parents, ceux-ci devaient signer une sortie contre avis médical. En cas de danger de récurrence,

un signalement au procureur de la république était effectué. De plus, un suivi était proposé après chaque hospitalisation.

III-1-1-2) Population concernée

Compte tenu de cette prise en charge, c'est-à-dire de l'hospitalisation systématique des adolescents suicidants, compte tenu du fait que le service de Pédiatrie du CHU de Limoges était le seul lieu d'hospitalisation de pédiatrie du département de la Haute-Vienne, et compte tenu que la plus grande densité de population en Haute-Vienne se situe à Limoges, il est possible de considérer que la cohorte concernée comporte l'ensemble des adolescents ayant commis un acte suicidaire et ayant été adressés à un service d'urgences pédiatriques, en ce qui concerne Limoges et son aire d'attraction, sur la période sélectionnée.

En considérant ces critères, l'effectif de la population ayant réalisé une tentative de suicide sur la période sélectionnée comporte 165 adolescents. Cette période s'étend du 1^{er} janvier 1991 au 31 décembre 1992. Les limites d'âges définissant le temps de l'adolescence prises en compte sont celles retenues à cette époque et vont de 12 à 20 ans. Bien qu'il soit relativement fréquent de considérer comme limites d'âge la fourchette 13-18 ans, notamment en raison des changements au niveau des prérogatives juridiques, d'un point de vue médical, les modifications physiologiques et psychologiques liées à l'adolescence peuvent débuter aux alentours de 12 ans, et se poursuivre jusqu'à 20 ans voire parfois plus. C'est pourquoi cette limite d'âge était retenue dans la prise en charge habituelle en 1991-1992.

Cette population a pu être constituée en recueillant toutes les fiches réalisées à chaque hospitalisation d'adolescent suicidant. Elle sera nommée « population I » (I = Initiale).

III-1-2) Population des hospitalisés en psychiatrie

La deuxième population est constituée de ceux qui, parmi les 165 adolescents hospitalisés en 1991 et 1992 en pédiatrie, ont été hospitalisés ultérieurement en psychiatrie sur une période de 15 ans, c'est-à-dire jusqu'à décembre 2006. Le Centre Hospitalier Esquirol, étant le seul lieu d'hospitalisation en psychiatrie sur la Haute-Vienne (hormis les 30 lits en clinique privée), il est donc possible de considérer que l'enquête réalisée comporte l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie. Ces patients ont été retrouvés en interrogeant le logiciel LOGON, qui centralise l'ensemble des hospitalisations, ainsi que leurs modalités, sur

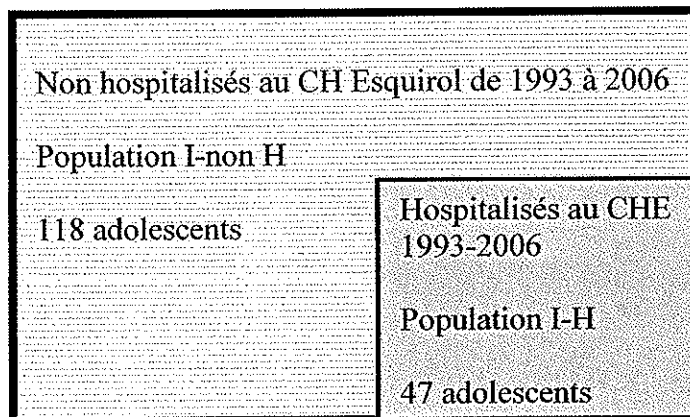
le Centre Hospitalier Esquirol. Le deuxième effectif est donc constitué de 47 patients, et sera nommé « population H » (H = Hospitalisée).

III-1-3) Etablissement de sous-populations

L'ensemble de la population concernée en 1991-1992 a dans un premier temps été étudié, puis il a été distingué deux sous-populations au sein de cette cohorte, en fonction de leur hospitalisation ultérieure ou non au CH Esquirol, sur la période allant de 1993 jusqu'à fin 2006. Ainsi ont été individualisées 2 sous-populations :

- Celle des non-hospitalisés en psychiatrie, comprenant 118 patients, et qui sera nommée « population I-non H ».
- Celle des hospitalisés en psychiatrie, comprenant les 47 patients qui seront hospitalisés sur le CH Esquirol entre 1993 et 2006, et qui sera nommée « population I-H » au moment de l'hospitalisation en 1991-1992. Cette population deviendra donc la population H lorsqu'elle sera évaluée au moment de l'hospitalisation en psychiatrie.

Le graphique suivant résume le découpage des populations.



Population I (1991-1992) : 165 adolescents

	1991-1992	1993-2006
Population I (165 ados)	Population I-non H (118 ados)	
	Population I-H (47 ados)	Population H (47 adultes)

III-2) Outils

III-2-1) Mortalité

Sur l'ensemble de cette population, la mortalité a été recherchée en interrogeant l'Etat Civil de la Mairie de Limoges, et des communes de naissance pour ceux pour lesquels elle était renseignée. La Mairie de Limoges a été interrogée par courrier, les autres Mairies ont répondu aux demandes par téléphone compte tenu du faible nombre de personnes concernées. Au total, pour 122 patients sur 165, il a pu être établi s'ils étaient encore en vie - ou non - au mois de novembre 2006. Pour les 43 autres patients, les renseignements n'ont pu être retrouvés. Le taux de mortalité sera rapporté dans la partie " Résultats ".

III-2-2) Dossiers médicaux du CHU (1991-1992)

III-2-2-1) Fiches de suivi sur les tentatives de suicide

En 1991 et 1992, pour chaque adolescent suicidant hospitalisé il était systématiquement réalisé un recueil de données standardisé prenant en compte les critères suivants (annexe 2):

Socio-familiaux :

- âge
- sexe
- situation familiale : statut matrimonial des parents, fratrie, lieu de vie
- scolarité

Médicaux :

- antécédents
- TS : récurrence ou inaugurale, motif, moyens utilisés, gravité
- pathologie psychiatrique

Soins :

- hospitalisation : durée, nombre de consultations
- suivi : revu en consultation (nombre), suivi avec les parents, démarche de psychothérapie, mesures sociales, scolaires
- renseignement quant à l'existence d'un suivi antérieur.

C'est à partir de ces fiches qu'ont été recueillies les données, et à partir des notes personnelles et courriers figurant dans les dossiers médicaux, pour les données non renseignées.

Une précision est à donner concernant la pathologie psychiatrique : en effet, il s'agit d'un diagnostic qui s'appuie sur la structure de personnalité. Ce diagnostic a été établi à partir de la CFTMEA (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent), dans la version en vigueur à l'époque, c'est-à-dire la version 1987.

III-2-2-2) Dossiers médicaux

Un certain nombre de données non retrouvées dans les fiches de suivi ont pu l'être en étudiant les dossiers médicaux quand ceux-ci ont pu être retrouvés.

De plus, d'autres critères paraissant intéressants pour l'étude des facteurs psychopathologiques amenant à la tentative de suicide à l'adolescence (qui seront évoqués ultérieurement) ont été recherchés dans ces dossiers médicaux. Il s'agit de :

- | | |
|--------------------------|--|
| <u>Critères</u> | - existence d'un syndrome dépressif |
| <u>Psychiatriques :</u> | - consommation de toxiques (alcool, drogue)
- conduites violentes et comportements à risque
- facteur déclenchant la tentative de suicide |
| <u>Contexte de vie :</u> | - statut économique des parents
- entourage violent ou non étayant
- existence de beaux-parents
- mode de relation social
- conflit familial, communication avec les parents
- existence d'un événement traumatisant
- rupture sentimentale de moins de trois mois |
| <u>Suivi :</u> | - mobilisation de l'adolescent, de sa famille, des services sociaux
- amélioration de l'adolescent |

Certains critères méritent quelques précisions quant aux différentes réponses choisies comme étant discriminatives.

- En ce qui concerne le lieu de vie, il a semblé important dans un but descriptif de pouvoir différencier les différents lieux de vie en dehors de la famille, l'impact que peuvent avoir le placement en famille d'accueil, en foyer, ou le fait de vivre seul étant potentiellement différent. Dans un souci de simplification statistique, les différents lieux de vie autres que la famille ont été regroupés, ceci pouvant être justifié par des effectifs insuffisants en cas de multiplicité des catégories, pour pouvoir réaliser des tests significatifs.

- Concernant le statut matrimonial des parents, il a été initialement prévu de distinguer les couples séparés et les couple mariés. Cependant au cours du recueil de données, il est apparu l'existence d'un certain nombre de parents décédés, qui peuvent ne pas avoir la même répercussion sur l'évolution de l'adolescent.

Cet item supplémentaire a donc été retenu lors du recueil de données.

- Les contacts sociaux sont distingués en quatre types essentiels : normaux, isolement, conflits et ruptures. Ces distinctions proviennent de la pratique clinique quotidienne avec des adolescents pouvant être en difficultés relationnelles, et ont été analysées d'après ce qui était indiqué dans les notes personnelles concernant le fonctionnement de l'adolescent.

L'association de plusieurs modes de relations sociales est possible, hormis quand celles-ci sont qualifiées de normales.

- Les items se rapportant au suivi ont repris les critères déjà retenus lors de la fiche standard de suivi en 1991-1992, à savoir le fait que l'adolescent ne soit pas revu, soit revu moins de trois fois, plus de trois fois, ou suive une psychothérapie. La notion de sortie contre avis médical a également été recherchée, celle-ci n'excluant pas une autre modalité de suivi. Il sera vu au niveau des résultats que dans un souci de simplification statistique, certains items seront regroupés.

III-2-2-3) Files actives jusqu'en 2000 pour la recherche des récidives

En ce qui concerne les récidives, les files actives de pédiatrie jusqu'en 2000 inclus ont été étudiées afin de rechercher les récidives. Ceci ne peut comprendre que les récidives

réalisées jusqu'à l'âge de 20 ans, le service de pédiatrie accueillant alors les adolescents jusqu'à 20 ans. L'année 2000 a été retenue comme limite d'interrogation des files actives, car un adolescent ayant 12 ans en 1992 (limite d'âge inférieure dans la cohorte sélectionnée), avait 20 ans en 2000 et n'était donc plus hospitalisé en pédiatrie les années suivantes.

III-2-3) Dossiers médicaux des patients hospitalisés en psychiatrie entre 1993 et 2006

III-2-3-1) Recueil des données

Les données se rapportant aux différentes hospitalisations des patients au Centre Hospitalier Esquirol ont été recherchées dans les dossiers d'Hospitalisation, au sein de chaque secteur concerné, et après accord des différents Chefs de service.

III-2-3-2) Critères pris en compte

Les dossiers médicaux des hospitalisations ont été explorés et les critères retenus pour la description de cette population sont les suivants :

Socio-familiaux :

- statut matrimonial
- existence d'enfants
- lieu de vie
- existence d'une protection de la personne
- emploi
- ressources

Contexte de vie :

- conflit familial
- événements traumatisants
- mode de relation sociale
- rupture sentimentale de moins de trois mois
- contacts judiciaires

- Médicaux :
- diagnostic psychiatrique de structure de personnalité
 - existence d'un syndrome dépressif
 - consommation de toxiques (alcool, drogue)
 - conduites violentes et comportements à risque
 - pathologies somatiques

Utilisation des outils de la psychiatrie :

- nombre de tentatives de suicides, d'hospitalisations, d'années de contacts avec l'hôpital
- mémoire de la TS index
- demande et refus de soins psychiatriques
- utilisation de l'urgence
- existence d'un suivi antérieur
- suivi réalisé après l'hospitalisation
- délai entre la TS index et l'hospitalisation en psychiatrie

Ici également une précision doit être donnée quant au diagnostic psychiatrique : celui-ci s'appuie sur la Classification Internationale des Maladies de l'O.M.S., dans sa 10^{ème} révision (CIM X). Ce fait sera discuté dans la troisième partie.

De plus, certains critères nécessitent également quelques précisions quant aux différents items retenus, les critères biographiques étant mis à part, ceux-ci reprenant les items habituellement recherchés dans les recueils de données standard des dossiers.

- Concernant le nombre de TS, tout comme le nombre d'hospitalisations et d'années de contact avec le CH Esquirol, il a été distingué leur caractère unique, et leurs reproductions celles-ci se répartissant entre "- de 5 fois" et "+ de 5 fois". Le chiffre 5 a été choisi de manière arbitraire, un nombre supérieur à 5 représentant plus la pérennisation et la chronicité.

- Les items se rapportant au suivi ont été calqués sur ceux déterminés lors de l'hospitalisation au CHU en 1991-1992, de manière à pouvoir établir une corrélation. Il est donc distingué un suivi inexistant, un suivi inférieur à 3 consultations, inférieur à 6 mois, supérieur à 6 mois, et la réalisation d'une psychothérapie. La notion de sortie contre avis

médical a également été recherchée, celle-ci n'excluant pas une autre modalité de suivi. Ici également certains items seront regroupés au niveau de l'analyse statistique.

La recherche de ces suivis a été réalisée par interrogation des fichiers de PMSI (Plan de Médicalisation des Systèmes d'Information) du CH Esquirol, et par le recueil d'informations retrouvées à l'intérieur des dossiers.

- Les items se rapportant à l'utilisation de l'urgence se répartissent en souvent, parfois et jamais, en fonction de la fréquence à laquelle, parmi le nombre d'hospitalisation ayant eu lieu, il est retrouvé une hospitalisation dans un contexte d'urgence. Le simple passage par le service d'urgences ne suffit pas à définir l'urgence, les patients pouvant se présenter spontanément aux urgences dans une situation de demande de soins mais ne sachant pas vers quel intervenant se tourner.

En effet, les services d'urgences sont de plus en plus fréquemment fréquentés pour des situations qui ne se situent pas dans une dimension médicale d'urgence mais plus dans une dimension sociale, alors que certaines situations considérées urgentes peuvent se voir sans passer par ces services.

La notion d'urgence peut se définir dans certains cas soit par la survenue d'une situation nécessitant des soins le plus rapidement possible, soit par l'incapacité pour le patient à accepter une latence entre le ressenti d'une souffrance et sa verbalisation à un soignant.

- Les items concernant le refus de soins se répartissent également de la même manière. Le refus de soins est retenu lorsque le patient est hospitalisé sous contrainte, et également lorsqu'il sort contre avis médical. Lorsqu'il y a plusieurs hospitalisations pour un même patient, la fréquence des modalités d'admission (Hospitalisation d'Office, Hospitalisation à la Demande d'un Tiers), et la fréquence des sorties contre avis médical permet d'estimer le refus de soins entre souvent, parfois et jamais.

- Il en est de même pour les items se rapportant à la demande de soins, celle-ci étant évaluée en fonction des motifs d'hospitalisation, et de la personne à l'origine de l'hospitalisation (le patient, son entourage, le médecin traitant...)

Certes, ces items introduisent une certaine part de subjectivité, mais ce fait sera précisé dans la partie Discussion.

III-2-4) Données recueillies

A partir des ces différentes sources d'information, il a été établi pour chaque patient réhospitalisé, une fiche regroupant les données recueillies à partir des dossiers du CHU et du CH Esquirol, et pour les non-réhospitalisés, une fiche regroupant les données du CHU (annexe 3).

III-2-5) Exploitation des données et traitement statistique

Il a d'abord été réalisé une description globale de chaque population et sous-population, avec une répartition en pourcentage.

Ensuite, les deux sous-populations des réhospitalisés et des non-réhospitalisés ont été comparées par l'utilisation du test du Chi 2 et du test exact de Fisher lorsque cela était possible, et par la description des pourcentages, afin de rechercher en quoi diffèrent les deux sous-populations, et de déterminer d'éventuels facteurs prédictifs de mauvaise évolution. Les résultats avec un $p < 0,05$ ont été considérés comme statistiquement significatifs.

Enfin la troisième étape a consisté à étudier l'évolution des caractéristiques initiales de la population des réhospitalisés afin de déterminer l'éventuelle persistance des difficultés ayant contribué à la tentative de suicide. Le nombre de réponses pour chaque item retenu étant parfois insuffisant – tant au niveau de la population de départ qu'au niveau des réhospitalisés – toutes les caractéristiques n'ont pas été comparées et seules les plus renseignées et celles paraissant les plus déterminantes pour évaluer l'évolution psychosociale ont été choisies.

III-3) Origine de ces critères

Outre les caractéristiques sociodémographiques, il est possible de répartir les différents critères en trois catégories, que ce soit au moment de la TS en 1991 ou 1992, ou que ce soit au moment de l'hospitalisation au CH Esquirol : le contexte environnemental, les caractéristiques psychiatriques, et le type de suivi et d'utilisation de la psychiatrie.

Le choix de certains de ces critères a été inspiré de la description des caractéristiques des adolescents suicidaires faite par Ladame (Ladame, 1981) et qui s'oriente autour de trois axes : l'état de dépressivité de l'adolescent, l'état de rupture par rapport à l'environnement, et l'angoisse qui précède le passage à l'acte suicidaire. Les lectures de Marcelli (Marcelli, 2001)

(Marcelli, 2004), Alvin (Alvin, 2005) et de l'ANAES (ANAES, 1998) ont également alimenté la réflexion.

De plus certains critères recherchés au moment de la vie adulte vont plus s'intéresser à l'adaptation sociale et à la qualité de vie.

III-3-1) Le contexte environnemental

Le parcours social de l'adolescent suicidant dans les semaines ou mois précédant sa TS est le plus souvent marqué par une série de difficultés, une accumulation de ruptures, pertes et abandons dans tous les secteurs de la vie.

- Certains auteurs ont tenté de cibler les principales difficultés, et notamment Wenz qui a décrit les variables sociologiques ayant la plus forte corrélation avec la rupture vis-à-vis de l'environnement. Ces huit paramètres, statistiquement significatifs sont, par ordre d'importance décroissante : contacts sociaux avec pairs, conflits avec parents, rupture sentimentale, statut économique des parents, problèmes de communication avec les parents, performances scolaires, existence de beaux-parents, foyers dissociés. (Wenz F.V, 1979).

Il faut remarquer dans ces variables la prévalence de paramètres en relation avec le milieu familial. En effet, la tentative de suicide peut dans un certain nombre de cas être une "tentative de langage" au sein de la cellule familiale, l'adolescent testant la possibilité qu'il a d'exister au sein d'une famille (Bourrat, 1975).

- Un des paramètres les plus précoces de la dépression à l'adolescence est notamment l'infléchissement des résultats scolaires, et ce de manière durable. C'est pourquoi la scolarité est évaluée et prend toute son importance, à la fois dans une dimension de signe précoce de "rupture extérieure", et dans une dimension de difficultés d'adaptation sociale, plus fréquentes chez les jeunes suicidants.

- De même, les recommandations professionnelles de l'ANAES de Novembre 1998 (ANAES, 1998) précisent les critères faisant craindre une récurrence. Parmi ceux-ci sont retrouvés comme critère environnemental : un entourage violent ou non étayant, l'existence d'un évènement traumatisant, d'abus sexuel ou de maltraitance.

- Il a semblé important de pouvoir évaluer l'évolution de ces critères au moment de la vie adulte, en corrélant la scolarité à la pratique d'une activité professionnelle, et le statut économique des parents avec les ressources.

III-3-2) Les caractéristiques psychiatriques

Il importe dans l'évaluation psychologique des individus de connaître le diagnostic en termes de structure de personnalité, et comme il a été précisé plus haut, l'état de dépressivité de l'adolescent. Ceci reste une difficulté quand il s'agit de différencier ce qui relève d'un processus maturatif normal, de ce qui peut être une véritable maladie dépressive, alors qu'il est classique de dire (Ladame, 1981) qu'il n'y a pas d'adolescence sans moments dépressifs (à distinguer d'une maladie dépressive : dysfonctionnement développemental). Des précisions seront données dans la partie discussion.

Il peut paraître intéressant de recueillir certaines informations concernant le mode de fonctionnement ou pouvant aider à établir un diagnostic de structure de personnalité. Il s'agit de : consommation d'alcool, de toxiques, l'existence de conduites violentes et de comportements à risque. (ANAES, 1998).

En ce qui concerne la tentative de suicide elle-même, la récurrence suicidaire est un facteur de risque de récurrence ultérieure, de mortalité et de morbidité plus élevées. De plus l'ANAES recommande également d'évaluer les modalités de l'acte suicidaire, les facteurs déclenchants éventuels et la gravité.

Ici aussi, quand cela était possible, il a été établi des corrélations entre ces critères à l'adolescence et les mêmes critères à l'âge adulte, les caractéristiques propres de la tentative de suicide étant mises à part.

De plus, l'étude à l'âge adulte des pathologies somatiques associées a semblé intéressante dans l'objectif de cerner des pathologies psychosomatiques, pouvant être considérées parfois comme un déplacement du symptôme dans sa fonction d'économie psychique pour le sujet.

III-3-3) Suivi et utilisation de la psychiatrie

L'adhésion à une prise en charge étant un élément fondamental pour le pronostic du devenir des suicidants, il a paru intéressant d'évaluer l'évolution de la compliance à un suivi, ainsi que la mobilisation de l'adolescent, et parallèlement d'évaluer l'utilisation des services de psychiatrie par les patients hospitalisés ultérieurement, avec notamment l'étude des critères suivants : l'utilisation de l'urgence, le refus de soins, l'évaluation de la demande, les recours chroniques à l'hospitalisation psychiatrique ou au passage à l'acte suicidaire.

La mobilisation de l'adolescent ainsi que de son entourage peut apparaître comme un facteur prédictif d'amélioration, de par le ou les changements qui peuvent se produire dans la réalité interne et externe du sujet, pour reprendre l'hypothèse de Ladame (Ladame, 1981).

Ainsi, Ladame précise : « Pour que le comportement suicidaire de l'adolescent cesse et pour que le pronostic lointain soit favorable, tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité, il faut que quelque chose réellement change, au-dehors et au-dedans ».

En ce qui concerne cette mobilisation de l'adolescent, de sa famille, ou éventuellement des services sociaux, le choix de ces critères fait référence à des travaux antérieurs sur certains de ces adolescents pour lesquels cette précision était mentionnée dans les dossiers (Plougeaut, 1992) (Roche, 1992). Il en est de même pour l'évaluation de l'amélioration. Cependant, le travail mené alors et s'intéressant à ces critères, n'a concerné qu'une partie de la population prise en compte pour l'étude actuelle. C'est pourquoi une majorité des dossiers ne mentionne pas d'informations à ce sujet.

Cette mobilisation, tout comme l'amélioration, restent difficiles à évaluer, étant pour une grande part très subjective. L'évaluation retrouvée dans les dossiers a été faite à partir des informations fournies par les différents intervenants sociaux et médicaux, ces informations ayant été recoupées entre elles.

Malgré la subjectivité relativement importante de ces critères et le faible taux d'informations les concernant, il a semblé intéressant de les retenir pour rendre compte de l'implication du sujet en tant que tel dans la démarche de soins.

La trace mnésique de la TS index à l'âge adulte a semblé également être un élément important d'une intégration de cet événement dans l'histoire du sujet, et de l'atténuation d'une vulnérabilité psychologique.

III-3-4) Adaptation sociale

Certains critères biographiques peuvent permettre d'évaluer l'adaptation sociale, qui est une certaine manière de s'approcher de la qualité de vie des sujets. Il s'agit de : statut matrimonial, existence d'enfants, existence d'une activité professionnelle, conditions de ressources, existence d'une protection de la personne.

DEUXIÈME PARTIE :
RÉSULTATS

Dans cette partie, il va être exposé seulement les données et résultats suffisamment renseignés, et qui peuvent donc être intéressants vis-à-vis des questions posées. L'ensemble des résultats, qui comprend non seulement les données rapportées ici, mais encore les données descriptives non utiles aux comparaisons des populations et les données non suffisamment renseignées (apportant donc peu d'éléments dans la réflexion), est joint en annexe pour des questions de lisibilité et de simplification du texte (annexe 4).

Les données rapportées ici seront donc reprises intégralement dans le texte en annexe.

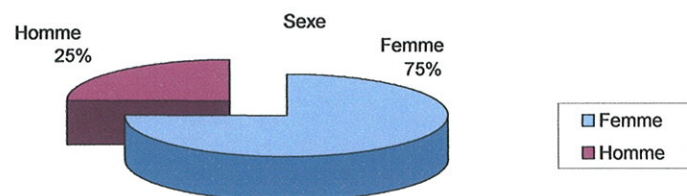
I) Description des populations

I-1) Description de la population de 1991-1992 (population I)

La population est constituée des 165 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide dans le service de Pédiatrie du CHU de Limoges entre le 01/01/1991 et le 31/12/1992. Lorsque les adolescents ont été hospitalisés plusieurs fois, la première hospitalisation pour tentative de suicide a été prise en compte, sauf dans le cas où les données recueillies étaient insuffisantes. Il est rappelé que cette population est nommée la population I.

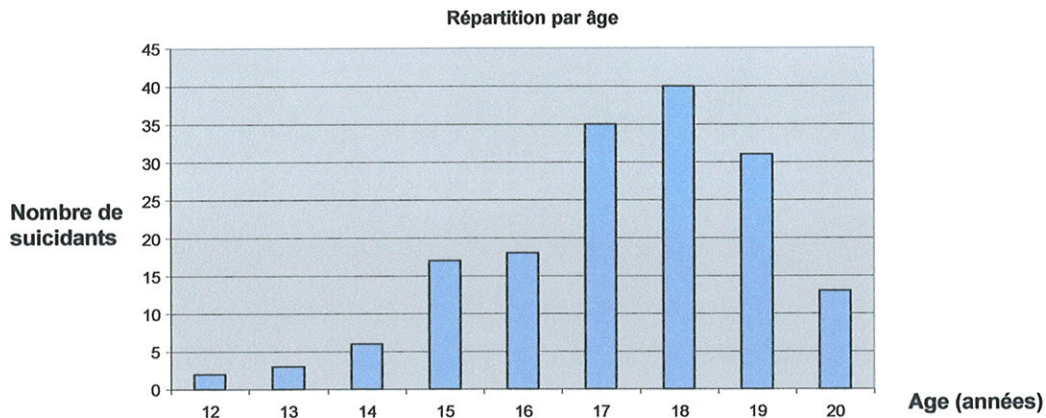
I-1-1) Répartition par sexe

Elle fait apparaître une prédominance féminine : 124 femmes (75 %) pour 41 hommes (25 %).



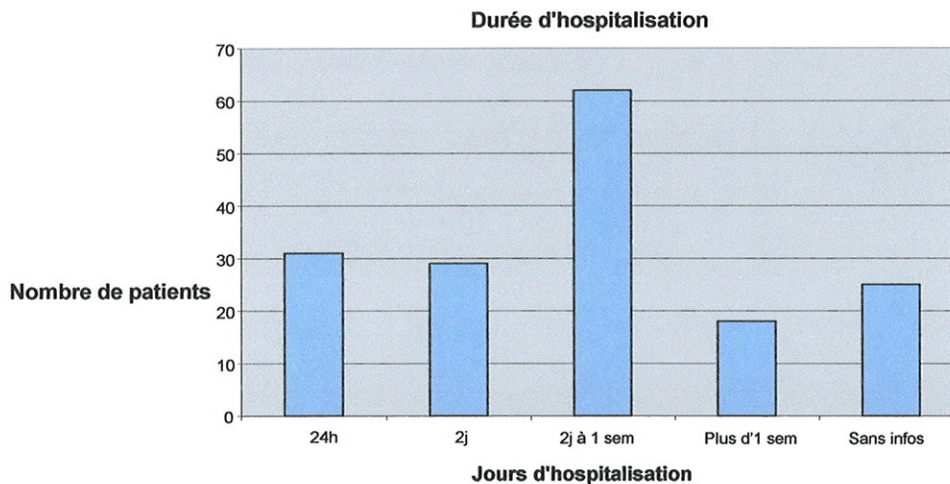
I-1-2) Répartition par âge

Il s'agit d'une population en grande majorité de 17 ans ou plus (72 %).



I-1-3) Durée d'hospitalisation

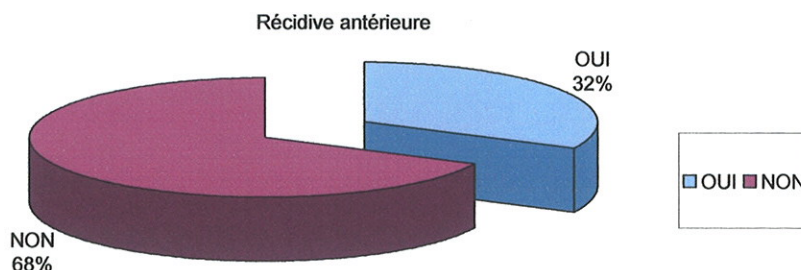
La durée d'hospitalisation ne semble pas présenter de particularités. A noter seulement un pourcentage de patients plus important pour la durée d'hospitalisation de 2 jours à une semaine (37,5 %).



I-1-4) Antécédents de tentative de suicide

Il ressort de l'étude de cette population que presque un jeune sur trois est récidiviste au moment de la tentative de suicide de référence.

Pour 53 patients (32,1 %) il s'agissait d'une récurrence, pour les 112 autres (67,9 %), il s'agissait d'une première tentative.

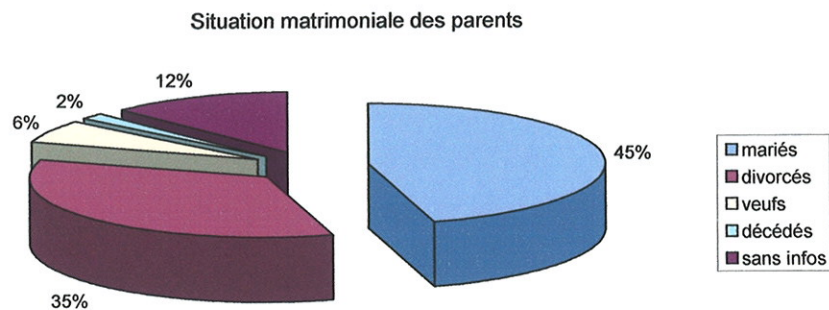


I-1-5) Contexte familial et social

Il s'intéresse essentiellement à la situation matrimoniale des parents et au lieu de vie.

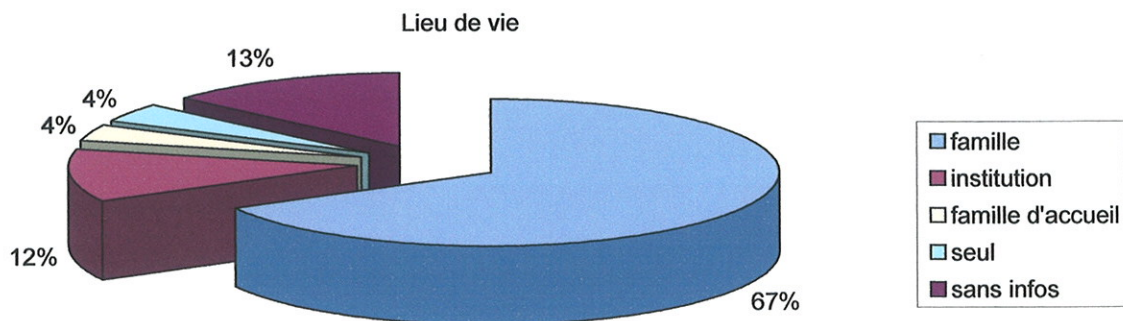
I-1-5-1) Situation matrimoniale des parents

La situation matrimoniale des parents n'est pas répartie de manière particulièrement spécifique, presque la moitié des parents des suicidants étant mariés, et plus d'1/3 étant divorcés.



I-1-5-2) Lieu de vie des adolescents

- 111 adolescents vivent dans leur famille (67 %)
 - 19 vivent en institution (12 %)
 - 6 vivent en famille d'accueil (4 %)
 - 7 vivent seuls (4 %)
 - pour 22 d'entre eux il n'est pas retrouvé d'informations (13 %)
- } 20 % ne sont pas dans leur famille



Il ressort de l'étude de cette population qu'il existe un nombre important d'adolescents suicidants (20 %) ne vivant pas dans leur famille.

I-1-5-3) Autres critères

- Dans 6 cas, les relations sociales sont basées sur des conflits répétitifs ; dans 6 cas, l'adolescent est dans un isolement important ; dans 1 cas, les relations sont basées sur des ruptures permanentes ; dans 4 cas, les relations sont spécifiées comme étant normales ; dans les 147 autres cas, aucune information spécifique n'est donnée sur ce critère. La réponse à cet item pouvait être multiple, un type relationnel n'en excluant pas un autre (sauf le normal) ; le patient pour qui il était mentionné des ruptures fréquentes était également dans des conflits répétitifs.

- Dans 34 cas l'adolescent est en conflit avec ses parents. Dans 6 cas l'absence de conflit est spécifiée dans les dossiers, et dans 123 cas cette donnée n'est pas mentionnée.

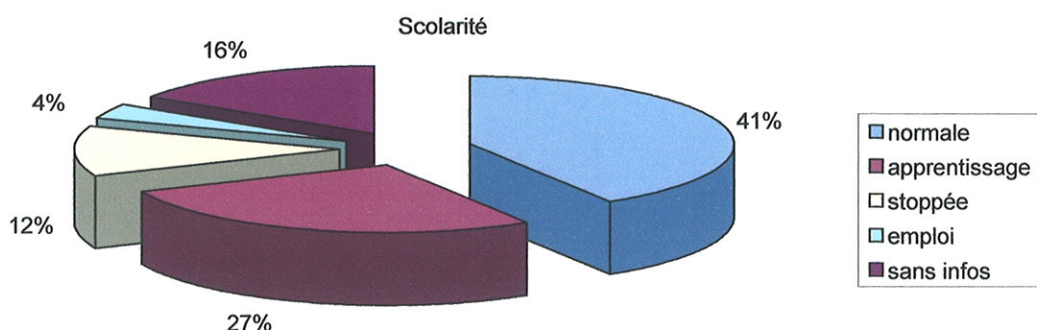
- Les autres résultats se rapportant au contexte de vie sont rapportés en annexe (annexe 4). Ils concernent le contexte familial de l'adolescent (cohabitation avec un beau-parent, étayage de l'entourage, climat socio-économique), le contexte relationnel (communication familiale, rupture sentimentale), et la recherche d'évènements traumatisants.

Ces critères font référence aux variables sociologiques de Wenz (Wenz, 1979), qui présentent une forte corrélation avec la rupture vis-à-vis de l'environnement, et aux critères de l'ANAES (ANAES, 1998).

I-1-6) Scolarité

I-1-6-1) Type de scolarité

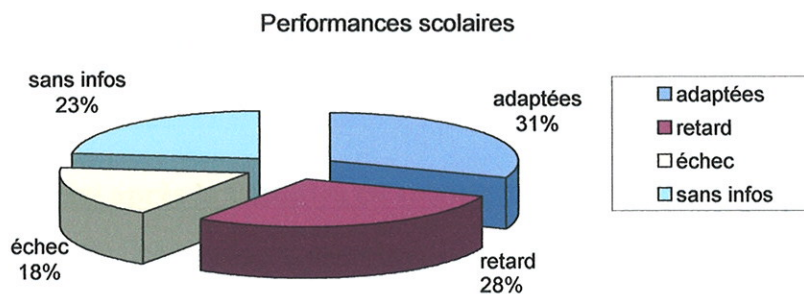
- 68 adolescents sont dans un cursus normal (41 %)
- 45 sont en apprentissage (27 %)
- 20 sont déscolarisés (12 %)
- 6 ne sont plus scolarisés et ont une activité professionnelle (4 %)
- pour 26 d'entre eux il n'est pas retrouvé d'informations (16 %)



La scolarité des adolescents suicidants est globalement assez médiocre, avec moins de la moitié des adolescents suivant un cursus scolaire normal. Cependant, il est rappelé que cette population est composée à 72 % de jeunes de plus de 17 ans, donc ayant terminé la scolarité obligatoire.

I-1-6-2) Performances scolaires

- 51 adolescents ont des performances scolaires adaptées (31 %).
 - 47 sont en retard dans leur cursus (28 %).
 - 29 sont en échec scolaire (18 %).
 - pour 38 il n'est pas retrouvé d'informations (23 %).
- } **46 % sont en difficultés scolaires**

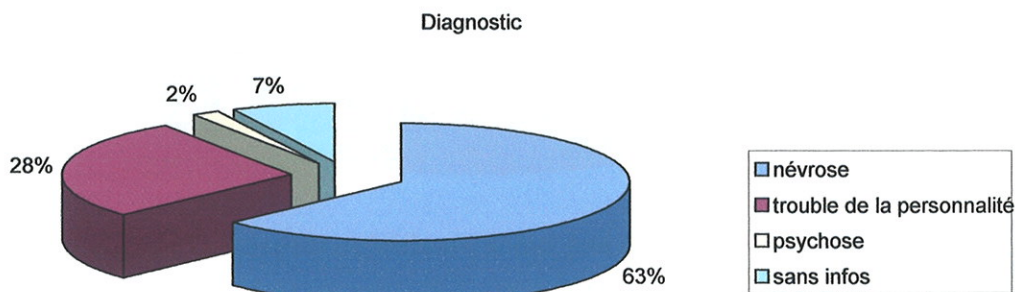


Il en est de même pour les performances scolaires : de nombreux jeunes sont en difficultés scolaires.

I-1-7) Diagnostic (structure de personnalité) et autres critères psychiatriques

Comme cela a été précisé dans la première partie, le diagnostic posé à cette époque était basé sur la CFTMEA (version 1987), c'est-à-dire sur une classification ayant une approche de la pathologie mentale se référant aux structures de personnalité.

Pour 104 patients (63 %) un diagnostic de névrose a été posé, pour 46 (28 %) un diagnostic de trouble de la personnalité (de type état limite), pour 3 (2 %) un diagnostic de psychose et pour 12 (7%), aucune information n'a pu être retrouvée.



Les critères se rapportant à la mobilisation de l'adolescent, de sa famille, des services sociaux, et à l'amélioration de l'adolescent ont été recherchés.

Il ressort essentiellement que la mobilisation de l'adolescent est plus importante que celle de sa famille. Cependant, cette mobilisation reste assez restreinte vis-à-vis de l'ensemble de la population concernée, et l'amélioration en découlant, relativement faible (annexe 4)

Il est rappelé que ces critères font référence à l'hypothèse de Ladame (Ladame, 1981) selon laquelle il faut qu'il y ait des changements dans la réalité interne du sujet et dans sa réalité externe pour qu'il y ait un arrêt du comportement suicidaire de l'adolescent. Ces critères et leur évaluation proviennent de travaux antérieurs (Plougeaut, 1992).

I-2) Mortalité et récidives, à 15 ans, de la population I

I-2-1) Mortalité

Pour 122 des 165 patients de la population I, il a pu être établi s'ils étaient encore en vie ou non au mois de novembre 2006. A cette date, 3 patients sont décédés, dont un par suicide, la cause du décès des deux autres n'ayant pu être retrouvée. Cela donne une mortalité de 1,8 % pour la population I.

I-2-2) Récidives

Les récidives antérieures ont été rapportées plus haut.

Pour 35 patients (21 %) il a été retrouvé une récidive suicidaire après la TS index de 1991-92.

Au total, il a été retrouvé une récidive (qu'elle soit antérieure ou postérieure à la TS index) dans 78 cas sur 165 (47,3 %). Cependant, l'existence de récidives ultérieures est sous-estimée ; ce fait sera précisé dans la partie discussion.

Sur une durée de 15 ans, environ la moitié des adolescents ont fait plus d'une tentative de suicide.

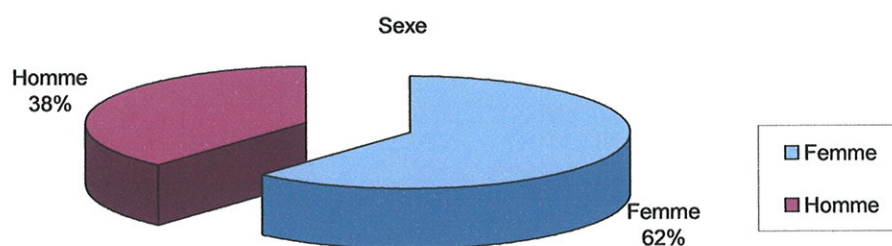
Après avoir examiné la population de 1991-1992, il faut à présent étudier la population des hospitalisés en psychiatrie sur la période 1993-2006.

I-3) Description, lors de la prise en charge en psychiatrie, de la population y étant hospitalisée (population H)

Rappel : sur les 165 adolescents de la population I (ensemble des adolescents suicidants en 1991-1992), 118 sont caractérisés par l'absence d'hospitalisation ultérieure en psychiatrie (population I-non H), et 47 sont caractérisés par une hospitalisation ultérieure en psychiatrie adulte (population I-H) sur la période allant de 1993 à 2006. Cette population des hospitalisés en psychiatrie sera nommée la population H lors de la prise en charge en psychiatrie.

I-3-1) Répartition par sexe

On observe également dans la population H une surreprésentation féminine, avec 29 femmes (61,7 %) pour 18 hommes (38,3 %).

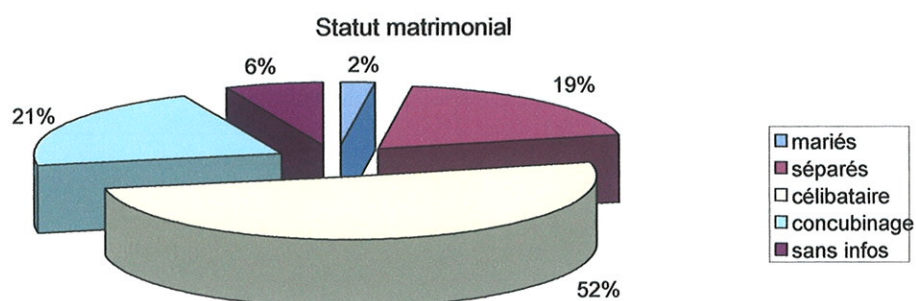


I-3-2) Mortalité

Sur l'ensemble de la population I, fin 2006, parmi les 3 patients décédés, 2 patients appartiennent à la population H. Un de ces deux patients est décédé par suicide. La cause du décès du second n'a pu être retrouvée. Cela fait une mortalité de 4,25 % sur la population H.

I-3-3) Situation socio-familiale

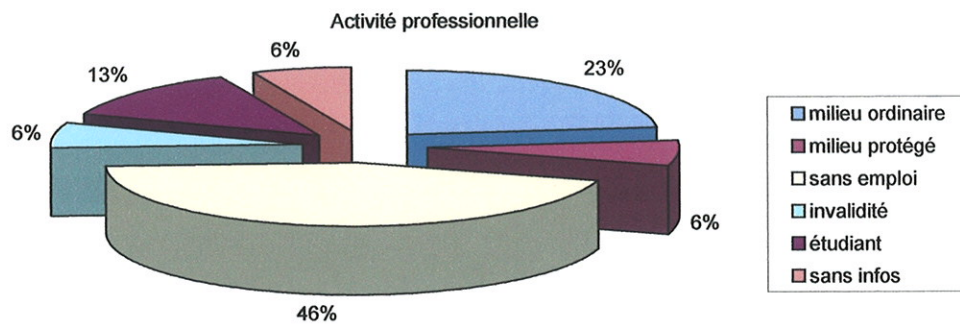
- Plus de la moitié des patients est célibataire au moment de l'hospitalisation en psychiatrie, 19 % des patients sont séparés, et ils ne sont que 26 % à avoir des enfants.



- 26 % des patients vivent seuls et sans enfant, 21 % des patients vivent chez un parent, et 19 % vivent en foyer.

- Les patients sont également 20 % à bénéficier d'une mesure de protection.

Sur le plan professionnel, presque la moitié des patients sont sans emploi au moment de l'hospitalisation, et seulement 23 % travaillent en milieu ordinaire, donc touchent un salaire, alors que plus de la moitié vivent de ressources sociales.

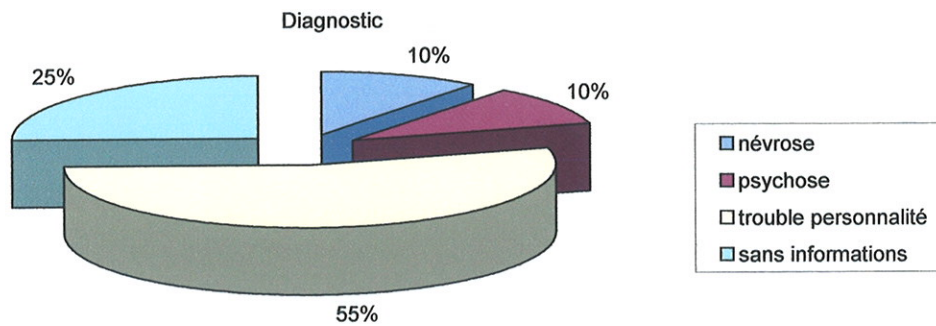


I-3-4) Caractéristiques médicales

Il ressort de l'étude de cette population qu'une forte majorité de patients présentent un trouble de la personnalité de type état limite.

- Il est rappelé que les diagnostics portés au CH Esquirol (CHE) font référence à la CIM X le plus souvent. Ceci explique en partie le nombre de « sans informations » élevé, l'approche en termes de structure de personnalité n'étant pas clairement définie dans cette classification, notamment en ce qui concerne la structure névrotique. Quand celle-ci est mentionnée, il n'est pas précisé à quelle approche et quelle classification elle fait référence. Ces faits seront approfondis dans la partie discussion.

- 5 patients sont névrotiques (10 %).
- 5 patients sont psychotiques (10 %).
- 26 patients présentent un trouble de la personnalité (de type état limite) (55 %).
- pour 12 patients l'information n'est pas retrouvée (25 %).



- En ce qui concerne les autres caractéristiques médicales, environ la moitié des patients de la population H présente une décompensation dépressive, la moitié consomme des toxiques, la moitié présente une addiction à l'alcool, et les 2/3 sont dans des conduites violentes ou à risques.

De plus, 1/3 des patients présente une ou plusieurs pathologies somatiques dont les principales sont l'épilepsie, et kystes ovariens et endométriose chez la femme.

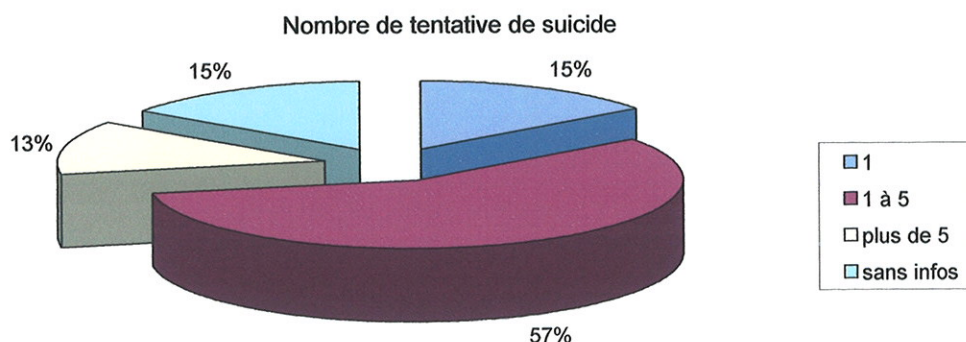
I-3-5) Contexte de vie

Dans plus de la moitié des cas, il existe un conflit familial, et les relations sociales sont anormales. 1 patient sur 4 a vécu une rupture sentimentale récente, 1 patient sur 4 a vécu un évènement traumatisant, et 1 patient sur 7 a eu à faire à la justice.

I-3-6) Contacts avec une équipe de soins de psychiatrie

- Seul un très faible pourcentage de patients est utilisateur ponctuel de l'hospitalisation en psychiatrie : 1 patient sur 7 seulement n'a fait qu'une tentative de suicide et 1 patient sur 3 n'a eu recours qu'à une seule hospitalisation.

En effet, parmi les patients hospitalisés, au moins 70 % des patients ont réalisé plus d'une tentative de suicide.



30 % des patients n'ont été hospitalisés qu'une seule fois et 19 % sont des utilisateurs récurrents de la psychiatrie (plus de 5 hospitalisations), dont plus de la moitié est dans l'utilisation chronique de l'hospitalisation (recours à l'hospitalisation pendant plus de 5 ans).

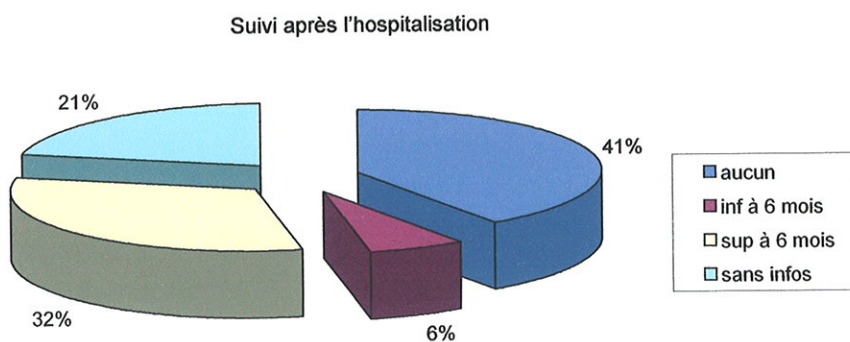
- La demande de soins n'est pas la caractéristique majeure de cette population ; seulement 25 % des patients sont demandeurs de soins. Le refus de soins est ambivalent : 23 % des patients refusent souvent les soins, et 42,5 % ne les refusent jamais.

Il est rappelé que le refus de soins est retenu lorsque le patient est hospitalisé sous contrainte, et également lorsqu'il sort contre avis médical, la demande de soins, lorsque le patient est demandeur d'aide auprès d'un soignant (médecin traitant, urgentiste, psychiatre...).

- La moitié des patients accède aux soins psychiatriques en situation d'urgence.

- Plus d'un tiers des patients ne mentionne pas sa tentative de suicide antérieure à l'occasion de l'hospitalisation en psychiatrie.

- En ce qui concerne le suivi, 62 % des patients n'ont aucun suivi psychiatrique avant leur hospitalisation au CH Esquirol, et encore 41 % n'adhéreront pas à un suivi après l'hospitalisation. Seulement 6 % des patients débiteront à une psychothérapie après la prise en charge au CH Esquirol.



II) Comparaison des résultats

II-1) Comparaison des 2 sous-groupes I-H (patients hospitalisés ultérieurement en psychiatrie) et I-non H (patients non hospitalisés en psychiatrie) en 1991-1992, analyses univariées

Les deux populations ont été comparées en fonction de leurs caractéristiques étudiées au moment de leur TS de référence, par test du Chi2 ou Test exact de Fisher.

II-1-1) Mortalité

Elle est de 0,84 % dans le groupe I-non H contre 4,25 % dans le groupe I-H.

Cependant, statistiquement il n'a pas pu être retrouvé de différence significative entre le fait d'être hospitalisé ou non sur la mortalité.

II-1-2) Répartition par sexe

La population I-H comporte 29 femmes (61,7 %) et 18 hommes (38,3 %), alors que la population I-non H comporte 95 femmes (80,5 %) et 23 hommes (19,5 %). Au total, 23,4 %, des 124 femmes, et 43,9 % des 41 hommes sont hospitalisés en psychiatrie adulte dans les 15 ans suivant la TS index.

Sexe

	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
femme	(61,7 %) 29	(80,5 %) 95	124
homme	(38,3 %) 18	(19,5 %) 23	41
Total	47	118	165

$p < 0.025$.

Il existe une différence significative de répartition des sexes entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée et celle qui ne l'a pas été, les hommes étant plus hospitalisés.

II-1-3) Récidives suicidaires

II-1-3-1) Antécédents de tentative de suicide

Pour 21 patients sur 47 dans la population I-H (45 %) il s'agit d'une récurrence, contre 32 patients sur 118 dans la population I-non H (27 %).

Récidive			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Oui	(45 %) 21	(27 %) 32	53
Non	(55 %) 26	(73 %) 86	112
Total	47	118	165

$p < 0.05$.

Il existe une différence significative de répartition des récidivistes lors de l'hospitalisation en Pédiatrie entre les deux populations, celle qui sera hospitalisée en psychiatrie et celle qui ne le sera pas. Les futurs hospitalisés en psychiatrie présentent plus de récurrences que les non hospitalisés.

II-1-3-2) Récidives ultérieures

Dans la population I-H, 20 adolescents sur 47 (42,5 %) ont récidivé leur tentative de suicide après l'hospitalisation en Pédiatrie, contre 15 adolescents (13 %) dans la population I-non H. Ici aussi les récurrences ultérieures sont sous-estimées dans la population I-non H du fait de l'ignorance concernant l'existence de récurrences survenues après l'âge de 20 ans.

Au total, dans la population I-H 38 patients sur 47 (81 %) ont fait plus d'une tentative de suicide, alors que dans la population I-non H, 40 patients sur 118 (34 %) ont été dénombrés comme ayant fait plus d'une tentative de suicide.

Récurrences totales			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Oui	(81 %) 38	(34 %) 40	78
Non	(19 %) 9	(66 %) 78	87
Total	47	118	165

$p < 0.001$.

Il existe une différence significative de répartition sur l'ensemble des récurrences entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les hospitalisés ont fait plus de tentatives de suicide.

II-1-4) Contexte familial et social

II-1-4-1) Situation matrimoniale des parents

Dans la population I-H, les parents mariés sont aussi nombreux que les parents divorcés (43%), alors que dans la population I-non H, 47 % des parents sont mariés contre 31 % de parents divorcés.

Cependant, il n'a pas pu être retrouvé de différences significatives entre les deux populations.

II-1-4-2) Lieu de vie des adolescents

31,5 % des adolescents de la population I-H ne vivent pas dans leur famille alors que seulement 15 % des adolescents de la population I-non H vivent hors de leur famille.

Lieu de vie

	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
famille	(62 %) 29	(69 %) 81	110
hors famille	(31,5 %) 15	(15 %) 18	33
sans infos	(6,5 %) 3	(16 %) 19	22
Total	47	118	165

$p < 0.05.$

Il existe une différence significative de répartition des lieux de vie entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les patients hospitalisés vivent plus hors de leur famille que les patients non hospitalisés. Cependant, il y a plus de "sans informations" chez les patients non hospitalisés.

II-1-4-3) Autres critères

- Dans 22 cas l'adolescent est en conflit avec ses parents dans la population I-H et dans 12 cas dans la population I-non H. Dans 6 cas l'absence de conflit est spécifiée dans les dossiers dans la population I-H, et dans 125 cas cette donnée n'est pas mentionnée.

- Dans 5 cas, les relations sociales sont marquées par des conflits répétitifs dans la population I-H et dans 1 cas dans la population I-non H. Dans 6 cas, l'adolescent est dans un isolement important, dans 1 cas, les relations sont marquées par des ruptures permanentes, dans 4 cas,

les relations sont spécifiées comme étant normales, dans la population I-H ; dans les 148 autres cas, aucune information spécifique n'est donnée sur ce critère.

- Les autres résultats se rapportant au contexte de vie sont rapportés en annexe (annexe 4). Ils concernent le contexte familial de l'adolescent (cohabitation avec un beau-parent, étayage de l'entourage, climat socio-économique), le contexte relationnel (communication familiale, rupture sentimentale), la recherche d'évènements traumatisants.

II-1-5) Scolarité

II-1-5-1) Type de scolarité

47 % de la population I-non H est dans un cursus normal, contre 27,5 % de la population I-H. Parallèlement, 7 % des patients de la population I-non H sont déscolarisés contre 25,5 % dans la population I-H.

Pour rechercher une différence, les patients ayant un emploi ont été éliminés, car ils ne rentrent plus dans le cadre de la scolarité.

Scolarité			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Normale	(27,5 %) 13	(47 %) 55	68
Apprentissage	(45 %) 21	(20 %) 24	45
Stoppée	(25,5 %) 12	(7 %) 8	20
Sans infos	(2 %) 1	(21 %) 25	26
Total	47	112	159

$p < 0.001.$

Il existe une différence significative concernant la scolarité entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les patients hospitalisés ont une scolarité moins bonne que les patients non hospitalisés. Cependant ceux-ci ont plus de "sans informations".

II-1-5-2) Performances scolaires

De la même manière, 36,5 % des adolescents de la population I-non H ont des performances scolaires adaptées contre seulement 19 % de la population I-H, et 47 % de cette population I-H sont en échec scolaire contre seulement 6 % de la population I-non H.

Performances scolaires			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Adaptées	(19 %) 9	(36,5 %) 43	52
Retard	(30 %) 14	(28 %) 33	47
Echec	(47 %) 22	(6 %) 7	29
Sans infos	(4 %) 2	(29,5 %) 35	37
Total	47	118	165

$p < 0.001.$

Il existe une différence significative concernant la réussite scolaire entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les patients hospitalisés ont de moins bonnes performances scolaires.

II-1-6) Diagnostic (structure de personnalité) et autres critères psychiatriques

- La population I-H comporte autant de patients névrotiques que de patients de type état limite, alors que la population I-non H comporte presque trois fois plus de patients névrotiques que de patients de type état limite. Il est également intéressant de noter que les patients psychotiques appartiennent tous à la population I-H.

Dans la population I-H, il est retrouvé (au moment de l'hospitalisation en Pédiatrie):

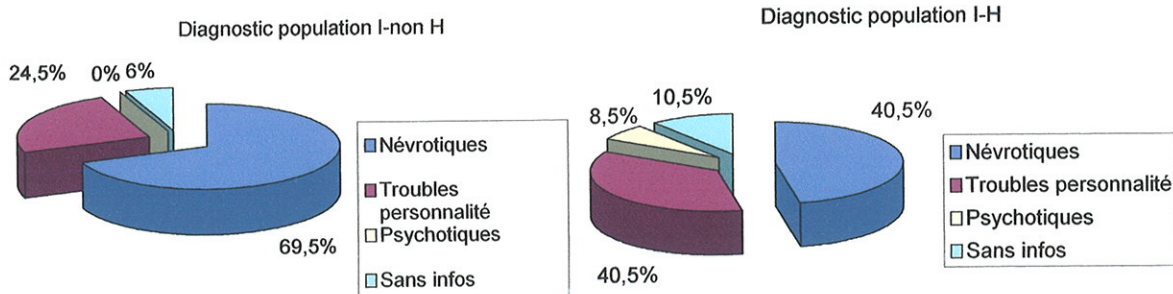
- 19 névrotiques : (40,5 %)
- 19 troubles de la personnalité (type état limite) : (40,5 %)
- 4 psychotiques : 8,5 %
- Pour 5 patients, l'information n'a pu être retrouvée. (10,5 %)

Dans la population I-non H:

- 82 névrotiques (69,5 %)
- 29 troubles de la personnalité (24,5 %)
- 0 psychotiques (0 %)
- Pour 7 patients, l'information n'a pu être retrouvée (6 %)

Il n'a pas pu être retrouvé de différences significatives entre les deux populations.

Il est cependant intéressant de remarquer la disparité de répartition des patients en termes de diagnostic.



- Un syndrome dépressif est retrouvé dans 36 % des cas dans la population I-H et 33 % des cas dans la population I-non H, l'absence de syndrome dépressif étant retrouvé dans 30 % des cas dans la population I-H et 57 % des cas dans la population I-non H.

Dépression			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Oui	(36 %) 17	(33 %) 39	56
Non	(30 %) 14	(57 %) 67	81
Sans infos	(34 %) 16	(10 %) 12	28
Total	47	118	165

$p < 0.001$.

Il existe une différence significative concernant l'existence d'un syndrome dépressif entre les deux populations, les patients non hospitalisés ayant moins de syndrome dépressif. Cependant le nombre de "sans informations " est trop élevé pour que ce résultat puisse être interprétable.

- Une consommation de toxiques et/ou d'alcool est rapportée dans 9 cas dans la population I-H, et dans 1 cas dans la population I-non H.

- Des conduites violentes ou comportements à risque sont retrouvés dans 15 cas dans la population I-H, et dans 5 cas dans la population I-non H.

Les autres critères psychiatriques sont décrits en annexe (annexe 4), en raison du faible recueil de données.

II-1-7) Suivi après la tentative de suicide

- Les items "non revu" et "moins de trois fois" ont été regroupés, tout comme les items "plus de trois fois" et "psychothérapie".

Les patients hospitalisés en psychiatrie dans les suites immédiates de l'hospitalisation en Pédiatrie, et ceux adressés à un psychiatre extérieur ont été pris en compte dans l'item "sans informations".

Au total, 60 % des patients dans la population I-H et 68 % des patients de la population I-non H n'ont pas eu de suivi après l'hospitalisation, contre 21 % de la population I-H et 23 % de la population I-non H ayant eu un suivi.

Il n'a pas pu être retrouvé de différences entre les deux populations.

De plus, 7 patients de la population I-H (14,9 %) sont sortis contre avis médical contre 9 patients dans la population I-non H (7,6 %). Ici non plus, il n'a pas pu être mis en évidence de différence significative.

- Dans la population I-H, il est observé une mobilisation de l'adolescent dans 10 % des cas, de sa famille dans 6 % des cas, et une amélioration de l'adolescent dans 2 % des cas, alors que dans la population I-non H, il est observé une mobilisation de l'adolescent dans 21% des cas, de sa famille dans 9 % des cas, et une amélioration de l'adolescent dans 17 % des cas (annexe 4).

Ici également, il n'a pu être retrouvé de différences significatives.

II-1-8) Interactions

Entre le fait d'être hospitalisé ultérieurement et le fait de ne pas l'être les analyses univariées montrent un certain nombre de différences significatives concernant certaines caractéristiques psychosociales initiales.

Les caractéristiques pour lesquelles une différence significative a pu être retrouvée sont : le sexe ($p < 0.025$), les antécédents suicidaires ($p < 0.05$) et les récidives totales ($p < 0.001$), la vie en famille ($p < 0.05$), le type de scolarité ($p < 0.001$) ainsi que les performances scolaires ($p < 0.001$), et l'existence d'un syndrome dépressif ($p < 0.001$). Pour les autres critères, aucune différence n'a pu être mise en évidence. L'exhaustivité des résultats est jointe en annexe (annexe 4).

Ensuite il a été étudié la dépendance de ces variables entre elles.

Pour les interactions suivantes, il existe une différence significative ($p < 0,05$) de répartition des individus :

Interactions des variables	Valeur du p
Sexe-scolarité	$p = 0,0071$
Sexe-hospitalisation ultérieure	$p = 0,0116$
Scolarité-performances scolaires	$p < 0,0001$
Scolarité-antécédent suicidaire	$p = 0,0201$
Scolarité-hospitalisation ultérieure	$p < 0,0001$
Scolarité-famille	$p < 0,0001$
Performances scolaires-antécédent suicidaire	$p = 0,0064$
Performances scolaires-hospitalisation ultérieure	$p < 0,0001$
Performances scolaire-famille	$p < 0,0001$
Dépression-hospitalisation ultérieure	$p = 0,0003$
Antécédents suicidaires-hospitalisation ultérieure	$p = 0,0458$
Antécédents suicidaires-famille	$p = 0,0091$
Hospitalisation ultérieure-famille	$p = 0,0261$

Ces caractéristiques ne sont donc pas indépendantes les unes des autres. Il n'est alors pas possible d'estimer directement le poids de chaque variable en tant que marqueur de risque d'hospitalisation ultérieure. Le recours à une analyse multivariée est nécessaire pour évaluer la force des associations.

II-2) Facteurs prédictifs d'une hospitalisation ultérieure , analyse multivariée

Pour la modélisation par régression logistique nous n'avons retenu que les variables ayant montré une significativité dans les analyses univariées, ceci dans le but de mettre en évidence les marqueurs de risque d'hospitalisation ultérieure en psychiatrie, assimilée à une mauvaise évolution psychosociale.

Tableau Résumé de la régression logistique pour Hospitalisation ultérieure

Nombre	165
Manquants	0
Niveaux de réponse	2
Paramètres d'ajustement	14
Log vraisemblance.	-59,494
Log vraisemblance terme cst	-98,583
R carré	,397

Logistic Model Coefficients Table for hospit

	Coef	Std. Error	Coeff/SE	Chi-Square	P-Value	Exp(Coef)	95% Lower	95% Upper
1: constant	-3,274	,895	-3,656	13,365	,0003	,038	,007	,219
Sexe: homme	,751	,552	1,360	1,851	,1737	2,118	,718	6,247
Scolarité: apprentissage	,634	,596	1,063	1,131	,2876	1,886	,586	6,070
Scolarité: emploi	-13,766	487,228	-,028	,001	,9775	1,051E-6	0,000	.
Scolarité: sans infos	-4,906	1,907	-2,573	6,620	,0101	,007	1,764E-4	,311
Scolarité: stoppée	-1,598	1,304	-1,225	1,502	,2204	,202	,016	2,607
Perf Scolaire: echec scolaire	3,990	1,250	3,192	10,192	,0014	54,079	4,666	626,758
Perf Scolaire: retard	,771	,575	1,339	1,794	,1805	2,161	,700	6,877
Perf Scolaire: sans infos	1,829	1,146	1,596	2,548	,1104	6,226	,659	58,799
Dépression: oui	,479	,532	,901	,811	,3678	1,615	,569	4,580
Dépression: sans infos	3,123	,756	4,130	17,059	<,0001	22,725	5,181	100,068
ATCD TA: oui	,483	,545	,887	,786	,3753	1,622	,557	4,721
famille: oui	,390	,637	,612	,374	,5407	1,477	,424	5,148
famille: sans infos	,858	1,266	,678	,459	,4979	2,359	,197	28,206

D'après ces données, seul l'échec scolaire peut statistiquement être considéré comme un marqueur de risque d'hospitalisation ultérieure en psychiatrie lorsqu'un adolescent a réalisé une tentative de suicide. Le risque est multiplié alors par 54 (Intervalle de confiance 95 % : 4,6-626).

Compte tenu de la significativité dans ce tableau des critères "scolarité : sans infos" et "dépression : sans infos", tous les critères "sans informations" pour chaque catégorie ont été supprimés, dans le but d'essayer de trouver une meilleure significativité pour chaque critère. Il reste alors 104 personnes incluses dans la régression logistique, et 9 niveaux de réponse.

Logistic Summary Table for hospit
Inclusion criteria: Criteria 1 from export final inter.xls (imported)

Count	104
# Missing	0
# Response Levels	2
# Fit Parameters	9
Log Likelihood	-42,417
Intercept Log Likelihood	-60,579
R Squared	,300

Logistic Model Coefficients Table for hospit
Inclusion criteria: Criteria 1 from export final inter.xls (imported)

	Coef	Std. Error	Coeff/SE	Chi-Square	P-Value	Exp(Coef)	95% Lower	95% Upper
1: constant	-3,023	1,061	-2,850	8,121	,0044	,049	,006	,389
Sexe: homme	,015	,665	,023	,001	,9818	1,015	,275	3,742
Scolarité: apprentissage	1,099	,691	1,591	2,531	,1116	3,000	,775	11,616
Scolarité: stoppée	-,928	1,408	-,659	,435	,5097	,395	,025	6,241
Perf Scolaire: echec scolaire	3,461	1,276	2,712	7,354	,0067	31,847	2,610	388,579
Perf Scolaire: retard	,779	,673	1,158	1,342	,2467	2,179	,583	8,143
Dépression: oui	,823	,564	1,460	2,130	,1444	2,278	,754	6,881
ATCD TA: oui	,584	,632	,924	,854	,3555	1,792	,520	6,182
famille: oui	-,153	,750	-,205	,042	,8378	,858	,197	3,728

La régression logistique ne donne également qu'un seul critère significatif (l'échec scolaire), et l'intervalle de confiance est plus large (2,6 – 388,5) en raison du plus faible nombre d'individus. Donc ce modèle n'apporte pas plus de réponse statistiquement significative dans la recherche de marqueurs de risque d'hospitalisation ultérieure en psychiatrie.

II-3) Evolution de la population H en fonction des caractéristiques initiales (population I-H)

Même si ce type de méthodologie ne permet pas d'estimer des risques de façon satisfaisante, on peut s'interroger sur l'éclairage que peuvent suggérer les données. Un élément essentiel de ce type de recherche est d'étudier les liens possibles au niveau individuel entre les caractéristiques initiales d'adaptation socio-familiale et psychologique, et les caractéristiques à l'âge adulte s'y rapportant, la question étant de savoir si les patients restent dans les mêmes difficultés psychosociales.

Les critères retenus ici sont :

- au niveau psychologique : l'évolution des diagnostics de structure de la personnalité ; la persistance, la disparition ou l'émergence d'une problématique dépressive ; les consommations de substances psychoactives ; les conduites violentes ; l'évolution de l'adhésion à un suivi.

- au niveau de l'adaptation socio-familiale : l'évolution entre la scolarité et l'insertion professionnelle ; entre les lieux de vie ; l'évolution dans les modes relationnels ; dans l'existence de conflits familiaux.

II-3-1) Evolution des diagnostics

Sur les 19 patients qualifiés de **névrotiques** lors de l'hospitalisation en 1991-1992, 3 gardent ce diagnostic de névrose à l'occasion de l'hospitalisation en psychiatrie adulte, 9 ont un diagnostic de troubles de la personnalité, 1 a un diagnostic de psychose, et pour les 6 autres, aucun diagnostic de structure de personnalité n'est retrouvé dans les dossiers.

Sur les 4 patients qualifiés de **psychotiques** en 1991-1992, 2 gardent ce diagnostic de psychose, 1 a un diagnostic de troubles de la personnalité, et 1 n'a pas de diagnostic de structure de personnalité.

Sur les 19 patients qualifiés de **troubles de la personnalité**, 13 gardent ce diagnostic de trouble de la personnalité, 2 ont un diagnostic de névrose, 1 a un diagnostic de psychose, 3 n'ont pas de diagnostic de structure.

Parmi les 5 patients sans informations de structure de personnalité en 1991-1992, 3 présentent un trouble de la personnalité lors de l'hospitalisation au CH Esquirol, 1 un trouble psychotique, et 1 est toujours sans informations.

Il est donc retrouvé une faible continuité, entre l'hospitalisation en Pédiatrie et l'hospitalisation en psychiatrie, dans les diagnostics de névrose, la plus grande continuité se retrouvant dans les diagnostics de troubles de la personnalité.

II-3-2) Problématique dépressive

Parmi les 17 patients présentant un syndrome dépressif au moment de l'adolescence, 11 restent toujours dans une problématique dépressive à l'âge adulte, 4 ne présentent pas de symptomatologie dépressive, et pour 2 patients, l'information n'est pas retrouvée.

Il est cependant intéressant de noter que parmi les 4 patients ne présentant pas de problématiques dépressives à l'âge adulte, une patiente présente une anorexie mentale, et un autre est dans des conduites agies et délinquantes.

Parmi les 14 patients ne présentant pas de syndrome dépressif en 1991-1992, 7 ne sont toujours pas dans une problématique dépressive, 4 présentent une symptomatologie dépressive, et pour 3, l'information n'est pas retrouvée.

L'existence d'une problématique dépressive reste donc assez stable sur les deux périodes.

II-3-3) Troubles des conduites (consommation de toxiques, violence)

De manière générale, dans la population des patients hospitalisés en psychiatrie, les troubles des conduites à l'adolescence se retrouvent à l'âge adulte.

Les 9 patients qui avaient une consommation de toxiques ou d'alcool à l'adolescence gardent ces mêmes conduites (toxiques et/ou alcool) à l'occasion de leur hospitalisation au CH Esquirol.

Parmi les 15 patients qui présentaient des conduites violentes et des comportements à risque à l'adolescence, il est retrouvé chez 9 d'entre eux les mêmes types de conduites. Pour 5 d'entre eux, les conduites ne sont pas précisées dans le dossier, et 1 patient n'a plus recours à ce type de comportement.

Il faut préciser que parmi les 9 patients ayant recours aux toxiques et/ou à l'alcool à l'adolescence, 7 présentent des conduites violentes à l'adolescence (pour les 2 autres, il manque l'information), et 8 lors de l'hospitalisation au CH Esquirol (pour le dernier, il manque l'information).

II-3-4) Evolution de l'adhésion à un suivi

A l'occasion de l'hospitalisation au CH Esquirol :

Parmi les 10 patients ayant bénéficié d'un suivi de plus de trois consultations ou d'une psychothérapie en 1991-1992 :

- 3 ont un suivi de plus de 6 mois ou une psychothérapie
- 5 n'ont aucun suivi ou un suivi inférieur à 6 mois
- Pour 2 l'information n'est pas retrouvée.

Parmi les 28 patients n'ayant pas eu de suivi ou un suivi inférieur à 3 consultations en 1991-1992:

- 13 n'ont aucun suivi ou un suivi inférieur à 6 mois
- 9 ont un suivi supérieur à 6 mois
- Pour 6 l'information n'est pas retrouvée.

Ainsi, la répartition des suivis à l'occasion de l'hospitalisation en psychiatrie est différente de celle lors de l'hospitalisation en pédiatrie.

II-3-5) Evolution entre scolarité et insertion professionnelle

Globalement, parmi la population des patients hospitalisés en psychiatrie, peu ont réussi leur scolarité à l'adolescence. En effet, peu d'adolescents sont dans un cursus scolaire normal, et beaucoup sont déscolarisés.

Ceci se retrouve au niveau de l'emploi à l'âge adulte, avec la moitié des patients se retrouvant sans emploi.

Parmi 13 adolescents étant dans un cursus scolaire normal :

- 5 ont des performances scolaires adaptées : 2 sont encore étudiants lors de l'hospitalisation au CHE, 3 ont un emploi dans un milieu ordinaire.
- 8 ont un retard scolaire : 3 sont encore étudiant lors de l'hospitalisation au CHE, 1 travaille en milieu ordinaire, 2 sont sans emploi, pour 2 l'information n'est pas retrouvée.

Parmi les 21 adolescents en apprentissage :

- 3 ont des performances scolaires adaptées : 1 travaille en milieu ordinaire, 1 est sans emploi lors de l'hospitalisation au CHE, 1 est en arrêt maladie longue durée.
- 6 ont un retard scolaire : 1 est encore étudiant lors de l'hospitalisation au CHE, 1 travaille en milieu ordinaire, 1 est en invalidité et 3 sont sans emploi.
- 10 sont en échec scolaire : 2 travaillent en milieu ordinaire lors de l'hospitalisation au CHE, 1 est en invalidité, 6 sont sans emploi, pour 1 l'information n'est pas retrouvée.
- 1 dont les performances ne sont pas connues à l'adolescence travaille en milieu protégé lors de l'hospitalisation au CHE
- pour 1 l'activité professionnelle n'est pas connue

Parmi les 12 adolescents déscolarisés : 1 travaille en milieu ordinaire lors de l'hospitalisation au CHE, 2 travaillent en milieu protégé, 9 sont sans emploi.

II-3-6) Evolution entre les lieux de vie

Parmi les 29 adolescents vivant dans leur famille en 1991-1992, 10 vivent chez un parent lors de l'hospitalisation au CHE, 4 vivent en couple sans enfants, 4 vivent en couple avec enfants, 6 vivent seul, 1 vit seul avec un enfant, 1 vit en foyer, et pour 3 il n'est pas retrouvé d'information.

Parmi les 15 enfants ne vivant pas dans leur famille, 7 vivent en foyer, 5 vivent seuls, 2 vivent seuls avec un enfant, 1 vit en couple avec enfant.

L'existence ou l'absence d'un cercle familial reste assez stable sur les deux périodes.

II-3-7) Evolution dans les modes relationnels

Dans les 5 cas où l'adolescent a un mode de relation sociale basé sur les conflits, il est retrouvé le même type de fonctionnement lors de l'hospitalisation au CHE.

Dans les 6 cas où l'adolescent présentait un isolement, il est retrouvé lors de l'hospitalisation au CHE un mode de relation basé sur un isolement dans 2 cas, sur des conflits dans un cas, sur des ruptures fréquentes dans un cas et un mode de relation normal dans 2 cas.

Dans le cas où les relations sont basées sur les ruptures répétitives, ce même type de fonctionnement est retrouvé ultérieurement.

Dans les 4 cas où les relations sont spécifiées comme étant normales, il est retrouvé un fonctionnement normal dans 3 cas, l'information étant manquante dans le quatrième cas.

Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, les types de relations sociales existant à l'adolescence se retrouvent fréquemment à l'âge adulte.

II-3-8) Evolution dans l'existence de conflits familiaux

L'existence de conflits familiaux reste également stable dans le temps.

Parmi les 22 cas où l'adolescent se trouve en conflits avec ses parents en 1991-1992, il est retrouvé un conflit familial au moment de l'hospitalisation au CHE dans 15 cas, et une absence de conflits dans 4 cas. Dans 3 cas l'information est manquante.

Parmi les 6 adolescents ne présentant pas de conflits avec leurs parents, dans 5 cas il est retrouvé une absence de conflits, l'information étant manquante dans le 6^{ème} cas.

Pour résumer, l'étude de l'évolution de ces différents critères permet donc de remarquer une certaine continuité en ce qui concerne la problématique dépressive, le maintien de troubles des conduites, l'évolution des difficultés scolaires vers la désinsertion professionnelle, le maintien d'une désinsertion familiale par rapport aux lieux de vie, et la poursuite de difficultés relationnelles et familiales.

Par contre, il n'existe aucune corrélation en ce qui concerne l'adhésion à un suivi entre les différentes hospitalisations (1991-1992 et hospitalisation au CH Esquirol).

En ce qui concerne l'évolution en termes de diagnostic, celle-ci est variable en fonction des diagnostics, une certaine continuité pouvant se retrouver parmi les troubles de la personnalité. Mais ce point sera précisé dans la partie Discussion.

TROISIÈME PARTIE

DISCUSSION

Mais, surtout, ne jamais faire le serpent, ne jamais rejeter sa peau: car qu'est-ce que l'homme a en propre, qu'est-ce qu'il a de vécu, sinon ce qui est justement vécu? Mais se tenir en équilibre, parce que qu'est-ce que l'homme a à vivre sinon justement ce qu'il ne vit pas encore?

CESARE PAVESE

D) Apports théoriques

D 1) Epidémiologie

I-1-1) Incidence du suicide en population générale

En 1999, 10268 décès par suicide ont été enregistrés, soit 1,9 % de l'ensemble des causes de décès (Pequinot F, 2003).

La mortalité suicidaire est essentiellement masculine : en 1999, le sex-ratio est de 7 hommes pour 3 femmes (Pequinot, 2003).

I-1-2) Epidémiologie du suicide des 15-24 ans :

Le suicide est actuellement en France la 2^{ème} cause de mortalité à l'adolescence après les accidents de la circulation (Facy, 1998), (Badeyan, 2001), et la 3^{ème} en Europe (source OMS).

Il représente 13 % de la mortalité des hommes et 10 % de celle des femmes à cet âge (Pequinot, 2003).

La prévalence culmine entre 15 et 19 ans chez les filles, et 20 et 24 ans chez les garçons.

Pour la mortalité par suicide des 15-24 ans la France se situe dans la moyenne européenne avec, en 1995, un classement en 7^{ème} position sur 13 pays européens (Choquet M, 2004).

Malgré une augmentation du suicide sur les cinq dernières décennies, il est observé cependant une diminution du suicide des jeunes sur la dernière décennie. En effet en 2004 ont été enregistrés en France 621 décès par suicide, contre 966 décès en 1993 (source : www.cepidc.vesinet.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe). Cela fait une diminution de 36 % en 10 ans.

Ceci reste cependant à nuancer en raison de la sous-estimation de ces chiffres. En effet, ne sont enregistrés que les suicides déclarés comme tels sur les certificats de décès, ce qui ne prend pas en compte les décès de cause inconnue ou certains décès par accident, qui peuvent être de réels suicides.

Cependant, cette diminution du suicide des jeunes peut être une conséquence des politiques nationales de prévention mises en place depuis quelques années qui passent par l'amélioration des prises en charges des jeunes suicidants (ANAES, 1998).

En ce qui concerne la répartition en fonction du sexe, il existe une nette surreprésentation masculine chez les suicidants de 15 à 24 ans (sex-ratio de 4 hommes pour 1 femme). (Pequinot, 2003)

Il existe également une différence en fonction de l'âge : le nombre de suicide est plus important chez les 20-24 ans (environ 3 fois plus) que chez les 15-19 ans (ANAES, 1998).

Un certain nombre d'études sur les antécédents psychologiques des suicidés (autopsies psychologiques) a été réalisé. L'une d'elles retrouve un trouble mental dans 94 % des cas, dont 51 % par dépression, 26 % par alcoolisme, et 21 % par troubles de l'adaptation. Un tiers des suicidés présentait une personnalité pathologique. Ceci contraste avec le fait que très peu de ces suicidés bénéficiaient d'une prise en charge psychologique avant leur suicide. (Martunnen MJ, 1991), (Brent DA, 1998).

I-1-3) Epidémiologie des tentatives de suicide

On estime actuellement en France le nombre de tentatives de suicide dans la population générale à environ 130 000 à 180 000 TS vues médicalement (estimation après enquêtes régionales et extrapolation à l'ensemble du territoire).

Dans 7 cas sur 8 la tentative de suicide est suivie d'un passage aux urgences hospitalières. (Badeyan G, 2001).

Chez les 15-24 ans, chaque année en France il se produit environ 140 000 tentatives de suicide (taux estimé pour l'ensemble des tentatives de suicide, vues ou non médicalement) (Choquet M, 2001).

Il faut remarquer que les données concernant ces deux estimations sont discordantes (130000 à 180000 TS en population générale pour 140000 TS chez les 15-24 ans), ce qui illustre les difficultés dans le recueil épidémiologique.

Il est cependant difficile d'estimer le nombre de tentatives de suicide, la définition de la tentative de suicide étant par elle-même imprécise et subjective. Il peut donc être attendu une sous-estimation des chiffres réels.

En effet, certaines tentatives de suicide ne sont pas révélées à l'entourage, d'autres ne sont pas considérées comme telles par le jeune ou son entourage, et toutes les tentatives de suicide ne sont pas systématiquement vues par un médecin. Ainsi de nombreuses tentatives de suicide restent ignorées et échappent donc au recueil épidémiologique. (Tursz A, 1997).

Considérant cela, la morbidité par tentative de suicide est évaluée à 500 pour 100 000 chez les filles, et à 200 pour 500 000 chez les garçons.

3 % des filles et 1,5 % des garçons ont fait une tentative de suicide pendant la durée totale de l'adolescence.

Sur un échantillon d'adolescents scolarisés, la fréquence des tentatives de suicide est d'environ 6,5 % (8 % pour les filles, 5 % pour les garçons) ; et 1,3 % des adolescents sont hospitalisés pour tentative de suicide. (Choquet M, 1994).

Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes ; chez les 15-24 ans, les séjours hospitaliers pour tentative de suicide sont 2,6 fois plus importants chez les femmes que chez les hommes (Badeyan G, 2001), (Foussard N, 1995).

Concernant la létalité des tentatives de suicide, il est retrouvé un suicide réussi pour 22 tentatives chez les garçons, et un suicide pour 160 tentatives chez les filles (Cremniter D, 1997).

Des différences ont été retrouvées en fonction du sexe chez les adolescents suicidants : les garçons ont une plus grande morbidité psychologique et fonctionnelle, un recours plus important aux toxiques, aux psychotropes et à l'alcool. De plus, ils sont plus souvent en difficulté scolaire. Il existe donc des différences psychopathologiques qui peuvent, entre autre, rendre compte de la plus grande gravité et de la plus grande mortalité des tentatives de suicide chez les garçons (Gasquet I, 1995).

Une autre particularité à cette tranche d'âge est retrouvée dans les "épidémies de comportement", qui peuvent voir la succession de tentatives de suicide au sein d'un groupe. Malgré les politiques de prévention du suicide et leur certaine efficacité sur les comportements suicidaires des adolescents, ce phénomène reste cependant assez énigmatique, ainsi que cela a pu être vu en 2004 dans un lycée limougeaud (Olliac, 2006) ou plus récemment en Corse (mai 2007) avec les tentatives de suicide de 4 adolescentes.

Concernant l'existence d'une récurrence, le taux est particulièrement élevé chez les 15-24 ans (entre 10 et 45 % en fonction du recul et des auteurs), et dans un cas sur deux, celle-ci survient dans les 6 mois. (Badeyan G, 2001), (ANAES, 1998), (Foussard N, 1995), (Choquet M, 2005), (Granboulan V, 1998).

I-1-4) Liens entre dépression et conduites suicidaires

Les interactions entre dépression et suicide sont nombreuses, il paraît donc important de mettre en relation leur fréquence respective en fonction de l'une et de l'autre.

I-1-4-1) Fréquence de la dépression dans les tentatives de suicide à l'adolescence

Chez l'adolescent suicidant, la fréquence des épisodes dépressifs majeurs (selon les critères du DSM IV) peut être estimée environ entre 65 et 75 %, et la fréquence de la dysthymie entre 5 et 20 % (Brent DA, 1998), (Chabrol H, 1992), (Moutia C, 1995).

Chez les adolescents récidivistes, la dépression est encore plus fréquente. Cependant chez les multirécidivistes, plutôt que de dépression, il est retrouvé un plus grand nombre de troubles de la personnalité, où l'impulsivité et l'intolérance à la frustration sont prédominantes (Jeammet P, 1994).

I-1-4-2) Fréquence de la tentative de suicide dans la dépression à l'adolescence

Plusieurs types d'étude ont été réalisés :

- Lors d'une étude rétrospective, parmi une population d'adolescents déprimés hospitalisés, 46 % avaient réalisé une tentative de suicide (unique chez 24 %, multiple chez 22 %) (Loubeyre JB, 1990).
- Une autre étude rétrospective retrouvait 23 % de tentatives de suicide dans une population d'adolescents déprimés se présentant en consultation (Marcelli D, 1995).
- Une étude prospective a établi que 70 % d'adolescents déprimés ont fait une tentative de suicide dans les trois années suivantes (Myers K, 1991).

I-1-5) Epidémiologie de la dépression à l'adolescence :

En 1975, une enquête réalisée par auto-questionnaire (BDI : Beck Depression Inventory) retrouvait 33 % de dépression modérée ou sévère en population générale, et 35 % d'idées fréquentes de suicide (Albert N, 1975).

Cependant les enquêtes réalisées par auto-questionnaire ont tendance à surestimer les dépressions, en l'absence du regard du clinicien (Gasquet I, 1994).

En 1998, une autre enquête par auto-questionnaire, chez des adolescents scolarisés montre 37 % de problématique dépressive, dont 7 % d'épisode dépressif majeur, 22 % de morosité, 2 % de crise anxio-dépressive, 6 % de dépressivité (Fahs H, 1998).

En résumé, l'épisode dépressif majeur varie entre 2 et 8 % de la population générale (DSM IV) ; sa prévalence se situe entre 15 et 20 % sur la durée entière de l'adolescence. A côté de cette dépression « grave », la dépressivité concerne 28 à 44 % de la population générale adolescente en fonction des auteurs, allant d'une pseudo-"normalité" à un état dépressif plus grave. Cela pose la question des limites nosographiques de la dépression et des formes intermédiaires, « frontières » avec la normalité.

I-2) Développement psychologique à l'adolescence et psychopathologie des tentatives de suicide

I-2-1) Repères sur le développement de l'adolescent

I-2-1-1) L'adolescence, processus universel

L'adolescence est l'âge du changement, du passage entre le monde de l'enfance et celui de l'insertion dans la vie sociale adulte. L'adolescent n'est donc plus un enfant, mais pas encore un adulte. C'est autour de cette ambivalence que se joue toute la conflictualité de cette période.

L'adolescence est un processus universel : c'est une période inéluctable de maturation de la personnalité, du corps humain et du psychisme, survenant au moment de la puberté, et à laquelle l'individu doit s'adapter. Cette maturation lui permettra d'acquérir une identité sexuelle fixe. Ce processus de maturation passe, grâce à la mobilisation de son potentiel développemental, par un remaniement des relations de l'adolescent face à son corps, à ses figures parentales, à ses pairs.

Le début de l'adolescence est marqué par le début de la puberté. Cette arrivée de la puberté entraîne l'irruption d'une certaine tension (liée à l'émergence de la pulsion sexuelle et des

besoins nouveaux qu'elle détermine) que l'adolescent va devoir apprendre à gérer, et qui va remettre en cause son fonctionnement. Il va alors se jouer au niveau du psychisme l'équivalence de la puberté au niveau physiologique : c'est ce que Gutton (Gutton, 1991) dénommera le pubertaire. En effet, les modifications physiologiques de la puberté ont des répercussions sur le psychisme de l'individu, tant au niveau de la réalité externe qu'au niveau imaginaire et symbolique.

Ce processus de l'adolescence va venir réinterroger les limites corporelles, réactiver la question de la dépendance/indépendance, la dimension dépressive liée à l'intensité d'utilisation des mécanismes internes, et la tendance à l'extériorisation et donc à l'agir (Roche JF, 2000), tout cela au travers d'un étayage nécessaire sur la réalité externe.

Mais autant cette période est universelle dans sa dimension de passage, autant elle est spécifique à chaque culture, chaque époque et chaque milieu social.

D'un point de vue culturaliste, plus la société est complexe, plus l'adolescence est longue et conflictuelle. Il ressort globalement trois niveaux de différences de l'adolescence en fonction des sociétés : la durée (différente en fonction des sociétés), les méthodes propres à chaque société (socialisation en des lieux différents), les types de culture (les cultures post-figuratives, les cultures cofiguratives, les cultures pré-figuratives) (M. Mead, 1972), (Jeammet, 1983).

I-2-1-2) Les enjeux de l'adolescence

Le travail psychique de l'adolescence (pubertaire) passe par des conflits internes et un travail de deuil (deuil des objets infantiles, deuil du passé, du statut et des rôles au sein de la famille, deuil de l'investissement de soi et de l'objet, de la mère-refuge, du Moi parental) qui sont susceptibles d'engendrer angoisse et dépression. Haim le précise d'ailleurs : « Comme l'endeuillé, l'adolescent reste à certains moments abîmé dans le souvenir de ces objets perdus, et, comme lui, l'idée de la mort lui traverse l'esprit. Mais, comme la dynamique de deuil normale permet d'en entreprendre le travail, celle de l'adolescence fait que rien ne se fixe » (Haim A, 1969).

Ce deuil est à mettre en relation avec la perte d'objet à laquelle est confronté l'adolescent :

- Perte de l'objet primitif où, dans la continuité de la petite enfance nous assisterons à la deuxième phase du processus de « séparation-individuation » (Blos P, 1967).

- Perte de l'objet œdipien : l'imaginaire parental idéalisée est remis en cause par le désir d'autonomie, par la rencontre d'autres idéaux, et par la meilleure perception de la réalité.

De ce fait, comme le rappellent Gédance et coll (Gédance, 1977), il n'y a pas d'adolescence normale sans moments dépressifs, liés aux sentiments de perte : « un adolescent qui évolue normalement vit des moments de dépression inhérents au processus développemental dans lequel il se trouve engagé ». Cependant, ce ne sont que des moments dépressifs, à différencier de dépression-maladie. Ce qui importe, c'est la capacité à faire face et de s'adapter sans tomber dans la maladie dépressive, et sans recourir à des mécanismes d'évitements massifs et rigides. Ceci fait appel à l'internalisation, à la capacité d'élaboration psychique, au fait de ne pas avoir recours aux « agirs » tels que les entend Jeammet (Jeammet, 1985), qui permettent d'être dans l'évitement de la pensée. Cette internalisation est créatrice de limites.

Le concept de **seconde phase de « séparation-individuation »** a été introduit par Blos (Blos, 1967) pour décrire l'adolescence, dans la continuité de la théorie de M. Mahler (Mahler, 1973) de première phase de séparation-individuation qui se joue dans les premières années de la vie, et qui correspond à la création d'un espace psychique interne (différentiation dedans-dehors). Cette seconde phase correspond au dégagement de l'adolescent de son cocon familial, et passe par une réorganisation de son espace psychique interne et la réactualisation des conflits d'identification. La résolution de cette seconde phase de séparation-individuation peut elle-même être entravée par la non-résolution de la première phase. Cela peut aussi être le moment d'une seconde chance où peuvent être rattrapées les carences de l'évolution de la petite enfance.

C'est au niveau de cette individuation que se joue une partie de la conflictualité à l'adolescence, avec la nécessité de reconstruire des limites, aussi bien au niveau de la surface corporelle, qu'au niveau de l'espace psychique, qui sont tous deux en pleine mutation.

L'adolescence est également une période de **développement cognitif**, avec le passage de la pensée concrète à la pensée abstraite (capacité à prendre comme objets de pensée les opérations mêmes de la pensée), et la maturation de la symbolisation (capacité à discourir des choses indépendamment des choses elles-mêmes) pour atteindre sa forme adulte. L'espace fantasmatique y joue un rôle prépondérant: il naît de la frustration imposée par la réalité : « l'activité de rêverie ne vise pas à changer la réalité pour obtenir une satisfaction, elle implique la création d'une solution de rechange imaginaire et d'un état de satisfaction » (Sandler, 1963). Cette espace fantasmatique va jouer un rôle fondamental dans la progression

de la dimension symbolique de la mort. Comme les deuils sont nécessaires à l'évolution, l'accès à la dimension symbolique de la mort est nécessaire à la vie. Ceci explique les nombreux questionnements d'ordre existentiel autour de cette notion de mort, et les comportements à risque (où la réalité de la mort est testée par l'adolescent) traduisant les tentatives de l'adolescent de se convaincre de sa toute-puissance.

L'image du corps est bouleversée dans plusieurs domaines : dans ses repères spatiaux, dans sa représentation symbolique, dans son narcissisme, et dans son identité. Ce corps va devoir désormais s'inscrire dans une dimension sociale et sexuée et peut faire l'objet d'inquiétudes de la part de l'adolescent, notamment en lien avec la perte du sentiment de continuité d'existence.

L'adolescent est donc confronté à une série de transformations corporelles auxquelles il n'est pas préparé et qui surviennent de manière rapide.

La redéfinition des limites corporelles passe par l'acquisition du contrôle de son corps. Ce corps est dorénavant vécu différemment, comme appartenant à soi et s'intègre désormais dans une entité somato-psychique complète.

L'attaque de la relation aux parents est consécutive à la réactualisation de conflits internes, avec notamment la menace de l'inceste, dorénavant possible. Ce qui fait que l'adolescent rejette désormais ses parents dont la présence attise cette conflictualité. Toute adolescence se caractérise par ce meurtre des imagos parentales. Winnicott précise d'ailleurs que « grandir est par nature un acte agressif », en ajoutant que « si dans le fantasme de la première croissance il y a la mort, dans celui de l'adolescence il y a le meurtre » (Winnicott, 1958), (Winnicott, 1971).

L'adolescent est en conséquence à la recherche de nouveaux supports d'identification qu'il va trouver dans le groupe des pairs, et dans l'identification à la bande. Face à la société et ses dangers potentiels, les adolescents deviennent dépendants de la bande. Mais lorsque cette nécessité de cohésion est moins importante, cette bande redevient un « agrégat d'isolés » (Winnicott, 1969).

Cette incertitude identificatoire sous-jacente entraîne une dépressivité contre laquelle il va se défendre par le recours à des mécanismes de défense. Il reste que seul le temps est efficace dans cette situation car il y a nécessité de laisser se faire les processus maturatifs propres à cette période (Winnicott, 1969).

1-2-1-3) Expression de la conflictualité de l'adolescence

Certains mécanismes de défenses sont spécifiques ou plus fréquents à cet âge. Nous pouvons plus particulièrement retenir : l'intellectualisation et l'ascétisme, le clivage, la mise en actes.

Un des mécanismes nous intéressant plus particulièrement ici est le **recours à l'« agir »** : Comme le souligne A.Haim, « l'adolescent agit pour ne pas savoir » (Haim, 1969). L'agir est une forme d'évitement de la pensée, c'est « une défense contre la remémoration, la reviviscence de souvenirs pénibles ». « L'agir » évite à l'adolescent de penser et donc d'être confronté à la souffrance et à ses conflits psychiques intériorisés.

En effet, les adolescents, de par les modifications importantes de leur psychisme, n'ont pas dans leur psyché, par moments, les moyens de contenir les affects envahissants, et ceux-ci sont véhiculés par les actes.

Par ailleurs les actes ont une fonction d'essai, d'expérimentation face à la réalité environnante, permettant de parvenir à une maîtrise physique et mentale. En cela ils ont un rôle de « tampon » dans la régulation du sentiment de soi, en articulant entre eux les sentiments d'impuissance/ toute puissance, passivité/activité (Jeammet, 1980), (Jeammet, 1985), (Ladame, 1981).

Cependant la mise en acte peut parfois occuper tout le champ comportemental ; il freine alors la maturation progressive et a tendance à s'auto-entretenir.

Dans ce recours à l'agir, il est fréquemment observé **les attaques contre le corps** au travers des comportements à risque, des plaintes somatiques ou par une attaque du corps lui-même : l'adolescent peut utiliser l'attaque de son corps comme moyen d'en ressentir la limite et de se le réapproprier, notamment en ayant recours à la douleur.

Ce recours au corps et à l'agir sert de voie d'expression des conflits, les représentations psychiques ne suffisant pas à élaborer et contenir la conflictualité.

1-2-2) Psychopathologie des tentatives de suicide

Longtemps la tentative de suicide chez les adolescents a été banalisée, du fait de la relative fréquence des idées de mort ou des idées suicidaires dans la population des adolescents « tout venant », de l'absence relative de symptomatologie dépressive

(s'expliquant par le masque différent que prend la dépression à l'adolescence), et de la fréquente amélioration symptomatique dans les jours ou semaines après une tentative de suicide chez les adolescents (due à une apparente mobilisation de l'environnement, à l'effet apaisant du passage à l'acte et de l'hospitalisation).

Cependant, la tentative de suicide à l'adolescence n'est jamais anodine. Elle signe une impasse développementale dans laquelle se trouve l'adolescent et qui est potentiellement grave (Ladame, 1981). Elle survient quand l'adolescent se trouve dans une incapacité à contenir le débordement émotionnel et dans un dépassement de ses capacités de représentations mentales, l'amenant à avoir recours au passage à l'acte suicidaire. La fonction de ce symptôme « tentative de suicide » est d'extérioriser la souffrance psychologique de l'individu, et a au début valeur d'auto-thérapie (Jeammet, 1986), en protégeant l'adolescent contre l'angoisse et les tendances dépressives.

Il est alors nécessaire de mobiliser son potentiel développemental pour l'aider à retrouver le cours normal de son développement et éviter que ce fonctionnement ne se fige, ceci amenant souvent à des récurrences suicidaires qui peuvent alors devenir organisatrices de sa personnalité.

Toutefois, le comportement suicidaire de l'adolescent n'est pas forcément rattaché à une pathologie sous-jacente, même si la dépression vient potentialiser ce risque suicidaire. De même, il n'y a pas de corrélation entre la gravité somatique de l'acte suicidaire et l'intentionnalité suicidaire, la gravité des perturbations psychopathologiques, et le risque de récurrence ultérieure (Granboulan V, 1997) (Kotila L, 1989).

Même si le passage à l'acte suicidaire ne s'intègre pas dans une pathologie bien définie, il existe le plus souvent une accumulation de facteurs favorisant sa survenue: la trajectoire familiale et sociale d'adolescents suicidants est faite d'accumulation de ruptures, pertes et abandons dans tous les secteurs de la vie. Ces éléments viennent constituer progressivement une rupture externe de l'adolescent avec son milieu environnant. Cependant cette rupture externe est à prendre en compte dans le sens où elle vient redoubler une « menace de rupture interne », les parts respectives de l'une et de l'autre étant propres à chacun : « Ce qui est susceptible de varier, c'est la part respective des facteurs internes et externes dans la genèse du passage à l'acte suicidaire. Les adolescents suicidants ne peuvent répondre à aucun stéréotype précis, la TS à cet âge étant véritablement transnosographique » (Granboulan V, 1997).

Ces ruptures externes et internes vont être potentialisées par une angoisse envahissante peu avant le passage à l'acte suicidaire, mettant alors en échec les mécanismes psychiques qui, jusqu'alors, permettaient à l'adolescent de s'adapter.

1-2-2-1) Vulnérabilité externe

L'adolescent existe dans son environnement et plus particulièrement dans un contexte relationnel dont le plus proche est sa famille, et à un autre degré, le groupe des pairs.

Mais cet environnement interagit avec lui et est en relation avec ses difficultés.

En effet, l'adolescence d'un individu vient jouer un rôle de perturbateur dans la famille, et le système familial est déséquilibré. Il y a alors une nécessité de mobilisation de tous ses membres qui ont eux-mêmes à évoluer et à s'adapter au développement de l'adolescent, ainsi qu'aux bouleversements que celui-ci va induire dans leurs propres représentations.

Or, il ne peut se produire de changements et d'évolution dans la dynamique familiale sans conflits, qui auront à être gérés par l'adolescent et sa famille.

Les ressources familiales sont donc importantes dans l'accompagnement de l'adolescent, et notamment de l'adolescent suicidant.

Les dysfonctionnements familiaux ont de ce fait une part active plus ou moins grande, en fonction de chaque famille, dans la genèse de la tentative de suicide de l'adolescent ou au moins dans l'incapacité à freiner l'évolution vers la tentative de suicide.

Une étude sur les fonctionnements familiaux d'adolescents suicidants (Snakkers, 1980), a permis de mettre en évidence certaines caractéristiques récurrentes de famille d'adolescents suicidants, à savoir : une incapacité des parents à servir de contenants aux émotions et aux conflits de l'adolescent, une réaction inadéquate aux menaces suicidaires, une incapacité à communiquer et à partager avec l'adolescent, et une projection à l'extérieur de la cellule familiale de la cause de la tentative de suicide.

Il importe donc, lors de l'hospitalisation, de rechercher dans l'environnement des adolescents suicidants les facteurs ralentissant ou facilitant la détermination suicidaire, et la capacité d'évolution et de changement de chaque individu et famille.

En dehors de la famille, l'adolescent interagit avec le groupe des pairs, qui constitue un relais indispensable entre la famille et le champ social, en tant que lieu d'expérimentation des

relations sociales, et dans la possibilité qu'il va donner à l'adolescent de trouver un nouvel objet d'amour.

De plus la trajectoire scolaire ou professionnelle de l'adolescent joue également un rôle important, en tant que déterminant de son avenir social.

Il faut ajouter à cela la place grandissante que prennent les médias et internet dans l'environnement de l'adolescent. En effet, il est possible d'observer actuellement un plus grand attrait de la part des adolescents pour les modes de relation " médiatisés ", notamment à travers les "chats" et les " blogs ", qui deviennent les moyens de communication privilégiés des adolescents.

Cet environnement externe peut être le support d'évènements dont la somation aboutit à un effondrement de ses capacités de réponse, et à la « rupture externe » de l'adolescent avec son milieu environnant.

I-2-2-2) Vulnérabilité interne

L'adolescent suicidant présente généralement une plus grande fragilité narcissique, avec un besoin de réassurance de la valeur de soi dans la confirmation que les autres peuvent lui apporter. De plus, les mécanismes de défense ne sont pas suffisamment organisés ce qui entraîne une faiblesse supplémentaire du Moi.

Cette fragilité des assises narcissiques de l'adolescent correspond à une menace de rupture interne, qui va être soudainement mise à mal par un facteur externe, celui-ci jouant le rôle de rupture externe (échec scolaire, rupture sentimentale, séparation parentale, conflit avec parent venant disqualifier les assises narcissiques de l'adolescent). Cette vulnérabilité psychique s'exprime souvent par une certaine dimension d'impulsivité. En effet, lorsque l'espace psychique interne est débordé par les conflits avec la réalité externe, lorsque la massivité des affects se heurte à la rigidité des mécanismes de défenses, le passage à l'acte vient alors remplacer l'élaboration et l'intériorisation de ces conflits dans l'espace psychique interne.

Les conflits ne pouvant être contenus dans l'espace psychique, l'angoisse va revenir à un niveau somatique et le corps va être pris comme cible d'une agressivité qui ne trouve pas d'autres issues, l'adolescent cherchant à endommager ce corps, à l'attaquer (Laufer M, 1989). Cette attaque du corps est à mettre en relation avec la transformation pubertaire et le travail psychique propre à cette période et qui a été décrit précédemment.

La genèse du passage à l'acte suicidaire peut également être accentuée par à une diminution de la capacité fantasmatique du sujet. L'apparition de fantasmes de suicide intervient à la suite des « épreuves de deuil » imposées par le travail psychique propre à l'adolescence. Seulement dans la capacité fantasmatique de l'adolescent « tout venant », ces fantasmes restent une solution de rechange et ne visent pas la mort en elle-même. Mais parfois cette capacité fantasmatique fait défaut, de par la désorganisation émotionnelle pouvant survenir, et amène à des moments régressifs où le symbolisme disparaît et se confond au concret, où l'agir se confond avec la pensée, où l'idée se confond avec l'acte, et c'est alors que peut survenir le passage à l'acte suicidaire. Il est alors nécessaire de restaurer cette capacité fantasmatique.

I-2-2-3) L'angoisse

Le moment suicidaire survient souvent dans un contexte de montée envahissante de l'angoisse dans les heures ou jours qui précèdent l'acte suicidaire. Cette angoisse vient faire effraction dans l'espace psychique interne fragilisé (Ladame F, 1981) et devient impossible à contenir et à mentaliser. Cet échec de mentalisation de l'angoisse empêche la mise en œuvre de manœuvres adaptatives, et vient rendre alors intolérable la réalité dans laquelle l'adolescent se trouve, ne lui laissant entrevoir d'autres solutions que le passage à l'acte suicidaire.

Cet envahissement anxieux traduit la vulnérabilité psychique de l'adolescent qui a constamment besoin de s'appuyer sur des objets externes de réassurance pour assurer l'intégrité de son sentiment d'identité. Il résulte de cette nécessité une incapacité à supporter la perte et la séparation, et donc une dépendance excessive de l'adolescent à son environnement comme un étayage de ce sentiment d'identité.

Quand cet environnement fait subitement défaut à l'adolescent, cela le confronte à sa fragilité interne et à la réalité de sa dépendance : le raptus anxieux vient alors tenter de mettre un terme à cette perception insupportable.

I-2-2-4) Dépression et tentative de suicide

Dans la même optique que S. Freud qui compare le deuil à la mélancolie (S. Freud, 1917), A Freud compare le deuil à l'adolescence : « un certain deuil des objets du passé est inévitable » (A. Freud, 1958), en se référant au travail psychologique propre à l'adolescence.

Il n'y a donc pas d'adolescence sans moments dépressifs. Cependant, lorsqu'il y a un débordement des capacités à faire face à la perte, et notamment lorsque celle-ci est ressentie comme totale, comme un évidement complet, un état dépressif peut faire suite à la dépressivité.

Cette dépression à l'adolescence reste pourtant parfois difficile à mettre en évidence, sa symptomatologie étant différente de celle de l'adulte. Elle se manifeste plus souvent dans le comportement ou dans le corps, et prend des formes variables en fonction de la qualité de l'assise narcissique, du système d'idéalisation et des relations objectales établies.

De plus, dans les tentatives de différenciation de la dépression-maladie avec la dépressivité normale de l'adolescence, il faut savoir si l'on se situe dans une approche catégorielle (CIM X, DSM IV), ou dimensionnelle.

L'existence d'un état dépressif n'est cependant pas systématique chez les adolescents suicidants, et tous les adolescents dépressifs n'aboutissent pas à la tentative de suicide.

Pour De Wilde et *al.* (De Wilde EJ., 1992) les adolescents suicidants diffèrent des adolescents déprimés et des adolescents « tout venant » de par le cumul d'évènements de vie négatifs, en particulier conflits, maltraitance, violence, abus sexuels, absence d'étayage et instabilité familiale, « exposition au suicide ». L'exposition au suicide, dans le cadre d'épidémies de comportement, a été reconnue comme étant à risque d'engendrer des comportements suicidaires (Olliac B, 2006).

Ceci aboutit au fait que deux dimensions ont souvent été individualisées dans la genèse des tentatives de suicide : la dimension impulsive et la dimension dépressive.

Les adolescents suicidants ayant préparé leur tentative de suicide et ne la faisant pas de manière impulsive présentent plus souvent une symptomatologie dépressive, un réel désir de mort, un plus grand désespoir, contrairement à ceux la réalisant de manière impulsive.

Parallèlement, les adolescents verbalisant un réel désir de mort sont plus souvent dépressifs, présentent moins de conduites impulsives et de consommation de toxiques.

On peut donc individualiser deux sous-groupes, les suicidants dépressifs et les suicidants impulsifs (Brown LK, 1991) (Groholt B, 2000).

I-2-2-5) La tentative de suicide en tant qu'échec des mécanismes adaptatifs

Lorsque l'adolescent ne peut plus contenir ses affects dans la sphère mentale, et lorsque les mécanismes d'internalisation ne suffisent plus, l'adolescent a alors recours à des mécanismes de défense plus archaïques comme l'identification projective. (Klein, 1946), le clivage de la représentation du corps, le désinvestissement narcissique du corps, ainsi que le recours à la projection, à l'agir, et au déni.

Le passage à l'acte suicidaire survient quand les mécanismes de défense de l'adolescent sont insuffisants dans leur fonction de régulation des conflits, lorsque les mécanismes adaptatifs permettant une souplesse du fonctionnement psychique – celle-ci permettant d'assurer sa continuité – sont mis en échec. Parallèlement, l'adolescent suicidant manque de facteurs de protection (facteurs de résilience) qui viennent différencier les adolescents suicidaires des adolescents ayant la même problématique psychopathologique mais qui n'aboutit pas au passage à l'acte.

I-2-2-6) Approche sociologique de la tentative de suicide

Après avoir abordé les tentatives de suicide par une vision plus psychanalytique, il va être développé brièvement ici l'approche sociologique de la tentative de suicide chez les adolescents. Cette approche sociologique a été initiée par E. Durkheim (Durkheim E, 1930) vers la fin du 19^{ème} siècle, début du 20^{ème} s, qui conceptualise les liens de dépendance de l'individu à la société autour de l'intégration et de la réglementation.

La dimension d'intégration consiste en une insertion de l'individu au sein de son groupe social. Celle-ci peut se faire par exemple au sein de la famille ou par l'intermédiaire de la religion. L'évolution de la société actuelle fragmente ces liens qui unissent l'individu au groupe de par l'éclatement familial grandissant et l'individualisation de la religion.

La dimension de réglementation s'articule autour des normes que la société institue et qui sont faites pour laisser entrevoir à chaque individu des besoins à la hauteur de ses moyens, lesquels sont contrôlés par la société à travers ses normes. Un individu au sein d'une société sans normes aura une perception inconstante de son identité.

L'augmentation des besoins individuels gagne sur les normes traditionnelles et tend à désintégrer les structures sociales qui, de ce fait, perdent leurs fonctions intégratives et régulatrices et entraînent une carence dans la formation de l'identité des individus.

Les adolescents d'aujourd'hui seraient les symptômes d'une société elle-même en pleine adolescence.

I-3) Enquêtes effectuées sur le devenir des adolescents suicidants

I-3-1) Biais et limites

Les études concernant les adolescents suicidants s'intéressent plus à leurs antécédents et à leur contexte socio-familial et psychopathologique au moment de la tentative de suicide qu'à leur devenir, celui-ci étant difficile à évaluer.

Les quelques études s'occupant du devenir des adolescents suicidants ne sont que très peu superposables car elles sont différentes sur la méthodologie. Les principaux critères retenus dans ces études s'intéressent essentiellement aux taux et aux facteurs de risque de récurrence, et à la mortalité.

Quelques études se sont cependant intéressées à l'adaptation psycho-sociale et à la prise en charge des adolescents suicidants.

Mais celles-ci comportent de nombreux biais et limites.

Parmi les biais nous pouvons retenir principalement :

- l'importance des perdus de vue, ce qui entraîne un excès relatif d'informations concernant l'évolution la plus péjorative. En effet, il y a proportionnellement plus de renseignements recueillis par l'intermédiaire des dossiers médicaux et psychiatriques : ces renseignements concernent des patients ayant eu recours aux services de soins et ayant donc une évolution plus péjorative que ceux n'ayant pas eu besoin de soins pour lesquels moins d'informations sont recueillies.

- le lieu de recrutement des études : en effet, les chiffres vont être différents en fonction des lieux de recrutement qui peut être aussi bien réalisé en pédiatrie générale, qu'aux urgences, en réanimation ou chirurgie, en pédopsychiatrie.

- l'existence d'une population contrôle ou non et le type de population contrôle. Là encore, une différence va apparaître suivant que la population contrôle est recrutée en population générale ou en pédiatrie. De plus, il est important d'être attentifs aux critères d'appariement retenus.

Les limites retenues pour ce genre d'études sont essentiellement :

- l'existence d'un nombre important de suicidants n'ayant pas recours aux systèmes de soins.
- le devenir psychologique, pour être comparable n'est évalué que grossièrement, et par là même, en est moins fiable.
- malgré la reconnaissance d'un certain nombre de facteurs de risque, il existe une grande difficulté à supposer l'évolution au plan individuel.
- les études s'intéressant au devenir en fonction des mesures thérapeutiques proposées sont quasiment inexistantes.

I-3-2) Données sur le devenir des adolescents suicidants

I-3-2-1) Mortalité

Les taux de mortalité sont extrêmement variables selon les études, allant de 0 % (Angle CR, 1983), à 11,8 % (Granboulan V, 1995), (Garfinkel, 1982), (Kotila L, 1989), (Goldacre M, 1985), (Gehin A, 2005).

Les variations entre ces taux peuvent en partie s'expliquer par les différences concernant le recul de l'évaluation, et l'âge des sujets au moment de la tentative de suicide index. En effet, le risque de suicide n'est pas le même dans toutes les tranches d'âge. (Données sociales. Paris : INSEE, 1990)

De manière générale, les chiffres montrent que le risque de décès des anciens suicidants est, toutes causes confondues, supérieur à la population générale, avec un risque 4 fois plus élevé environ pour un recul entre 2 ans ½ et 3 ans ½ (Goldacre M, 1985), (Sellar C, 1985).

I-3-2-2) Décès par suicide

Les causes des décès dans ces études sur le devenir des adolescents suicidants sont les plus souvent des suicides ou des morts violentes. Le pourcentage des décès par suicide varie entre 20 % (Sellar C, 1985) et 80 % des études (Otto U, 1972).

Cependant certains chiffres peuvent être sous-estimés compte tenu de l'incertitude concernant certains décès par rapport à la nature auto-agressive de la cause du décès.

Une étude réalisée en 1985 par Hawton et coll. (Hawton K, 1993) portant sur des adolescents suicidants âgés de 15 à 24 ans s'est intéressée aux facteurs prédictifs du suicide, avec un recul de 17 ans. Cette étude a montré que le risque de mourir ultérieurement par suicide est plus élevé pour les adolescents ayant une consommation de drogues ou d'alcool (risque 3,3 fois plus important), et pour ceux ayant été hospitalisés en psychiatrie (risque 4,9 fois plus important). Il existe également, à un moindre degré, une corrélation entre suicide ultérieur et l'absence d'activité professionnelle (risque 2,8 fois supérieur), un bas niveau socio-économique (risque 2,7 fois supérieur), un antécédent de tentative de suicide au moment de la tentative de référence (risque 2,3 fois supérieur), et des troubles de la personnalité (risque 2,1 fois supérieur).

Par ailleurs, le risque de suicide ultérieur est plus important pour les adolescents ayant un état dépressif au moment de la tentative de suicide référence, ceci étant également corrélé à une forte intention de mourir (Kotila L, 1989), (Rao U, 1993).

Par contre la gravité somatique n'est pas corrélée au risque de décès ultérieur par suicide. Il est donc possible de dire que toute tentative de suicide, même peu grave sur le plan somatique doit être considérée comme sérieuse dans le développement de l'adolescent.

De la même manière, les récurrences suicidaires sont corrélées au risque de décès ultérieur par suicide, et ce d'autant plus que les récurrences sont multiples. (Kotila L, 1989).

Une étude a semblé intéressante, bien qu'elle concerne une population adulte, car elle a recherché le risque de mortalité par suicide avec un recul de 37 ans (Suominen K, 2004).

Le but était d'étudier le nombre d'années pendant lesquelles le risque de suicide persistait après la tentative de suicide de référence, sachant que le risque de suicide d'anciens suicidants est cent fois plus élevé que dans la population générale et qu'un antécédent de tentative de suicide est le facteur le plus corrélé au risque de suicide (Harris EC, 1997), (Owens D, 2002).

En 2000, après 37 ans de suivi, 55 % de la cohorte initiale était décédée. Sur le nombre total de décédés, 24 % étaient des suicides. 2/3 des suicides avaient eu lieu au moins 15 ans après la tentative de suicide de référence. Cette étude concluait donc qu'un antécédent de tentative de suicide était un facteur de risque de suicide pour la vie entière.

I-3-2-3) Récidives

Les taux de récurrence varient beaucoup d'une étude à l'autre, ceci étant pour une large part dépendant du recul de l'étude et du type d'étude. En effet, le nombre de récurrence a tendance à être plus sous-estimé avec des études rétrospectives qu'avec des études prospectives. Les taux retrouvés varient de 10 % à 3 mois (Spirito A, 1992) à 55 % à 10 ans. (Gehin A, 2005), (Angle CR, 1983), (Barter JT, 1968), (Goldacre M, 1985), (Foussard N, 1994).

Sue une cohorte d'adolescents âgés de 15 à 19 ans admis pour tentative de suicide, 44 % étaient des récidivistes (Kotila L, 1987).

De manière générale, ces études montrent que la majorité des récidivistes ne vivent plus avec leur famille, ont un couple parental dissocié, viennent de milieux sociaux défavorisés, ont plus souvent des problèmes d'adaptation sociale témoins de troubles de la personnalité, et qu'ils avaient déjà fait l'objet de traitements psychiatriques. De plus ces caractéristiques sont significativement différentes de celles des non-récidivistes (Cohen-Sandler, 1982), (Kotila L, 1989).

Brent et coll. ont montré aussi que les facteurs de risque de récurrence suicidaire au moment de la tentative de suicide référence étaient constitué par l'existence d'antécédents de tentative de suicide et/ou de soins psychiatriques, et la présence de troubles de l'humeur d'autant plus que ceux-ci sont anciens et chroniques (Brent DA, 1993).

En ce qui concerne le délai, les récurrences sont le plus souvent précoces, allant de 34 % des récurrences au cours des 6 premiers mois, 51 à 75 % au cours de la première année, à 77 % à deux ans (Kerfoot M, 1992), (Laurent A, 1998).

Cela précise l'importance du suivi à court et moyen terme des adolescents après une tentative de suicide.

Le tableau suivant résume quelques données concernant les taux de mortalité et de récurrence retrouvés dans la littérature.

Auteurs	Nombre de sujets	Age (années)	Recul (années)	Mortalité (%)	Récidive (%)
Angle <i>et coll.</i> (1994)	64	13-17	0,25	0	47
Barter et Swaback (1968)	45	< 21	3,5		42
Cummins (1984)	81	10-15	6		27
Foussard <i>et coll.</i> (1994)	134		7		12,3
Garfinkel <i>et Coll.</i> (1982)	505	6-21	9	1,6	
Goldacre et Hawton (1985)	2492	12-20	4	0,4	9,5
Granboulan, Rabain (1995)	265	12-22	11,5	11,8	30,7
Gehin (2005)	65	11-19	10	5,4	55
Guillon (1987)	67	11-17	1 à 5	0	(début étude) 21
Kerfoot et McHugh (1992)	59	8-16	7	0	20
Kotila et Lönnqvist (1989)	362	15-19	9	3,6	44
Laurent <i>et coll.</i> (1998)	485	8-17	5	2	34
Nardini-Maillard et Ladame (1980)	130	14-20	7	3,8	
Otto (1972)	1547	10-21	15	5,4	

I-3-2-4) Devenir psychosocial à long terme

L'étude référence en ce domaine a été celle menée par Otto en Suède en 1972, et qui a porté sur 1547 anciens suicidants âgés de moins de 21 ans (Otto U, 1972).

Les données ont été recueillies avec un recul de 10 à 15 ans, à partir des registres officiels, (services sociaux, judiciaires et militaires, état civil), et ont été comparées à un groupe contrôle issu de la population générale, apparié pour le sexe, l'âge et le lieu de naissance.

Cette étude met en relief, vis-à-vis du groupe des anciens suicidants, une plus grande instabilité (moins de mariage, plus de divorces, plus d'émigration), une plus grande morbidité psychiatrique (plus de pensions d'invalidité, plus d'arrêts de travail pour maladie, plus d'exemptions militaires), un statut économique inférieur, et plus de condamnations sur le plan pénal.

Otto a également distingué des sous-groupes d'adolescents suicidants à très grand risque morbide (les garçons, les filles de 10 à 13 ans, les adolescents utilisant des moyens violents, ceux chez qui aucun facteur déclenchant n'est retrouvé, et ceux ayant un diagnostic de psychose).

Parmi les études françaises, nous pouvons citer celle de Granboulan *et coll.* (Granboulan V, 1995), qui a recueilli des informations sur 127 anciens suicidants sur 256 initialement, avec un recul de 11 ans et demi en moyenne. Pour plus de la moitié d'entre eux, les relations

sociales et affectives ne sont pas stables ou sont de mauvaise qualité. Un tiers seulement entretient de bonnes relations familiales ; un quart se retrouve dans l'incapacité de travailler. Sur le plan du fonctionnement psychique, 20 % seulement ont un fonctionnement normal, 16 % présentent une personnalité de type état limite ou antisociale, 26 % ont une psychose chronique, et 32 % présentent des difficultés persistantes. A 11 ans ½ de distance, il est retrouvé 29 % d'évolution favorable, 33 % d'aggravation, le reste de l'échantillon se situant dans une position intermédiaire avec une persistance de la problématique adolescente et son retentissement sur les relations familiales, sociales et professionnelles. Cependant cette étude a été réalisée sans groupe contrôle, ce qui en limite l'interprétation.

L'étude de Laurent et *coll.* (Laurent A, 1998) s'est intéressée au devenir social, médical et psychologique des adolescents suicidants avec un recul de 5 ans, comparativement à un groupe contrôle. Il est retrouvé une différence significative concernant la scolarité des suicidants qui est plus faible, une consommation d'alcool supérieure ainsi qu'une fréquence accrue des hospitalisations en psychiatrie et des contacts avec la justice. A côté de cela, il n'est pas retrouvé de différences significatives pour le statut marital, l'existence d'enfants, la socialisation, la profession et le bien-être psychologique.

Le même constat est fait concernant la scolarité et la consommation de substances psychoactives dans l'étude de Choquet et Granboulan, avec un an de recul (Choquet M, 2004).

La proportion d'adolescents déscolarisés double pratiquement et passe de 19 à 27 %. Parmi ces adolescents qui quittent l'école, 50 % trouvent un emploi, et 50 % deviennent chômeurs.

La consommation d'alcool double passant de 7 à 15 %, et les consommations de tabac et cannabis augmentent également.

Par contre, cette étude retrouve une amélioration de l'état de santé, avec une baisse des plaintes somatiques, des troubles du sommeil et des scores de dépression.

La littérature internationale est plus disparate avec pour les plus optimistes une adaptation sociale, familiale et professionnelle satisfaisante (Angle CR, 1983), (Cummins RR, 1984), (Guillon JL, 1987).

Cependant ces études retrouvent un développement psychoaffectif perturbé pour la majorité des adolescents ayant répondu.

D'autres sont moins optimistes avec une persistance de problèmes psychosociaux dans 25 % des cas, 25 à 35 % d'adolescents ne présentant pas de problèmes psychosociaux, et une moitié étant dans une situation intermédiaire.

Ici aussi la consommation d'alcool est plus importante ainsi que les contacts avec le système judiciaire (Kerfoot M, 1992), (Vange B, 1985).

L'étude la plus pessimiste est celle de Nardini-Maillard et Ladame (Nardini-Maillard D, 1980), puisque aucun des adolescents retrouvés n'est indemne de difficultés psychologiques.

Les difficultés retrouvées sont les suivantes :

- Une non-autonomisation et une dépendance à l'environnement faisant écho à un échec du processus de séparation-individuation, avec l'établissement de relations d'objet anaclitiques.
- L'impossibilité d'établir des relations d'objet stables et adultes.
- Une absence de limites du Moi se traduisant par des difficultés dans la relation au corps ou d'identité sexuelle.
- D'importantes failles narcissiques, avec des angoisses d'abandon et les mécanismes de défense correspondant : recours à l'agir, déni, défenses hystérophobiques, narcissiques ou mégalomaniaques.

Cependant il est rappelé par Ladame la non-représentativité statistique de cette étude due à la petite taille de l'échantillon.

I-3-2-5) Suivi psychologique

La compliance thérapeutique est relativement faible avec des taux de sorties contre avis médical de l'ordre de 12 % (Granboulan V, 1995), 51 % de ruptures du suivi proposé à 3 mois pour 28 % seulement de présences régulières aux consultations. (Choquet M, 2004), (Roche, 1992).

Dans cette dernière étude, considérant les ruptures précoces et les suivis irréguliers, 71 % des adolescents sont dans une rupture de prise en charge à 3 mois.

Guillon et coll. ont remarqué que la première consultation post-hospitalisation était plus souvent manquée s'il s'agissait d'une consultation avec un psychiatre plutôt qu'un pédiatre ou si le rendez-vous était fixé plus de deux semaines après la sortie d'hospitalisation (Guillon JL).

Concernant la compliance au traitement médicamenteux prescrit, seulement 32 % des patients suivent la prescription normalement (Granboulan V, 1995).

Cependant, l'impact de la prise en charge reste délicat à évaluer. En effet, Brent *et coll.* ont remarqué un taux de récurrences plus important parmi les suicidants traités par antidépresseurs (Brent DA, 1993).

Mais ceci s'expliquerait par le plus grand risque morbide de ces sujets à l'origine de l'instauration d'un traitement antidépresseur.

Il apparaît donc que les adolescents suicidants adhèrent peu aux prises en charges proposées et que celles-ci n'ont pas une efficacité optimale.

Ces études du devenir sont inhomogènes, mais il en ressort que le risque morbide est plus élevé. L'analyse du contexte de la tentative de suicide permet de réfléchir à la prise en charge avec en premier lieu le fait de soigner la maladie en cas de pathologie psychiatrique avérée, la tentative de suicide représentant un épiphénomène, ce qui n'est pas le cas le plus fréquent, et dans les autres cas, la place est faite à la créativité des soignants.

I-4) Consensus sur la prise en charge des adolescents suicidants

Il est utile de rappeler les recommandations faites par l'ANAES en novembre 1998 (ANAES, 1998) auxquelles a fait suite en 1999 et 2000 un audit clinique qui a concerné 60 établissements dont le CHU de Limoges.

L'ANAES recommande donc qu'en cas de tentative de suicide d'un adolescent, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement.

Ainsi tout adolescent suicidant doit être adressé à un service d'urgence. C'est dans ce cadre d'accueil en urgence que la triple évaluation sera effectuée. "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".

L'examen somatique initial évalue la gravité à court et long terme du geste suicidaire et définit le traitement et la surveillance adaptés.

L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un psychiatre, si possible pédopsychiatre, et doit débiter le plus précocement possible. "La prise en charge des adolescents suicidants devrait être au mieux assurée par une équipe pluridisciplinaire particulièrement sensibilisée, formée et motivée par les soins aux jeunes suicidants".

Les principaux éléments à recueillir concernent : le geste suicidaire (mode, but, facteurs déclenchants et contexte, idées suicidaires, antécédents de tentative de suicide), la santé mentale (plaintes psychiques, pathologie psychiatrique patente, antécédents psychiatriques, traitements, consommation de drogues, alcool, tabac), la biographie (ruptures, violence, maltraitance sexuelle, fugues, grossesses), le mode de vie et l'insertion sociale (familiale, scolaire ou professionnelle, l'autonomie, l'étayage familial, les projets, les conduites à risque), le risque de récurrence. Les critères de récurrence à court terme à rechercher sont : l'intentionnalité suicidaire, les antécédents de tentative de suicide, personnels et dans l'entourage, l'absence de facteurs déclenchants, la pathologie psychiatrique (dépression tout d'abord), les abus sexuels et la maltraitance, les conduites violentes et les comportements à risque, prise de drogues et abus d'alcool.

La rencontre avec les parents ou le milieu de vie est indispensable afin d'apprécier la qualité de l'étayage, et d'entendre leur propre vécu des difficultés et du jeune.

L'évaluation sociale précise le contexte de vie, la situation scolaire ou professionnelle, l'existence d'un éventuel suivi social en cours. Elle peut permettre d'alerter les services sociaux ou judiciaires.

Après la période d'urgence, les recommandations concernent la distinction des cas où une prise en charge hospitalière est nécessaire de ceux où une prise en charge par un réseau en ambulatoire structuré peut être privilégiée.

L'hospitalisation doit se faire particulièrement en cas de risques de récurrence immédiate, de pathologie psychiatrique, d'environnement extérieur défavorable, de souhait de l'adolescent.

Concernant le suivi ultérieur, les recommandations de l'ANAES sont axées sur la préparation de la sortie de l'établissement de soins et sur les modalités de ce suivi ultérieur.

Il est à noter qu'il existe actuellement un consensus sur la prise en charge au moment de la tentative de suicide, mais que rien n'est établi quant à la conduite à tenir ultérieure, sur le long terme.

II) Discussion de l'étude et des résultats et comparaison aux autres travaux

II-1) Limites de l'étude

II-1-1) Limites méthodologiques

Dans tout travail de recherche il existe des biais et des limites et certains d'entre eux étaient connus avant cette étude. Malgré leur existence les bénéfices attendus à ce travail ont cependant paru justifier sa réalisation.

II-1-1-1) Hétérogénéité de l'intervalle entre la tentative index et l'hospitalisation en psychiatrie et hétérogénéité des âges

L'enquête réalisée a nécessité la consultation des dossiers d'hospitalisation en psychiatrie adulte. Or, ceux-ci donnent des informations sur les patients seulement au moment de leur hospitalisation, quelque soit la date de celle-ci entre 1993 et 2006. Donc certains dossiers ont permis d'avoir un recul assez lointain, d'autres n'ont donné des informations qu'avec un faible recul par rapport à la prise en charge initiale au CHU.

Donc sur l'ensemble des informations recueillies dans cette enquête, il n'existe pas d'homogénéité quant à l'intervalle entre la tentative index et la période d'hospitalisation en psychiatrie concernée par le recueil de ces informations.

Comme cela a été vu précédemment, la reprise de contact avec les patients, qui aurait permis de réactualiser les informations, peut s'avérer dommageable pour les patients et renvoie donc à des questionnements éthiques. De plus dans la démarche d'une étude préparatoire, elle n'aurait permis de réduire qu'un nombre limité d'inconnues.

Parallèlement au recul, un autre biais essentiel introduit par la méthodologie employée dans le recueil des données du CH Esquirol est la variabilité des âges au moment de l'hospitalisation en psychiatrie.

En effet, l'étalement des hospitalisations au CHE sur 14 ans entraîne une diversité des âges au moment de l'hospitalisation, âges qui sont très étalés et peuvent être compris dans une fourchette allant de 20 à 35 ans. Ceci rend la comparaison des critères sociaux entre les différents patients et aux chiffres INSEE (dont les fourchettes d'âge sont différentes) très discutable.

Il n'a cependant pas été fait de standardisation des âges compte tenu des différents intervalles entre la tentative index et la période d'hospitalisation concernée par le recueil de ces informations.

II-1-1-2) Nombre de patients

Le nombre de dossiers de patients réunis pour cette étude est très insuffisant pour la réalisation de tests statistiques satisfaisants. En effet, pour un certain nombre de critères étudiés, les possibilités de réponse étaient multiples, entraînant au niveau de la répartition des réponses de faibles taux pour certains de ces critères (par exemple, au niveau des diagnostics de la population des patients non-hospitalisés – population I-non H –, le taux correspondant à la réponse « psychose » est de 0). Ceci a pour effet qu'il n'est pas possible d'utiliser certains tests statistiques, les effectifs étant trop faibles. Les résultats ont pourtant leur intérêt, mais ne peuvent être utilisés qu'à des fins descriptives dans ces circonstances là.

II-1-1-3) Comparatif

L'étude du devenir des adolescents suicidants nécessite une comparaison à la population générale pour pouvoir établir la morbidité liée à la tentative de suicide. En effet, les résultats seuls ne permettent pas de tirer de conclusions s'il n'existe pas de référentiel pour les comparer et pouvoir leur donner un sens.

Dans cette optique, les critères retenus pour établir une population témoin introduisent des biais supplémentaires, et surtout l'effectif nécessaire est beaucoup plus important.

Dans cette étude, une comparaison a été réalisée entre la population des adolescents qui seront hospitalisés au CH Esquirol (population I-H) et celle des adolescents qui ne seront pas hospitalisés (population I-non H), vis-à-vis des critères initiaux (1991-1992). Pour ce qui est du devenir de ces adolescents, les seuls renseignements disponibles concernent les hospitalisés au CHE (population I-H). N'ayant pas d'informations sur le devenir des patients non-hospitalisés, il n'a pas été possible d'établir de comparatif entre ces deux populations vis-à-vis de leur évolution.

II-1-1-4) Fiabilité de la répartition entre les deux sous-populations (hospitalisés et non-hospitalisés)

Comme cela vient d'être rappelé, les informations concernant le devenir de la population des patients n'ayant pas été hospitalisés sur le CH Esquirol ne sont pas connues. L'enquête a été menée sur le postulat de départ que les patients hospitalisés en psychiatrie l'ont été sur le CH Esquirol. Pour les patients n'ayant pas déménagé de la Haute-Vienne, il est possible de considérer que leur hospitalisation s'est faite sur le CHE. Par contre, en ce qui concerne les patients ayant déménagé, leur éventuelle hospitalisation sur un autre hôpital psychiatrique n'est pas connue, et n'est donc pas prise en compte. Ne sachant pas ce que la population considérée comme « non-hospitalisée » est devenue, il est possible que le nombre de patients ayant eu recours à une hospitalisation psychiatrique soit sous-estimé.

II-1-2) Limites liées aux outils disponibles

Parallèlement aux limites prévisibles expliquées précédemment, il est apparu au cours de la réalisation de ce travail un certain nombre d'autres limites liées à ce qui a été retrouvé dans les dossiers.

II-1-2-1) Qualité de l'information

Dans la construction de notre grille de lecture, pour déterminer de manière exhaustive les différents facteurs paraissant importants pour comprendre le fonctionnement psychopathologique des individus, un certain nombre de critères a semblé intéressant. Cependant, ce travail s'est heurté à un manque d'informations concernant ces critères et concernant les données plus générales, tant dans les dossiers de pédiatrie relatifs à la tentative de suicide de 1991 ou 1992, que dans les dossiers d'hospitalisations du Centre Hospitalier Esquirol (CHE).

Ceci a été amplifié par le fait que certains dossiers n'ont pas été retrouvés au niveau du CH Esquirol, et donc pour lesquels les seules informations disponibles sont la date, la durée de l'hospitalisation et ses modalités, ces renseignements étant fournis par le logiciel informatique référençant toutes les hospitalisations.

De la même manière, certains dossiers du CHU ne sont pas remplis hormis le nom et la date de naissance, et la date d'hospitalisation, les patients étant sortis contre avis médical avant d'avoir été vus par le pédopsychiatre.

- Informations concernant la tentative de suicide

Concernant les informations recueillies dans les dossiers du CHU, nous référant à certaines approches comme celle de Ladame (Ladame, 1981), nous avons cherché à renseigner par exemple, le type de relations sociales établies entre le jeune et son environnement, l'existence ou non d'une rupture sentimentale, les problèmes de communication ou les conflits au sein de la famille...

Seulement, ces critères ne sont pas pris en compte dans les fiches de suivi standardisées de prise en charge des tentatives de suicide en 1991 et 1992, et les informations recueillies dans les dossiers médicaux de la même période sont aléatoires.

Ces aléas peuvent être du fait de l'intervenant, celui-ci ne pouvant établir de manière complète et bien codifiée une évaluation psychologique, la conduite d'un examen psychiatrique étant conditionnée essentiellement par l'orientation que font prendre les dires du patient. En effet, le discours spontané du patient peut fournir au praticien un certain nombre d'hypothèses qu'il faudra renseigner, et amène le clinicien, guidé par ce que lui apprend le patient, à faire des choix dans le recueil d'informations. L'entretien ne peut donc être exhaustif, et ce d'autant que les critères nous intéressant actuellement dans notre étude n'étaient pas forcément des centres d'intérêt prioritaires à renseigner pour les praticiens voyant les patients au moment de leur hospitalisation.

Ces aléas peuvent être également simplement fonction de l'adhésion du jeune à un entretien psychiatrique, car il est fréquent que certains adolescents soient hospitalisés contre leur volonté (étant mineurs et soumis à l'autorité parentale), et soient réticents à rentrer en relation avec le psychiatre qui s'intéresse à eux. D'autres adolescents sortent contre avis médical ou ne restent pas assez longtemps pour qu'une évaluation psychologique puisse être menée. Ces situations ont pour conséquence le fait que certains dossiers soient peu renseignés sur de nombreux critères.

- Informations concernant l'après-hospitalisation (1991-1992)

D'autres critères se rapportent au suivi post-hospitalisation et à la mobilisation de l'adolescent et de son environnement après la tentative de suicide, toujours dans une approche se référant à Ladame, afin d'évaluer ce qui permet ou non à l'adolescent de reprendre le cours normal de son développement.

Les données se référant à la mobilisation de l'adolescent (et de son environnement), et à son amélioration qui ont été reprises pour cette enquête, ont été tirées de travaux antérieurs réalisés dans le service concernant le devenir à court terme (2 ans) d'adolescents suicidants (Plougeaut, 1992), et où l'investigateur avait directement pris contact avec les praticiens assurant le suivi et avec l'environnement proche.

Cependant, ces travaux n'ont concerné qu'une petite partie des dossiers inclus dans l'enquête actuelle et l'information est donc manquante pour un certain nombre de dossiers, ceci faisant obstacle à une analyse statistique.

Il a semblé malgré tout important de conserver la prise en compte de ce critère dans la démarche d'évaluation du changement, et dans la réflexion menée sur la création d'outils de recherche pour l'évaluation du devenir d'adolescents suicidants.

- Nombre de récidives discutables

La recherche de récidives suicidaires s'est faite à trois niveaux :

- Dans un premier temps, les tentatives de suicide antérieures à l'hospitalisation de référence de 1991-1992 étaient recueillies dans les fiches standardisées d'admission pour tentative de suicide (avec les aléas de remplissage de ces fiches).
- Dans un deuxième temps, les récidives ultérieures ont été recherchées par l'interrogation des files actives de pédiatrie. Ces files actives ont permis de retrouver toutes les hospitalisations ultérieures pour tentative de suicide réalisés avant l'âge de 20 ans.
- Dans un troisième temps, l'étude des dossiers des patients hospitalisés au CH Esquirol a permis (lorsque cela était mentionné) de rechercher les antécédents de tentative de suicide ainsi que leur nombre. L'étude de ces dossiers a donc permis de prendre en compte les

récidives suicidaires réalisées après l'âge de 20 ans et qui ont donc échappé à l'analyse des files actives.

Les récidives suicidaires réalisées après l'âge de 20 ans par les patients du groupe I-non H, c'est-à-dire ceux n'ayant pas été hospitalisés au CH Esquirol sont inconnues et viennent donc introduire un biais dans la réalisation des comparaisons et la recherche de différences significatives.

Ces récidives postérieures auraient pu être recherchées par l'interrogation des fichiers des urgences, mais la comptabilisation des tentatives de suicide dans le service des urgences ne date que de 4 à 5 ans, depuis que les diagnostics et motifs de prise en charge sont notés dans le recueil des fiches PMSI (Plan de Médicalisation des Systèmes d'Information) installé au CH Esquirol.

Il n'était donc pas possible de retrouver toutes les récidives suicidaires.

De plus, les récidives suicidaires inscrites dans les dossiers du CH Esquirol ne mentionnent pas systématiquement les dates des tentatives de suicide, et il est donc parfois impossible de savoir si les tentatives de suicide mentionnées dans les dossiers sont celles réalisées avant la TS index ou après celle-ci.

La prise en compte des récidives suicidaires est donc discutable dans la mesure où ce nombre est vraisemblablement sous-estimé.

- Informations concernant l'hospitalisation en psychiatrie

En ce qui concerne les critères recherchés au sein des dossiers d'hospitalisations du CHE, certains sont les mêmes que les critères recherchés lors de l'hospitalisation au CHU, comme par exemple le type de relation sociale, les conflits familiaux, la notion de rupture sentimentale, la consommation de toxiques ou d'alcool, les conduites violentes...

Il a paru important de pouvoir évaluer l'évolution des caractéristiques initiales, qui traduisent pour certaines un type de fonctionnement psychique (par exemple l'association de contacts sociaux de type conflits répétitifs ou ruptures avec une consommation de toxiques ou d'alcool, des conduites violentes ou un contact avec la justice pénale peuvent faire penser à une personnalité de type limite), ou qui font tout simplement partie du contexte de la crise suicidaire initiale.

Cette évaluation permet de voir ce qui a changé dans l'environnement de l'individu et dans son fonctionnement psychique, et de le mettre en relation avec l'évolution de l'expression de sa souffrance psychique.

Les mêmes remarques que précédemment peuvent être faites sur les informations trouvées dans les dossiers d'hospitalisation au CHE, et sur la tenue des entretiens, et ce d'autant plus que les critères recherchés pour cette étude sont probablement moins pertinents quand il s'agit d'un contexte d'hospitalisation en psychiatrie adulte. En effet dans ces circonstances, les caractéristiques en lien avec le contexte environnemental et relationnel de la crise suicidaire ne sont probablement pas au premier plan de ce que va rechercher le praticien au cours d'une hospitalisation pour une autre expression symptomatique ou souffrance psychique, et la problématique de la tentative de suicide à l'adolescence est peut-être devenue accessoire dans les préoccupations du patient et du médecin.

De la même manière, l'intérêt apporté dans notre étude aux traces mnésiques de la tentative de suicide initiale dans l'évolution psychologique ultérieure des patients peut paraître accessoire pour le patient lui-même et pour son praticien en fonction des différents événements de vie vécus par le patient et de la place que prend sa souffrance psychologique au moment où il est pris en charge en psychiatrie adulte. Ceci peut expliquer le peu d'intérêt qu'il pourrait y avoir pour les praticiens à rapporter ces informations dans les dossiers.

Par ailleurs, la comparaison de l'adhésion à un suivi après hospitalisation est encore plus difficile à mettre en œuvre, ces informations ne se retrouvant pas dans les dossiers d'hospitalisation, et n'étant centralisées au niveau d'un logiciel informatique sur le CHE que depuis 3 ans, pour les suivis réalisés au CHE.

Les données se rapportant au suivi sont également faussées par la méconnaissance des suivis réalisés par les psychiatres libéraux. Ainsi, un nombre inconnu de patients a été coté "sans suivi" alors qu'un possible suivi psychiatrique était peut-être engagé à l'extérieur.

La connaissance de l'existence d'un suivi a donc été très aléatoire et fonction des traces de ce suivi dans les dossiers d'hospitalisation et dans les correspondances échangées entre praticiens.

Les comparaisons se rattachant à ce critère sont donc peu interprétables compte tenu du nombre d'inconnues existant.

De plus, de manière générale, certains critères ne sont renseignés dans les dossiers qu'en cas de réponse positive. Par exemple, les contacts avec les services judiciaires, la consommation de toxiques ou d'alcool, les conduites violentes ne seront mentionnées que s'ils existent. Leur non-existence n'apparaîtra pas dans les dossiers.

Cela renvoie à l'impossibilité d'une exhaustivité de l'examen psychiatrique et à l'orientation de l'entretien en fonction de la souffrance du patient et des éléments recherchés.

D'autre part, il semblait intéressant, dans l'évolution de l'expression de la souffrance psychologique, de rechercher l'existence de pathologies psychosomatiques.

Ce point sera précisé ultérieurement (cf. II-1-2-3 : Pathologies psychosomatiques), mais cette recherche de pathologies psychosomatiques a également été entravée par la qualité et la quantité des informations retrouvées dans les dossiers.

Il est donc possible de constater que la difficulté à retrouver les informations dans les dossiers représente un des inconvénients des études rétrospectives, au cours desquelles la méthodologie est construite à posteriori, le recueil des données au moment où le patient est pris en charge ne prenant pas en compte tous les critères nécessaires à l'étude.

II-1-2-2) Multiplicité des intervenants et subjectivité

Indépendamment de la question des diagnostics, le fait d'avoir plusieurs intervenants entraîne des distorsions dans le recueil des données en général, à partir du moment où ces données ne sont pas des critères objectifs (comme le statut matrimonial, la pratique d'une activité professionnelle, le type de revenus...).

Cette multiplicité des intervenants est inévitable, du fait de la dispersion des patients au sein des différents secteurs, du mouvement des populations médicales (qui ne sont pas toujours très stables), et du nombre de praticiens que le patient est susceptible de voir au cours de son hospitalisation en hôpital public (et à plus forte raison lorsqu'il est hospitalisé plusieurs fois).

Place de la subjectivité

Les critères faisant appel à une part de subjectivité de la part du praticien (et du patient), sont plus sujets à variations en fonction du nombre d'intervenants.

Ceux qui sont susceptibles d'être soumis à cette part de subjectivité sont :

l'étayage de l'entourage, les problèmes de communication avec les parents, la mobilisation de l'adolescent et de sa famille, l'amélioration de l'adolescent (pour l'hospitalisation de 1991-1992), l'évaluation de la demande de soins, du refus de soins et de l'utilisation de l'urgence (pour l'hospitalisation au CH Esquirol), la recherche de conduites violentes et comportements à risque, l'existence d'un conflit familial et le mode de relations sociales (pour les deux périodes).

Il faut citer également la symptomatologie retrouvée dans les dossiers, qui, quand le diagnostic n'est pas clairement signifié, peut amener le lecteur à émettre des hypothèses diagnostiques qui sont bien évidemment subjectives.

En effet, un même symptôme ne sera pas appréhendé de la même manière en fonction du psychiatre, ou même reconnu en tant que symptôme, la frontière existant entre symptôme et normalité étant parfois floue et discutable.

L'appréciation de ces critères subjectifs est faite à partir de l'interprétation des informations retrouvées dans les dossiers, et elle est donc dépendante de l'évaluateur. Elle est susceptible de subir des déformations au niveau de la retranscription dans les dossiers par le clinicien qui a vu le patient, et au niveau de l'interprétation des informations mentionnées dans les dossiers. Le fait de réaliser une enquête à plus large échelle nécessiterait l'augmentation du nombre d'intervenants pour le recueil de données, et donc la multiplication des distorsions liées aux interprétations différentes. La recherche de ces critères ne peut donc être standardisée sans introduire des biais d'interprétation.

Une précision est à donner vis-à-vis de la mobilisation et de l'amélioration de l'adolescent, qui restent encore plus délicates à apprécier. En effet, celles-ci sont dépendantes du recul, des individus sollicités pour donner leur opinion (adolescents lui-même, famille, intervenants sociaux...), et des critères retenus pour l'apprécier. Le fait d'avoir plusieurs personnes dans l'entourage du patient pour apprécier ce critère peut permettre d'essayer d'approcher au plus près la réalité du patient en tentant d'établir des corrélations entre les différents avis. La perception du patient est certes indispensable, mais elle n'est pas exclusive et nécessite une pondération par son environnement. Cependant lorsque les avis divergent, il est difficile d'apprécier la réalité même de la réponse, la place étant laissée une fois de plus aux biais d'interprétation.

La multiplicité des intervenants liée à la subjectivité d'un bon nombre de données recueillies entraîne la possibilité de retrouver parfois des informations contradictoires dans les dossiers.

II-1-2-3) Pathologies psychosomatiques

Il est apparu intéressant de rechercher les maladies psychosomatiques, notamment dans le sens de déplacement du symptôme que peut avoir une pathologie psychosomatique, vis-à-vis d'un arrêt des TS, ou d'une modification de l'expression d'une souffrance psychique.

Cependant, ces éléments ne pouvaient être retrouvés qu'au niveau des antécédents somatiques du patient qui sont parfois oubliés ou mis de côté par celui-ci, ou tout simplement peu pris en compte par le soignant. Ceci s'est donc traduit de nouveau par un manque d'informations concernant ces critères.

De plus, des difficultés ont été rencontrées dans la définition des maladies psychosomatiques. En effet, pour déterminer la réalité de l'origine psychosomatique, il est nécessaire de connaître l'histoire de la pathologie somatique et de la corrélérer à l'histoire de vie du patient et à sa souffrance psychologique. Le terme de psychosomatique ne peut se donner qu'après un examen attentif de l'histoire de la maladie et de sa genèse, ainsi que de l'histoire psychologique concomitante.

De ce fait, il n'existe pas de consensus sur une liste de pathologies psychosomatiques, et le diagnostic « psychosomatique » ne peut donc se poser qu'au cas par cas.

Compte tenu de ces éléments, il n'a donc pas été possible de recueillir avec certitude tous les antécédents des patients, ni de qualifier de psychosomatiques les maladies retrouvées dans certains cas.

Par contre, les antécédents et pathologies somatiques présentées par les patients ont été relevés à des fins descriptives et pour observer leur fréquence, même s'il ne peut en être tiré aucune conclusion statistique.

II-1-2-4) Disparité des approches diagnostiques et des prises en charge

Se pose la question de la pertinence des diagnostics, et ceci à deux niveaux :

- En premier lieu, au niveau de la conception théorique de la pathologie mentale :

En effet, les diagnostics posés au CHU en 1991-1992 appartiennent à la classification CFTMEA 1^{ère} version (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent), c'est-à-dire à une approche de la pathologie basée sur les structures de personnalité (psychoses, pathologies limites et névroses) dans une conception psychodynamique.

A l'inverse, les diagnostics posés ultérieurement à l'occasion d'hospitalisations en psychiatrie adulte appartiennent le plus souvent à la classification CIM X (Classification Internationale des Maladies 10^{ème} révision), qui correspond plus à une approche catégorielle des pathologies, celles-ci étant regroupées sous forme de grands syndromes et s'intéressant essentiellement aux symptômes présentés par le patient, l'approche de la structure de personnalité étant laissée de côté.

L'intérêt porté dans ce travail à la structure de personnalité et non à la seule symptomatologie, explique qu'ont été considérés comme « non renseignés » de nombreux diagnostics établis en psychiatrie adulte qui ne s'attachaient qu'à la symptomatologie affective, dénommée « trouble de l'humeur » dans la classification CIM X (syndrome dépressif, état mixte, état maniaque...), ceux-ci n'apportant aucun élément dans l'appréciation de la structure de personnalité.

En outre, la recherche des diagnostics au cours de l'hospitalisation en psychiatrie adulte est partie du principe que ceux-ci étaient cotés avec la classification CIM X, classification utilisée depuis plusieurs années au niveau du CH Esquirol pour la cotation des fiches de PMSI et pour une unification des diagnostics.

Cependant, l'étalement des hospitalisations et donc des diagnostics sur 15 ans entraîne un écueil supplémentaire quant à la référence à cette classification. En effet, les classifications évoluent constamment en psychiatrie, parallèlement aux courants de pensées qui laissent plus ou moins de place en fonction des époques à une approche psychodynamique. Cette évolution est illustrée dans les modifications du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM), qui a connu quatre versions en 20 ans, chaque nouvelle version s'appuyant sur une critique de la précédente pour affirmer sa légitimité. (Gekiere, 2007).

Ainsi la standardisation des diagnostics alors que ceux-ci ne se réfèrent pas forcément à la même approche est pour le moins discutable.

Ceci est amplifié par le fait que, pour une époque donnée, la référence à une école théorique est déjà très hétéroclite. Les diagnostics retrouvés dans les dossiers de psychiatrie adulte pouvaient être très divers, laissant percevoir en filigrane à quelle approche le clinicien faisait référence, sans pour autant que celle-ci soit clairement mentionnée.

Ces diagnostics ne se basent donc pas, à posteriori, sur une seule et unique classification, mais sur un flou de classifications qui évoluent avec le temps.

Ayant plusieurs systèmes de classifications différents au niveau de la conception, il semble difficile d'avoir une pertinence dans l'évaluation de la cohérence des diagnostics, même si pour une partie d'entre eux, des ponts sont réalisables.

- En deuxième lieu, au niveau de la multiplicité des intervenants :

En effet, indépendamment de l'approche théorique, la pathologie mentale entretient des liens étroits avec la subjectivité, comme cela a été précisé précédemment, et l'examen psychiatrique ne peut être réduit à un examen codifié comme peut l'être l'examen somatique. La recherche de la sémiologie va être orientée en fonction de l'intervenant et peut être interprétée différemment en fonction de ce qui est recherché (Mises, 2002) (Israel, 1984). Ceci aura d'autant plus de répercussion que le patient ne présente pas de problématiques le faisant appartenir à une catégorie nosographique bien claire et définie, mais qu'il présente plutôt des problématiques floues et mal délimitées ou la subjectivité aura plus de place. Il est possible de remarquer que la population de cette étude ayant été hospitalisée en psychiatrie appartient plutôt à cette deuxième catégorie.

Pour cette raison, il se peut que pour un même patient plusieurs diagnostics puissent être envisagés, ceci à la fois en raison de la subjectivité de l'examen clinique et en raison de l'approche théorique des intervenants (Gekiere, 2007).

Le fait que les patients soient hospitalisés dans cinq secteurs différents entraînent une multiplicité des intervenants dans l'élaboration des dossiers, ceci étant amplifié par l'éventualité d'interventions de nombreux médecins pour un même patient, et ce d'autant plus que celui-ci est hospitalisé longtemps ou de nombreuses fois (la démographie médicale d'un hôpital public ayant tendance à beaucoup évoluer).

Il se pose alors la question de la pertinence à vouloir établir une comparaison entre les différents diagnostics de 1991-1992 et ceux établis ultérieurement.

II-2) Réflexions sur les résultats

II-2-1) Interrogation sur la cohérence des diagnostics

Il apparaît des différences entre les diagnostics portés au CHU lors de la tentative de suicide index et les diagnostics ultérieurs portés au CHE. Pour un certain nombre d'entre eux (15), le diagnostic n'est pas porté sur le dossier (CHU comme CHE) ce qui entraîne donc une marge d'incertitude quant à l'analyse des données.

Pour 18 d'entre eux le diagnostic de structure est identique, mais pour 14 d'entre eux ce diagnostic est différent. Se pose alors la question de savoir ce qui entraîne ces différences.

Un adolescent qualifié de névrotique à l'adolescence et de psychotique ou de trouble de la personnalité à l'âge adulte, peut en effet apparaître à l'adolescence avec des aménagements ou des mécanismes de défense pseudo-névrotiques (la personnalité n'étant pas encore complètement fixée et cherchant encore différents modes d'étayage), et donner l'illusion d'une névrose, puis s'aménager ultérieurement sur un mode état limite, ou alors décompenser sur un mode psychotique et avoir des phases de régression.

Il en va de même pour les adolescents qualifiés initialement de troubles de la personnalité, et ultérieurement de psychotiques, d'autant plus que la distinction entre ces deux entités est floue en fonction de l'appartenance théorique des praticiens qui posent le diagnostic.

Par contre, une discordance persiste pour les adolescents diagnostiqués « personnalité psychotique » à l'origine, et « personnalité névrotique » à l'occasion de leur hospitalisation au CHE. Car si le diagnostic de psychose est posé initialement, c'est qu'il y a des fixations à des stades précoces de développement qui ne sont pas dépassés, avec défaillance de l'organisation dans la petite enfance. Le sujet n'a pas acquis la différenciation Soi-Non Soi, et son Moi n'est pas complet et s'en retrouve morcelé ; les angoisses sont des angoisses de mort par éclatement, de morcellement, de destruction (Bergeret, 1974).

Une structuration semblable à l'adolescence laisse entrevoir peu de chance d'évoluer vers une névrose sans qu'il y ait de bouleversements profonds, ce qui reste peu probable.

Ceci nécessite la remise en question d'un des deux diagnostics et le rappel qu'un diagnostic de structure de personnalité ne peut se poser de manière sûre sans une évaluation complète de l'organisation psychique et des modes de fonctionnement. De plus, il est utile de rappeler

qu'un diagnostic en psychiatrie est toujours sujet à une réévaluation et une modification en fonction de l'évolution.

Il ressort quelques particularités de l'échantillon des patients ayant été hospitalisés ultérieurement (population I-H).

Il est retrouvé une majorité de troubles de personnalité, à la différence des sujets n'ayant pas été hospitalisés en psychiatrie adulte après leur tentative de suicide en 1991 ou 1992, ceux-ci étant majoritairement diagnostiqués névrotiques. En effet, il est probable que ceux-ci aient trouvé des modalités évolutives leur permettant soit de reprendre un développement psycho-affectif normal, soit de trouver des étayages extérieurs ou des mécanismes de défense leur permettant une adaptation à peu près correcte à leur environnement.

II-2- 2) Evolution psychopathologique des patients

II-2-2-1) Délai avant l'hospitalisation

L'analyse des hospitalisations en psychiatrie amène à s'interroger sur l'intervalle entre l'hospitalisation en pédiatrie et la ou les hospitalisations en psychiatrie.

- Il serait intéressant de comparer les patients ayant recours tardivement à l'hospitalisation psychiatrique et ceux y ayant recours plus précocement.

Cette comparaison pourrait se faire au niveau de la problématique amenant à l'hospitalisation (est-elle identique à celle de l'adolescence ?), au niveau du type d'utilisation de la psychiatrie (utilisation ponctuelle ou chronique ?), ainsi qu'au niveau de leur structure de personnalité.

L'utilisation ponctuelle de la psychiatrie peut se concevoir pour des patients ayant une vulnérabilité psychologique et nécessitant une aide ponctuelle pour retrouver des mécanismes de défense suffisamment opérants pour leur permettre d'avoir un fonctionnement plus ou moins adapté et satisfaisant, alors que l'utilisation plus chronique ou répétée de la psychiatrie peut se concevoir pour des patients ne trouvant pas dans leurs ressources personnelles l'étayage suffisant et utilisant alors l'institution psychiatrique comme étayage externe.

- Ensuite, pour les patients n'ayant eu recours que tardivement aux services de psychiatrie, il pourrait être utile de connaître leur histoire de vie au cours de l'intervalle séparant les deux périodes, ainsi que les différentes épreuves qu'ils ont eu à surmonter, les étayages qu'ils ont

pu retrouver et les raisons pour lesquelles, à un moment donné, ils ont eu recours à la psychiatrie.

II-2-2-2) Motifs d'hospitalisation en psychiatrie

L'étude de l'évolution des critères entre l'adolescence et l'âge adulte pour les patients hospitalisés au CH Esquirol (groupe H) amène à s'interroger sur les motifs d'hospitalisation en psychiatrie de ces patients, et sur la comparaison de leurs problématiques psychopathologiques entre l'adolescence et l'âge adulte.

Par exemple, il peut être intéressant de voir quels sont les motifs d'hospitalisation des patients ne présentant pas de problématiques dépressives, et notamment de voir si ces patients n'ont pas recours aux passages à l'acte, comme moyen de lutte contre la dépression.

Ce recours au passage à l'acte est intéressant à rechercher comme mécanisme de défense à la fois dans l'adolescence de ces patients et à l'âge adulte.

La question se pose de savoir si le contexte psychopathologique est le même, c'est-à-dire si l'on se situe dans la continuation de la « crise », ou si c'est dans une nouvelle problématique que se situe le patient.

En fonction de la résolution ou la non-résolution de la problématique de l'adolescence, il peut rester une vulnérabilité psychique rendant le patient plus sensible aux événements de vie, et donc aux éventuelles décompensations.

Le contexte psychopathologique dépend également de la manière dont, adolescent, le patient a pu sortir de la crise (ou pas), à un moment où le fonctionnement psychique est plus souple et où les recours à tel ou tel mécanisme de défense ne sont pas encore fixés.

II-2-2-3) Reproduction ou modification ?

La question de l'évolution dans les différentes problématiques pouvant aboutir à une « crise » amène à s'interroger sur le sens que peut avoir la récurrence suicidaire :
Soit elle peut correspondre à une reproduction à l'identique. Il est alors possible de considérer qu'il n'y a pas eu de changements, la récurrence étant ainsi un élément pronostic défavorable risquant de devenir un organisateur de la personnalité (Jeammet, 1981).

Ou elle peut s'inscrire dans une modification du fonctionnement psychique. Cette tentative viendrait prendre alors l'expression de remaniements psychiques, pourrait être reprise et élaborée dans le cadre d'une psychothérapie et de ce fait serait moins péjorative quant au pronostic (Roche, 1992).

II-2-2-4) Le changement

Comme cela a été vu précédemment, il y a une nécessité de changement et chez l'adolescent et dans son environnement pour qu'il puisse trouver une solution moins inadéquate, solution qui lui permettrait d'aménager une réalité jusque là insupportable.

Ce changement peut s'amorcer au cours de l'hospitalisation ou parfois dans l'après-hospitalisation. Celle-ci nécessite un remaniement pas toujours objectivable, et qui peut être également plus ou moins accepté par l'adolescent et sa famille (Roche, 2000).

Le changement peut provenir de la tentative de suicide elle-même. Celle-ci peut être à l'origine d'une réaction de l'individu et/ou de sa famille entraînant des modifications dans le fonctionnement psychique individuel ou dans le système familial. Elle peut venir aussi de la réponse familiale à cet acte agi, de la prise en charge médicale qui peut à un moment donné être à l'origine ou favoriser telles ou telles modifications, de l'hospitalisation elle-même, voire parfois même de la signification que cette tentative de suicide (et les réactions en découlant) peut prendre dans « l'après-coup » (Béraud, 2005).

Une question vient alors se poser sur les raisons de ce changement, qui certes, peuvent être dépendantes de multiples facteurs s'associant dans des proportions propres à chacun.

La structure de personnalité, de par la souplesse ou la rigidité de ses fonctionnements a peut-être une influence plus ou moins importante sur la possibilité de changement qu'a l'adolescent. Cependant la possibilité de changement n'est pas réductible à cette seule structure de personnalité, et d'autres facteurs sont susceptibles d'avoir une influence sur ce changement, comme le contexte environnemental qui peut ne pas créer de conditions propices au changement.

De ce fait la prise en charge se complexifie car si l'amélioration de l'adolescent amène à une reprise de son développement et notamment à la maturation de sa personnalité, cette personnalité elle-même peut représenter un frein au changement nécessaire à l'amélioration, et donc à la maturation psycho-affective.

D'autre part, le changement ne se réduit pas à son existence ou son inexistence ; la demande de changement peut être plus ou moins manifeste, plus ou moins suscitée en fonction de l'interlocuteur, et il peut y avoir nécessité pour le soignant à l'anticiper et à l'accompagner.

II-2-2-5) Qu'en est-il des patients non hospitalisés ?

La perception d'une certaine continuité dans les fonctionnements pathologiques des patients hospitalisés à la fois en 1991-1992 et au CH Esquirol, amène à se poser la question du devenir de ceux qui n'ont pas été hospitalisés en psychiatrie, et notamment de ceux pour qui il existait des fonctionnements symptomatiques (relations sociales, conflits, troubles des conduites, dépression...), et la question de la possibilité de changements au cours de leur évolution, changements aidés ou non par une prise en charge psychiatrique.

La recherche de changements chez ces patients – dont il est possible de considérer qu'ils ont eu une meilleure évolution – pourrait suggérer, si elle s'avérait positive, que le maintien des fonctionnements symptomatiques ou pathologiques serait, parmi d'autres facteurs, prédictif de mauvaise évolution ultérieure.

Ceci rejoint l'hypothèse de Ladame (Ladame, 1981), déjà citée précédemment, et qui considère qu'il y a une nécessité de changement chez l'adolescent et aussi dans son environnement pour qu'il y ait une cessation de ses comportements suicidaires. Ceci peut être étendu à l'amélioration globale de l'adolescent et donc de l'adulte en devenir.

Ladame précise bien la nécessité de changements à la fois « au-dedans et au dehors ». Il est alors possible de penser qu'un changement seul, soit dans la « réalité interne », soit dans la « réalité externe », amène l'adolescent à retrouver un équilibre plus ou moins précaire, qui peut permettre un arrêt de ses comportements suicidaires, sans pour autant lui permettre de résoudre sa conflictualité psychique, celle-ci pouvant alors, à plus ou moins longue échéance, s'exprimer différemment au travers d'une autre symptomatologie psychique, voire somatique.

II-2-3) Mémoire du passé

II-2-3-1) Date de révélation des événements traumatisants

Il serait intéressant, lorsqu'il y a eu des événements traumatisants préalables à la tentative de suicide ou à l'hospitalisation en psychiatrie, d'étudier leur date de révélation par

rapport au déroulement de la vie du patient. Ceci s'intègre dans la démarche qui consiste à apprécier la place que laisse chaque patient aux événements de son passé et à la capacité d'intégration de celui-ci.

En effet, les individus sont tous inégaux devant les traumatismes, en fonction de la vulnérabilité psychologique et des capacités de résilience de chacun.

Ainsi, les événements traumatisants et leur plus ou moins grande acceptation peuvent avoir un impact différent dans la psychopathologie de chaque individu. Il est possible de penser que la date de révélation de ces événements traumatisants peut avoir un lien avec leur intégration et avec la résolution de la souffrance psychique qu'ils occasionnent pour le sujet.

C'est le remaniement de ces événements passés par le sujet dans « l'après-coup », qui peut leur donner un sens, ou une place dans la genèse du trouble. (Freud S, 1895).

Le travail réalisé dans « l'après-coup » peut leur permettre d'avoir accès à une représentation moins douloureuse de l'évènement. « Ce qui est remanié dans l'après-coup, c'est ce qui dans l'évènement n'a pas pu prendre de sens au moment où il a eu lieu, faute de maturation psychique adéquate » (Béraud, 2005). Ainsi, la date de révélation peut avoir un lien avec cette notion « d'après-coup », et avec la représentation du traumatisme, l'acceptation ainsi que l'affectivité lui étant liées pouvant être différentes en fonction du travail psychique effectué pour faire face à ce traumatisme.

Cependant, le nombre d'informations recueillies est trop faible pour essayer d'établir des liens entre le ou les événements et la problématique psychopathologique, d'autant que les interactions sont probablement multiples.

Une précision est à apporter quant à cette notion « d'après-coup ». En effet, dans la conception de Freud, c'est un deuxième événement, quelle que soit son importance, qui vient donner sens dans « l'après-coup » à ce qui dans l'évènement initial n'a pu s'intégrer dans un contexte significatif.

II-2-3-2) Place de la tentative de suicide de l'adolescence dans la mémoire des patients

Il serait intéressant d'étudier l'importance que donne chaque ancien adolescent suicidant à sa ou ses tentatives de suicide antérieures, et d'essayer de la mettre en relation avec son parcours de vie, ses souffrances psychologiques, l'efficacité des mécanismes de

défense mis en jeu et le possible accès à un travail personnel ultérieur. En effet, il est possible de supposer que la fuite et l'évitement de difficultés antérieures (tentative de suicide) ne permettent que de retrouver une pseudo-adaptation ou un pseudo-bien-être psychologique, qui resterait fragile et susceptible de s'effondrer en cas d'évènement de vie douloureux. Ou encore cet évitement pourrait se retrouver dans le recours à certaines formes d'auto-traitement parallèle : alcool, drogue, abus de psychotrope. Ces comorbidités, telles qu'elles sont dénommées actuellement peuvent avoir pour but d'éviter l'affrontement à cette souffrance jamais élaborée.

La négation de problèmes psychologiques antérieurs peut effectivement avoir pour fonction d'éviter la remémoration de souvenirs pénibles et empreints de souffrance, pour ne pas se soumettre au poids de la culpabilité et de la tension insupportable que cela entraînerait. Cette négation aurait pour but de se préserver de toute résurgence de symptômes par le réveil de ces souvenirs, et pourrait se voir à travers des conduites agies.

De ce fait, la question se pose de savoir si les anciens suicidants allant bien actuellement, « oubliant » leur souffrance psychologique passée ne sont pas en fait dans une maximisation du côté positif de leur situation actuelle en opposition aux moments difficiles de leur parcours, tout en gardant malgré tout une vulnérabilité psychique. Il est possible de se demander s'ils assument vraiment totalement les solutions mises en œuvre pour pallier les impasses dans lesquelles ils se sont retrouvés. Leur bien-être psychologique est peut-être encore trop incertain pour leur permettre d'évoquer un passé trop douloureux, et ils ont alors recours à un investissement purement factuel de la réalité.

II-2-4) Mauvaise intégration dans une nosographie classique

Une grande partie des sujets hospitalisés ultérieurement en psychiatrie présente des troubles qui sont difficiles à inclure dans un cadre nosographique précis. Il a été vu que ces patients étaient souvent : soit diagnostiqués comme ayant une personnalité de type limite (ce diagnostic incluant néanmoins un vaste champ psychopathologique et pouvant être perçu de manière différente en fonction de l'approche théorique), soit soumis à des diagnostics différents et variés selon les praticiens, soit tout simplement sans diagnostics dans les dossiers.

Il est également intéressant de noter que ces patients ont majoritairement récidivé leur tentative de suicide et sont peu utilisateurs des suivis proposés.

De plus, ces patients utilisent les soins psychiatriques de manière répétée sans pour autant être dans la chronicité complète (un bon nombre de patients est retrouvé dans les fichiers de l'hôpital sur une période de un à cinq ans, sur une durée totale de 15 ans), et sont peu demandeurs de soins sans être dans l'opposition et le refus de soins systématiquement.

Une difficulté est donc repérée pour appréhender ces patients d'une manière claire et bien définie, et pour leur proposer une prise en charge clairement identifiée et consensuelle.

II-2-5) Modalité de rencontre entre le patient et les soins psychiatriques

II-2-5-1) Recours à l'urgence

Le recours à des situations d'urgence comme modalité d'accès aux soins psychiatriques pourrait être comparée avec la demande de soins du patient.

En effet, le fait d'attendre d'être dans un contexte de crise pour recevoir des soins signe le plus souvent l'absence de démarche antérieure du patient dans la reconnaissance d'une souffrance psychologique, la fuite ou le déni de celle-ci, ou plus simplement le refus d'une aide.

Cependant, ceci implique la possibilité pour le patient de reconnaître une souffrance, reconnaissance qui est impossible dans certaines pathologies, notamment psychotiques, où un mécanisme de défense essentiel est le déni, se traduisant très souvent par une anosognosie.

Cette notion de recours à l'urgence est donc discutable, et ce d'autant plus que sa définition est floue et imprécise.

En effet, l'appréciation de l'urgence ne se base pas sur le simple fait que le patient passe par le service des urgences.

Il est possible de distinguer deux types d'urgences dans la pratique quotidienne en psychiatrie : d'une part les situations constituant une réelle urgence de par leur gravité psychopathologique nécessitant des soins immédiats (décompensation psychotique, mélancolique...). Ce type d'urgence ne passe pas systématiquement par le service des urgences, et les patients sont assez souvent hospitalisés contre leur gré, étant incapables de percevoir la nécessité de soins et méconnaissant la situation pathologique.

D'autre part il y a l'utilisation de l'urgence comme modalité d'accès aux soins, le service des urgences représentant un service par défaut quand le patient ne sait pas vers quels intervenants

se diriger : il se sent en souffrance psychique et demande une aide psychologique dans l'immédiateté. Il est dans l'incapacité à accepter la possibilité d'une attente à la verbalisation de sa souffrance et à élaborer le travail psychique possible : il souhaite un apaisement symptomatique, et souvent cela reste sa seule demande. Dans ces situations, il existe cependant une demande de soins, même si celle-ci reste assez souvent superficielle. Il reste alors pour le soignant à essayer de percevoir quelle est la demande de changement dans cette demande de soins.

Le recours à l'urgence peut donc se concevoir théoriquement comme n'étant pas indépendant de la demande de soins et de la structure de personnalité du patient.

Il peut également se comparer au recours à « l'agir » : en effet, le patient est dans le passage à l'acte de l'urgence, en tant qu'évitement de la pensée, de la remise en question et de l'élaboration d'une conflictualité psychique, celle-ci se traduisant le plus souvent par une demande de soins différente, réfléchie et envisagée avec un thérapeute en dehors de situations d'urgence.

Par ailleurs, il serait intéressant de comparer le recours à l'urgence de la population concernée dans cette étude avec le recours à l'urgence d'autres patients hospitalisés au CHE, et de voir s'il diffère et en quoi. Cependant, compte tenu de l'hétérogénéité des dates d'hospitalisation et des âges au moment de l'hospitalisation de la population I-H, il est difficile de concevoir un appariement adapté de la population témoin.

La question est de savoir si le recours à l'urgence ne serait pas une caractéristique fréquente de l'hospitalisation en psychiatrie, l'intérêt du patient pour sa souffrance psychologique l'amenant généralement à consulter préalablement, et probablement à limiter le recours à l'hospitalisation. Mais là encore, la possibilité pour le patient de reconnaître la nécessité d'une aide et donc de consulter peut être éventuellement liée à sa structure de personnalité.

II-2-5-2) Difficultés dans l'adhésion des patients à un suivi pertinent

Il a été vu qu'un problème essentiel de la prise en charge des adolescents suicidants est la rupture du suivi, qui intervient très fréquemment. Or, ce type de suivi est conditionné de manière très fréquente par le type de pathologie présenté par l'adolescent, et par le type et l'efficacité des mécanismes de défenses mis en œuvre (Roche, 1992).

V. Granboulan (Granboulan V, 1998) précise ce fait en expliquant que c'est dans le cas de patients psychotiques et de patients névrotiques que le suivi pose le moins de problèmes, dans un cas parce que chez le patient psychotique les défenses « sont en faillites totales et

l'angoisse à nu (lui) impose la demande de soins », et dans l'autre cas parce que « chez l'adolescent dont la pathologie est plus modérée, le Moi est suffisamment structuré pour supporter à la fois le transfert et la souffrance psychique, ce qui garantit la demande et la possibilité d'une relation thérapeutique ». Ce sont donc les adolescents dont la personnalité est intermédiaire qui posent plus de problèmes d'adhésion à un suivi, et plus ces adolescents sont en difficultés, plus le suivi est aléatoire. V. Granboulan précise que « la relation thérapeutique est compromise par leur fragilité narcissique, et toujours menacée de rupture ou de passage à l'acte ». Ainsi, de même que la souffrance psychique est déplacée dans le champ du comportemental – et n'est donc pas mentalisée – la demande de soins est elle-même évacuée.

Les patients présentant un trouble de personnalité sont donc ceux qui adhèrent le moins à un suivi, et qui sont à même d'être hospitalisés ultérieurement en psychiatrie. Cependant, il n'a pas été possible de corrélérer le type de suivi à l'adolescence avec l'hospitalisation en psychiatrie.

Concernant ces patients hospitalisés en psychiatrie, il a également été constaté les difficultés dans l'adhésion à un suivi. Il est possible de penser que cette population reste difficile à atteindre par l'absence de réelle implication dans une démarche de soin malgré les propositions faites, et par cette utilisation fréquente de l'urgence.

La psychiatrie s'intéressant au psychisme humain, une de ses particularités est qu'il est difficile d'aider quelqu'un contre son gré (hormis d'un point de vue symptomatique à l'aide de médicaments dans le cadre des hospitalisations sous contrainte), quelqu'un dans la fuite et l'évitement de la pensée et qu'il existe certaines populations qui, malgré efforts et adaptation de prise en charge échapperont à toute amélioration.

L'enjeu reste alors de trouver de nouveaux moyens pour essayer d'atteindre cette population et d'augmenter la compliance aux soins, ou ne serait-ce que de faire naître cette demande. Car c'est par le biais de prises en charges diverses et continuellement adaptées qu'il est possible « de restituer langage et fonction de message à des actes » (Roche, 1992), qui peuvent alors prendre une signification nouvelle pour le patient. A travers le travail de la consultation il peut lui être fournie la possibilité de s'intéresser à son fonctionnement psychique, donc à mentaliser sa souffrance psychologique, l'amenant à devenir un consultant potentiel à même d'entreprendre une démarche de psychothérapie, lui ouvrant alors la voie d'un changement possible et d'une amélioration.

II-2-5-3) Utilisation des services de soins psychiatriques comme palliatif à une inadaptation sociale

De ce fait, les patients ne répondent pas, ou mal à une prise en charge classique s'appuyant sur une conduite à tenir bien précise. Il y a souvent une nécessité d'adaptation et de souplesse dans l'accueil de ces patients, les soins apportés se situant plus dans une dimension d'étayage, car ce sont bien souvent des patients qui présentent un défaut d'étayage qu'ils retrouvent dans l'accompagnement au sein de l'hôpital psychiatrique. Cet étayage vient pallier l'inadaptation sociale dans laquelle ils se trouvent, la prise en charge psychiatrique s'inscrivant alors dans la dimension sociale que la société actuelle veut bien lui donner.

II-3) Comparaison aux autres travaux

Le travail réalisé ici diffère sensiblement des autres travaux réalisés sur le même sujet dans le sens où il s'intéresse au devenir des patients hospitalisés en psychiatrie uniquement, parmi l'ensemble de la cohorte initiale.

De plus le recul est hétéroclite, ce qui entraînerait une inadéquation dans la comparaison des données concernant le devenir.

Les données générales concernant le devenir social des populations étudiées dans autres travaux ont été citées dans le chapitre consacré aux études réalisées sur ce sujet, et il n'a donc pas semblé pertinent d'établir ici une comparaison sachant que les populations prises en compte à la fin des études sont différentes et donc non comparables.

En outre, n'ayant aucunes données sur les populations de patients hospitalisés en psychiatrie dans les autres études, il a semblé difficile de pouvoir établir une comparaison avec la population étudiée dans ce travail.

Cependant certaines données générales peuvent être comparées au niveau de l'étude de la population initiale, ainsi qu'au niveau du taux de mortalité, du taux de récurrence (avec la réserve liée au manque d'information), et du suivi réalisé après l'hospitalisation.

II-3-1) Comparaison de la population initiale

La prédominance féminine est retrouvée systématiquement dans les études, et la population étudiée ici ne diffère pas de cette tendance. Le pic d'âge des études se situe

environ vers 15 ans dans la plupart des études. Notre population est donc sensiblement plus âgée, avec plus de 70 % de la population ayant plus de 18 ans. Cependant, la limite supérieure d'âge de notre étude est de 20 ans, ce qui peut différer des autres études.

La durée moyenne d'hospitalisation n'a pas été calculée dans ce travail, mais la durée d'hospitalisation la plus fréquente se situe entre 3 et 7 jours (37 %), ce qui est supérieur à la moyenne nationale à cette époque. La durée moyenne généralement retrouvée en 1993 était de 24 heures (Choquet, 2004). Les enquêtes épidémiologiques actuelles retrouvent généralement une durée de 4 à 5 jours (Choquet, 2003).

Au niveau familial, les dissociations parentales sont très fréquentes, (Choquet, 1994) (Géhin 2005), ce qui se retrouve dans notre étude avec 35 % des patients ayant des parents divorcés.

Dans ce travail, les difficultés scolaires concernent 46 % de la population, ce qui est un peu inférieur à d'autres études (Choquet, 2001) (Géhin 2005). Mais il est utile de rappeler que les données manquantes concernent 23 % de la population étudiée ici.

II-3-2) Comparaison de la mortalité et des récidives

Le taux de mortalité dans cette étude est similaire avec ceux retrouvés dans les études de Garfinkel *et Coll.* (Garfinkel, 1982) et de Laurent *et coll* (Laurent, 1998). Il est cependant inférieur aux études d'Otto (Otto, 1972), de Granboulan (Granboulan, 1995) et de Nardini-Maillard et Ladame (Nardini-Maillard et Ladame, 1980), qui ont des taux entre 4 et 11 %. Mais ici encore, pour 43 patients il n'a pu être déterminé s'ils étaient encore en vie.

En ce qui concerne le taux de récidives suicidaires, dans la littérature, ces taux sont très variables du fait du recul de l'étude, et vont de 10 à 55 % selon les auteurs, avec un risque maximum dans les six premiers mois (Spirito A, 1994) (Géhin A, 2005), (Angle CR, 1983). Ce travail retrouve un taux de récidives réalisées après la tentative de suicide initiale de 21 %, mais comme cela l'a été précisé auparavant, ce chiffre est sous-estimé du fait de l'ignorance des récidives réalisées après l'âge de 20 ans pour les patients n'ayant pas été hospitalisés en psychiatrie.

II-3-3) Comparaison des suivis

En ce qui concerne le suivi après l'hospitalisation pour tentative de suicide, il est retrouvé dans la littérature des taux de sorties contre avis médical de l'ordre de 12 % (Granboulan, 1995), et de 9,7 % dans le travail réalisé ici.

71 % des patients ont un suivi qui sera inférieur à 3 mois après la sortie d'hospitalisation (Choquet 2004), contre 66 % dans ce travail.

Au terme de ces quelques comparaisons, il est possible de dire que sur les données qui sont comparables entre elles, la population de ce travail est comparable à celle des autres études.

III Monographie

*Que voulez-vous que je vous dise de moi? Je ne sais rien
de moi! Je ne sais même pas la date de ma mort.*
JORGE LUIS BORGES

Il a semblé intéressant, pour illustrer les questionnements qu'a entraîné ce type de recherche, d'exposer l'histoire et l'évolution d'un de ces adolescents ayant réalisé une tentative de suicide en 1992.

Il s'agit de Mr. A, né à Montpellier en 1975. Il est le quatrième enfant d'une fratrie de quatre (un frère et deux sœurs). Son père est un ancien militaire qui, au moment de la première prise en charge en 1992, tient une agence immobilière, et sa mère est au foyer.

Suite à la mobilité professionnelle de son père dans l'armée, il a vécu de nombreux déménagements dans l'enfance et a passé une partie de son adolescence aux Antilles, jusqu'en 1991, où il présentait un absentéisme scolaire important, et réalisait de nombreuses sorties nocturnes pendant lesquelles il s'alcoolisait et fumait du haschich. Il était décrit par ses parents comme un enfant turbulent, ne supportant pas les contraintes et intolérant à la frustration.

Au niveau de sa scolarité, Mr A. s'est arrêté en 3^{ème}, car il ne travaillait pas (trois redoublements).

Il réalise une tentative de suicide médicamenteuse en 1992 (17 ans). Il vit alors à Limoges, dans sa famille, et fait un apprentissage de frigoriste. Il n'est pas retrouvé de facteurs déclenchants à cette tentative de suicide, hormis le seul fait de vouloir fuir les conflits au

domicile. Il ne rapporte pas de rupture sentimentale récente. L'entourage semble suffisamment étayant. La famille est vue une fois au cours de l'hospitalisation.

Mr A. est hospitalisé 24 heures et sort contre avis médical. Il ne sera pas revu ultérieurement en consultation malgré la proposition de l'équipe de pédopsychiatrie.

Suite à cette tentative de suicide, il n'a aucun contact avec des psychiatres jusqu'en 1995. A cette époque, il vient d'avoir son CAP de frigoriste à Paris et a travaillé six mois à Disneyland (1^{er} emploi), avant de revenir sur la région où habitent ses parents, chez qui il logera jusqu'à l'âge de 25 ans, avant de loger chez son frère. En 1995, à l'âge de 20 ans, suite à une rupture sentimentale, il fait un épisode dépressif nécessitant un traitement antidépresseur et un suivi par un psychiatre libéral. En 1996, il fait une rechute et est hospitalisé en clinique psychiatrique.

Il présente une addiction à l'alcool ayant débuté en 1990, et l'amenant à boire sans pouvoir s'arrêter. Il a en outre une consommation de tabac, et ponctuellement de haschich, mais pas d'autres toxiques.

En 1997, d'abord il rompt le suivi entamé ; par la suite il est hospitalisé au Centre Hospitalier Esquirol pour la prise en charge de ses troubles dépressifs, ceux-ci s'exprimant au travers de multiples tentatives de suicide, et de son alcoolisme. A partir de cette date, les hospitalisations se multiplient jusqu'en 2002 (14 hospitalisations, dont 6 sous contraintes), pour alcoolisations ou tentatives de suicide (médicaments ± alcool, Accident de la Voie Publique).

Le plus souvent les tentatives de suicide sont consécutives à une rupture sentimentale.

A partir de sa prise en charge en 1997, il est en arrêt de travail, puis à partir de 2000 (25 ans), en invalidité avec Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH), et versement de l'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Une curatelle sera également mise en place en 02/2001.

Les caractéristiques cliniques lors de ses prises en charge hospitalières entre 1997 et 2002 sont : des troubles du comportement avec alcoolisations, tentatives de suicide et scarifications. Il présente un déni des troubles et de l'alcoolisme, avec une banalisation de celui-ci, et une certaine immaturité. Il est intolérant à la frustration, impulsif, et a fréquemment recours à des conduites à risque, et à de l'agressivité.

Il n'existe pas d'insight et n'a accès ni à la culpabilité ni à l'introspection mais utilise par contre des mécanismes de type rationalisation et projection.

Il présente une angoisse et une tristesse majeures, avec un ressenti de vacuité, et il se trouve dans l'impossibilité d'exprimer ses émotions.

Les atteintes corporelles sont fréquentes au travers des tatouages et multiples scarifications.

Il n'existe pas d'éléments mélancoliques.

Au niveau de ses relations sociales, il présente un isolement important, et ses relations affectives sont émaillées de multiples ruptures et reprises de contact (passages à l'acte après chaque rupture).

Les relations avec sa famille (parents et fratrie) sont qualifiées de bonnes par le patient au début de la prise en charge hospitalière, mais celle-ci mettra à jour un dysfonctionnement familial important, avec notamment une relation de dépendance réciproque entre Mr A. et sa mère. Le discours de celle-ci est fréquemment de l'ordre de la double contrainte.

Le bilan psychologique réalisé lors de la première hospitalisation au CH Esquirol en 1997 retrouve un défaut de mentalisation (au niveau des tests projectifs, des entretiens) évoquant un fonctionnement opératoire (factuel, centré sur la réalité objective), associé à un syndrome dépressif (réactionnel à un traumatisme affectif) et à un mode de fonctionnement impulsif avec passages à l'acte suicidaires, le tout renvoyant à une organisation limite de la personnalité.

La prise en charge initiale en 1997 après l'hospitalisation passera par une psychothérapie individuelle en ambulatoire avec un psychiatre/psychothérapeute libéral parallèlement à un suivi en consultation avec le médecin du service où il a été hospitalisé. La psychothérapie durera jusqu'en 2002 malgré diverses interruptions dues aux nombreuses hospitalisations.

Cette double prise en charge peut se rapprocher de ce que C. Chabert et P. Jeammet nomment la thérapie bifocale, qui insiste sur la nécessité dans certaines circonstances d'avoir deux thérapeutes, l'un permettant un travail psychique sur l'élaboration des conflits, l'autre permettant de prendre en compte la « réalité externe » par la recherche d'aménagements concrets (Chabert C, 1988). P. Jeammet le précise bien : « le détour par l'objet de la réalité externe, support des projections de représentations, introduit une possibilité dynamique nouvelle, la réalité de la réponse de l'objet aux projections dont il est porteur pouvant, dans une certaine mesure corriger ces projections » (Jeammet, 1980).

Après la deuxième hospitalisation, une prise en charge institutionnelle débutera avec notamment la mise en place (1999) de temps d'hospitalisation au niveau du Centre de Post Cure Sanitaire (CPCS) appartenant à l'hôpital : (ateliers thérapeutiques, socialisation, formation...), puis au niveau d'un CATTP et de l'Art-Thérapie (2000).

En 2000 sera débutée une thérapie familiale qui se maintiendra jusqu'en 2002.

Début 2002, Mr A. bénéficiera d'une cure de désintoxication de trois mois au niveau d'un centre de post-cure.

Par la suite, il sera suivi par le médecin responsable de l'unité où il a été hospitalisé, suivi qui se poursuit encore actuellement.

La prise en charge médicamenteuse de Mr A. à partir de sa première hospitalisation s'est d'abord appuyée sur des antidépresseurs tricycliques, associés par périodes à des neuroleptiques anti-productifs. Elle a par la suite évolué lors du suivi ambulatoire vers une prescription d'antidépresseurs tricycliques seule, puis associée fin 2006 à un thymorégulateur.

L'évolution est d'abord marquée, au cours des multiples hospitalisations, par une absence de mobilisation psychique, et une reprise perpétuelle des alcoolisations. Mr A. reste passif, sans investissement, avec un manque de désir manifeste. Ses contacts sont distants avec les autres, il s'isole. Il présente cependant une capacité d'autonomie et un comportement adapté, mais s'installe dans la complaisance de son statut de malade, dans la recherche de l'intérêt du soignant et dans une relation de dépendance à l'autre (soignants, parents).

Le début de la thérapie familiale permettra dans un premier temps d'obtenir une atténuation de la souffrance, puis une amélioration des relations familiales, et notamment une modification de la place et de la fonction de Mr A. au sein du système familial. Cependant, il persiste une prévalence des mécanismes projectifs aussi bien chez Mr A. que dans sa famille.

En 2002, suite à son séjour en centre de post-cure, Mr A. arrête les alcoolisations, et ce de manière définitive (jusqu'à ce jour).

Certains éléments douloureux de l'histoire de vie de Mr A. ont été exprimés par celui-ci au fur et à mesure de la prise en charge. C'est ainsi qu'il a verbalisé le fait d'avoir été victime d'un viol à l'âge de 11 ans. Mr A verbalisera ceci après plusieurs années de prise en charge.

Il a vécu également difficilement le décès par mort subite du nourrisson de son neveu en 1988. Il n'a d'ailleurs pu réaliser sa première visite sur la tombe de ce neveu qu'en 2002.

Un autre élément marquant au niveau de l'histoire familiale est le décès de sa grand-mère une semaine avant le mariage de ses parents, qui peut s'interpréter comme une inscription inconsciente au niveau d'un mythe familial de l'impossibilité d'être heureux.

Un autre élément du mythe familial qui transparaîtra au cours de la thérapie familiale est que le monde est hostile et dangereux, et qu'il leur est mis en permanence des « bâtons dans les roues ».

La prise en charge en thérapie familiale s'est stoppée en 2002, au moment de la post-cure de Mr A. Du point de vue des thérapeutes, la thérapie n'était pas terminée, mais c'est la famille qui a voulu mettre fin à cette prise en charge. Celle-ci a cependant permis à Mr A. de se dégager de la fonction de patient désigné et de soutien de la famille, et d'abandonner également le symptôme "alcool".

Les modifications de la dynamique familiale induites par la thérapie familiale et l'arrêt des alcoolisations témoignent d'une amélioration relative de Mr A. qui présente une meilleure adaptation sociale, et une diminution de sa symptomatologie anxieuse.

Cependant un tableau myalgique et arthralgique, avec perturbations biologiques, s'installe au cours de l'été 2003, sans diagnostic somatique précis, et s'accompagne de troubles du sommeil importants. Le bilan somatique réalisé sur plusieurs mois ne retrouvera aucune étiologie. Cette symptomatologie s'estompera au cours de l'année 2004.

Par la suite, des troubles sexuels multiples apparaîtront. Ces troubles persistent encore à l'heure actuelle, et entraînent des problèmes d'infertilité.

Sur le plan somatique, Mr A. présente comme antécédent notable avant sa prise en charge une rectocolite hémorragique depuis 1988 qui a eu une évolution très fluctuante et qui est désormais peu bruyante, et ce depuis 3 à 4 ans.

Au niveau du fonctionnement familial, l'ensemble de la fratrie ainsi que le père présente des décompensations dépressives, et une sœur en particulier est en grande souffrance psychologique et devient le « patient désigné ». Mr A. finit par être celui qui va le mieux, parmi les quatre enfants. Au cours de l'été 2004, il est découvert un cancer de l'utérus chez sa sœur.

Face aux modifications familiales, Mr A. prend excessivement à cœur ces difficultés et a du mal à prendre des distances vis-à-vis des inquiétudes qui le submergent. Il reste dans une rigidité de fonctionnement, notamment dans l'appréhension de la réalité, dans des difficultés à s'autonomiser psychiquement, et présente des comportements d'hyperactivité, avec à l'arrêt de ceux-ci un ressenti de grand vide, une angoisse majeure, des affects dépressifs et des ruminations narcissiques (image de soi, interrogations sur sa valeur, peur de l'échec). Il perçoit cependant mieux les limites, même s'il n'arrive toujours pas à se mettre des frontières vis-à-vis des membres de sa famille et de leurs difficultés.

Parallèlement à son amélioration, sa famille va mal et vit dans un contexte de persécution. La dynamique familiale reste toujours problématique, la fonction familiale prenant le pas sur la fonction de l'individu, et gardant les individus (et notamment Mr A.) sous pression. Les limites et l'attachement restent problématiques dans toute la famille. Mr A. sert de régulateur et essaie malgré tout de trouver ses distances, ce qui lui vaut des reproches des membres de sa famille. Cette prise de distance qu'il réussit cependant peu à peu à mettre en place fin 2006 lui permet d'être plus calme et plus posé.

Son évolution sociale a été parallèle à son évolution psychologique. Mr A. a pu reprendre le travail en 2002, en milieu ordinaire, et sa curatelle s'est terminée fin 2002.

Cependant, 3 mois après la reprise du travail, Mr A. est de nouveau obligé de s'arrêter, son état psychologique étant trop précaire, fatigué physiquement et psychiquement, et présentant également une angoisse de la rechute. Il est donc en arrêt de travail d'octobre 2003 à l'été 2005. A partir de cette date et compte tenu de son amélioration, il recommence à chercher du travail et envisage une formation en vue d'une réorientation professionnelle plus adaptée. Il trouve un CDD en 2006 mais, 3 mois après, il est reconnu inapte par le médecin du travail suite à l'épuisement entraîné. Il est accepté au niveau d'une pré-orientation début 2007. Il est à noter que 2 jours après le début de cette pré-orientation, qui était très investie par Mr A. et en même temps très anxiogène, il a présenté une grave pneumopathie.

En 2003, Mr A. réussit à établir une relation affective stable, et s'autonomise sur le plan matériel (logement, voiture), malgré l'apparition de quelques difficultés financières.

Sa relation affective se terminera l'été 2004 sans qu'il ait une réponse dans le passage à l'acte, et il peut renouer une nouvelle relation dans les mois suivants, relation qui dure encore à l'heure actuelle.

Pour résumer son histoire, Mr A. a subi dans son enfance des évènements de vie traumatisants dont il est possible de penser qu'ils n'ont pas été internalisés, et ont entravé son développement psycho-affectif. Ceci s'est exprimé à l'adolescence au travers de conduites agies, ceci passant également par le passage à l'acte suicidaire. Parallèlement, le fonctionnement du système familial est pathologique, de par la souffrance entraînée sur ses membres et notamment sur Mr A. qui se voit imposé un rôle et une fonction qu'il n'est pas apte à supporter.

La souffrance de Mr A. s'exprime dans un premier temps autour des passages à l'acte, mais peut-être également au travers de ce qui pourrait être qualifié de maladies psychosomatiques, avec en premier lieu la rectocolite hémorragique, puis l'apparition d'un tableau myalgique et arthralgique, la multiplication de somatisations, et l'apparition de troubles sexuels. Il n'est pas possible d'affirmer avec certitude l'origine psychosomatique de ces troubles, cependant il est légitime de l'évoquer.

L'évolution au cours du suivi psychothérapeutique lui permettra d'abandonner le recours aux actes et d'accéder à une meilleure mentalisation, malgré la poursuite de phénomènes anxieux à expression tantôt physique, tantôt psychique, et d'avoir une meilleure perception du fonctionnement familial et de sa place dans ce fonctionnement. Il sera ainsi culpabilisé par sa famille de la perte de sa fonction au sein de celle-ci. La mobilisation psychique s'est produite à partir de la prise en charge en thérapie familiale et a permis une relative amélioration à long terme.

Du point de vue du thérapeute qui l'a pris en charge presque au début de ses hospitalisations et qui continue de le suivre actuellement, en raison de ce qui peut ressortir au niveau du suivi, Mr A. ne présenterait pas de structuration de la personnalité de type « état limite ». Il aurait fonctionné comme un état limite, fonctionnement imposé par le contexte relationnel et communicationnel de son environnement, et notamment de sa famille. Le fait de fonctionner comme un état limite était la seule issue qu'il ait trouvée pour se sortir de la famille.

Ce point pose la question de la frontière entre la fonction et la structure en termes de personnalité.

Mr A. aurait donc une personnalité névrotique, hypothèse qui serait induite par certaines caractéristiques :

- l'anxiété de base présentée, à caractéristique plutôt névrotique (trouble du sommeil, difficultés sexuelles, peur de ne pas y arriver, tendance à se sentir victime). Les

aménagements de cette anxiété se font sur un mode parfois phobique, parfois histrionique, parfois anxieux-évitant.

- la capacité de verbalisation dont il fait preuve.

- la qualité des relations établies : la relation thérapeutique est stable, dans le temps et dans la distance entre les individus. Il n'y a pas de problème de lien et de distance dans la relation, qui n'est pas angoissante. Ceci se retrouve également au niveau de la relation amoureuse.

- la réinsertion sociale et professionnelle, ainsi que la stabilisation d'une relation de couple.

Il faut rappeler que les conclusions du bilan de personnalité établi en 1997 évoquaient cependant une personnalité de type limite. Ceci est à nuancer par le fait que ce bilan a été réalisé dans un contexte de crise et ces circonstances peuvent interférer avec la structuration profonde de la personnalité.

L'hypothèse peut donc être faite que la prise en charge instaurée et la psychothérapie, intervenues peut-être à une période où des choses étaient encore mobilisables, ont permis à Mr A. d'éviter de cristalliser sa personnalité sur un mode limite.

IV) Ouverture

IV-1) En quoi la prise en charge a-t'elle pu changer le devenir de ces adolescents ?

S'interroger sur le devenir à long terme d'adolescents suicidants amène à se poser la question des effets de la prise en charge sur ce devenir. Cette évaluation de l'efficacité ne peut se concevoir que dans une comparaison avec une population d'adolescents suicidants ne bénéficiant pas de prise en charge, ce qui est bien évidemment éthiquement inconcevable à organiser. Cela pourrait à la limite se faire par une étude rétrospective sur des adolescents suicidants n'ayant pas été « médicalisés » suite à la méconnaissance de cette tentative de suicide par leur entourage pour des raisons variées. Or, il est possible de supposer que, précisément par cette méconnaissance, ces adolescents diffèrent de ceux qui ont été « médicalisés ».

De plus, une telle évaluation ne permettrait d'objectiver une éventuelle amélioration que dans sa globalité, sans préjuger des raisons de cette amélioration : en effet, parmi des raisons

multiples, les parts de la médicalisation de la tentative de suicide, de la prise en charge pédopsychiatrique, de l'effet de la tentative de suicide dans la survenue de modifications chez l'adolescent et dans sa famille, sont probablement variables et interagissent dans des proportions propres à chacun, que seul un travail monographique peut éclairer.

Par ailleurs, une évaluation classique des prises en charge, qui nécessite une standardisation des données, reste difficilement concevable en l'état, alors que l'insistance est faite sur la nécessité d'une individualité de ces prises en charge, faites de « bricolages » et adaptations perpétuelles. Le terme de « bricolages » est à entendre ici au sens de Lévi-Strauss, tel que cela a été précisé antérieurement (Levi-Strauss, 1962) : le bricoleur « doit se retourner vers un ensemble déjà constitué, formés d'outils et de matériaux (...) pour répertorier, avant de choisir entre elles, les réponses possibles que l'ensemble peut offrir au problème qu'il lui pose ».

Pour pouvoir envisager une évaluation adaptée aux prises en charges psychiatriques, il y a alors nécessité à trouver et associer divers moyens d'évaluation, prenant en compte à la fois ce qui est quantifiable, et également la part d'individualité nécessaire et inévitable.

C'est ce que tentent de faire depuis plusieurs années les évaluations des psychothérapies, qui après avoir cherché à montrer leur efficacité puis à les comparer entre elles, essaient d'évaluer les différentes indications possibles en fonction du type de patient et du type de psychothérapie, et de comprendre quelles variables sont en cause dans les modifications apportées par les psychothérapies (Thurin JM, 2000). Ceci redonne alors toute sa place à l'étude de cas.

Ceci est d'autant plus indispensable que les facteurs personnels interactifs sont des éléments essentiels de la relation qui s'installe entre un patient et son médecin, et qu'à prise en charge identique, tel ou tel patient n'adhèrera pas alors qu'un autre le pourra, ceci étant fonction de la personnalité du patient et du praticien.

Compte tenu des différentes limites, notamment la subjectivité importante dans des études d'évaluation en psychiatrie, s'il est malaisé d'envisager une telle évaluation et surtout d'objectiver une efficacité sur le plan statistique, il reste cependant essentiel de garder à l'esprit dans la pratique quotidienne cet intérêt pour l'influence possible des prises en charges effectuées sur le devenir des patients rencontrés – même si cette influence est difficilement quantifiable – et de savoir reconnaître et accepter les bonnes ou moins bonnes évolutions qui sont plus ou moins rattachées à ces prises en charges. Car si une évaluation à large échelle est

compliquée ou peu significative d'un point de vue statistique, il n'en reste pas moins important de maintenir cette évaluation sur le plan individuel, l'amélioration de tel ou tel patient restant avant tout l'objectif principal.

IV-2) Peut-on évaluer la trace mnésique d'une TS réalisée à l'adolescence et son internalisation ?

Il est justifié de s'interroger sur l'internalisation d'un événement passé et plus particulièrement ici, de la tentative de suicide antérieure, pour essayer de comprendre l'évolution de chaque patient.

Cependant, les éléments sur lesquels peut porter cette interrogation ne permettent pas d'évaluer de manière certaine l'internalisation – celle-ci étant un concept théorique qui reste subjectif – mais tout du moins de s'en approcher. Les éléments qu'il est possible de rattacher à ce concept ainsi qu'à la trace mnésique pourraient être : l'importance que le patient rattache aux événements de son passé, et ce qu'il s'en représente dans l'« après-coup » ; l'intensité des résistances lui permettant d'éviter les affects douloureux liés à son passé ; la présence dans la mémoire des patients de ces souvenirs et les émotions s'y rattachant ; la reconnaissance d'une souffrance passée et l'évolution de cette souffrance ; la capacité à l'évoquer, à se souvenir tout en ayant un regard bienveillant et empathique, et à en accepter l'évocation par autrui. Ce ne sont que des exemples, et ils ne sont en rien exhaustifs.

Toutefois les éléments de réponse qu'il est possible de dégager, ne peuvent se concevoir que sur le plan individuel, et ne sont que des tentatives de compréhension qui se rapprochent plus ou moins de la réalité de chaque patient. Cette réalité ne peut être qu'approchée, mais ne sera jamais atteinte.

Il faut alors savoir redonner sa juste valeur à toute tentative d'explication.

D'autre part, il se pose la question de savoir dans quelle mesure la tentative de suicide réalisée à l'adolescence s'intègre dans une répétition d'événements traumatisants antérieurs.

Dans cette même optique, la poursuite de difficultés psychopathologiques ultérieures, se traduisant par des comportements divers, pourrait s'inscrire également dans une répétition d'actes antérieurs refoulés pour en éviter le souvenir.

Ceci traduirait un non-changement et la persistance d'un fonctionnement psychique pathologique pour le sujet.

Dans ces circonstances, la mise en actes serait une résistance ayant pour but d'éviter la remémoration. Freud précise que « le patient n'a aucun souvenir de ce qu'il a oublié et refoulé

et ne fait que le traduire en actes. Ce n'est pas sous forme de souvenirs que le fait oublié reparait, mais sous forme d'action. Le malade répète évidemment cet acte sans savoir qu'il s'agit d'une répétition » (Freud, 1904).

Dans un autre registre, une comparaison peut être tentée avec les traumatismes et l'état de stress post-traumatique (ESPT), en prenant la précaution nécessaire à la comparaison de concepts se rapportant à des approches différentes. En effet, l'ESPT fait référence à une approche catégorielle, en ayant une catégorie bien individualisée dans le DSM IV, alors que la notion de traumatisme peut se concevoir aussi bien dans une approche catégorielle que dans une approche psychanalytique, à laquelle il va être fait référence ici.

Les différentes composantes d'une expérience traumatisante, qu'elles soient verbales, sensorielles, affectives ou motrices nécessitent une « digestion mentale », que Ferenczi a désignée par le terme d'« introjection » – celui-ci étant par la suite modifié et développé par M. Klein pour atteindre sa définition actuelle – A. Freud l'ayant conceptualisée par le terme d'« internalisation ».

Cependant, ce processus d'« internalisation » ne nécessite-t-il pas du temps et un travail psychique ?

Or, suite à des situations de traumatismes, les debriefing sont très souvent réalisés de manière systématique dans les suites immédiates ou très proches de l'évènement, et ont pour but d'aider les individus à évacuer les émotions liées à ce traumatisme, à décharger le surcroît de tension engendrée et difficilement supportable. Ceci est donc à différencier de l'intégration à part entière de l'évènement au sein du psychisme, la principale fonction retrouvée à ces debriefing étant la contenance des émotions.

Par contre, il est possible de rapprocher la tentative de suicide elle-même du debriefing dans la fonction de décharge émotionnelle qu'elle peut avoir pour l'adolescent, décharge émotionnelle qui a fonction d'auto-thérapie (Jeammet, 1986).

Toutefois, l'entourage de l'adolescent suicidant peut, lui, se situer dans une situation de stress post-traumatique. Donc pour la famille de l'adolescent l'hospitalisation peut alors se situer dans une fonction de décharge émotionnelle qui peut se rapprocher du debriefing.

Ainsi, la prise en charge psychologique d'adolescents suicidants différerait du debriefing, dans le sens où il est retrouvé d'un côté un travail sur un possible accès à une représentation psychique et à sa perlaboration (travail psychique permettant au sujet d'accepter certains éléments, d'intégrer une interprétation), et de l'autre un travail sur l'émotionnel.

Le terme de "perlaboration" bien que ce soit une notion utilisée pour la cure psychanalytique, illustre cependant bien la réalité du travail psychique nécessaire.

De plus, la situation de l'adolescent suicidant diffère de celle du traumatisé dans la mesure où l'adolescent a un rapport agi à l'évènement lui arrivant.

Néanmoins, il est parfois possible de se demander si la fonction de l'hospitalisation des adolescents suicidants ne se déforme pas parfois, sous la pression des résistances du sujet et de sa famille, en un travail sur l'émotionnel, se rapprochant alors des débriefing, mais s'intéressant dans ce cas au système familial et non plus à l'adolescent seul (Roche, 1992).

IV-3) Evaluation de l'impact d'une remémoration

Cette question se pose dans la perspective d'une étude de plus grande envergure qui nécessiterait une reprise de contact avec les patients. Comme il a été précisé antérieurement (cf. Première partie : Objectifs initiaux et difficultés rencontrées), le fait d'être recontacté peut être source de résurgence de symptômes dus au réveil de souvenirs pénibles. Car le patient peut alors prendre conscience de certaines caractéristiques de son fonctionnement psychique qu'il avait tenté de minimiser, et ce rappel est susceptible de venir mettre à mal les défenses organisées par celui-ci.

Mais, même si cela peut avoir des effets dommageables, cela peut aussi avoir des effets favorables et thérapeutiques, en étant l'occasion pour le patient de faire une mise au point, d'entamer un nouveau suivi de par la réactualisation de la nécessité d'une aide (Cucheval, 1998). Cela peut également être vécu comme positif du fait de l'intérêt porté à une souffrance antérieure, sans préjuger des effets néfastes ou favorables.

En dehors des questionnements éthiques, il pourrait être intéressant de s'interroger sur l'impact pour chaque patient de la remémoration, et d'essayer de l'intégrer dans la compréhension du fonctionnement de chacun. En effet, la manière de réagir de chacun peut essayer d'apporter un éclairage sur le fonctionnement personnel. Cependant, il est difficilement concevable d'évaluer ceci de manière rigoureuse, cette évaluation ne pouvant s'appuyer sur des critères objectifs. La seule possibilité restante est de s'en tenir à une observation personnelle qui ne pourra s'intégrer que dans une étude de cas.

Il pourrait être également intéressant d'observer la compliance ou non à une étude de ce type – et de savoir en quoi ceux qui accepteraient de répondre sont différents de ceux qui refuseraient – et d'observer leur réaction en fonction de leur type de personnalité. Cependant, par définition les-non répondants ne pourront apporter d'informations quant à leur devenir, il

pourrait seulement être établi l'existence de différences au moment de la tentative de suicide initiale, en fonction de leur statut de répondeur ou non répondeur ultérieurement.

IV-4) Pertinence d'une étude à plus large échelle ?

La tentative de suicide à l'adolescence est un enjeu majeur de santé publique, en raison de son incidence élevée et de l'importance de son impact sur l'avenir de ces jeunes. En cela l'évaluation des prises en charge est une nécessité qui rend pertinente la mise en œuvre d'études plus importantes.

L'étude réalisée ici comporte de nombreuses limites inhérentes à la méthodologie employée et au sujet de recherche, et en essayant de répondre à certaines questions, en a posé d'autres qui viennent interroger les possibilités de réalisation d'une étude de plus grande envergure.

En effet, un certain nombre de difficultés ont été mises à jour, dont certaines amènent à réfléchir aux moyens d'entreprendre des travaux de recherche à grande échelle en psychiatrie, spécialité où la subjectivité tient une place majeure, où il est difficile d'essayer de standardiser toute approche clinique et psychopathologique sans avoir une altération de la réalité propre à chaque individu, et spécialité qui est marquée par un pourcentage variable d'incertitude quant au diagnostic posé, qui peut être remis en question en permanence en fonction de l'évolution des patients (Mises R. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, CFTMEA, 1987). Car une particularité de la psychiatrie est que les diagnostics ne sont pas figés dans le temps mais toujours remis en cause par l'évolution du patient, par la compréhension toujours renouvelée de son fonctionnement psychique et des différentes interactions entre son histoire passée, son environnement et son histoire actuelle.

Cependant pour pouvoir répondre aux interrogations initiales, il serait nécessaire d'envisager une étude plus importante, qui passerait par une reprise de contact avec les patients.

Il reste alors à trouver la meilleure façon de conduire des enquêtes de ce type.

La réalisation d'enquêtes prospectives éliminerait de nombreux biais rencontrés dans ce travail, mais en ferait émerger certainement d'autres.

Dans le cadre d'enquête prospective, il est nécessaire de bien informer les patients de l'intérêt de ce genre de suivi pour augmenter la probabilité de réponse. La réalisation de ce suivi peut passer par des échelles d'autoévaluation non rébarbatives et rapides, mais les critères pouvant

être recherchés sont limités. En effet, il n'y a pas de possibilités d'étudier les continuités psychopathologiques : l'analyse de cas reste alors le moyen le plus représentatif, mais n'est pas un moyen statistique. Il reste alors à associer ces moyens, à associer méthodes quantitatives (reproductibles et à même d'amener des consensus) et méthodes qualitatives, qui peuvent s'avérer complémentaires, et à les enrichir pour permettre la meilleure évaluation possible.

IV-5) Recherche et psychiatrie

En psychiatrie, l'évolution vers la recherche a tendance à uniformiser, classifier et figer par le recours aux échelles et diverses classifications au détriment de l'histoire individuelle de chaque patient. Cela a été une des difficultés retrouvées lors de la réalisation de ce travail, au cours duquel il a fallu regrouper les caractéristiques entre elles pour pouvoir effectuer des analyses statistiques, la trop grande multiplicité des catégories lors des tests rendant ceux-ci irréalisables. Cependant, le regroupement des données à l'intérieur d'une même catégorie leur fait perdre leur singularité et leur significativité parfois différente.

A la différence des recherches en médecine somatique, où des critères biologiques ou symptomatiques sont plus facilement objectivables et individualisables, les caractéristiques recherchées en psychiatrie sont plus difficilement regroupables à l'intérieur d'une même entité.

Comme le précise Winnicott : « Les êtres ne se rassemblent pas scrupuleusement en groupe de maladies à la différence de la médecine somaticienne. Aucune étiquette psychiatrique ne colle exactement au cas, et encore moins l'étiquette 'normale' ou 'en bonne santé' » (Winnicott, 1971).

Il est donc difficile de concilier la réalisation d'études – où une standardisation des données est nécessaire – avec la pratique quotidienne en psychiatrie, sans perdre la spécificité des individus concernés.

La recherche, quand elle est statistique, s'intéresse à un groupe, méconnaissant les particularités individuelles, alors que le fondement de la psychiatrie est de s'intéresser à l'individu, avec toutes ses spécificités et singularités.

La réalisation de statistiques implique le fait qu'un maximum de critères soient regroupés, par le biais d'une altération de la réalité, alors que la psychiatrie cherche à s'approcher au plus près de la réalité du patient pour affiner la compréhension de son fonctionnement.

« La démarche scientifique permet de comparer ; il est nécessaire par moment de laisser la place à la subjectivité et à cette part d'inconnu qu'est l'être humain » (Roche, 2000).

Or « devons-nous aujourd'hui considérer comme scientifique seulement ce qui est quantifiable ? » (Lucas G, 2002). En effet, devant la multiplication de l'utilisation de questionnaires, d'échelles et de méthodes d'évaluation provenant le plus souvent de l'épidémiologie, il est difficile de faire accepter comme scientifiquement digne d'intérêt les travaux qui échappent à la comptabilisation et à l'analyse statistique.

Or ne considérer comme scientifique que ce qui est comptable suppose de ne tenir compte que de ce qui est reproductible expérimentalement, et de ce qui est mesurable à travers des méthodes statistiques. Certes ces méthodes ont leur importance, mais seulement à partir du moment où elles s'intéressent à ce qui est quantifiable, car elles ne peuvent être appliquées dans tous les champs d'étude, et ce d'autant plus qu'en psychiatrie la place des éléments comptables reste relativement restreinte. En effet, les symptômes, s'ils sont considérés uniquement par la signification qu'ils ont dans les classifications et diverses échelles d'évaluation, ils perdent alors leur sens sur le plan de la dynamique et de l'économie psychique. Car dans leurs évolutions, il est difficile de distinguer ce qui relève de l'environnement ou du fonctionnement propre au patient. Ce qui reste important c'est l'évolution des différentes constructions que l'assemblage de ces symptômes peut prendre dans l'esprit du praticien, ce qui élimine une certaine part d'objectivité. « Non seulement les méthodologies statistiques ne couvrent pas le champ qui nous occupe, mais elles évacuent purement et simplement les éléments pertinents de notre démarche » (Lucas G, 2002). C'est alors que le récit longitudinal de l'histoire d'un cas, ou méthode monographique, reprend toute sa valeur dans l'éclairage qu'il apporte. Seulement, il est une méthode non répliquable mais tout autant digne d'intérêt scientifique ; il permet de se faire une idée de la nature de ces processus de changement, et d'amorcer une compréhension des phénomènes « d'après-coup ».

Ainsi, les démarches d'évaluation en psychiatrie doivent être repensées continuellement en associant méthodes quantitatives et méthodes qualitatives, et en redonnant leur importance aux méthodes monographiques. Ceci permettra alors de redonner sens et intérêt aux travaux de recherche en psychiatrie.

CONCLUSION

...Soyez patient en face de tout ce qui n'est pas résolu dans votre coeur. Essayez d'aimer vos questions elles-mêmes... Ne cherchez pas... des réponses qui ne peuvent vous être apportées, parce que vous ne saurez pas... les vivre. Et il s'agit précisément de tout vivre. Ne vivez pour l'instant que vos questions. Peut-être simplement... finirez-vous par entrer insensiblement, un jour, dans les réponses.

RAINER MARIA RILKE

A la suite de ces résultats et de cette réflexion, il semble important de revenir sur les motivations de ce travail. L'intérêt portait sur l'étude du devenir à 15 ans d'adolescents hospitalisés pour tentative de suicide, l'hypothèse de départ étant que les anciens adolescents allant bien actuellement étaient ceux pour lesquels il s'était produit un changement à la fois dans leur fonctionnement psychique et dans leur environnement.

Cependant la réalité des contraintes pour réaliser cette recherche a amené à privilégier une autre population, constituée par les adolescents ayant été hospitalisés en psychiatrie au cours des quinze années suivantes. L'enquête réalisée s'est alors intéressée à leurs particularités de fonctionnement psychique, à leur adaptation psychosociale, et à la comparaison entre leurs caractéristiques présentes lors de leur adolescence et celles de ceux qui n'ont pas été hospitalisés en psychiatrie. Il s'agissait alors de chercher au moment de la tentative de suicide initiale de cette population un plus grand nombre de difficultés psychologiques et sociales.

Les résultats qui ressortent de cette étude sont comparables à ceux de travaux antérieurs ainsi qu'aux données générales retrouvées dans la littérature en ce qui concerne les caractéristiques de la population suicidante.

Par contre, le choix de s'intéresser plus particulièrement à la population des patients hospitalisés en psychiatrie ultérieurement est une particularité de cette étude qui n'est pas retrouvée habituellement dans la littérature, ce qui en fait son originalité. Donc pour un certain nombre de critères, il n'y a pas de comparaisons possibles avec d'autres travaux et le champ reste ouvert à la réalisation d'études similaires.

Le travail réalisé permet cependant de dire qu'une partie de la population suicidante se caractérise à l'adolescence par un certain nombre de difficultés psychosociales et par l'absence d'implication dans un suivi pertinent, et que ces caractéristiques se retrouvent souvent dans la population qui sera hospitalisée en psychiatrie ultérieurement. De plus il met également en évidence la persistance des fonctionnements pathologiques et d'une plus ou moins grande inadaptation sociale chez ces patients hospitalisés en psychiatrie.

Ceci vient confirmer l'hypothèse de Ladame (Ladame, 1981) qui insiste sur la nécessité d'un changement chez l'adolescent suicidant comme préalable à toute amélioration.

Ce changement doit être favorisé par la prise en charge hospitalière de ces adolescents qui doit faire en sorte que la tentative de suicide ne soit pas un point d'arrivée, mais un point de départ vers une vie plus satisfaisante.

Cela amène à réfléchir à la nécessité d'une individualité et d'aménagements dans les prises en charge des adolescents suicidants, aménagements qui pourraient se concevoir par l'élargissement de ces prises en charge en fonction du type d'adolescents (thérapie bifocale, prise en charge incluant les différents partenaires médico-sociaux...), sans méconnaître les difficultés de mise en place de tels aménagements.

De plus, les tentatives de suicide des adolescents étant un problème reconnu de santé publique, il y a une nécessité à poursuivre des travaux de recherche. Mais les difficultés méthodologiques rencontrées lors de ce travail font entrevoir la nécessité de mettre en œuvre une méthodologie lourde pour une évaluation de ce type, qui associerait des méthodes quantitatives et des méthodes qualitatives, les unes étant complémentaires des autres, et donc de faire appel à un travail multicentrique et probablement à un Protocole Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC). L'insistance est portée pour ces travaux sur la nécessité de prendre en compte l'une des spécificités de la psychiatrie, qui est de s'intéresser à la personne dans sa globalité et avec toutes ses particularités.

ANNEXES

ANNEXES n°1 : Compte-rendu du consultant DRD

FICHE CONSEIL METHODOLOGIQUE	
Nom du Consultant DRD	Docteur MALAUZAT
Nom du demandeur	Céline DUMONT, Interne
Date de l'entretien	5/09/2006
Durée de l'entretien	1 heure
Compte-rendu	1h30
Secrétariat	30 mn
Objet	Thèse : connaître les obligations et possibilités légales pour reprendre contact avec les enfants et adolescents suicidants en 1990-1991 (environ 150 selon la liste établie au CHRU, service des urgences pédiatriques).

I PROBLEMES SOULEVES

1.1 Problème méthodologique

Absence de comparaison avec la population générale :

- pas de groupes témoins envisagés,
- pas d'objectifs précis de vérification, juste un devenir naturalistique
- pas de mode d'exploration encore défini :
 - o entretien ?
 - o échelles de mesure ?
 - o instant T ? (coupe horizontale) ou étude de l'historique complet ? avec parcours de soins ? (étude longitudinale)

1.2 Problème éthique

Il ne peut à ce jour être définies les contraintes pour les participants car ni les objectifs, ni les choix méthodologiques ne sont arrêtés et l'évaluation du rapport bénéfice/risque de l'étude ne peut être en l'état élaboré et présenté devant un comité de protection des personnes.

1.3 Problème majeur du délai de réalisation : thèse devant être présentée en juin 2007, soit au mieux 7 mois de disponibles pour l'étude ...

2 AVIS DONNES

2.1 Sur le sujet Ethique

Le problème, faute de temps, est pris à l'envers. La réflexion éthique sur les contraintes imposées aux participants à la recherche est construite à partir de l'intérêt des résultats et des moyens disponibles pour y parvenir et non en fonction des « possibilités légales ». Ainsi, rien ne sera autorisé, comme éthiquement acceptable, tant que n'aura pas été défini très précisément l'objectif principal de la recherche qui déterminera :

- La méthodologie choisie,
- La faisabilité (nbre de sujets...)
- Le bénéfice/risque.

L'avis du CPP, qui à priori me paraît nécessaire, va nécessiter un délai de 1 à 2 mois après l'écriture du projet et avant que l'étude ne commence sur le terrain ; au delà des 400€ de taxes, de l'avis du conseil scientifique ...

2.2 Délai de réalisation

Le temps est trop court pour faire une étude comparative de devenir à 15 ans nécessitant pour moi 3 bras :

- 1 bras suicidants,
- 1 bras témoins avec une autre pathologie que suicidaire pour différencier l'effet soin structure,
- 1 bras témoins exempt de toute pathologie.

2.3 Nombre de sujets nécessaires

Les seuls facteurs socio-démographiques à prendre en compte sont tels que le nombre de dossiers à première vue devrait être plus proche de 3000 à 5000 que de 150. Je fais ici référence au rapport de l'INSERM sur le risque dans la petite enfance du trouble déficit de l'attention avec hyperactivité retrouvé chez les adultes devenus délinquants. Le problème était par ailleurs plus simple dans cette étude qui partait d'un trouble chez l'adulte, la délinquance, et recherchait les facteurs de risque dans l'enfance. Là, il est proposé de faire l'inverse, de partir d'un trouble de l'enfance et d'étudier son devenir à l'âge adulte.

Ceci nécessite :

2.3.1 si maintien du recul 15 ans : un PHRC national (500 000 à 1 000 000 €) et résultats dans 5 à 6 ans... hypothèse optimiste

2.3.2 si extension du délai de recul (10 à 20 ans) : possibilité d'un PHIRC impliquant 3 CHRU (1000 dossiers ?), dépôt février 2007, réponse septembre 2007 et résultats dans 3 ans à 4 ans, si on obtient les 150 000 € nécessaires.

3 PROPOSITIONS

Proposition que Céline reprenne sa réflexion avec son directeur de thèse, Jean-François ROCHE pour recentrer le sujet de sa thèse sur un sujet faisable en 9 mois par une seule personne, pas à temps plein temps mais avec quelques aides extérieures.

3.1 Thèse de méthodologie sur le sujet proposé : cette réflexion permettrait de préparer le dépôt d'un éventuel PHRC interrégional, voire national en 2008 au nom de l'établissement.

3.2 Reprendre la littérature et illustrer un aspect précis (les enfants suicidants ont plus ou moins de réussite universitaire,^ propose bien sûr n'importe quoi comme exemple) avec des observations cliniques présentées sur le mode du cas unique. Cependant, le problème de mise en œuvre et d'autorisation CPP, en terme de délai d'élaboration et de réalisation, restent les mêmes et me paraissent insurmontables en 7 mois.

3.3 Dans la problématique posée, m'apparaît comme plus réalisable **la reprise du fichier de pédiatrie** (150 enfants ou adolescents suicidants) et vérification de leur présence éventuelle dans le fichier PMSI du CH Esquirol disponible depuis 2003. La thèse serait illustrée par les parcours cliniques connus et facilement disponibles auprès des praticiens du CHE.

3.3.1 Avantages

- faisable dans le temps et par une seule personne,
- acceptable éthiquement car pas de contrainte ni de risque supplémentaires imposés aux participants suivis en psychiatrie, donc pas de CPP juste accès par intermédiaire du médecin référent des données médicales.
- Etude néanmoins sérieuse avec résultats limités mais immédiats et concrets
- Possibilité de vérifier les risques épidémiologiques qui justifieront ou non la mise en chantier dans des projets lourds ultérieurement.

3.3.2 Inconvénients

- pas de prix Nobel en vue,
- pas de publications dans Science ou Nature ...et alors !

ANNEXES n°2 : Fiche standard de suivi sur les tentatives de suicide

N° DOSSIER :

I. DATE DE NAISSANCE

II. SITUATION FAMILIALE

- Statut matrimonial des parents
- Fratrie
- Substituts familiaux

SCOLARITE OU STATUT SOCIAL

III. ANTECEDENTS

IV. T. A.

- Date
- Inaugurale ou récidive
- Modalités :
 - Motif invoqué par l'ado.
 - Motif invoqué par la famille
 - Mode
 - Gravité somatique
 - Pathologie psy.

V. SOINS

- Hospitalisation
 - durée
 - consultation ado (nombre)
 - consultation parents seuls (nombre)
 - consultation parents + ados (nombre)
- Suivi
 - revu en consultation
 - revu plus de 3 fois en consultation
 - revu avec parents
 - démarche de psychothérapie
 - démarche de thérapie familiale
 - contacts avec milieu scolaire
 - demande de mesure sociale

VI. SI RECIDIVE : Suivi antérieur?

ANNEXES n°3 : Grille de recueil des données

Dossier CHU

<u>Nom</u>	<u>prénom</u>	<u>date de naissance</u>	<u>N° dossier</u>		
<u>Diagnostic</u> :	<input type="checkbox"/> Névrose	<input type="checkbox"/> Psychose	<input type="checkbox"/> Trouble personnalité		
<u>Dépression</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
<u>Statut matrimonial des parents</u> :	<input type="checkbox"/> Mariés	<input type="checkbox"/> Séparés/Divorcés			
<u>Vit en</u> :	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Seul	<input type="checkbox"/> Famille d'accueil	<input type="checkbox"/> Foyer	<input type="checkbox"/> Sans infos
<u>Vit avec un beau-parent</u> :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<u>Existence de frères et sœurs</u> :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<u>Scolarité</u> :	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Apprentissage	<input type="checkbox"/> Stoppée		
<u>Performances scolaires</u> :	<input type="checkbox"/> Adaptées	<input type="checkbox"/> Retard	<input type="checkbox"/> Echec scolaire		
<u>Récidive</u> :	<input type="checkbox"/> Antérieure TA	<input type="checkbox"/> Postérieure TA	<input type="checkbox"/> absente		
<u>Facteurs déclenchant</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos		
<u>Entourage violent ou non étayant</u> :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non		
<u>Contacts sociaux</u> :	<input type="checkbox"/> Isolement	<input type="checkbox"/> Conflits répétitifs	<input type="checkbox"/> Ruptures fréquentes		
	<input type="checkbox"/> Normaux	<input type="checkbox"/> Sans infos			
<u>Conflits avec parents</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
<u>Rupture sentimentale < 3mois</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos		
<u>Statut économique des parents</u> :	<input type="checkbox"/> Difficultés	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sans infos		
<u>Problèmes de communications avec les parents</u> :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos	
<u>Evènements traumatisants (abus sexuels, maltraitance)</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos		
<u>Date de révélation</u> :.....					
<u>Conduites violentes et comportements à risque</u> :		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos	
<u>Consommation de toxiques ou psychotropes</u> :		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Sans infos	
<u>Suivi</u> :	<input type="checkbox"/> Non revu	<input type="checkbox"/> - de 3 fois	<input type="checkbox"/> + de 3 fois	<input type="checkbox"/> psychothérapie	
<u>Mobilisation de l'adolescent</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos		
<u>Mobilisation famille</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Thérapie familiale	<input type="checkbox"/> Sans infos	
<u>Mobilisation des services sociaux</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos		
<u>Amélioration de l'adolescent</u> :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Sans infos		

Dossier CHS

Statut matrimonial : Marié(e) Séparé(e) Remarié(e) Concubinage Célibataire

Enfants : Oui Non

Vit : Seul Seul avec enfant En couple sans enfant En couple avec enfant
 Chez un ou ses parents En foyer Sans infos

Majeur protégé : Oui Non

Emploi : Milieu ordinaire Milieu protégé Invalidité
 Sans emploi Maladie Etudiant

Ressources : Propres Sociales Familiales Sans ressources

Evènements traumatisants : Oui Non Sans infos

Contacts sociaux : Isolement Conflits répétitifs Ruptures fréquentes
 Normaux Sans infos

Conflits familial : Oui Non Sans infos

Rupture sentimentale < 3 mois Oui Non Sans infos

Diagnostic : Névrose Psychose Trouble personnalité

Dépression : Oui Non Sans infos

Pathologie alcoolique : oui non Sans infos

Consommation de toxiques ou psychotropes : oui non Sans infos

Conduites violentes et comportements à risque : Oui Non Sans infos

Contacts avec la justice pénale : oui non Sans infos

Pathologie psychosomatique : oui non Sans infos
(Pathologie :.....)

Notification de la TA de 91-92 dans le dossier : oui non

Mention de cette TA par le patient lors d'entretiens : oui non

Nombre de TA : 1 ≤5 >5

Nombre d'hospitalisations : 1 ≤5 >5

Existence d'un suivi antérieur : Non ≤1 an > 1 an

Nombre d'années de contact avec le CHS : 1 ≤5 >5

Utilisation de l'urgence : oui non Sans infos

Demande de soins : le plus souvent parfois jamais

Refus de soins (SCAM, placements) : souvent parfois jamais

Mobilisation du patient : Oui non sans infos

Suivi : SCAM aucun <3 CS <6 mois
 >6 mois psychothérapie Sans infos

ANNEXES n°4

Résultats exhaustifs

Plan

I) Description des populations

I-1) Description de la population de 1991-1992

- I-1-1) Répartition par sexe
- I-1-2) Répartition par âge
- I-1-3) Durée d'hospitalisation
- I-1-4) Antécédents de tentative de suicide
- I-1-5) Contexte familial
 - I-1-5-1) Situation matrimoniale des parents*
 - I-1-5-2) Lieu de vie des adolescents*
 - I-1-5-3) Fratrie*
- I-1-6) Scolarité
 - I-1-6-1) Type de scolarité*
 - I-1-6-2) Performances scolaires*
- I-1-7) Diagnostic (structure de personnalité)
- I-1-8) Suivi après la tentative de suicide
 - I-1-8-1) Modalités de sortie*
 - I-1-8-2) Type de suivi*
- I-1-9) Critères psychiatriques
 - I-1-9-1) Dépression*
 - I-1-9-2) Autres critères*
- I-1-10) Critères sur le contexte de vie
 - I-1-10-1) Familial*
 - I-1-10-2) Mode relationnel*
 - I-1-10-3) Evènements traumatisants*
- I-1-11) Autres critères concernant le suivi

I-2) Mortalité et récidence de la population I (ensemble de la population en 1991-1992)

- I-2-1) Mortalité
- I-2-2) Récidives

I-3) Description, lors de la prise en charge en psychiatrie, de la population réhospitalisée (population H)

- I-3-1) Répartition par sexe
- I-3-2) Mortalité
- I-3-3) Situation socio-familiale
 - I-3-3-1) Statut matrimonial*
 - I-3-3-2) Enfants*
 - I-3-3-3) Environnement de vie*
 - I-3-3-4) Protection de la personne*
 - I-3-3-5) Situation professionnelle*
 - I-3-3-6) Ressources financières*
- I-3-4) Caractéristiques médicales
 - I-3-4-1) Diagnostic (structure de personnalité)*

- I-3-4-2) *Symptomatologie dépressive*
- I-3-4-3) *Consommation de toxiques*
- I-3-4-4) *Consommation d'alcool*
- I-3-4-5) *Pathologies somatiques*
- I-3-4-6) *Conduites violentes et comportements à risque*
- I-3-5) *Contexte de vie*
 - I-3-5-1) *Existence d'un conflit familial*
 - I-3-5-2) *Mode de relation sociale*
 - I-3-5-3) *Rupture datant de moins de trois mois*
 - I-3-5-4) *Contacts avec la justice pénale*
 - I-3-5-5) *Evènements traumatisants*
- I-3-6) *Contacts avec une équipe de soins de psychiatrie*
 - I-3-6-1) *Nombre de tentatives de suicides, d'hospitalisations, d'années de contacts avec l'hôpital*
 - I-3-6-2) *Demande et refus de soins psychiatriques*
 - I-3-6-3) *Utilisation de l'urgence*
 - I-3-6-4) *Mémoire de la TS index*
 - I-3-6-5) *Existence d'un suivi antérieur*
 - I-3-6-6) *Suivi réalisé après l'hospitalisation*
 - I-3-6-7) *Délai entre la TS index et l'hospitalisation en psychiatrie*

II) Comparaison des 2 sous-groupes I-H et I-non H en 1991-1992

- II-1) Mortalité
- II-2) Répartition par sexe
- II-3) Répartition par âge
- II-4) Durée d'hospitalisation
- II-5) Récidives suicidaires
 - II-5-1) *Antécédents de tentative de suicide*
 - II-5-2) *Récidives ultérieures*
- II-6) Contexte familial
 - II-6-1) *Situation matrimoniale des parents*
 - II-6-2) *Lieu de vie des adolescents*
 - II-6-3) *Fratrie*
- II-7) Scolarité
 - II-7-1) *Type de scolarité*
 - II-7-2) *Performances scolaires*
- II-8) Diagnostic (structure de personnalité)
- II-9) Suivi après la tentative de suicide
 - II-9-1) *Modalités de sortie*
 - II-9-2) *Type de suivi*
- II-10) Critères psychiatriques
 - II-10-1) *Dépression*
 - II-10-2) *Autres critères*
- II-11) Critères sur le contexte de vie
 - II-11-1) *Vie familiale*
 - II-11-2) *Mode relationnel*
 - II-11-3) *Evènements traumatisants*
- II-12) Autres critères concernant le suivi

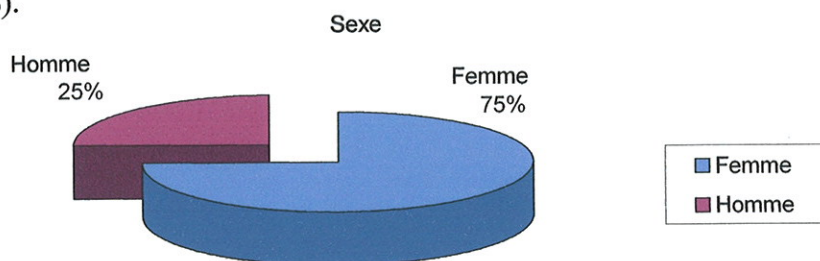
I) Description des populations

I-1) Description de la population de 1991-1992

La population est constituée des 165 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide dans le service de Pédiatrie du CHU de Limoges entre le premier janvier 1991 et le 31 décembre 1992. Lorsque les adolescents ont été hospitalisés plusieurs fois, la première hospitalisation pour tentative de suicide a été prise en compte, sauf dans le cas où les données recueillies étaient insuffisantes. Il est rappelé que cette population des 165 adolescents est nommée la population I.

I-1-1) Répartition par sexe

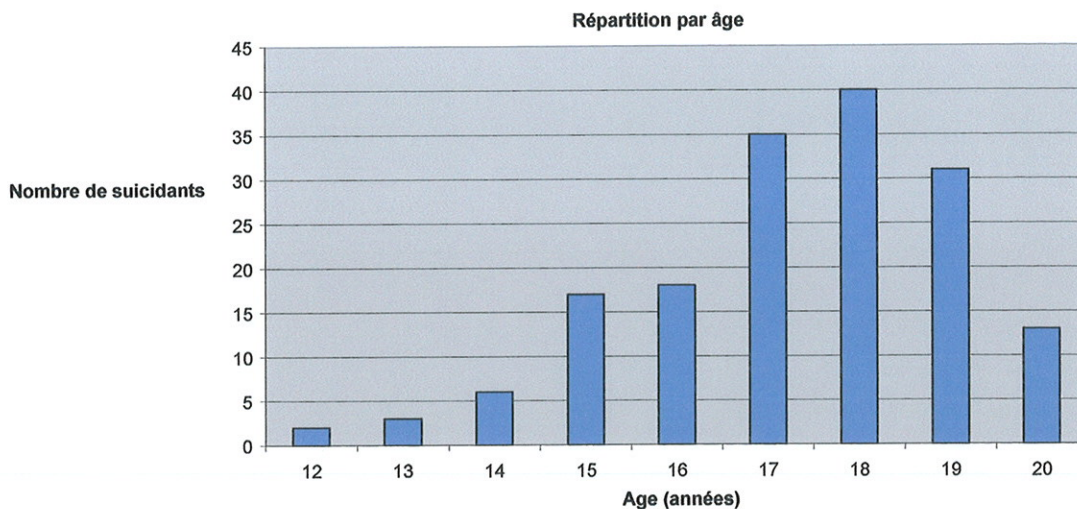
Elle fait apparaître une prédominance féminine, avec 124 femmes (75,15 %) pour 41 hommes (24,85 %).



I-1-2) Répartition par âge

Il s'agit d'une population en grande majorité de 17 ans ou plus (72 %).

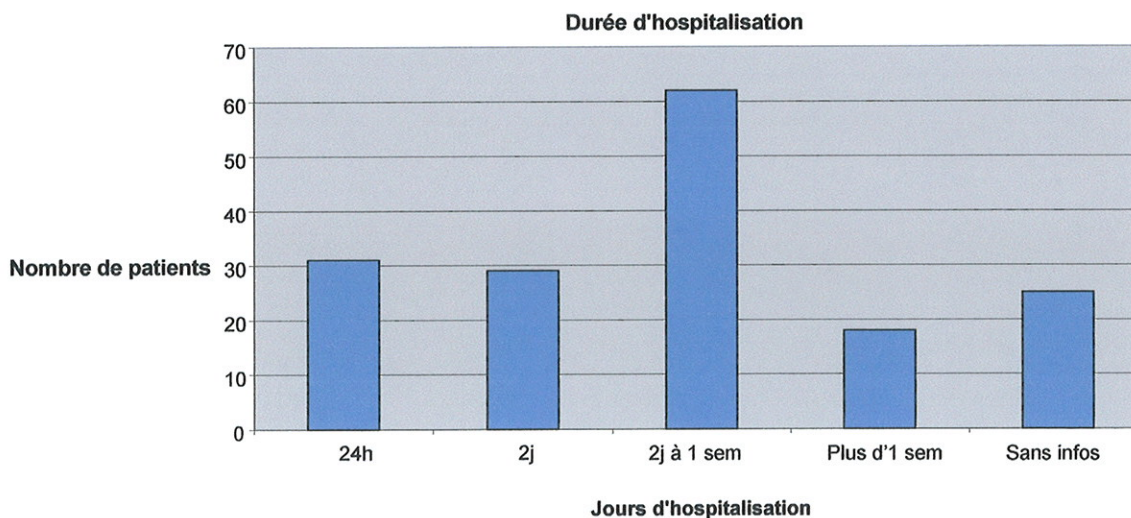
- 12 ans : 2	soit	1,2 %	
- 13 ans : 3	soit	1,8 %	
- 14 ans : 6	soit	3,6 %	
- 15 ans : 17	soit	10,3 %	
- 16 ans : 18	soit	10,9 %	
- 17 ans : 35	soit	21,2 %	} 72,1 %
- 18 ans : 40	soit	24,3 %	
- 19 ans : 31	soit	18,8 %	
- >19 ans : 13	soit	7,8 %	



I-1-3) Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation ne semble pas présenter de particularités. A noter seulement un pourcentage de patients plus important pour la durée d'hospitalisation de 2 jours à une semaine (37,5 %).

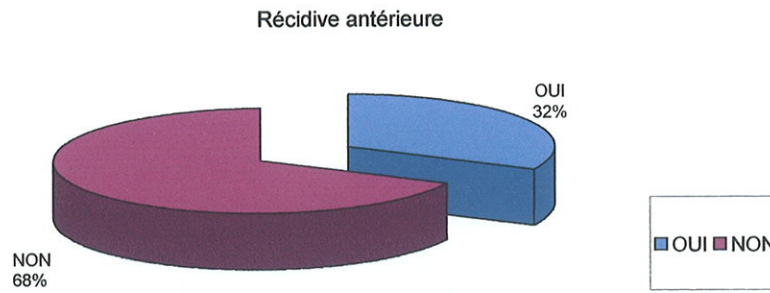
- 24h : 31 soit 18,8 %
- 2 jours : 29 soit 17,5 %
- de 2 jours à 1 semaine : 62 soit 37,5 %
- plus d'1 semaine : 18 soit 10,9 %
- pas d'informations : 25 soit 15,2 %



I-1-4) Antécédents de tentative de suicide

Il ressort de l'étude de cette population que presque un jeune sur trois est récidiviste au moment de la tentative de suicide de référence.

Pour 53 patients (32,1 %) il s'agissait d'une récurrence, pour les 112 autres (67,9 %), il s'agissait d'une première tentative.



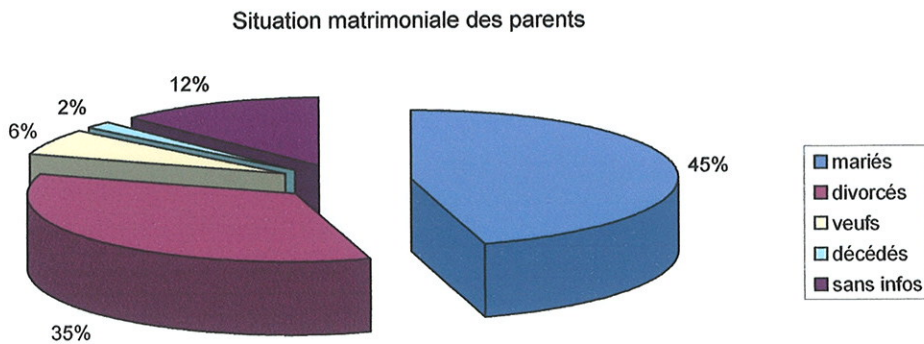
I-1-5) Contexte familial

Il s'intéresse essentiellement à la situation matrimoniale des parents et au lieu de vie du jeune.

I-1-5-1) Situation matrimoniale des parents

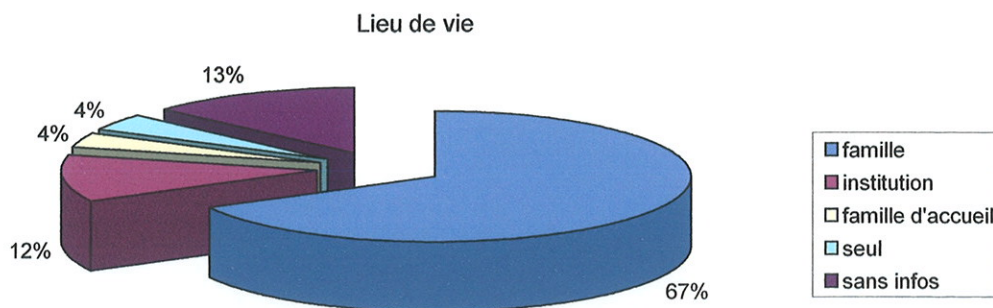
La situation matrimoniale des parents n'est pas répartie de manière particulièrement spécifique.

- 75 couples parentaux sont mariés sur 165 (45 %)
- 57 couples parentaux sont divorcés (35 %)
- 10 parents sont veufs (6 %)
- 3 couples parentaux sont décédés (2 %)
- pour 20 patients il n'est pas retrouvé d'informations dans les dossiers (12 %)



I-1-5-2) Lieu de vie des adolescents

- 111 adolescents vivent dans leur famille (67 %)
 - 19 vivent en institution (12 %)
 - 6 vivent en famille d'accueil (4 %)
 - 7 vivent seuls (4 %)
 - pour 22 d'entre eux il n'est pas retrouvé d'informations (13 %)
- } 20 % ne sont pas dans leur famille



Il ressort de l'étude de cette population qu'il existe au regard de la moyenne nationale un nombre plus important d'adolescents suicidants (20 %) ne vivant pas dans leur famille.

A titre indicatif, en 1999 seulement 5 % des jeunes de 15 à 19 ans vivaient en dehors de leur famille (source *INSEE* : www.recensement.insee.fr).

I-1-5-3) Fratrie

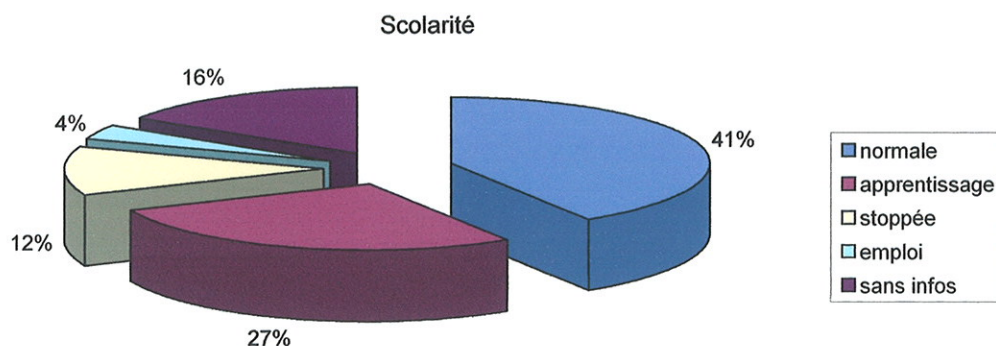
Dans 10 cas, l'adolescent est fils ou fille unique, dans 135 cas, il existe un ou des frères et sœurs. 20 dossiers ne fournissent pas d'informations concernant la fratrie.

I-1-6) Scolarité

I-1-6-1) Type de scolarité

- 68 adolescents sont dans un cursus normal (41 %)
- 45 sont en apprentissage (27 %)
- 20 sont déscolarisés (12 %)
- 6 ne sont plus scolarisés et ont une activité professionnelle (4 %)
- pour 26 d'entre eux il n'est pas retrouvé d'informations (16 %)

A titre indicatif, en 1999 seulement 3,7 % des jeunes de 15 à 19 ans étaient déscolarisés et sans emploi (source *INSEE*).

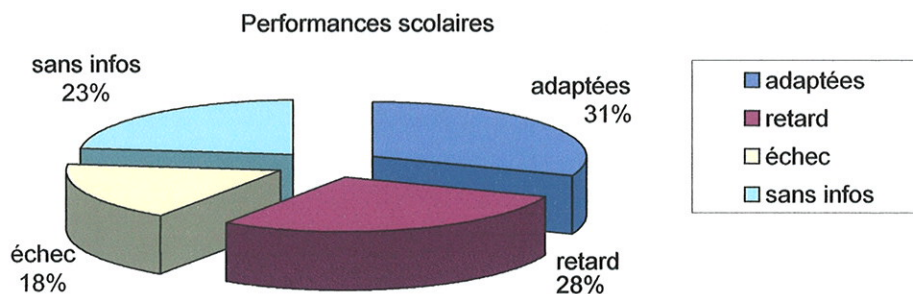


La scolarité des adolescents suicidants est globalement assez médiocre, avec une faible proportion d'adolescents suivant un cursus scolaire normal.

I-1-6-2) Performances scolaires

- 51 adolescents ont des performances scolaires adaptées (31 %).
 - 47 sont en retard dans leur cursus (28 %).
 - 29 sont en échec scolaire (18 %).
 - pour 38 il n'est pas retrouvé d'informations (23 %).
- } **46 % sont en difficultés scolaires**

En 1999 : 60,7 % des jeunes de 3^{ème} n'avaient pas de retard scolaire (source INSEE).

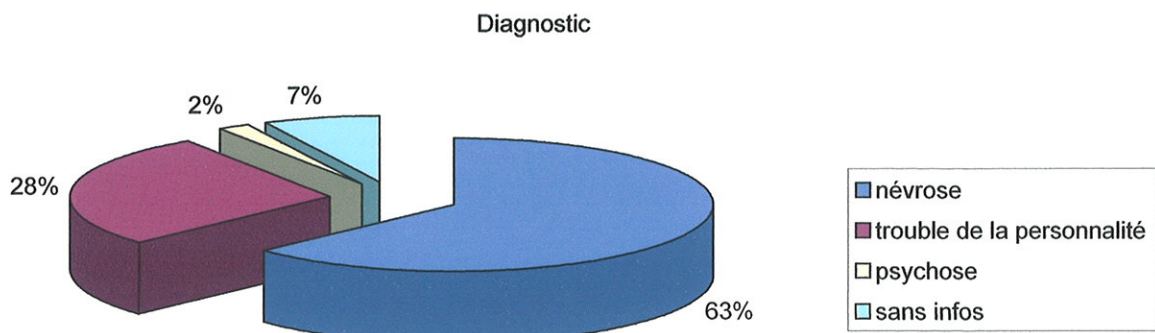


Il en est de même pour les performances scolaires : de nombreux jeunes sont en difficultés.

I-1-7) Diagnostic (structure de personnalité)

Comme cela a été précisé dans la première partie, le diagnostic posé à cette époque était basé sur la CFTMEA (version 1987), c'est-à-dire sur une classification de la pathologie mentale basée sur les structures de personnalité.

Pour 104 patients (63 %) un diagnostic de névrose a été posé, pour 46 (28 %) un diagnostic de trouble de la personnalité (de type état limite), pour 3 (2 %) un diagnostic de psychose et pour 12 (7%), aucune informations n'a pu être retrouvée.



Il est retrouvé principalement une population de névrotiques, la proportion de psychotiques étant relativement très faible.

I-1-8) Suivi après la tentative de suicide

I-1-8-1) Modalités de sortie

16 patients (9,7 %) sont sortis contre avis médical et les 149 autres sont sortis après accord du médecin.

I-1-8-2) Type de suivi

Il est rappelé que les items retenus pour ce critère sont : "non revu", revu "- de trois fois", "+ de trois fois", et "psychothérapie". Dans un souci de simplification, les items "non revu" et "moins de trois fois" ont été regroupés car il est possible de considérer qu'un suivi s'arrêtant avant trois consultations n'est pas réellement un suivi.

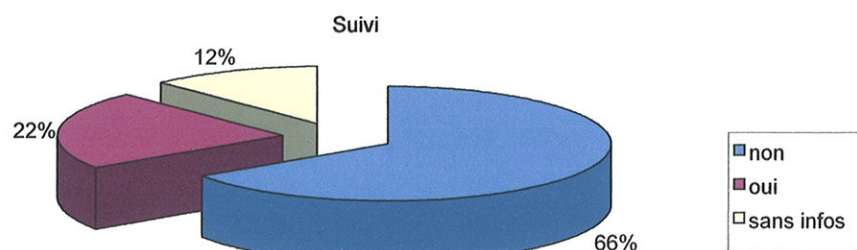
De même les items "plus de trois fois" et "psychothérapie" ont été regroupés compte tenu de l'apparente adhésion du patient à un suivi.

Un élément n'ayant pas été pris en compte dans la grille de lecture initiale a été relevé lors du recueil de données et concerne l'hospitalisation en secteur psychiatrique comme modalité de sortie du service de Pédiatrie. Cette notion retrouvée dans les dossiers n'a pas pu être intégrée ni à l'existence ni à l'absence d'un suivi, la prise en charge étant relayée par d'autres praticiens. De même, il n'est pas possible de connaître l'existence d'un suivi pour les patients ayant été adressé à un psychiatre extérieur au service.

Ces patients (hospitalisés en psychiatrie dans les suites immédiates et ceux adressés à un psychiatre extérieur) ont été pris en compte dans l'item "sans informations".

Au total, 108 patients (66 %) n'ont bénéficié d'aucun suivi ou d'un suivi inférieur à trois consultations après leur hospitalisation pour tentative de suicide, et 37 (22 %) ont eu un suivi de plus de trois consultations ou ont suivi une psychothérapie.

Pour 20 patients (12 %) il n'a pas été possible de déterminer l'existence d'un suivi.



Il ressort que 2/3 des adolescents suicidants n'adhèrent pas à un suivi.

Il a semblé intéressant d'essayer de mettre en relation le type de suivi en fonction du type de personnalité de chaque patient. Parmi les 46 patients présentant un trouble de la personnalité, 5 ont bénéficié d'un suivi, 35 n'ont eu aucun suivi, et pour 6 l'information n'est pas retrouvée. Parmi les 104 patients qualifiés de névrotiques, 33 ont eu un suivi, 67 n'en n'ont pas eu, et 4 dossiers n'apportent pas l'information. Pour les 3 patients psychotiques, l'information n'a pu être obtenue, 2 ayant été adressés à l'hôpital. Cependant, il n'a pu être mis en évidence de différence significative.

I-1-9) Critères psychiatriques

I-1-9-1) Dépression

Il n'existe pas systématiquement un syndrome dépressif chez ces adolescents suicidants.

Il est rappelé que la recherche de ce critère fait référence aux travaux de Ladame (Ladame, 1981).

Il est retrouvé un syndrome dépressif dans 50 cas, une absence de dépression dans 87 cas ; 28 dossiers n'ont pas permis de retrouver d'informations concernant l'existence d'une dépression.

I-1-9-2) Autres critères

Les critères suivants seront juste cités, le nombre de « sans informations » étant assez élevé. Bien que peu renseignés, ces critères restent importants, comme le soulignent les recommandations de l'ANAES (ANAES, 1998).

Il existe un facteur déclenchant dans 73 cas, une absence de facteurs déclenchant dans 48 cas, et une absence d'informations dans 44 cas.

Une consommation de toxiques et/ou alcool est retrouvée dans 10 cas, les 155 autres dossiers ne donnant pas d'informations sur l'existence ou non d'une consommation.

Des conduites violentes et/ou comportements à risques sont retrouvées dans 20 cas ; dans 1 dossier l'absence de telles conduites est spécifiée, les autres dossiers n'apportent pas cette information.

I-1-10) Critères sur le contexte de vie

Ici également, le nombre de dossiers ne donnant pas d'informations est important.

Il est rappelé que les critères suivants font référence aux variables sociologiques de Wenz (Wenz, 1979), qui présentent une forte corrélation avec la rupture vis-à-vis de l'environnement, et aux critères de l'ANAES (ANAES, 1998) en ce qui concerne l'entourage violent ou non étayant et l'existence d'évènements traumatisants.

I-1-10-1) Familial

Dans 21 cas, l'adolescent vit avec un beau-parent ; dans 113 cas, il n'existe pas de beaux-parents au sein du foyer familial ; les 31 autres dossiers n'apportent pas l'information.

Dans 23 cas l'entourage est considéré comme violent ou non étayant ; dans 19 cas, il est considéré comme suffisamment étayant. Dans 123 cas, l'information n'est pas retrouvée.

Dans 6 cas, les parents ont des difficultés économiques, dans 18 cas, ils n'en n'ont pas. Les 141 autres dossiers ne mentionnent pas d'informations concernant le statut économique des parents.

I-1-10-2) Mode relationnel

Il existe un problème de communication entre l'adolescent et ses parents dans 48 cas. Dans 2 cas les dossiers mentionnent une communication adaptée entre l'adolescent et sa famille, et dans 115 cas, l'information n'est pas retrouvée.

Dans 34 cas l'adolescent est en conflit avec ses parents. Dans 6 cas l'absence de conflit est spécifiée dans les dossiers, et dans 123 cas cette donnée n'est pas mentionnée.

En ce qui concerne le mode de relation sociale, il est rappelé que les items retenus sont : "normal", "conflits répétitifs", "ruptures fréquentes", "isolement" et ont été choisis d'après les notes personnelles.

Dans 6 cas, les relations sociales sont basées sur des conflits répétitifs, dans 6 cas, l'adolescent est dans un isolement important, dans 1 cas, les relations sont basées sur des ruptures permanentes, dans 4 cas, les relations sont spécifiées comme étant normales ; dans les 147 autres cas, aucune information spécifique n'est donnée sur ce critère. La réponse à cet

item pouvait être multiple, un type relationnel n'en excluant pas un autre (sauf le normal) ; le patient pour qui il était mentionné des ruptures fréquentes était également dans des conflits répétitifs.

Dans 30 cas, la tentative de suicide a fait suite à une rupture sentimentale datant de moins de trois mois. Dans 17 cas, il était mentionné l'absence de rupture dans les dossiers ; dans les 118 autres dossiers l'information n'était pas retrouvée.

I-1-10-3) Evènements traumatizants

La recherche d'évènements traumatizants se réfère aux critères de l'ANAES.

Un évènement traumatizant a été retrouvé dans 7 dossiers, cet évènement étant toujours une agression sexuelle. Les 158 autres dossiers ne mentionnent pas d'éléments sur ce critère.

I-1-11) Autres critères concernant le suivi

Il ressort essentiellement que la mobilisation de l'adolescent est plus importante que celle de sa famille. Cependant, cette mobilisation reste assez restreinte vis-à-vis de l'ensemble de la population concernée, et l'amélioration en découlant, relativement faible.

Il est rappelé que les critères pris en compte ici font référence à l'hypothèse de Ladame selon laquelle il faut qu'il y ait des changements dans la réalité interne du sujet et dans sa réalité externe pour qu'il y ait un arrêt du comportement suicidaire de l'adolescent. Ces critères et leur évaluation proviennent de travaux antérieurs (Plougeaut, 1992).

- Dans 30 cas, l'adolescent semble avoir été mobilisé par sa tentative de suicide et la prise en charge effectuée. Dans 43 cas il ne semble pas y avoir eu de mobilisation de l'adolescent. Les 92 autres dossiers ne mentionnent pas d'éléments concernant ce critère.

- Dans 14 cas, la famille de l'adolescent semble s'être mobilisée autour de ce dernier. Dans 68 cas, il ne semble pas y avoir eu de mobilisation de la famille. Les 83 autres dossiers ne mentionnent pas d'éléments concernant ce critère.

- Dans 16 cas, il y a eu une mesure sociale entreprise suite à la tentative de suicide de l'adolescent. Dans 77 cas, il n'y a pas eu de mesure sociale. Les 72 autres dossiers ne mentionnent pas d'éléments concernant ce critère.

- Dans 21 cas, il y a eu une amélioration de l'état psychologique général de l'adolescent dans les mois suivants sa tentative de suicide. Dans 15 cas, il n'y a pas eu d'amélioration. Les 129 autres dossiers ne mentionnent pas d'éléments concernant ce critère.

I-2) Mortalité et récurrence de la population A (ensemble de la population en 1991-1992)

I-2-1) Mortalité

Pour 122 des 165 patients de la population I, il a pu être établi s'ils étaient encore en vie ou non au mois de novembre 2006. A cette date, 3 patients sont décédés, dont un par suicide, la cause du décès des deux autres n'ayant pu être retrouvée. Cela fait une mortalité de 1,8 % pour la population I.

I-2-2) Récurrences

Les sources pour les données concernant les récurrences ultérieures proviennent des files actives de pédiatrie jusqu'en 2000 inclus et des dossiers d'hospitalisation du CH Esquirol pour les patients ayant été réhospitalisés ultérieurement.

Les récurrences antérieures ont été rapportées plus haut.

Pour 35 patients (21 %) il a été retrouvé une récurrence suicidaire après la TS index de 1991-92. Au total, il a été retrouvé une récurrence (qu'elle soit antérieure ou postérieure à la TS index) dans 78 cas sur 165 (47,3 %). Cependant, l'existence de récurrences ultérieures est sous-estimée ; ce fait sera précisé dans la partie discussion.

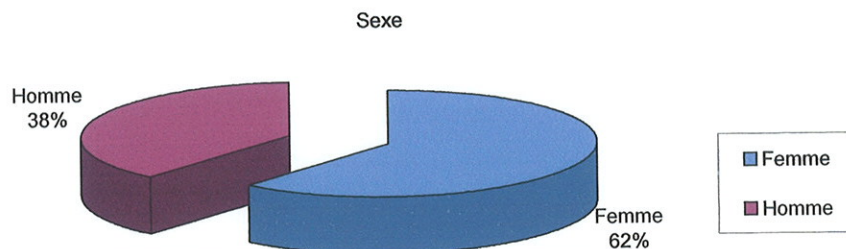
15 ans après, environ la moitié des adolescents ont fait plus d'une tentative de suicide.

I-3) Description, lors de la prise en charge en psychiatrie, de la population réhospitalisée (population H)

Rappel : sur les 165 adolescents de la population A (ensemble des adolescents suicidants en 1991-1992), 118 sont caractérisés par l'absence d'hospitalisation ultérieure en psychiatrie (population I-non H), et 47 sont caractérisés par une hospitalisation ultérieure en psychiatrie adulte (population I-H) sur la période allant de 1993 à 2006. Cette population des hospitalisés en psychiatrie sera nommée la population H lors de la prise en charge en psychiatrie.

I-3-1) Répartition par sexe

On observe également dans la population H une surreprésentation féminine, avec 29 femmes (61,7 %) pour 18 hommes (38,3 %).



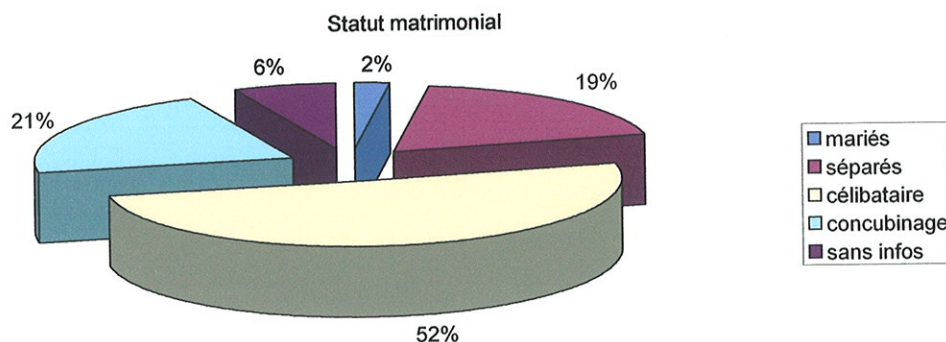
I-3-2) Mortalité

Sur l'ensemble de la population I, fin 2006, parmi les 3 patients décédés, 2 patients appartiennent à la population H. Un de ces deux patients est décédé par suicide. La cause du décès du second n'a pu être retrouvée. Cela fait une mortalité de 4,25 % sur la population H.

I-3-3) Situation socio-familiale

I-3-3-1) Statut matrimonial

1 patient est marié (2 %), 9 sont séparés (19 %), 10 vivent en concubinage (21 %), 24 sont célibataires (52 %). Pour 3 patients, il n'existe pas d'informations (6 %).

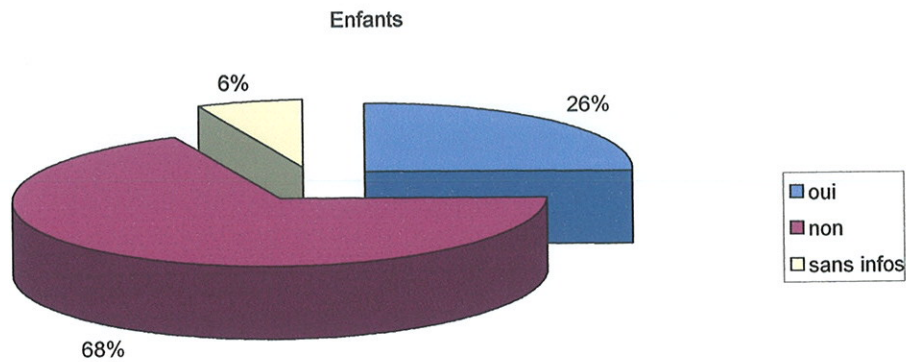


Plus de la moitié des patients est célibataire au moment de l'hospitalisation en psychiatrie.

En 2000, en France : 37,8 % des hommes et 30,7 % des femmes de plus de 15 ans étaient célibataires (INSEE).

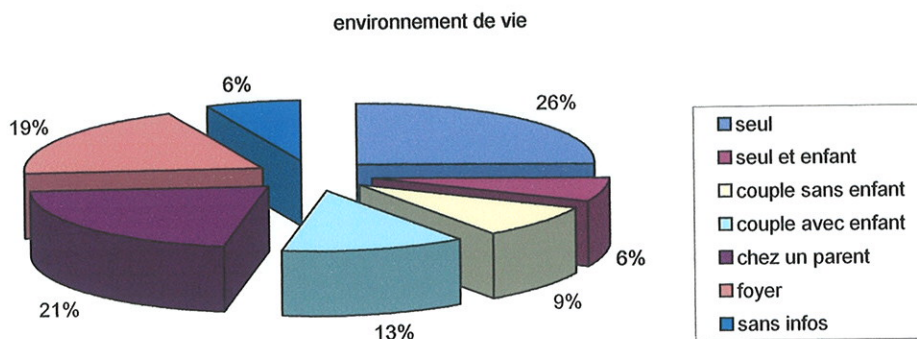
I-3-3-2) Enfants

- 32 patients sont sans enfants (68 %)
- 12 patients ont un ou plusieurs enfants (26 %)
- pour 3 patients l'information n'a pas été retrouvée (6 %)



I-3-3-3) Environnement de vie

- 12 patients vivent seuls et sans enfants (26 %).
- 3 patients vivent seuls avec un ou des enfants (6 %).
- 4 patients vivent en couple et sans enfants (9 %).
- 6 patients vivent en couple et avec un ou des enfants (13 %).
- 10 patients vivent chez un parent (21 %).
- 9 patients vivent en foyer (19 %).
- pour 3 patients l'information n'a pas été retrouvée (6 %).



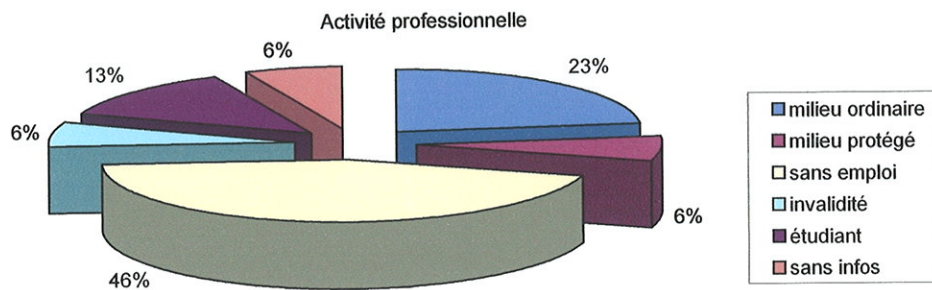
I-3-3-4) Protection de la personne

- 10 patients bénéficient d'une mesure de protection (22 %)
- 34 patients n'ont pas de mesure de protection (72 %)
- pour 3 patients l'information n'a pas été retrouvée (6 %).

I-3-3-5) Situation professionnelle

Presque la moitié des patients sont sans emploi au moment de l'hospitalisation.

- 11 patients travaillent en milieu ordinaire (23 %).
- 3 patients travaillent en milieu protégé (6 %).
- 21 patients sont sans emploi (46 %).
- 3 patients sont en invalidité (6 %).
- 6 patients poursuivent des études (13 %).
- pour 3 patients l'information n'a pas été retrouvée (6 %).

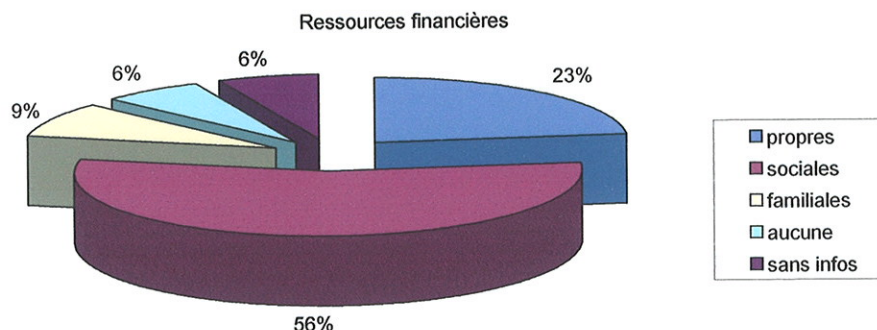


A titre indicatif, en 1999, parmi les 20-24 ans 37,5 % avaient un emploi et 13,3 % étaient au chômage, et parmi les 25-29 ans, 72,2 % avaient un emploi et 14,3 % étaient au chômage (INSEE).

I-3-3-6) Ressources financières

Seulement 1/4 des patients touchent un salaire, alors que plus de la moitié vivent de ressources sociales.

- 11 patients ont leurs ressources propres (salaire) (23 %).
- 26 patients bénéficient de ressources sociales (56 %).
- 4 patients bénéficient de ressources familiales (9 %).
- 3 patients sont sans ressources (6 %).
- pour 3 patients l'information n'a pas été retrouvée (6 %).

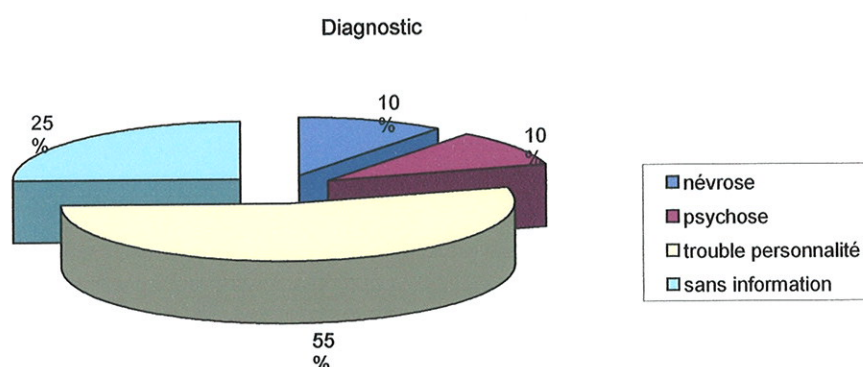


I-3-4) Caractéristiques médicales

I-3-4-1) Diagnostic (structure de personnalité)

Il est rappelé que les diagnostics portés au CH Esquirol font référence à la CIM X le plus souvent. Ceci explique en partie le nombre de « sans informations » élevé, l'approche en termes de structure de personnalité n'étant pas clairement définie dans cette classification, notamment en ce qui concerne la structure névrotique. Quand celle-ci est mentionnée, il n'est pas précisé à quelle approche et quelle classification elle fait référence. Ces faits sont approfondis dans la partie discussion.

- 5 patients sont névrotiques (10 %).
- 5 patients sont psychotiques (10 %).
- 26 patients présentent un trouble de la personnalité (de type état limite) (55 %).
- pour 12 patients l'information n'est pas retrouvée (25 %).



Il ressort de l'étude de cette population qu'une forte majorité de patients présentent un trouble de la personnalité de type état limite.

I-3-4-2) Symptomatologie dépressive

- 25 patients présentent une décompensation dépressive (53 %).
- 17 patients n'ont pas de symptomatologie dépressive (36 %).
- pour 5 patients, l'information n'est pas retrouvée (11 %).

I-3-4-3) Consommation de toxiques

- 23 patients consomment des toxiques (49 %).
- pour 4 patients, l'absence de conduites toxicomaniaques est spécifiée (8,5 %).
- pour 20 patients l'information n'est pas retrouvée (42,5 %).

Presque la moitié des patients présentent une addiction aux substances illicites.

I-3-4-4) Consommation d'alcool

- 20 patients ont une consommation d'alcool pathologique (43 %)
- 10 patients n'ont pas de consommation d'alcool excessive (21 %).
- pour 17 patients l'information n'est pas retrouvée (36 %).

Presque la moitié des patients présentent une addiction à l'alcool.

I-3-4-5) Pathologies somatiques

16 patients présentent une ou plusieurs pathologies somatiques qui sont mentionnées dans les dossiers. Ces pathologies se répartissent de la manière suivante :

- 5 patients sont épileptiques (10,6 %) (Prévalence 2003 = 9 ‰)
 - 2 patients sont asthmatiques (4,3 %). (Prévalence = 5 à 6 %)
 - 4 patientes ont un kyste ovarien (13,8 % des femmes). (Prévalence = 20 %)
 - 2 patientes ont une endométriose (6,9 % des femmes). (Prévalence = 1 à 3 %)
 - 1 patient a une rectocolite hémorragique (2,1 %).
 - 2 patients sont allergiques (4,3 %).
 - 1 patient est migraineux (2,1 %).
 - 1 patient a une colopathie fonctionnelle (2,1 %).
 - 1 patient a un trouble de la coagulation (2,1 %).
 - 1 patient est spasmophilique (2,1 %).
- pour 31 patients il n'est pas noté de pathologies somatiques dans les dossiers.

I-3-4-6) Conduites violentes et comportements à risque

- 30 patients présentent des conduites violentes et/ou des comportements à risque (64 %).
- 2 patients ne présentent pas de telles conduites (4 %).
- pour 15 patients, l'information n'est pas retrouvée (32 %).

2/3 des patients sont dans des comportements violents ou à risque.

I-3-5) Contexte de vie

Dans plus de la moitié des cas, il existe un conflit familial, et les relations sociales sont anormales. 1 patient sur 4 a vécu une rupture sentimentale récente, 1 patient sur 4 a vécu un évènement traumatisant, et 1 patient sur 7 a eu à faire à la justice.

I-3-5-1) Existence d'un conflit familial

- 25 patients sont en conflit avec leur famille (53 %).
- 11 patients ont des relations normales avec leur famille (23,5 %).
- pour 11 patients, cette information n'est pas retrouvée (23,5 %).

I-3-5-2) Mode de relation sociale

Il est rappelé que les aspects retenus dans les modes de relation sociale sont : les conflits répétitifs, l'isolement, les ruptures fréquentes et un mode normal de relation sociale. Dans 20 cas, les relations sociales sont basées sur des conflits répétitifs. Dans 6 cas, le patient est dans un isolement important. Dans 10 cas, les relations sont basées sur des ruptures permanentes. Dans 8 cas, les relations sont spécifiées comme étant normales. Pour 13 patients l'information n'est pas retrouvée.

Il est possible de retrouver chez un même patient plusieurs types de relations sociales. L'association de relations basées sur les conflits et les ruptures est retrouvée à 5 reprises. A 2 reprises il est retrouvé une association entre isolement et conflits, une fois il est retrouvé l'association entre isolement et ruptures, et une fois il est retrouvé l'association des trois modes.

I-3-5-3) Rupture datant de moins de trois mois

Dans 11 cas, l'hospitalisation a fait suite à une rupture sentimentale datant de moins de trois mois. Dans 28 cas, l'absence de rupture, à la lecture des dossiers, est supposée. Dans 9 autres dossiers l'information n'est pas retrouvée.

I-3-5-4) Contacts avec la justice pénale

7 patients ont eu à faire à la justice soit 15 %. Pour 8 patients il est mentionné l'absence de problème judiciaire. Pour les 32 autres patients, l'information n'est pas retrouvée.

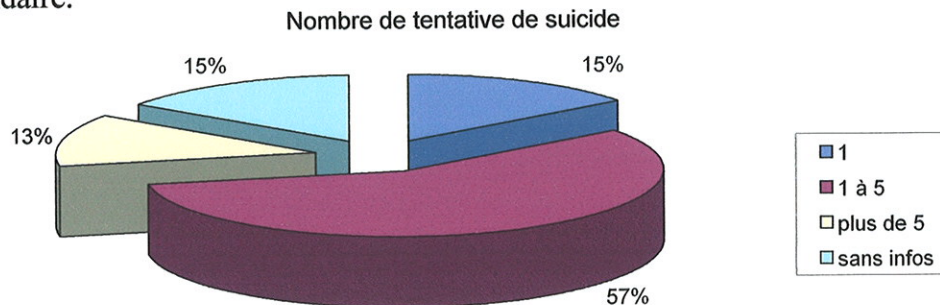
I-3-5-5) Evènements traumatisants

11 patients ont subi un évènement traumatisant dans leur passé, soit 24 %. Pour 5 patients il est mentionné l'absence de tout évènement traumatisant, dans les 31 autres dossiers cette information n'est pas retrouvée. Il est intéressant de mentionner que pour 4 patients, le traumatisme a eu lieu avant l'hospitalisation en pédiatrie en 1991 ou 1992 mais n'a été rapporté que lors de l'hospitalisation en psychiatrie.

I-3-6) Contacts avec une équipe de soins de psychiatrie

I-3-6-1) Nombre de tentatives de suicides, d'hospitalisations, d'années de contacts avec l'hôpital

- Parmi les patients hospitalisés, seulement 7 patients n'ont réalisé qu'une seule tentative de suicide (15 %), c'est-à-dire celle qui les a amené à être hospitalisé au CHU en 1991 ou 1992. 27 patients ont réalisé entre 2 et 5 tentatives de suicide (57 %), et 6 patients en ont réalisé plus de 5 (13 %). Pour 7 patients, l'information concernant le nombre de tentative de suicide n'est pas retrouvée (15 %). Au total, au moins 70 % des patients ont réalisé une récurrence suicidaire.



-Pour 14 patients il n'y a eu qu'une seule hospitalisation en psychiatrie (30 %). 24 patients ont été hospitalisés entre 2 et 5 fois (51 %). 9 patients ont été hospitalisés plus de 5 fois (19 %).

- Pour 17 patients (36 %) le recours aux services d'hospitalisation en psychiatrie a duré moins d'un an. Pour 24 patients (51 %), le recours à l'hospitalisation s'est étalé entre 1 et 5 ans. Pour 6 patients (13 %), il aura duré plus de 5 ans, ceux-ci étant dans le recours chronique à l'hospitalisation psychiatrique.

Seul un très faible pourcentage de patients est utilisateur ponctuel de l'hospitalisation en psychiatrie : 1 patient sur 7 seulement n'a fait qu'une tentative de suicide et 1 patient sur 3 n'a eu recours qu'à une seule hospitalisation.

I-3-6-2) Demande et refus de soins psychiatriques

Il est rappelé que le refus de soins est retenu lorsque le patient est hospitalisé sous contrainte, et également lorsqu'il sort contre avis médical.

Lorsqu'il y a plusieurs hospitalisations pour un même patient, la fréquence des modalités d'admission (Hospitalisation d'Office, Hospitalisation à la Demande d'un Tiers), et la fréquence des sorties contre avis médical permet d'estimer le refus de soins entre souvent, parfois et jamais.

La demande de soins est retenue lorsque le patient est demandeur d'aide auprès d'un soignant (médecin traitant, urgentiste, psychiatre...).

12 patients sont souvent demandeurs de soins (25 %) à l'occasion de leurs hospitalisations, 13 patients (28 %) sont parfois demandeurs de soins, et 18 patients ne sont jamais demandeurs de soins (38 %).

Pour 4 patients, l'information n'est pas retrouvée (9 %).

Parallèlement le refus de soins a été évalué : 11 patients refusent souvent les soins (23 %), 12 patients les refusent parfois (26 %), et 20 patients ne les refusent jamais (42,5 %). Pour 4 patients l'information n'est pas retrouvée (8,5 %).

6 patients sont sortis contre avis médical lors de leur hospitalisation (13 %).

La demande de soins n'est pas la caractéristique majeure de cette population, tout comme le refus de soins est ambivalent.

I-3-6-3) Utilisation de l'urgence

C'est en situation d'urgence que 24 patients (51 %) ont recours aux services de soins psychiatriques, alors que 11 patients (23 %) accèdent aux soins psychiatriques en dehors d'une situation d'urgence. Pour 12 patients, cette information n'est pas retrouvée (26 %).

La moitié des patients accède aux soins psychiatriques en situation d'urgence.

I-3-6-4) Mémoire de la TS index

26 patients (55 %) mentionnent leur tentative de suicide de 1991 ou 1992 à l'occasion de leur hospitalisation en psychiatrie. 17 patients (36 %) n'évoquent pas cette tentative de suicide. Pour 4 patients (9 %), l'information n'est pas retrouvée.

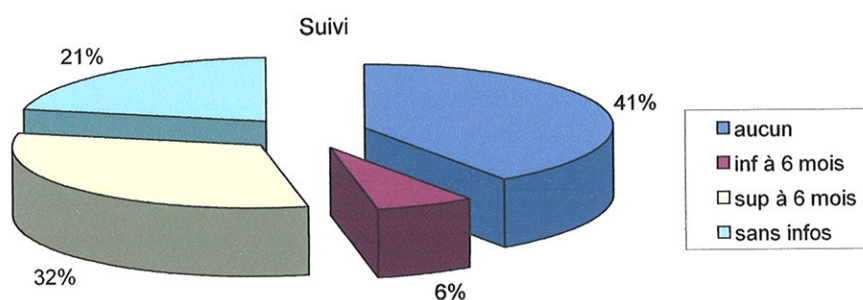
I-3-6-5) Existence d'un suivi antérieur

29 patients (62 %) n'ont aucun suivi psychiatrique avant leur hospitalisation au CH Esquirol. 3 patients (6 %) ont un suivi ayant débuté dans l'année précédant l'hospitalisation. 11 patients (23 %) ont un suivi ayant débuté plus d'un an avant l'hospitalisation. Pour 4 patients (9 %), cette information n'est pas retrouvée.

I-3-6-6) Suivi réalisé après l'hospitalisation

19 patients (41 %) n'ont aucun suivi après leur(s) hospitalisation(s), que ce soit un suivi au niveau du CH Esquirol ou un suivi avec un psychiatre libéral dont l'équipe de soins ait connaissance.

3 patients (6 %) ont un suivi qui durera moins de 6 mois après la sortie d'hospitalisation. 15 patients (32 %) adhèrent à un suivi au long cours, supérieur à 6 mois, dont 3 patients (6 %) débutent une psychothérapie. Pour 10 patients (21 %), l'information n'est pas retrouvée.



62 % des patients n'ont aucun suivi avant l'hospitalisation, et encore 40 % n'adhéreront pas à un suivi après l'hospitalisation.

I-3-6-7) Délai entre la TS index et l'hospitalisation en psychiatrie

Dans 15 cas (32 %), l'hospitalisation a eu lieu dans les 2 ans après la TS index.

Dans 9 cas (19 %), l'hospitalisation a eu lieu entre 2 et 5 ans après la TS index.

Dans 15 cas (32 %), l'hospitalisation a eu lieu entre 5 et 10 ans après la TS index.

Dans 8 cas (17 %), l'hospitalisation a eu lieu entre 10 et 15 ans après la TS index.

50 % des hospitalisations en psychiatrie ont lieu dans les 5 ans après la tentative de suicide initiale.

II) Comparaison des 2 sous-groupes I-H et I-non H en 1991-1992

Les deux populations ont été comparées en fonction de leurs caractéristiques étudiées au moment de leur TS de référence, par test du Chi2 ou Test exact de Fisher.

Les caractéristiques pour lesquelles une différence significative a pu être retrouvée entre la population I-H et la population I-non H vont être détaillées dans ce chapitre.

Il s'agit du sexe, des antécédents suicidaires et des récurrences ultérieures, de la vie en famille, du type de scolarité ainsi que des performances scolaires, et de l'existence d'un syndrome dépressif. Pour les autres critères, aucune différence n'a pu être mise en évidence, soit du fait d'un trop faible effectif, soit du fait de la non significativité du critère.

II-1) Mortalité

Elle est de 1 pour 118 patients (0,84 %) dans le groupe I-non H (des non hospitalisés) contre 2 pour 47 patients (4,25 %) dans le groupe I-H (des hospitalisés).

Malgré une différence notable, il n'a pas pu être retrouvé statistiquement de différences significatives entre le fait d'être hospitalisé ou non sur la mortalité.

II-2) Répartition par sexe

La population I-H comporte 29 femmes (61,7 %) et 18 hommes (38,3 %), alors que la population I-non H comporte 95 femmes (80,5 %) et 23 hommes (19,5 %). Au total, 23,4 %, des 124 femmes, et 43,9 % des 41 hommes sont hospitalisés en psychiatrie adulte dans les 15 ans suivant la TS index.

Sexe

	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
femme	(61,7 %) 29	(80,5 %) 95	124
homme	(38,3 %) 18	(19,5 %) 23	41
Total	47	118	165

$p < 0.025$.

Il existe une différence significative de répartition des sexes entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée et celle qui ne l'a pas été, les hommes étant plus hospitalisés.

II-3) Répartition par âge

- 12 ans : 1 dans la population I-H, 1 dans la population I-non H.
- 13 ans : 1 dans la population I-H, 2 dans la population I-non H.
- 14 ans : 0 dans la population I-H, 6 dans la population I-non H.
- 15 ans : 3 dans la population I-H, 14 dans la population I-non H.
- 16 ans : 4 dans la population I-H, 14 dans la population I-non H.
- 17 ans : 12 dans la population I-H, 23 dans la population I-non H.
- 18 ans : 12 dans la population I-H, 28 dans la population I-non H.
- 19 ans : 7 dans la population I-H, 24 dans la population I-non H.
- > 19 ans : 7 dans la population A-B, 6 dans la population A-non B.

Il n'a pas pu être retrouvé de différences significatives entre les deux populations.

II-4) Durée d'hospitalisation

- 24h : 12 dans la population I-H, 19 dans la population I-non H.
- 2 jours : 10 dans la population I-H, 19 dans la population I-non H.
- de 2 jours à 1 semaine : 17 dans la population I-H, 45 dans la population I-non H.
- plus d'1 semaine : 3 dans la population I-H, 15 dans la population I-non H.
- pas d'informations : 5 dans la population I-H, 20 dans la population I-non H.

Il n'a pas pu être retrouvé de différences entre les deux populations.

II-5) Récidives suicidaires

II-5-1) Antécédents de tentative de suicide

Pour 21 patients sur 47 dans la population I-H (45 %) il s'agit d'une récurrence, contre 32 patients sur 118 dans la population I-non H (27 %).

	Récurrence		
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Oui	(45 %) 21	(27 %) 32	53
Non	(55 %) 26	(73 %) 86	112
Total	47	118	165

$p < 0.05.$

Il existe une différence significative de répartition des récidivistes lors de l'hospitalisation en Pédiatrie entre les deux populations, celle qui sera hospitalisée en psychiatrie et celle qui ne le sera pas. Les futurs hospitalisés en psychiatrie présentent plus de récurrences que les non hospitalisés.

II-5-2) Récurrences ultérieures

Dans la population I-H, 20 adolescents sur 47 (42,5 %) ont récidivé leur tentative de suicide après l'hospitalisation en Pédiatrie, contre 15 adolescents (13 %) dans la population I-non H. Ici aussi les récurrences ultérieures sont sous-estimées dans la population I-non H du fait de l'ignorance concernant l'existence de récurrences survenues après l'âge de 20 ans.

Au total, dans la population I-H 38 patients sur 47 (81 %) ont fait plus d'une tentative de suicide, alors que dans la population I-non H, 40 patients sur 118 (34 %) ont été dénombrés comme ayant fait plus d'une tentative de suicide.

Récurrences totales			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Oui	(81 %) 38	(34 %) 40	78
Non	(19 %) 9	(66 %) 78	87
Total	47	118	165

$p < 0.001.$

Il existe une différence significative de répartition sur l'ensemble des récurrences entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les hospitalisés ont fait plus de tentatives de suicide.

II-6) Contexte familial

II-6-1) Situation matrimoniale des parents

Dans la population I-H:

- 20 couples parentaux sont mariés sur 47 (43 %)
- 20 couples parentaux sont divorcés (43 %)
- 4 parents sont veufs (8 %)
- 0 couples parentaux sont décédés (0 %)
- pour 3 patients l'information n'est pas retrouvée (6 %)

Dans la population I-non H:

- 55 couples parentaux sont mariés sur 118 (47 %)
- 37 couples parentaux sont divorcés (31 %)
- 6 parents sont veufs (5 %)
- 3 couples parentaux sont décédés (2,5 %)
- pour 17 patients l'information n'est pas retrouvée (14,5 %)

Il n'a pas pu être retrouvé de différences entre les deux populations.

II-6-2) Lieu de vie des adolescents

Dans la population I-H:

- 29 adolescents vivent dans leur famille (62 %)
 - 12 vivent en institution (25,5 %)
 - 2 vivent en famille d'accueil (4 %)
 - 1 vit seul (2 %)
 - pour 3 d'entre eux il n'est pas retrouvé d'informations (6,5 %)
- } **31,5 % ne sont pas dans leur famille**

Dans la population I-non H:

- 81 adolescents vivent dans leur famille (69 %)
 - 8 vivent en institution (7 %)
 - 4 vivent en famille d'accueil (3 %)
 - 6 vivent seuls (5 %)
 - pour 19 d'entre eux il n'est pas retrouvé d'informations (16 %)
- } **15 % ne sont pas dans leur famille**

Lieu de vie

	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
famille	(62 %) 29	(69 %) 81	110
hors famille	(31,5 %) 15	(15 %) 18	33
sans infos	(6,5 %) 3	(16 %) 19	22
Total	47	118	165

p < 0.05.

Il existe une différence significative de répartition des lieux de vie entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les patients hospitalisés vivent plus hors de leur famille que les patients non hospitalisés. Cependant, il y a plus de "sans informations" chez les patients non hospitalisés.

II-6-3) Fratrie

Dans la population I-H, 42 patients ont un ou des frères et sœurs, contre 93 dans la population I-non H. 5 patients sont fils ou fille unique dans les 2 populations. Dans la population I-H, l'information n'a pu être obtenue dans 20 cas.

Compte tenu de la quantité d'informations manquantes, il n'a pas pu être retrouvé de différences entre les deux populations.

II-7) Scolarité

II-7-1) Type de scolarité

Dans la population I-H:

- 13 adolescents sont dans un cursus normal (27,5 %),
- 21 sont en apprentissage (45 %)
- 12 sont déscolarisés (25,5 %)
- pour 1 il n'est pas retrouvé d'informations (2 %)

Dans la population I-non H:

- 55 adolescents sont dans un cursus normal (47 %),
- 24 sont en apprentissage (20 %)
- 8 sont déscolarisés (7 %)
- 6 ne sont plus scolarisés et ont une activité professionnelle (5 %)
- pour 25 il n'est pas retrouvé d'informations (21 %)

Pour rechercher une différence, les patients ayant un emploi ont été éliminés, car ils ne rentrent plus dans le cadre de la scolarité.

Scolarité			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Normale	(27,5 %) 13	(47 %) 55	68
Apprentissage	(45 %) 21	(20 %) 24	45
Stoppée	(25,5 %) 12	(7 %) 8	20
Sans infos	(2 %) 1	(21 %) 25	26
Total	47	112	159

$p < 0.001$.

Il existe une différence significative concernant la scolarité entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les patients hospitalisés ont une scolarité moins bonne que les patients non hospitalisés. Cependant ceux-ci ont plus de "sans informations".

II-7-2) Performances scolaires

Dans la population I-H:

- 9 adolescents ont des performances scolaires adaptées (19 %).
- 14 sont en retard dans leur cursus (30 %).
- 22 sont en échec scolaire (47 %).
- pour 2 il n'est pas retrouvé d'informations (4 %).

Dans la population I-non H:

- 43 adolescents ont des performances scolaires adaptées (36,5 %).
- 33 sont en retard dans leur cursus (28 %).
- 7 sont en échec scolaire (6 %).
- pour 35 il n'est pas retrouvé d'informations (29,5 %).

Performances scolaires			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Adaptées	(19 %) 9	(36,5 %) 43	52
Retard	(30 %) 14	(28 %) 33	47
Echec	(47 %) 22	(6 %) 7	29
Sans infos	(4 %) 2	(29,5 %) 35	37
Total	47	118	165

$p < 0.001.$

Il existe une différence significative concernant la réussite scolaire entre les deux populations, celle qui a été hospitalisée, et celle qui ne l'a pas été. Les patients hospitalisés ont de moins bonnes performances scolaires.

II-8) Diagnostic (structure de personnalité)

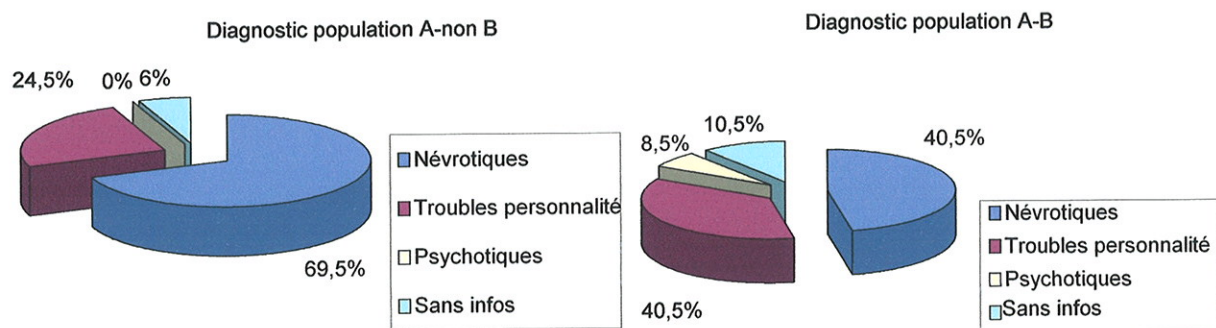
Dans la population I-H, il est retrouvé (au moment de l'hospitalisation en Pédiatrie):

- 19 névrotiques : (40,5 %)
- 19 troubles de la personnalité (type état limite) : (40,5 %)
- 4 psychotiques : 8,5 %
- Pour 5 patients, l'information n'a pu être retrouvée. (10,5 %)

Dans la population I-non H:

- 82 névrotiques (69,5 %)
- 29 troubles de la personnalité (24,5 %)
- 0 psychotiques (0 %)
- Pour 7 patients, l'information n'a pu être retrouvée (6 %)

Du fait du trop faible nombre de psychotiques, notamment dans la population I-non H, il n'a pas pu être retrouvé de différences significatives entre les deux populations, l'effectif théorique pour la réalisation du test du Chi 2 étant trop faible. Il est cependant intéressant de remarquer la disparité de répartition des patients en termes de diagnostic.



La population I-H comporte autant de patients névrotiques que de patients de type état limite, alors que la population I-non H comporte presque trois fois plus de patients névrotiques que de patients de type état limite. Il est également intéressant de noter que les patients psychotiques appartiennent tous à la population I-H.

II-9) Suivi après la tentative de suicide

II-9-1) Modalités de sortie

9 patients parmi les 118 de la population I-non H (7,6 %) sont sortis contre avis médical, contre 7 patients parmi les 47 de la population I-H (14,9 %).

Il n'a pas pu être retrouvé de différences significatives entre les deux populations.

II-9-2) Type de suivi

Ici également les items "non revu" et "moins de trois fois" ont été regroupés, tout comme les items "plus de trois fois" et "psychothérapie".

Les patients hospitalisés en psychiatrie dans les suites immédiates de l'hospitalisation en Pédiatrie, et ceux adressés à un psychiatre extérieur ont été pris en compte dans l'item "sans informations".

Au total, dans la population I-H:

- 28 patients n'ont bénéficié d'aucun suivi ou d'un suivi inférieur à 3 consultations (60 %).
- 10 patients ont eu un suivi de plus de trois consultations ou une psychothérapie (21 %).
- Pour 9 patients, il n'a pas été possible de déterminer l'existence d'un suivi (19 %).

Dans la population I-non H:

- 80 patients n'ont bénéficié d'aucun suivi ou d'un suivi inférieur à 3 consultations (68 %).
- 27 patients ont eu un suivi de plus de trois consultations ou une psychothérapie (23 %).
- Pour 11 patients, il n'a pas été possible de déterminer l'existence d'un suivi (9 %).

Il n'a pas pu être retrouvé de différences entre les deux populations.

II-10) Critères psychiatriques

II-10-1) Dépression

Dans la population I-H:

- Dans 17 cas, il est retrouvé un syndrome dépressif (36 %)
- Dans 14 cas, l'absence de syndrome dépressif est spécifiée (30 %)
- Dans 16 cas, l'information n'est pas retrouvée (34 %).

Dans la population I-non H:

- Dans 39 cas, il est retrouvé un syndrome dépressif (33 %)
- Dans 67 cas, l'absence de syndrome dépressif est spécifiée (57 %)
- Dans 12 cas, l'information n'est pas retrouvée (10 %).

Dépression			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	Total
Oui	(36 %) 17	(33 %) 39	56
Non	(30 %) 14	(57 %) 67	81
Sans infos	(34 %) 16	(10 %) 12	28
Total	47	118	165

$p < 0.001$.

Il existe une différence significative concernant l'existence d'un syndrome dépressif entre les deux populations, les patients non hospitalisés ayant moins de syndrome dépressif. Cependant le nombre de "sans informations " rend ce résultat difficilement interprétable.

II-10-2) Autres critères

Les critères suivant sont juste cités, le nombre de réponses aux critères étant trop faible pour réaliser une analyse statistique et pouvoir rechercher une différence significative.

Un facteur déclenchant est retrouvé dans 16 cas (34 %) dans la population I-H, et dans 57 cas (48 %) dans la population I-non H, contre 20 cas (43 %) où l'absence de facteurs est spécifiée dans la population I-H et 28 cas (24 %) dans la population I-non H. Les autres dossiers ne mentionnent pas l'information.

Une consommation de toxiques et/ou d'alcool est rapportée dans 9 cas dans la population I-H, et dans 1 cas dans la population I-non H.

Des conduites violentes ou comportements à risque sont retrouvés dans 15 cas dans la population I-H, et dans 5 cas dans la population I-non H.

II-11) Critères sur le contexte de vie

Ici également les critères seront juste cités, le nombre de réponse étant trop faible et des différences significatives ne pouvant être retrouvées.

II-11-1) Vie Familiale

L'adolescent vit avec un beau-parent dans 6 cas dans la population I-H et dans 15 cas dans la population I-non H. Dans 35 cas, il n'existe pas de beaux-parents au sein du foyer familial dans la population I-H et dans 78 cas dans la population I-non H; les 31 autres dossiers n'apportent pas l'information recherchée.

Dans 12 cas l'entourage est considéré comme violent ou non étayant dans la population I-H et dans 11 cas dans la population I-non H; dans 15 cas, il est considéré comme suffisamment étayant dans la population I-H et dans 4 cas dans la population I-non H. Dans 123 cas, l'information n'est pas transcrite par les dossiers.

Dans 5 cas, les parents ont des difficultés économiques dans la population I-H, et dans 1 cas dans la population I-non H. Dans 16 cas dans la population I-H, les parents n'ont pas de difficultés économiques, et dans 2 cas dans la population I-non H. Les 141 autres dossiers ne mentionnent pas d'informations concernant le statut économique des parents.

II-11-2) Mode relationnel

Il existe un problème de communication entre l'adolescent et ses parents dans 31 cas dans la population I-H et dans 17 cas dans la population I-non H. Dans 2 cas les dossiers mentionnent une communication adaptée entre l'adolescent et sa famille (dans la population I-H), et dans 115 cas, l'information n'est pas retrouvée.

Dans 22 cas l'adolescent est en conflit avec ses parents dans la population I-H et dans 12 cas dans la population I-non H. Dans 6 cas l'absence de conflit est spécifiée dans les dossiers dans la population I-H, et dans 125 cas cette donnée n'est pas mentionnée.

Dans 5 cas, les relations sociales sont marquées par des conflits répétitifs dans la population I-H et dans 1 cas dans la population I-non H. Dans 6 cas, l'adolescent est dans un isolement important, dans 1 cas, les relations sont marquées par des ruptures permanentes, dans 4 cas, les relations sont spécifiées comme étant normales, dans la population I-H; dans les 148 autres cas, aucune information spécifique n'est donnée sur ce critère.

Dans 9 cas, la tentative de suicide a fait suite à une rupture sentimentale datant de moins de trois mois dans la population I-H, et dans 21 cas dans la population I-non H.

II-11-3) Evènements traumatisants

Parmi les 7 évènements traumatisants retrouvés dans les dossiers du CHU (population I), 6 sont mentionnés dans les dossiers des patients hospitalisés ultérieurement (population I-H).

II-12) Autres critères concernant le suivi

Ici également, il n'a pu être retrouvé de différences significatives compte tenu du manque d'informations.

Parmi les 30 cas où l'adolescent semble avoir été mobilisé par sa tentative de suicide et la prise en charge effectuée, 5 adolescents appartiennent à la population I-H (10 %), les 25 autres appartenant à la population I-non H (21 %). Dans les 43 cas où il ne semble pas y avoir eu de mobilisation de l'adolescent, 23 appartiennent à la population I-H (49 %), 20 à la population I-non H (17 %).

Parmi les 14 cas où la famille de l'adolescent semble s'être mobilisée autour de ce dernier, 3 cas (6 %) appartiennent à la population I-H, 11 cas (9 %) à la population I-non H. Pour 28 cas (60 %) dans la population I-H et pour 40 cas (34 %) dans la population I-non H, il ne semble pas y avoir eu de mobilisation de la famille.

Une mesure sociale est entreprise suite à la tentative de suicide de l'adolescent dans 8 cas dans la population I-non H, et dans 8 cas dans la population I-H. Aucune mesure sociale n'est entreprise pour 54 cas de la population I-non H, et pour 23 cas de la population I-H.

Parmi les 21 cas où il y a eu une amélioration de l'état psychologique général de l'adolescent dans les mois suivants sa tentative de suicide, 1 amélioration (2 %) s'est produite dans la population I-H, les 20 autres (17 %) dans la population I-non H. Dans 15 cas, il n'y a pas eu d'amélioration, 12 fois (26 %) dans la population I-H, 3 fois (2,5 %) dans la population I-non H.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES). Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Texte des recommandations, Paris : ANAES, 1998.

ALBERT N., BECK AT. Incidence of depression in early adolescence : a preliminary study. *J. Young Adolescence*, 1975 ; 4 : 301-307.

ALVIN P., MARCELLI D. Médecine de l'adolescent. Masson, Paris, 2005, 453 p.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ème édition, texte révisé (DSM-IV-TR), Washington DC, Paris : Masson, 2000, 700 p.

ANGLE CR., O'BRIEN TP., MCINTIRE MS. Adolescent self-poisoning : a nine-year follow up. *Devel Behavior Pediatr* 1983 ; 4 : 83-87.

BADEYAN G., PARAYRE C., MOUQUET MC., et al. Suicides et tentatives de suicide en France, une tentative de cadrage statistique. Etudes et Résultats. DREES, N°109 ; avril 2001.

BARTER JT., SWABACK DO., TODD D. Adolescent suicide attempts. *Arch Gen psychiatry* 1968 ; 19 : 523-7.

BERAUD J. Adolescents suicidants : concept de mort à l'adolescence et notion d'après-coup. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2005 ; IX (86) : 25-29.

BERGERET J. (1974). La personnalité normale et pathologique. Dunod, Paris, 1996, 330 p.

BLOS P. The 2nd individuation process of adolescence. *Psychoanalytic study of the child*, 1967 ; 22: 162-186.

BOURRAT MM. Tentative de suicide de l'adolescent et milieu familial (à propos de 30 observations). Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 1975, 129 p.

BRENT DA., KOLKO DJ., WARTELLA ME., et al. Adolescent psychiatric inpatients'risk of suicide attempt at 6-month follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1993 ; 32 : 95-105.

BRENT DA., PERPER JA., GOLDSTEIN CE., et al. Risk factor for adolescent suicide : a comparaison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1998 ; 45 : 581-588.

BROWN LK., OVERHOLSER J., SPIRITO A., et al. The correlates of planning in adolescents suicide attempts. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 (1) : 95-99.

CHABERT C., BIROT E. Aménagements du processus thérapeutique dans les traitements d'adolescents par une prise en charge bifocale. *Neuropsych. Enf. Adol.*, 1988 ; 36 (5-6) : 208-212.

CHABROL H., MORON P. Les comportements suicidaires de l'adolescent. Paris : PUF (coll. « Nodules »), 1992, 91 p.

CHOQUET M., GRANBOULAN V. Les jeunes suicidants à l'hôpital. Paris, EDK, 2004 ; Enquête co-organisée et financée par la fondation de France, Paris, 191 p.

CHOQUET M., LEDOUX S. Adolescents, enquête nationale, Inserm, Paris, 1994, 1 vol., 346 p.

CHOQUET M., POMMEREAU X. Les élèves à l'infirmerie scolaire : identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire - Premiers résultats. Dossier de presse, INSERM, février 2001.

CHOQUET M. En France, les tentatives de suicide des jeunes augmentent. Dossier " le suicide des adolescents : un enjeu de santé publique ", *Le bulletin de l'ordre des médecins*, février 2005 ; 2 : 12.

CHOQUET M. Jeunes suicidants à l'hôpital. *Soins pédiatrie-puériculture*, juin 2004 ; 218 : 5-7.

CHOQUET M. Jeunes suicidants à l'hôpital. Enquête co-organisée et financée par la Fondation de France. *Le carnet psy*, nov 2003 ; 85 : 14-19.

COHEN-SANDLER R., BERMAN AL., ROBERT RA. A follow-up study of hospitalized suicidal children. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1982 ; 21 : 398-403.

CREMNITER D. Les conduites suicidaires et leur devenir. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Tours 16-20 juin 1997. Paris: Masson ; 1997. 180 p.

CUCHEVAL E., SIOBUD E., VAIVA G. Recontacter un suicidant à distance de son geste : éthique et intérêt. *La Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, février 1998 ; 15 : 39-41.

CUMMINS RR., ALLWOOD CW. Suicide attempts or threats by children and adolescents in Johannesburg. *S Afr Med J* 1984 ; 66 : 726-729

DE WILDE EJ., KIENHORST CWM., DIESKTRA RFW., et al. The relationship between adolescent suicidal behavior and life events in childhood and adolescence. *Am J Psychiatry* 1992 ; 149 (1) : 45-51.

DURKHEIM E. Le suicide, étude de sociologie, Paris, Presse Universitaire de France, 1930, (réédition 2004 : 12^{ème} éd), 480 p.

FACY F., JOUGLA E., HATTON F. Epidémiologie des tentatives de suicide de l'adolescent. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 1409-1414.

FAHS H., CHABAUD F., DUPLA V., et al. Troubles dépressifs des adolescents. A propos d'une enquête épidémiologique auprès de 465 adolescents scolarisés. *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.*, 1998 ; 46 (5-6) : 340-349.

FOUSSARD N., LAURENT A., BOUCHARLAT J. Les tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent : à propos de 134 observations d'un service de pédopsychiatrie. Suicide et cultures, Conduites suicidaires de l'adolescent, Après le suicide... Chabannes JP Coord., Debout M. Coord., Congrès, Groupement d'études et de prévention du suicide, Chambéry, 1994 ; 179-191.

FOUSSARD N., LAURENT A., BOUCHARLAT J. Adolescence et suicide : l'ampleur du problème. *Nervure mars* 1995 ; VIII (2) : 14-16.

FREUD A. Adolescence. Psychoanal. Study Child, 1958 ; 13 : 255-278. Trad. Française In : L'enfant dans la psychanalyse. Paris, Gallimard, 1976, 244-266.

FREUD S. (1917). Deuil et mélancolie. In : Métapsychologie. Paris : Gallimard, 1968 : 145-171, 192 p.

FREUD S. (1904). Remémoration, répétition et perlaboration. In : La technique psychanalytique, 1953 (réédition 1992), Paris, PUF, 105-115.

FREUD S. (1895). L'esquisse. In : La naissance de la psychanalyse, Paris, PUF, 1979, p. 315-396. **GARFINKEL BD., FROESE A., HOOD J.** Suicide attempts in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1982 ; 139 : 1257-1261.

GASQUET I., CHOQUET M. Spécificité du comportement suicidaire des garçons à l'adolescence. In : Adolescentes-Adolescents, Psychopathologie différentielle, Bayard, Paris, 1995, 1 vol., 81-89.

GASQUET I. Approche épidémiologique de l'évolution avec l'âge et le sexe de la dépression infanto-juvénile. *Psych.Enf.*, 1994 ; 37 (2) : 533-566.

GÉDANCE D., LADAME FG., SNAKKERS J. La dépression chez l'adolescent *Rev.Fr.de psychanalyse*, 1977 ; 4 : 257-260.

GEHIN A. Devenir, 10 ans après, de 65 adolescents suicidants, hospitalisés à l'hôpital d'enfants de Nancy. Thèse de doctorat en Médecine, Nancy : Université de Nancy, 2005, 167 p.

GEKIERE C. La passion classificatrice en psychiatrie : une maladie contemporaine ? *La lettre de Psychiatrie Française*, 2007 ; 164 : 13-17.

GOLDACRE M., HAWTON K. Repetition of self-poisoning and subsequent death in adolescents who take overdoses. *Br J Psychiatry* 1985 ; 146 : 395-8.

GRANBOULAN V., ALVIN P. Les tentatives de suicide. In : Michaud PA, Alvin P et al., eds. La santé des adolescents. Approches, soins, prévention. Lausanne : Payot, Paris : Doin, Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 361-374.

GRANBOULAN V., RABAIN D., BASQUIN M. The outcome of adolescent suicide attempts. *Acta Psychiat Scand* 1995 ; 91 : 265-270.

GRANBOULAN V. Devenir de l'adolescent suicidant. *Rev Prat* 1998 ; 48 : 1440-1443.

GROHOLT B., EKEBERG O., HALDORSEN T. Adolescents hospitalized with deliberate self-harm : the significance of an intention to die. *Eur Child Adolesc Psychiatr* 2000 ; 9 : 244-254.

GUILLON JL., BRUNOD R., GALLAT JP. Tentatives de suicide d'enfants et adolescents. A propos de 67 observations d'un service de pédiatrie générale. *Neuropsych Enfance* 1987 ; 35 : 227-38.

GUTTON P. Le pubertaire. Paris : PUF, 1991, 322 p.

HAIM A. Les suicides d'adolescents. Paris, Payot, 1969, 303 p.

HARRIS EC., BARRACLOUGH B. Suicide as an outcome for mental disorders : a meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997 ; 170 : 205-228.

HAWTON K., FAGG J., PLATT S., et al. Factors associated with suicide after parasuicide in young people. *Br Med J* 1993 ; 306 : 1641-1644.

ISRAËL L. Initiation à la psychiatrie. Masson, Paris, 1984, 274 p.

JEAMMET P. Les tentatives de suicide des adolescents : réflexions sur les caractéristiques de leur fonctionnement mental. *Adolescence* 1986 ; 4,(2) : 225-232.

JEAMMET P., BIROT E. Etude psychopathologique des tentatives de suicide chez l'adolescent et le jeune adulte. Paris : PUF, 1994, 263 p.

JEAMMET P. Réalité externe et réalité interne. Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence. *Rev. Fr. Psycanal.*, 1980 ; 44 : 481-523.

JEAMMET P. La psychologie de l'adolescence est-elle spécifique ? *L'information psychiatrique*, 1981 ; 57 (2) : 141-268.

JEAMMET P. Du familier à l'étranger. Territoire et trajets de l'adolescent. Réflexions sur la fonction des rites d'initiation à l'adolescence et sur l'éclairage qu'ils nous apportent sur l'économie psychique des adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1983 ; 31 (8-9) : 361-381.

JEAMMET PH. Actualité de l'agir. A propos de l'adolescence. *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1985, 31 (« Les actes »), 201-222.

KERFOOT M., MCHUGH B. The outcome of childhood suicidal behaviour. *Acta Paedopsychiatr.* 1992 ; 55 : 141-145.

KLEIN M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In : Klein M., Heimann P., Isaacs S. et Rivière J. Développement de la psychanalyse, tr. fr., PUF, Paris, 1966, 274-300.

KOTILA L., LÖNNQVIST J. Suicide and violent death among adolescent suicide attempters. *Acta Pasychiatr Scand* 1989 ; 79 : 453-459.

- KOTILA L., LÖNNQVIST J.** Adolescents who make suicide attempts repeatedly. *Acta Psychiatr Scand* 1987 ; 76 : 386-393.
- LACHAUX B., TERRA J.L.** Du prélèvement biologique à l'échange psychique, ou le prélèvement psychologique entre impossible et interdit. *L'Encéphale* 1993 ; *XLIX* : 209-210
- LADAME F., OTTINO J., PAWLAK C.** Adolescence et suicide, Paris, Masson, 1995, 198 p.
- LADAME F.** Les tentatives de suicide des adolescents, Paris : Masson, 1981, 98 p.
- LAUFER M., LAUFER ME.** Adolescence et rupture du développement : une perspective psychanalytique. Paris : PUF, 1989, 255 p.
- LAURENT A., FOUSSARD N., DAVID M., et al.** A follow-up study of suicidal adolescents. *J Adolesc Health Care* 1998 ; 22 : 424-430.
- LEVI STRAUSS C.** La pensée sauvage. Paris : Plon 1962 ; réédition 1985 ; collection Agora, 349 p.
- LOUBEYRE JB.** Une population d'adolescents hospitalisés. In : Marcelli D., Adolescences et dépressions. Paris : PUF (coll. « Médecine et psychothérapie »), 1990 : 14-16.
- LUCAS G.** La méthode monographique. In : Psychiatrie de l'enfant : quels patients, quels traitement ? Collection "Le fil rouge", Presses universitaires de France, Paris, 2002, 232 p.
- MAHLER MS.** Symbiose humaine et individuation. Tome I, trad. fr., Payot, Paris, 1973, 252 p.
- MARCELLI D., BERTHAUT E.** Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Collection "Les âges de la vie", Masson, Paris, 2001, 264 p.
- MARCELLI D., BRACONNIER A.** Adolescence et psychopathologie. Collection "Les âges de la vie", Masson, Paris, 2004, 631 p.
- MARCELLI D., FAHS H.** Relation entre dépression et suicide à l'adolescence. *Nervure* 1995 ; 8 (1) : 26-34.
- MARTUNNEN MJ., ARO HM., HENRIKSSON MM., et al.** Mental disorders in adolescent suicide : DSM III-R Axes I et II Diagnosis in suicide among 13 to 19 year olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 (9) : 834-839.
- MEAD M.** Le fossé des générations. Denoël, Paris, 1972, 185 p.
- MISES R., SCHMIT G.** La consultation pédopsychiatrique. *La lettre de Psychiatrie Française*, 2002 ; 119 : 7-8.
- MISES R.** Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent, CFTMEA, 1987.

- MOUTIA C., FISCHER W., LADAME F.** Caractéristiques cliniques d'une cohorte d'adolescents suicidants : résultats préliminaires d'une étude prospective. In : Ladame F, Ottino J, Pawlak C, Adolescence et suicide. Paris : Masson (coll. « Médecine et Psychothérapie »), 1995 : 67-73.
- MYERS K., MCCAULEY E., CALDERON R., et al.** The 3-year longitudinal course of suicidality and predictive factors for subsequent suicidality in youths with major depressive disorder. *J Am Child Adolesc Psychiatry* 1991 ; 30 : 804-810.
- NARDINI-MAILLARD D., LADAME F.G** The results of a follow-up study of suicidal adolescents. *J. Adolescence*, 1980 ; 3 : 253-260.
- OHAYON A.** Le devenir des enfants suivis en psychiatrie : premières enquêtes rétrospectives d'évaluation. *L'Évolution psychiatrique*, 2004 ; 69 (4) : 589-603.
- OLLIAC B., DARTHOUT N., TEYSSANDIER C., et al.** Traumatic repercussions of a series of suicides in a secondary school. Symposium: Trauma in children and adolescents: Symposium of the French Society for Children and Adolescent Psychiatry (SFPEADA) 17e Congrès International de l'IACAPAP ; Melbourne, 10-15 septembre 2006.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.** Classification Internationale des Maladies. Dixième révision (Cim X). Paris : Masson, 1993.
- OTTO U.** Suicidal acts by children and adolescents : a follow-up study. *Acta Psychiat Scand* 1972 ; suppl. 223 : 1-123.
- OWENS D., HORROCKS J., HOUSE A.** Fatal and non-fatal repetition of self-harm : systemic review. *Br J Psychiatry* 2002 ; 181 : 193-199.
- PEQUINOT F.** Suicide, cadrage statistique et qualité des données. 6ème séance du séminaire "santé, inégalités, ruptures sociales de l'unité 444 de l'INSERM consacrée aux "tentatives de suicide à l'adolescence, souffrance singulière et mal-être social", Paris, le 22 mai 2003.
- PLOUGEAUT C.** Que sont-ils devenus ? Ou une rencontre avec des adolescents deux ans après une tentative de suicide. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'Adolescence* 1992 ; 40 ; 3-4 : 205-210.
- RAO U., WEISSMAN MM., MARTIN JA., et al.** Childhood depression and risk of suicide : a preliminary report of a longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psych* 1993 ; 32 : 21-27.
- ROCHE J.F.** C'était un bon titre... In : Entre-deux-morts, Limoges, Pulim, 2000, 283 p.
- ROCHE JF., PLOUGEAUT C., BOURRAT MM., et al.** Prise en charge des adolescents hospitalisés dans un service de pédiatrie de CHRU à la suite d'une tentative de suicide. Evolution des modalités d'hospitalisation et de suivi (1988-1990). *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1992, 40 (11-12), 639-643.

- ROCHE JF., PLOUGEAUT C., BOURRAT MM., et al.** Adolescents suicidaires dans un service de pédiatrie : réflexion sur leur accueil et leur prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 1992, 40 (11-12), 633-638.
- ROCHE JF.** Accueillir les adolescents suicidants dans le CHRU de la région la plus vieille d'Europe. Communication à la Conférence Européenne sur le suicide des jeunes. Nantes. 19-20 septembre 2000.
- SANDLER J., NAGERA H.** Aspect of the metapsychology of fantasy. *Psychoanalytic study of the child*, 1963 ; 18 : 159-194.
- SELLAR C., HAWTON K., GOLDACRE MJ.** Self- poisoning in adolescents. Hospital admissions and deaths in the Oxford region 1980-1985. *Br J Psychiatry* 1990 ; 156 : 866-70.
- SNACKERS J., LADAME FG., ET NARDINI D.** La famille peut-elle empêcher l'adolescent de se suicider ? *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 1980 ; 28 : 393-398.
- SPIRITO A., LEWANDER WJ., LEVY S. et al.** Emergency department assessment of adolescent suicide attempters : factors related to short-term follow-up outcome. *Pediatr Emerg Care* 1994 ; 10 : 6-12.
- SPIRITO A., PLUMMER B., GISPERT M., et al.** Adolescents suicide attempts : outcomes at follow-up. *Am J Orthopsychiatry* 1992 ; 62 : 464-468.
- SUOMINEN K., ISOMETSÄ E., SUOKAS J., et al.** Completed suicide after a suicide attempt : a 37-year follow-up study. *Am J Psychiatry* March 2004 ; 161 (3) : 562-563.
- THURIN JM.** Clés pour l'évaluation des psychothérapies. *Pour la recherche*, 2000 ; 25 : 5-7.
- TURSZ A.** La fiabilité des données épidémiologiques : quelques réflexions. In : Michaud PA, Alvin P et al. *La santé des adolescents. Approches, soins, prévention*. Lausanne : Payot, Paris : Doin, Presses de l'Université de Montréal, 1997 : 81-85.
- VANGE B.** Attempted suicide among children and adolescents : a follow-up study. *Ugestr Laeg* 1985 ; 147 : 1867-1873.
- WENZ FV.** Sociological correlates of alienation among adolescent suicide attempts. *Adolescence*, 1979 ; 14 : 19-30.
- WINNICOTT DW. (1971).** Concepts actuels du développement de l'adolescent, In : *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Paris : Gallimard, 1975 ; 190-207.
- WINNICOTT DW.** L'adolescence. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, 257-266.
- WINNICOTT DW (1958).** La capacité d'être seul. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Payot, Paris, 1969, 205-213.

TABLES DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	8
SOMMAIRE	17
INTRODUCTION	24
PREMIERE PARTIE : UNE EVALUATION A 15 ANS, POURQUOI ? COMMENT ?	26
I) Intérêts d'une évaluation 15 ans après	27
I-1) S'interroger sur l'impact de la prise en charge vis-à vis du devenir de ces	27
adolescents	27
I-2) Délai de 15 ans	28
I-3) Comparaison à d'autres études, et aux consensus dans l'objectif d'une auto-	28
évaluation	28
I-4) Etablissement de sous-groupes de patients avec facteurs de risque de mauvaise ..	29
évolution	29
I-5) Type d'étude : avantages et inconvénients du rétrospectif face au prospectif ..	29
I-6) Faisabilité d'une étude à plus large échelle.....	30
II) Evolution des questionnements en fonction des difficultés rencontrées	31
II-1) Objectifs initiaux et méthode envisagée.....	31
II-1-1) Objectifs initiaux.....	31
II-1-2) Première méthode envisagée.....	32
II-2) Difficultés.....	32
II-2-1) Perdus de vue prévisibles.....	33
II-2-2) Risques d'une reprise de contact à distance (contraintes pour les	33
participants)	33
II-2-3) Critères nécessaires à l'accord du CPP	35
II-3) Evolution des objectifs.....	36
III) Matériel et méthode.....	37
III-1) Populations.....	37
III-1-1) Population de départ : 1991-1992.....	37
III-1-1-1) <i>Prise en charge habituelle en 1991-1992</i>	37
III-1-1-2) <i>Population concernée</i>	38
III-1-2) Population des hospitalisés en psychiatrie	38
III-1-3) Etablissement de sous-populations.....	39
III-2) Outils	40
III-2-1) Mortalité	40
III-2-2) Dossiers médicaux du CHU (1991-1992)	40
III-2-2-1) <i>Fiches de suivi sur les tentatives de suicide</i>	40
III-2-2-2) <i>Dossiers médicaux</i>	41
III-2-2-3) <i>Files actives jusqu'en 2000 pour la recherche des récidives</i>	42
III-2-3) Dossiers médicaux des patients hospitalisés en psychiatrie entre	43
1993 et 2006	43

III-2-3-1) Recueil des données	43
III-2-3-2) Critères pris en compte	43
III-2-4) Données recueillies.....	46
III-2-5) Exploitation des données et traitement statistique.....	46
III-3) Origine de ces critères.....	46
III-3-1) Le contexte environnemental.....	47
III-3-2) Les caractéristiques psychiatriques	48
III-3-3) Suivi et utilisation de la psychiatrie.....	49
III-3-4) Adaptation sociale	50
DEUXIÈME PARTIE : RÉSULTATS.....	51
I) Description des populations.....	52
I-1) Description de la population de 1991-1992 (population I).....	52
I-1-1) Répartition par sexe.....	52
I-1-2) Répartition par âge	52
I-1-3) Durée d'hospitalisation	53
I-1-4) Antécédents de tentative de suicide	53
I-1-5) Contexte familial et social.....	54
I-1-5-1) Situation matrimoniale des parents	54
I-1-5-2) Lieu de vie des adolescents	54
I-1-5-3) Autres critères	55
I-1-6) Scolarité.....	55
I-1-6-1) Type de scolarité	55
I-1-6-2) Performances scolaires.....	56
I-1-7) Diagnostic (structure de personnalité) et autres critères	56
I-1-8) Suivi après la tentative de suicide	57
I-2) Mortalité et récidives, à 15 ans, de la population I.....	58
I-2-1) Mortalité	58
I-2-2) Récidives	58
I-3) Description, lors de la prise en charge en psychiatrie, de la population	59
y étant hospitalisée (population H)	59
I-3-1) Répartition par sexe.....	59
I-3-2) Mortalité	59
I-3-3) Situation socio-familiale	59
I-3-4) Caractéristiques médicales	60
I-3-5) Contexte de vie.....	61
I-3-6) Contacts avec une équipe de soins de psychiatrie.....	61
II) Comparaison des résultats	63
II-1) Comparaison des 2 sous-groupes I-H (patients hospitalisés ultérieurement	63
en psychiatrie) et I-non H (patients non hospitalisés en psychiatrie) en 1991-.....	63
1992, analyses univariées	63
II-1-1) Mortalité.....	63
II-1-2) Répartition par sexe	63
II-1-3) Récidives suicidaires.....	63
II-1-3-1) Antécédents de tentative de suicide	63
II-1-3-2) Récidives ultérieures	64
II-1-4) Contexte familial et social	65

II-1-4-1) Situation matrimoniale des parents	65
II-1-4-2) Lieu de vie des adolescents.....	65
II-1-4-3) Autres critères.....	65
II-1-5) Scolarité	66
II-1-5-1) Type de scolarité.....	66
II-1-5-2) Performances scolaires	66
II-1-6) Diagnostic (structure de personnalité) et autres critères	67
psychiatriques	67
II-1-7) Suivi après la tentative de suicide.....	68
II-1-8) Interactions.....	69
II-2) Facteurs prédictifs d'une hospitalisation ultérieure , analyse multivariée	70
II-3) Evolution de la population H en fonction des caractéristiques initiales	72
(population I-H).....	72
II-3-1) Evolution des diagnostics	72
II-3-2) Problématique dépressive	73
II-3-3) Troubles des conduites (consommation de toxiques, violence).....	74
II-3-4) Evolution de l'adhésion à un suivi.....	74
II-3-5) Evolution entre scolarité et insertion professionnelle.....	75
II-3-6) Evolution entre les lieux de vie.....	76
II-3-7) Evolution dans les modes relationnels.....	76
II-3-8) Evolution dans l'existence de conflits familiaux	76

TROISIÈME PARTIE : DISCUSSION

I) Apports théoriques	79
I) 1) Epidémiologie	79
I-1-1) Incidence du suicide en population générale.....	79
I-1-2) Epidémiologie du suicide des 15-24 ans :.....	79
I-1-3) Epidémiologie des tentatives de suicide.....	80
I-1-4) Liens entre dépression et conduites suicidaires.....	82
I-1-4-1) <i>Fréquence de la dépression dans les tentatives de suicide à</i> <i>l'adolescence</i>	<i>82</i>
I-1-4-2) <i>Fréquence de la tentative de suicide dans la dépression à</i> <i>l'adolescence</i>	<i>82</i>
I-1-5) Epidémiologie de la dépression à l'adolescence :.....	82
I-2) Développement psychologique à l'adolescence et psychopathologie des tentatives de suicide	83
I-2-1) Repères sur le développement de l'adolescent.....	83
I-2-1-1) <i>L'adolescence, processus universel</i>	<i>83</i>
I-2-1-2) <i>Les enjeux de l'adolescence</i>	<i>84</i>
I-2-1-3) <i>Expression de la conflictualité de l'adolescence</i>	<i>87</i>
I-2-2) Psychopathologie des tentatives de suicide.....	87
I-2-2-1) <i>Vulnérabilité externe</i>	<i>89</i>
I-2-2-2) <i>Vulnérabilité interne</i>	<i>90</i>
I-2-2-3) <i>L'angoisse</i>	<i>91</i>
I-2-2-4) <i>Dépression et tentative de suicide.....</i>	<i>91</i>
I-2-2-5) <i>La tentative de suicide en tant qu'échec des mécanismes</i> <i>adaptatifs</i>	<i>93</i>
I-2-2-6) <i>Approche sociologique de la tentative de suicide.....</i>	<i>93</i>
I-3) Enquêtes effectuées sur le devenir des adolescents suicidants	94

I-3-1) Biais et limites.....	94
I-3-2) Données sur le devenir des adolescents suicidants	95
I-3-2-1) <i>Mortalité</i>	95
I-3-2-2) <i>Décès par suicide</i>	95
I-3-2-3) <i>Récidives</i>	97
I-3-2-4) <i>Devenir psychosocial à long terme</i>	98
I-3-2-5) <i>Suivi psychologique</i>	100
I-4) Consensus sur la prise en charge des adolescents suicidants	101
II) Discussion de l'étude et des résultats et comparaison aux autres travaux	103
II-1) Limites de l'étude.....	103
II-1-1) Limites méthodologiques.....	103
II-1-1-1) <i>Hétérogénéité de l'intervalle entre la tentative index et l'hospitalisation en psychiatrie et hétérogénéité des âges</i>	103
II-1-1-2) <i>Nombre de patients</i>	104
II-1-1-3) <i>Comparatif</i>	104
II-1-1-4) <i>Fiabilité de la répartition entre les deux sous-populations (hospitalisés et non-hospitalisés)</i>	105
II-1-2) Limites liées aux outils disponibles.....	105
II-1-2-1) <i>Qualité de l'information</i>	105
II-1-2-2) <i>Multipllicité des intervenants et subjectivité</i>	110
II-1-2-3) <i>Pathologies psychosomatiques</i>	112
II-1-2-4) <i>Disparité des approches diagnostiques et des prises en charge</i>	112
II-2) Réflexions sur les résultats	115
II-2-1) Interrogation sur la cohérence des diagnostics	115
II-2- 2) Evolution psychopathologique des patients.....	116
II-2-2-1) <i>Délai avant l'hospitalisation</i>	116
II-2-2-2) <i>Motifs d'hospitalisation en psychiatrie</i>	117
II-2-2-3) <i>Reproduction ou modification ?</i>	117
II-2-2-4) <i>Le changement</i>	118
II-2-2-5) <i>Qu'en est-il des patients non hospitalisés ?</i>	119
II-2-3) Mémoire du passé	119
II-2-3-1) <i>Date de révélation des évènements traumatisants</i>	119
II-2-3-2) <i>Place de la tentative de suicide de l'adolescence dans la mémoire des patients</i>	120
II-2-4) Mauvaise intégration dans une nosographie classique	121
II-2-5) Modalité de rencontre entre le patient et les soins psychiatriques.....	122
II-2-5-1) <i>Recours à l'urgence</i>	122
II-2-5-2) <i>Difficultés dans l'adhésion des patients à un suivi pertinent</i>	123
II-2-5-3) <i>Utilisation des services de soins psychiatriques comme palliatif à une inadaptation sociale</i>	125
II-3) Comparaison aux autres travaux	125
II-3-1) Comparaison de la population initiale	125
II-3-2) Comparaison de la mortalité et des récidives	126
II-3-3) Comparaison des suivis.....	127
III Monographie	127
IV) Ouverture	134

IV-1) En quoi la prise en charge a-t'elle pu changer le devenir de ces adolescents ?	134
IV-2) Peut-on évaluer la trace mnésique d'une TS réalisée à l'adolescence et son internalisation ?	136
IV-3) Evaluation de l'impact d'une remémoration	138
IV-4) Pertinence d'une étude à plus large échelle ?	139
IV-5) Recherche et psychiatrie	140
CONCLUSION	142
ANNEXES	144
ANNEXES n°1 : Compte-rendu du consultant DRD	145
ANNEXES n°2 : Fiche standard de suivi sur les tentatives de suicide	148
ANNEXES n°3 : Grille de recueil des données	149
ANNEXES n°4 : Résultats exhaustifs	151
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	183
TABLES DES MATIÈRES	191
SERMENT D'HIPPOCRATE	196

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admise à 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 les crimes.

Je serai reconnaissante envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Consciente de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

NON A IMPRIMER N° 177

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

DUMONT C. QU'EN RESTE-T-IL ? ESSAI D'ÉVALUATION DU DEVENIR À 15 ANS D'UNE COHORTE D'ADOLESCENTS SUICIDANTS.

Thèse Med ; Limoges 2007, 196 p.

RÉSUMÉ

Depuis longtemps, le devenir des patients pris en charge par les systèmes de soins psychiatriques, et plus particulièrement le devenir des adolescents ayant réalisé une tentative de suicide, a été une préoccupation des psychiatres.

Cependant, l'évaluation de ce devenir est entravée par de nombreuses difficultés d'ordre méthodologiques, se traduisant par un faible nombre de travaux sur le devenir psychosocial à long terme de ces individus.

A travers la réalisation d'un travail s'intéressant au devenir d'adolescents suicidants, ce sont également ces difficultés dans l'évaluation qui ont été étudiées.

Ce travail s'est donc intéressé à une cohorte d'adolescents ayant été hospitalisés pour une tentative de suicide au CHRU de Limoges en 1991-1992, et au devenir à 15 ans de ceux qui, parmi cette cohorte, ont été hospitalisés en psychiatrie dans les 15 années suivantes.

Il a essayé d'établir la présence, lors de la tentative de suicide à l'adolescence, de critères préjugeant d'une mauvaise évolution ultérieure, de comprendre quel pouvait être le contexte psychologique et social des patients hospitalisés ultérieurement en psychiatrie.

L'interprétation des résultats de ces travaux, met en évidence les différentes difficultés inhérentes à des travaux d'évaluation en psychiatrie, difficultés qui amènent à repenser les travaux de recherche en psychiatrie qui pourraient se concevoir par l'articulation de deux méthodes complémentaires, la méthode quantitative et la méthode qualitative.

Thèse pour le diplôme d'État de Docteur en Médecine

Mots-clés : Tentatives de suicide / Adolescents / Devenir / Evaluation

UNIVERSITÉ DE LIMOGES
FACULTÉ DE MÉDECINE
2, rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX