

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

MEMOIRE
du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)

présentée et soutenue publiquement
le 6 octobre 2017 à Poitiers
par Mme Axelle CAZIN-ARRIVÉ

**Évaluation de la prise en charge des adolescents suicidants au CH
de Saintes**

Revue de la littérature
accompagnée d'une étude prospective

Composition du Jury

Président :

Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Membres :

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Nathalie GIRAUDEAU-VILLAR

Remerciements

AUX MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Olivier BONNOT

Professeur des universités

Praticien hospitalier

Responsable de l'Unité Universitaire de Psychiatrie de l'enfant et de l'Adolescent

CHU l'hôpital Saint Jacques, Nantes

J'ai pu bénéficier lors de mon internat de la qualité et de la pédagogie de votre enseignement. Je vous exprime toute ma gratitude et toute ma reconnaissance d'avoir accepté d'être juge de ce travail.

Veillez recevoir ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Professeur des Universités

Praticien hospitalier

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte et responsable de l'Unité de Recherche

Clinique Pierre Deniker du Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers

Coordonnateur régional du Diplôme d'Etudes Spécialisées de Psychiatrie

Je suis très honorée que vous ayez accepté de faire partie de ce jury de thèse. J'ai pu bénéficier de votre enseignement riche et de qualité tout au long de mon internat. Vos connaissances et votre expertise apporteront un éclairage certain sur mon travail.

Soyez sur de trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma reconnaissance.

À NOTRE DIRECTRICE DE THESE

Madame le Docteur Nathalie Giraudeau-Villar

Psychiatre

Praticien hospitalier

Ancienne responsable de l'unité pour adolescent du CH de Saintes

Je te remercie de la confiance que tu m'as accordée en me proposant ce travail de thèse. J'ai eu la chance de découvrir depuis mon passage au LAPS'Ado tes qualités humaines et professionnelles. Tes connaissances en pédopsychiatrie, ta disponibilité et ta rigueur m'ont permis de réaliser ce travail de thèse sereinement.

Sois sûre de trouver ici le témoignage de ma sincère et respectueuse reconnaissance.

AU PRESIDENT DU JURY

Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel

Professeur des universités

Praticien Hospitalier

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Centre Hospitalier Henri Laborit à Poitiers

Coordonnateur régional du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires de Pédopsychiatrie

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

J'ai eu la chance de pouvoir intégrer votre service dès ma première année d'internat. J'ai pu bénéficier tout au long de mon cursus de la qualité de votre enseignement et de vos conseils.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

À ma famille

À mon mari, Antoine. Merci pour tout ce bonheur que tu m'apportes chaque jour, ton soutien si précieux et tout l'amour que tu me portes depuis huit ans maintenant. Tu es mon avenir, ma force.

À ma mère, merci pour ton amour et ton soutien au cours de toutes ces années. Tu m'as toujours encouragée autant dans ma vie personnelle que professionnelle.

À mes grands-parents qui sont si importants dans ma vie. Vous êtes d'un soutien sans faille. Merci pour tout ce que vous m'apportez ; j'ai beaucoup de chance d'avoir des grands parents comme vous.

À Erada, à Florent, mon frère, merci pour tous ces moments de complicité que l'on a partagés et que l'on partagera encore. Tu es un petit frère fantastique. Je vous souhaite que du bonheur.

À ma sœur Juliette, merci pour tous ces merveilleux moments que l'on passe ensemble et pour tous ces fous-rires. Je suis si fière de toi.

À ma belle-famille, Laurence, Dominique, Alexandre et Lulu. Merci de m'avoir acceptée dans votre famille et de me soutenir comme vous le faites.

À la mémoire de Jacques.

À toute ma famille, oncles, tantes, cousins, cousines.

À ma Leiou.

À mes amis

À mes amis et amies pour votre générosité, votre gentillesse et votre bonne humeur à toute épreuve :

Chloé C, Julien et Raphaël

Chloé L, Clément

Eve

Florian

Gaëlle, Johan

Guillaume, Anne-Laure

Laetitia

Mailys, Guillaume

Marie, Thomas et Gabriel

Marion

Margaux, Florent

Vivien

À tous les médecins et équipes qui ont participé à ma formation

Merci à l'équipe du CMPEA Pré-Médard et au Dr Cormier.

Merci à toute l'équipe du LAPS'Ado de Saintes.

Merci à toute l'équipe du secteur 7 (Dr Graciet) et du secteur 6 (Dr Destailats) de Jonzac.

Merci à l'équipe du Pr Bouvard et du Pr Galera du CHU de Bordeaux de m'avoir accepté en inter-CHU pendant un semestre. J'ai hâte de travailler à vos côtés.

Merci à toute l'équipe de la PMI de Saintes et aux Dr Martinet et Dubouloz.

Merci à l'équipe du CMP Lautrec de Poitiers et aux Dr Potiron et Dr Lafay.

Sommaire

Introduction	10
Première partie : Revue de la littérature	12
1. Généralités sur le suicide chez les adolescents.....	13
1.1. Définitions	13
1.2. Epidémiologie du suicide.....	14
1.2.1. Dans le monde	14
1.2.1.1. Incidence et prévalence du suicide	14
1.2.1.2. Incidence et prévalence des tentatives de suicide.....	16
1.2.1.3. Données concernant les idéations suicidaires	16
1.2.2. En France	17
1.2.2.1. Incidence et prévalence du suicide	17
1.2.2.2. Incidence et prévalence des tentatives de suicide.....	18
1.2.2.3. Données concernant les idéations suicidaires	19
1.2.3. En Poitou-Charentes	19
1.2.3.1. Incidence et prévalence du suicide	19
1.2.3.2. Incidence et prévalence des tentatives de suicide.....	20
1.2.3.3. Données concernant les idéations suicidaires	21
2. Revue de la littérature sur la prise en charge des adolescents suicidants ..	23
2.1. Recommandations françaises sur la prise en charge des adolescents suicidants.....	23
2.1.1. Les recommandations de l'ANAES novembre 1998.....	23
2.1.2. Manifestations dépressives à l'adolescence, repérage et diagnostic : recommandations de l'HAS en 2014	29
2.1.3. Mise au point de l'AFSSAPS sur la prescription d'antidépresseur chez l'enfant et l'adolescent.....	32
2.1.4. Rapports de l'académie de médecine, 2014	32
2.2. Revue internationale de la littérature sur la prise en charge des adolescents suicidants.....	34
2.2.1. Recommandations internationales	34
2.2.2. Etudes sur la prise en charge des adolescents suicidants	37
2.3. Synthèse de la revue de la littérature.....	43
3. La prise en charge du suicide chez les adolescents au Centre Hospitalier de Saintes.....	44
3.1. Description du Centre Hospitalier de Saintes et du service de psychiatrie infanto-juvénile.....	44
3.2. Historique du protocole	45
3.3. Description du protocole	45
Deuxième partie : Étude personnelle	49
1. Objectifs de l'étude.....	50
2. Matériel et méthode	50
2.1. Type d'étude	50
2.2. Population	50
2.2.1. Critères d'inclusion.....	50
2.2.2. Critères d'exclusion.....	51
2.3. Mode de recueil.....	51
2.4. Données recueillies	51
2.5. Analyses statistiques	53
2.5.1. Traitement des données.....	53
2.5.2. Méthode statistique.....	53

3. Résultats	53
3.1. Descriptif de la population	53
3.1.1. Nombre de patients inclus	53
3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques	53
3.1.3. Données cliniques initiales	54
3.1.3.1. Antécédents somatiques	54
3.1.3.2. Antécédents psychiatriques	54
3.1.3.3. Troubles psychiatriques actuels.....	55
3.1.3.4. Intentionnalité suicidaire à l'admission.....	57
3.1.3.5. Protocole familial	57
3.1.4. Données cliniques à 3, 6 et 12 mois	57
3.1.4.1. Données concernant la récurrence.....	57
3.1.4.2. Données concernant le suivi	58
3.2. Taux de suivi.....	59
3.3. Taux de récurrences.....	60
3.4. Évolution du score de Beck.....	60
3.4.1. Évolution du score de Beck en fonction des récurrences.....	61
4. Discussion	62
4.1. Synthèse et interprétation des résultats	62
4.1.1. Caractéristiques socio démographiques.....	62
4.1.2. Caractéristiques cliniques	62
4.1.3. Nos objectifs	63
4.2. Points forts de notre étude.....	65
4.3. Limites de l'étude	66
4.3.1. Taille de l'effectif	66
4.3.2. Absence de groupe contrôle	67
4.3.3. Absence d'information sur le suivi et le traitement.....	67
4.3.4. Biais d'information	67
4.3.5. Biais de mémorisation	67
Conclusion	68
Annexe	70
Bibliographie	77

Introduction

Le suicide est un problème majeur de santé publique. En effet, chaque année, à travers le monde, plus de 800 000 personnes décèdent par suicide, soit un suicide toutes les quarante secondes(1). L'adolescence est une période clé pour la prévention du suicide; les taux de décès par suicide et de tentatives de suicide (TS) augmentent au cours de l'adolescence et le suicide est la principale cause de décès chez les adolescents(2). Malgré les efforts grandissant des professionnels de santé et des pouvoirs publics pour la recherche de traitements efficaces, il existe encore trop peu de données solides concernant des prises en charge efficaces de l'adolescent suicidant.

C'est dans ce contexte que nous avons décidé de réaliser notre travail de thèse sur la prise en charge des adolescents suicidants au Centre Hospitalier (CH) de Saintes. Celui-ci va s'articuler en deux temps, tout d'abord une revue de la littérature, puis une étude dont j'ai été l'investigatrice.

Dans un premier temps, à travers une revue de la littérature, nous ferons un état des lieux épidémiologique sur l'incidence et la prévalence du suicide, des tentatives de suicide et des idées suicidaires. Puis, nous exposerons les recommandations françaises et internationales sur la prise en charge des adolescents suicidants. Enfin, pour finir notre première partie, nous ferons une revue des différentes interventions et de leur efficacité chez les jeunes suicidants.

Dans un second temps, nous présenterons une étude prospective, ayant pour objectif d'évaluer la prise en charge des adolescents suicidants au CH de Saintes. Ainsi, nous verrons l'évolution de la population des jeunes suicidants à 3, 6 et 12 mois, après qu'ils aient bénéficié du protocole étudié pendant l'hospitalisation. Trois axes principaux seront évalués : le taux de suivi, le taux de récurrence et l'évolution du risque suicidaire.

Enfin, nous discuterons les résultats et conclurons en comparant les données recueillies avec celles de notre revue de la littérature sur la prise en charge des adolescents suicidants.

Première partie :
Revue de la littérature

1. Généralités sur le suicide chez les adolescents

1.1. Définitions

Nous allons commencer par exposer les différentes notions concernant le suicide pour définir dès le début un langage commun. La plupart de ces définitions sont issues de la conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES ou HAS depuis 2005, Haute Autorité de Santé) sur la crise suicidaire en 2000(3).

Le suicide est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)(4) comme l'acte de se donner la mort délibérément. Pour le sociologue Émile Durkheim(5), il s'agit de « la fin de la vie, résultant directement ou indirectement d'un acte positif ou négatif de la victime elle-même, qui sait qu'elle va se tuer ».

Le suicidé est l'individu qui s'est donné la mort volontairement.

La tentative de suicide (TS) est un acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique, n'aboutissant pas à la mort. L'OMS souligne qu'il a été difficile de définir la TS lors de l'élaboration de son rapport en 2014(6). Elle indique que le terme tentative de suicide est « employé pour se référer à tout comportement suicidaire non mortel et à un acte d'auto-intoxication, d'automutilation ou d'autoagression avec intention de mourir ou pas », et souligne que « l'intention de suicide peut être difficile à évaluer du fait de l'ambivalence et de la dissimulation qui lui sont associées ».

Le suicidant : se dit d'une personne qui vient de faire une tentative de suicide, qui a survécu à un geste autodestructeur.

Idées suicidaires : élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif.

Suicidaire : sujet exprimant soit verbalement, soit par son comportement, l'existence d'un risque de passage à l'acte suicidaire.

Les équivalents suicidaires sont des conduites à risque mettant en jeu la vie du sujet sans qu'il en ait réellement conscience.

Les conduites ou comportements suicidaires : termes qui évoquent à la fois les idées suicidaires, les suicides, tentatives de suicides et les équivalents suicidaires.

La crise suicidaire : il s'agit d'une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.

Le parasuicide est défini par l'OMS comme un acte autoagressif délibéré qui entraîne un risque de mort et qui a pour but de réaliser les changements qu'il désire via les conséquences physiques réelles ou attendues.

1.2. Epidémiologie du suicide

1.2.1. Dans le monde

L'OMS a publié en 2013 un grand plan d'action pour la santé mentale (2013-2020)(1). Dans ce cadre-là, est édité en 2014 le premier rapport mondial sur la prévention du suicide avec les dernières données épidémiologiques s'y rapportant.

1.2.1.1. Incidence et prévalence du suicide

L'OMS(6) estime à environ 804 000 le nombre de suicides survenus dans le monde en 2012. Cela représente un taux de suicide global standardisé selon l'âge de 11,4 pour 100 000 habitants (15 chez les hommes et 8 chez les femmes). Ce taux est légèrement supérieur dans les pays à revenu élevé en comparaison aux pays à revenu faible et intermédiaire (12,7 et 11,2 pour 100 000 habitants respectivement) ; cependant, étant donné que ces derniers concentrent la plus grande partie de la population mondiale, ils enregistrent 75,5 % de tous les suicides. En Europe le taux est de 12 pour 100 000 habitants et représente 4,3 % des suicides mondiaux. On remarque que l'incidence du suicide baisse dans le temps ; en 2000 l'OMS comptabilisait 1 million de suicides soit 16 pour 100 000 par an et en 2005 14,5 pour 100 000 par an. Cette baisse a été observée dans toutes les régions du monde, excepté dans les pays à faible revenu de la région Afrique et chez les hommes des pays à faible revenu de la Méditerranée orientale.

Dans les pays les plus riches, trois fois plus d'hommes que de femmes décèdent par suicide (le rapport homme/femme est de 3,5 pour l'ensemble des pays à revenu élevé et de 4,1 pour l'Europe), contre 1,5 fois dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

Quand on regarde maintenant la population des adolescents dans les pays à revenu élevé, pour la tranche des 5-14 ans on remarque que le rapport homme/femme est de 1,7. Ce rapport augmente sensiblement à 3,7 pour la tranche des 15-29 ans. Dans le monde, le suicide représente 50 % des morts violentes chez les hommes et 71% chez les femmes.

En ce qui concerne l'âge, les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les personnes de 70 ans ou plus, tous sexes confondus, dans quasiment toutes les régions du monde, à quelques exceptions près, où les taux de suicide les plus élevés sont enregistrés chez les jeunes. Dans le monde, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans derrière les accidents de la route et même la première cause (toujours pour les 15-29 ans) aussi bien pour les hommes que pour les femmes dans les pays riches (17,6% de tous les décès).

L'ingestion de pesticides, la pendaison et les armes à feu figurent parmi les méthodes les plus utilisées. Dans les pays à revenu élevé, la pendaison est utilisée dans un suicide sur deux et les armes à feu, employées dans 18 % des cas, constituent la deuxième méthode la plus courante. Ce dernier pourcentage, relativement élevé, est principalement dû au fait que dans les pays à revenu élevé des Amériques, les armes à feu comptent pour 46 % de tous les suicides, contre seulement 4,5 % dans les autres pays du même niveau de revenu.

Toutefois, étant donné que le suicide se révèle un sujet sensible, et qu'il est parfois même considéré comme illégal dans certains pays, il est susceptible de faire l'objet d'une sous-estimation. Dans les pays dotés d'un système d'enregistrement de l'état civil efficace, il n'est pas rare que le suicide soit classé à tort dans les catégories « accidents » ou « autres causes de décès ». L'enregistrement du suicide est une procédure complexe. Et dans les pays ne disposant pas d'un système d'enregistrement efficace, les suicides tombent tout simplement dans l'oubli.

1.2.1.2. Incidence et prévalence des tentatives de suicide

Toujours selon le même rapport de l'OMS(6), la prévalence indiquée des personnes ayant fait une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de l'année précédente était de 3 pour 1000 (soit 0,3 %) chez les hommes et les femmes dans les pays à revenu élevé, 3 pour 1000 chez les hommes et 6 pour 1000 chez les femmes dans les pays à revenu intermédiaire, et 4 pour 1000 chez les hommes et les femmes dans les pays à revenu faible.

Si l'on applique cette prévalence dans les pays à revenu élevé, intermédiaire et faible à la population adulte (âgée de 18 ans et plus) on obtient une prévalence annuelle mondiale estimée d'environ 4 pour 1000 adultes ayant déclaré avoir fait une ou plusieurs tentatives de suicide. Si l'on tient compte du taux de suicide mondial de 2012 estimé à 15,4 pour 100 000 adultes âgés de 18 ans ou plus, il est possible d'en conclure que pour chaque adulte qui s'est suicidé, probablement plus de 20 ont fait une ou plusieurs tentatives de suicide. En comparaison, au début des années 90, l'OMS publie une étude sur les comportements suicidaires en Europe (WHO Multicentre Study on Parasuicide)(7) : l'incidence varie entre 45 (Guipuzcoa, Espagne) et 314 (Helsinki, Finlande) pour 100 000 par an pour les hommes et entre 69 (Guipuzcoa, Espagne) et 462 (Cergy-Pontoise, France) pour 100 000 pour les femmes. Il est important de noter que pour les 15-24 ans le moyen le plus utilisé pour se suicider est l'ingestion de médicaments. Aux États-Unis dans les années 90 le nombre de TS vie entière varie en 2,9 et 4,6 %(8)(9) ; en comparaison en Nouvelle Zélande à l'âge de 21 ans il est de 7,5% vie entière(10).

1.2.1.3. Données concernant les idéations suicidaires

L'étude NCS menée aux États-Unis en 1990-1992(11) recense une prévalence vie entière de 13,5% pour les idéations suicidaires. En Nouvelle Zélande à l'âge de 21 ans, on observe une prévalence de 28,8% vie entière pour les idées suicidaires.

1.2.2. En France

1.2.2.1. Incidence et prévalence du suicide

Selon l'Observatoire national du suicide dans son deuxième rapport en 2016, pour la première fois depuis le début des années 1990, le nombre de suicides en France métropolitaine est passé sous la barre des 10 000 décès avec 9 715 décès comptabilisés pour l'année 2012 contre 10 359 décès en 2011, ce qui reste tout de même bien au-dessus de la mortalité routière qui s'est élevée, cette même année, à 3426 victimes(2). Le taux standardisé est donc de 16,67 pour 100 000 par an pour l'année 2012.

Le nombre de décès par suicide est nettement plus élevé chez les hommes que chez les femmes (respectivement 7305 et 2410), de même que les taux de décès standardisés par âge (respectivement 25,9 et 7,4 décès pour 100 000 habitants, soit un taux trois fois supérieur chez les hommes).

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge chez les hommes. En 2012, il s'élevait à 9,4 décès pour 100 000 hommes âgés de 15 à 24 ans et à 67,1 après 74 ans (taux standardisés). En revanche, la part du suicide dans la mortalité générale est nettement plus élevée chez les jeunes : entre 15 et 24 ans, le suicide représente 18% du total des décès ; à partir de 75 ans, le suicide représente moins de 1% du total des décès.

Globalement, les taux de décès par suicide ont tendance à diminuer dans le temps : diminution de 17 points entre 2002 et 2012. Cette baisse est constante sur les périodes 2002-2007 et 2007-2012. Les taux diminuent pour toutes les classes d'âges à l'exception des 45-54 ans et des 55-64 ans(2).

En 2012, les modes de suicide les plus fréquents sont les pendaisons (54 %), les armes à feu (15 %), les prises de médicaments et autres substances (11 %) et les sauts d'un lieu élevé (7 %) Ces modes de décès diffèrent sensiblement selon le sexe Pour les hommes, la pendaison est à l'origine de 59 % des suicides et les armes à feu de 19 % Pour les femmes, la pendaison (39 %) et la prise de médicaments et autres substances (25 %) sont les modes les plus utilisés Les modes de décès varient selon les régions : la pendaison est plus fréquente dans le Nord et l'utilisation d'armes à feu dans le Sud(2). Quand on compare avec les données de 2010(12) les chiffres concernant les modes de suicide sont stables.

1.2.2.2. Incidence et prévalence des tentatives de suicide

En 2013, 78 980 patients ont été hospitalisés en services de médecine, chirurgie et obstétrique (données PMSI et MCO) après une tentative de suicide, ce qui représente 90 094 séjours sur l'année, soit un peu moins de la moitié de l'ensemble des tentatives de suicide. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide diminue depuis 2010. Cette diminution s'explique essentiellement par un recul du taux d'hospitalisation chez les femmes. L'analyse réduite aux suicidants hospitalisés dans les services de médecine et chirurgie entre 2004 et 2011 donne une image seulement partielle du phénomène suicidaire. En effet, les données PMSI-MCO ne comptabilisent pas les patients suicidants ne recourant pas aux urgences, ni ceux non hospitalisés après un passage aux urgences, ni ceux hospitalisés en psychiatrie soit directement soit après un passage aux urgences. Ainsi, en utilisant également les données de la base Oscour[®] qui prend en compte plus de paramètres, le nombre de passages aux urgences pour TS a été estimé entre 176 000 et 200 000 selon les années.

Sur la période d'étude (2004-2011) d'après les données du PMSI-MCO(12), le taux d'hospitalisation pour TS est en moyenne de 17,7 pour 10 000 habitants par an. Ces taux sont différents selon le sexe : 13,4 pour 10 000 hommes et 21,5 pour 10 000 femmes, contrairement au taux de suicide, ici, les femmes sont majoritaires.

Quand on regarde chez les adolescents, les séjours hospitaliers pour TS des jeunes filles de 15 à 19 ans présentent les taux les plus élevés, avoisinant en moyenne 43 pour 10 000 ; 15 pour 10 000 chez les jeunes hommes de la même tranche d'âge. Le taux avoisine les 10 pour 10 000 en moyenne pour les deux sexes chez les 10-14 ans.

Toutes années confondues, l'auto-intoxication par ingestion de médicament est le mode opératoire le plus fréquent et concerne 82 % des TS hospitalisées (soit 74 % des hommes et 89 % des femmes). Les médicaments les plus utilisés sont les psychotropes. L'auto-intoxication par d'autres substances (alcool, produits chimiques, pesticides) est le deuxième mode opératoire ; il ne représente que 8 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour TS. La phlébotomie et la pendaison représentent respectivement 5 % et 1,6 % des séjours hospitaliers pour TS. La précipitation dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, l'intoxication au gaz et la collision intentionnelle sont des modalités plus rares, représentant chacune moins de 1 % des passages à l'acte chaque

année. Par ailleurs, les trois-quarts des hospitalisations pour TS par pendaison et 86 % des hospitalisations pour TS par arme à feu concernent des hommes(12).

1.2.2.3. Données concernant les idéations suicidaires

En 2014, environ 5,0 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois(2) (source Baromètre santé de l'INPES), les femmes plus que les hommes ($p < 0,01$). Ces différences selon le sexe restent uniquement observées chez les plus de 55 ans et les 15-19 ans.

En effet, chez les 15-19 ans, 2,2% des hommes âgés de 15 à 19 ans déclarent avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois contre 3,9% des femmes.

On remarque une évolution depuis 2010 ; lors du dernier rapport cette enquête rapportait un taux de pensées suicidaires de 4% lors des 12 derniers mois, soit 2 millions de personnes. Ainsi entre 2010 et 2014, la prévalence des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois chez les 15-75 ans a augmenté de façon significative (que ce soit chez les hommes ou chez les femmes) de 26,0 %, passant alors de 4 à 5%.

La SOFRES en janvier 2000 dans une enquête au domicile de 1000 personnes âgées de 18 ans et plus, représentatives de la population française retrouvait 13% d'idées suicidaires vie entière.

Dans l'étude de Choquet et Ledoux en 1994(13) menée dans un échantillon d'adolescents en France, on retrouve que 23 % des garçons et 41 % des filles de 15 à 19 ans ont rapporté avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie, soit un taux 4 fois supérieur à celui des TS.

1.2.3. En Poitou-Charentes

1.2.3.1. Incidence et prévalence du suicide

Entre 2009 et 2011, on a recensé 386 décès annuels en moyenne en Poitou-Charentes (8 suicides sur 10 concernant les hommes). Une surmortalité régionale masculine par suicide de 29 % par rapport à la métropole est observée dans tous les territoires de santé, excepté celui de la Vienne avec une situation identique au niveau

national. Seul le territoire de la Charente-Maritime Sud-Est présente une surmortalité féminine par suicide alors que les autres territoires présentent un niveau de mortalité identique à celui du reste de la France chez les femmes(14).

Depuis 20 ans, comme on l'observe au niveau national les taux de suicide sont en baisse (plus rapidement pour les hommes que pour les femmes). Ainsi, on passe de 43 pour 100 000 en 1990 à 34 pour 100 000 en 2010 chez les hommes, et de 13 pour 100 000 en 1990 à 11 pour 100 000 pour les femmes.

Quand on regarde plus précisément les chiffres concernant les adolescents de Poitou Charente, en 2012, 4 décès par suicide chez les 15 - 19 ans (3 hommes et 1 femme) ont été rapportés au CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) d'après l'analyse de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)(2). Soit un taux standardisé de suicide de 2 pour 100 000 et 5 pour 100 000 habitants respectivement pour les femmes puis les hommes âgés de 15 à 19 ans. Le taux étant de 0 pour 100 000 avant 15 ans et il grimpe à 22,8 pour 100 000 chez les 20-24 ans chez les hommes en restant stable pour les femmes.(2)

Du côté des mode opératoires la pendaison était le mode le plus utilisé (près de la moitié des décès par suicide), suivie de l'utilisation d'une arme à feu pour les hommes et de l'absorption de médicaments pour les femmes.(14)

1.2.3.2. Incidence et prévalence des tentatives de suicide

On recense en 2013 plus de 3 200 séjours hospitaliers pour tentative de suicide (médecine et chirurgie confondues), correspondant à 2 800 patients environ ; le taux comparatif de recours à l'hospitalisation était supérieur à celui du reste de la France (213 contre 159 pour 100 000 habitants âgés de 10 ans et plus). Les séjours féminins représentent 65 % de l'ensemble des séjours pour TS.(14)

Chez les adolescents, d'après les données du PMSI-MCO, en 2013, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide des personnes âgées de 10 à 14 ans résidant en Poitou-Charentes est de 97, parmi lesquelles 17 concernent des hommes (soit 18 % de l'ensemble des hospitalisations pour TS dans cette classe d'âges). Ce Chiffre est triplé pour les 15-19 ans avec 314 séjours pour TS, soit le deuxième plus grand nombre de TS

de toutes les classes d'âges (pour information le plus grand nombre d'hospitalisations pour TS est entre 40 et 54 ans avec une moyenne de 370 hospitalisations).

Ainsi, les jeunes filles entre 15 et 19 ans présentent le taux de séjours hospitaliers pour TS le plus élevé (52 pour 10 000), chez les filles de 10 à 14 ans, ce taux est de 15,7 pour 10 000.(2)

Pour les données concernant l'hospitalisation, à la suite de l'hospitalisation en court séjour, trois patients sur dix seulement sont orientés vers une unité de psychiatrie. Un quart des hospitalisations a duré plus de 48 heures, cette proportion est de plus de la moitié chez les 65 ans et plus. L'absorption de médicaments est le mode de tentative de suicide le plus fréquent (79 %), surtout chez les femmes. L'auto-intoxication par l'alcool, l'utilisation d'un objet tranchant et la pendaison sont plus souvent utilisées par les hommes. (14)

Pour finir, près de 8 séjours sur 10 sont associés à un diagnostic psychiatrique. Les troubles dépressifs sont les diagnostics les plus fréquents (48 %) suivis par les troubles liés à l'utilisation de l'alcool (29 %), suivi des troubles anxieux (5-6 %), puis trouble bipolaires et schizophrénie (entre 2 et 3 %). (14)

1.2.3.3. Données concernant les idéations suicidaires

Pour l'évaluation des idéations suicidaires, l'Observatoire Régional du Suicide de Poitou-Charentes compare les résultats des trois principales enquêtes régionales menées depuis moins de 5 ans (Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010, Enquête adolescents 15 ans 2012 Rectorat de Poitiers et Association Relais 17, Enquête santé des apprentis)(14).

En 2010 l'enquête menée par le Baromètre Santé constate que 3 % des personnes interrogées, âgées de 15 à 85 ans, déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était significativement plus élevée chez les femmes (4 %) que chez les hommes (2 %). De plus, la proportion d'idées suicidaires chez les hommes était moins élevée en Poitou-Charentes qu'en France (3,4 %)(15).

Ensuite, d'après l'enquête Adolescents 15 ans menée en 2012 qui nous intéresse particulièrement, on apprend que 6 % des jeunes scolarisés de 15 ans déclaraient avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois : les filles étaient plus

nombreuses que les garçons à déclarer être concernées(16). Le taux est plus élevé que la moyenne nationale, comme nous l'avons vu lors de la précédente sous partie qui est plus autour de 2-4%.

En 2013, dans l'enquête santé des apprentis, 3,9 % des sondés ont déclaré avoir pensé fréquemment (assez ou très souvent) au suicide. Cette proportion diffère d'un groupe à un autre et selon le niveau d'apprentissage. Elle est particulièrement élevée dans l'hôtellerie et la restauration (8,5 %) et la production alimentaire (5,7 %)(17).

2. Revue de la littérature sur la prise en charge des adolescents suicidants

2.1. Recommandations françaises sur la prise en charge des adolescents suicidants

2.1.1. Les recommandations de l'ANAES novembre 1998

Bien qu'elles aient été éditées en 1998 les recommandations françaises sont toujours d'actualité. Nous y avons ajouté d'autres plans d'actions et études pour mettre à jour les connaissances concernant la prise en charge des adolescents suicidants(18).

Il est précisé dans les recommandations qu'elles s'appliquent aux adolescents et aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans et qu'elles peuvent être étendues jusque vers 25 ans. Il est noté que « la limite d'âge supérieure de la dépendance au milieu familial et des comportements psychosociaux propres à l'adolescence étant difficile à définir avec précision. »

La gradation des recommandations a été réalisée selon les modalités suivantes :

- une recommandation de grade A est fondée sur une preuve scientifique établie par des études de fort niveau de preuve (essai comparatif randomisé de forte puissance et sans biais majeur, méta-analyse, analyse de décision,...);
- une recommandation de grade B est fondée sur une présomption scientifique forte, fournie par des études de niveau de preuve intermédiaire (essai comparatif randomisé de faible puissance et/ou comportant des biais, ...) ;
- une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve (essai comparatif non randomisé, séries de cas, ...).

En l'absence de précision sur leur grade A, B ou C, les recommandations reposent sur un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et confirmé par le groupe de lecture.

PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS AUX URGENCES

En cas de TS, une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement (accord professionnel).

Accueil aux urgences

Les données résultant du suivi de populations d'adolescents suicidants, notamment le risque clairement établi de récurrence, conduisent à considérer qu'une TS ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans ses conséquences somatiques apparentes. Il n'y a pas de parallélisme entre la gravité psychologique d'un geste suicidaire et les moyens utilisés (6). En effet on observe que de nombreuses TS aux conséquences somatiques bénignes sont sous-tendues par une vraie intentionnalité suicidaire qui peut perdurer et favoriser l'usage de moyens plus dangereux par la suite pouvant aboutir au suicide (23). À l'inverse, des TS provoquées par une situation de crise mineure peuvent avoir été réalisées avec des médicaments exposant à un risque vital immédiat ou différé sans intention létale.

Ainsi, dans tous les cas de TS, il est nécessaire que soit effectuée sans délai une triple évaluation somatique, psychologique et sociale. Cette triple évaluation nécessite une admission dans un premier temps dans le service des urgences d'un hôpital car elle demande des compétences, du temps et des moyens adéquats. 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 suicidaire à court terme, la TS est une urgence.

En l'absence d'étude, il n'est pas possible de définir pourquoi une majorité de TS n'est pas adressée aux urgences hospitalières (ce qui représente 80 % des adolescents suicidants en France dans l'enquête réalisée par M. Choquet (2) en 1994).

La prise en charge hospitalière a pour objectif (accord professionnel) :

- d'écarter tout risque vital ou fonctionnel dû au geste suicidaire ;
- d'assurer la sécurité du patient et de prévenir le risque de récurrence à court terme;
- de créer un climat de confiance et d'adhésion au traitement, ce qui peut demander du temps ;

- d'évaluer les ressources psychologiques du sujet ;
- de trouver sans précipitation les conditions nécessaires à la résolution de la crise dont les aspects positifs pour l'individu doivent être découverts ;
- de rechercher la décompensation d'une éventuelle affection psychiatrique connue ou sous-jacente, nécessitant une prise en charge et des soins spécifiques;
- de rechercher d'éventuelles comorbidités somatiques ;
- de rencontrer les parents et l'entourage, pour appréhender progressivement les difficultés qu'ils rencontrent, de leur apporter l'aide dont ils peuvent avoir besoin;
- de joindre les différents professionnels susceptibles d'aider à la compréhension et à la résolution de la crise ;
- de préparer le projet de suivi ultérieur.

Examen somatique

Il permet d'évaluer les conséquences du geste suicidaire et a par ailleurs une valeur symbolique. Il donne sa dimension au geste suicidaire et démontre son caractère non anodin. Il permet d'approcher indirectement les difficultés psychologiques, car c'est par leur corps que les suicidants ont exprimé leur mal-être, et il ne peut donc pas se résumer à un examen clinique succinct et standardisé.

Évaluation psychologique

Elle doit être la plus précoce possible, en général dans les 24 heures qui suivent l'admission aux urgences, sous réserve d'un état de vigilance compatible avec l'entretien.

L'évaluation psychologique requiert l'intervention d'un pédopsychiatre (recommandations grade C).

Il doit rechercher chez l'adolescent suicidant les éléments suivants concernant :

- le geste suicidaire;
- la santé mentale actuelle, les antécédents psychiatriques personnels ou familiaux ;
- la biographie ;
- le mode de vie et l'insertion sociale.

Tout particulièrement, il faudra qu'il recherche aussi les facteurs de risque de récurrence à court terme retrouvés par les études épidémiologiques :

- intentionnalité suicidaire. On peut s'aider de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck pour structurer l'entretien ;
- antécédent de TS, en particulier dans le jeune âge, antécédent de TS dans l'entourage ;
- absence de facteur déclenchant explicite ;
- pathologie psychiatrique, en premier lieu les états dépressifs, particulièrement polymorphes chez l'adolescent ;
- abus sexuels et maltraitance ;
- conduites violentes et comportements à risque, prise de drogues, abus régulier d'alcool.

Les signes évocateurs de dépression chez l'adolescent sont détaillés dans les dernières recommandations sur le sujet éditées par l'HAS en 2014 que nous allons voir par la suite.

Évaluation de la famille et de l'entourage

Évaluation sociale

PRISE EN CHARGE APRÈS LA PÉRIODE DE SOINS AUX URGENCES

Deux modes de prise en charge sont envisageables en fonction des possibilités locales et de chaque cas particulier :

- une prise en charge hospitalière ou par un réseau ambulatoire.

Il n'existe pas d'étude comparant ces deux modalités et permettant de définir si l'une est meilleure que l'autre. À défaut de cette donnée, un accord professionnel existe actuellement pour favoriser la prise en charge hospitalière des adolescents.

Cependant, la conférence de consensus de l'ANAES en 2000 sur la crise suicidaire fait apparaître que chez les adolescents, 75 % des récidivistes à 3 mois n'ont pas été hospitalisés lors de leur précédente TS(19).

Prise en charge hospitalière

L'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement en cas :

- de risques de récurrence immédiate de la TS, en particulier s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient ;
- de pathologie psychiatrique non stabilisée, patente ou suspectée, dans le but de préciser le diagnostic et d'instaurer un traitement adapté au trouble identifié ;
- d'environnement extérieur jugé comme particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitance, abus sexuels), dont il convient de protéger le patient ;
- si l'adolescent le désire ;
- s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.

Idéalement, l'hospitalisation du patient se déroulera dans une unité adaptée à recevoir des adolescents.

Il n'y a pas de règle standardisée concernant la durée optimale de séjour hospitalier, même si l'expérience montre qu'une durée d'une semaine est souvent nécessaire pour compléter l'ensemble de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie.

Une hospitalisation qui viserait seulement à mettre temporairement l'adolescent à l'écart de ses difficultés extérieures, sans autre forme de soins, ne peut suffire et ne paraît pas être supérieure en efficacité à un suivi ambulatoire standard. Il est essentiel que soient développés simultanément et dès le début du séjour hospitalier des soins somatiques et psychiques (recommandation de grade C).

Prise en charge par un réseau ambulatoire

En l'absence d'indication d'hospitalisation, le relais sous forme d'une prise en charge ambulatoire intensive par un réseau d'intervenants extrahospitaliers peut être également envisagé (centres médico-psychologiques sectoriels ou intersectoriels, mais

aussi des centres d'accueil et de crise, des praticiens libéraux, médecin généraliste ou psychiatre).

LE SUIVI ULTÉRIEUR

Préparation de la sortie

Des liens préalables doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs pluridisciplinaires qui vont participer à la prise en charge, afin de permettre une bonne transmission des informations. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge.

Modalités du suivi

Des suivis bien définis, reposant éventuellement sur des programmes psychothérapeutiques structurés, permettent d'augmenter l'adhésion aux soins et de diminuer le nombre de récurrences suicidaires. L'adhésion du patient à ce suivi paraît augmentée lorsqu'il lui est proposé de consulter initialement des membres de l'équipe qui l'a pris en charge lorsqu'il était hospitalisé, par exemple dans un centre de consultation rattaché à l'hôpital.

Des études démontrent l'utilité de fournir au suicidant des coordonnées écrites lui permettant de joindre et de consulter rapidement un correspondant qu'il connaît ou une unité de consultations (Recommandations de grade B).

Dans les cas où l'adolescent ne se présente pas aux rendez-vous de consultation, il est utile que les intervenants concernés effectuent des rappels de ces rendez-vous, au besoin par téléphone, pour aider à l'adhésion au suivi.

Dans les cas où de nombreux indices de détresse persistent, il paraît utile d'agir sur le lieu de vie si cela est organisable, par exemple par des visites à domicile (équipe mobile).

2.1.2. Manifestations dépressives à l'adolescence, repérage et diagnostic : recommandations de l'HAS en 2014(20)(21)

Le programme d'actions national contre le suicide 2011-2014(22), le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015(23) et l'avis du conseil économique et social en 2013(24) ont abouti à l'écriture de recommandations sur la dépression de l'adolescent. Cela nous intéresse tout particulièrement, car au moins un tiers des adolescents suicidants et plus de la moitié des adolescents suicidés présentent ou ont présenté des symptômes de dépression(20).

Les facteurs déclenchants (ou événements précipitants) de suicide et tentative de suicide les plus communs sont les conflits familiaux pour les enfants prépubères, les conflits amicaux pour les adolescents pubères ainsi que les événements négatifs de la vie (suicide d'un proche ou d'un membre de la famille, conflits familiaux, pertes interpersonnelles).

L'adolescence est une période de transition marquée par de multiples transformations. Les équilibres sont fragiles concernant le rapport au corps, la construction de l'autonomie et de la subjectivité, ainsi que la socialisation.

Il s'agit de la classe d'âge qui a le moins recours aux soins lors de difficultés psychiques, alors que le suicide chez les adolescents est la première cause de mortalité pour cette classe d'âge. Repérer une dépression chez l'adolescent suicidant est important, car l'existence d'un trouble de l'humeur à l'adolescence, non suivi ni pris en charge, augmente significativement la probabilité d'un trouble dépressif et de personnalité à l'âge adulte(20).

La consultation de l'adolescent

L'adolescent n'exprime pas directement et spontanément ses ressentis, mais les présente plutôt indirectement à travers son comportement ou des somatisations. En revanche, il les reconnaît assez facilement si un adulte médiateur s'intéresse à lui. L'adolescent a souvent plus de mal à se confier que les adultes, car il n'accorde pas spontanément sa confiance. L'intervention d'un adulte peut de surcroît être vécue comme une intrusion ou une menace pour son autonomie.

Ainsi pour construire une bonne alliance avec l'adolescent et favoriser un climat de confiance, il est nécessaire d'adopter une attitude empathique, collaborative et centrée sur l'adolescent et ce dès la première consultation. L'adolescent doit être considéré comme un individu singulier, capable de participer autant que possible au processus de prise de décision. Il ne doit pas être réduit à ses seuls symptômes. Il est nécessaire d'adapter le temps de la consultation en recevant l'adolescent avec sa famille, puis seul et ensuite restituer le compte-rendu de la consultation à l'adolescent et sa famille(20). Il est recommandé de rechercher des manifestations dépressives en questionnant l'adolescent et en l'aidant à exprimer ses ressentis (accord d'experts(21)).

Signes évocateurs de dépression

Ainsi, la dépression caractérisée passe souvent inaperçue (elle peut être dite « masquée ») à l'adolescence du fait :

- d'une confusion entre l'épisode dépressif caractérisé (EDC) et la crise d'adolescence « normale » avec sa part de dépressivité et de troubles du comportement;
- d'une expression symptomatique souvent atypique telle que agressivité et irritabilité, agitation qui favorisent des contre-attitudes hostiles plutôt qu'empathiques ;
- du caractère fluctuant des symptômes dans différents lieux (maison, école, collège...) et dont l'expression dépend de l'environnement (culturel, familial, relationnel) ;
- de la réactivité de l'humeur (présence de moments où l'adolescent dépressif se sent mieux lorsqu'un événement positif lui arrive)
- de la persistance de certains domaines fonctionnels (activité ou relation).

De plus, il existe différents outils à disposition des professionnels dont les questionnaires ADRS(25) et TSTS-CAFARD(26) pour les aider à détecter des manifestations dépressives et suicidaires chez un adolescent.

Le questionnaire TSTS-CAFARD est construit en deux parties et permet en premier lieu de dépister le risque suicidaire (TSTS) puis, le cas échéant, d'en apprécier l'intensité (CAFARD). Il est rapide et facile à faire passer en consultation courante.

Associer l'entourage de l'adolescent à la prise en charge

Concernant la place de l'entourage, il est recommandé(21) :

- d'aborder clairement la question de la confidentialité, de définir la place de la famille, et de prévenir l'adolescent si un autre intervenant doit être contacté;
- de discuter avec l'adolescent du contenu et des destinataires des informations à transmettre et d'obtenir son accord ; les parents doivent être informés des éléments indispensables à leur prise de décision (par ex. risque suicidaire) ;
- d'associer la famille de manière adaptée à l'âge développemental de l'adolescent et à la dynamique relationnelle intrafamiliale, et de contacter si nécessaire les autres adultes concernés.

Traitement médicamenteux et non médicamenteux

La psychothérapie est recommandée en première intention chez l'enfant et l'adolescent avant toute prescription médicamenteuse.

Chez l'adolescent suicidant ou suicidaire, la psychothérapie de soutien seule n'est pas indiquée. En effet, elle est seulement recommandée dans les cas de dépression légère à modérée sans idéations ou comportements suicidaires.

Ainsi, sont recommandées les différentes thérapies spécifiques suivantes:

- La psychothérapie psychodynamique,
- la thérapie cognitivo-comportementale (TCC),
- la psychothérapie interpersonnelle (TIP),
- les thérapies systémiques,
- les thérapies psychocorporelles.

Si un traitement médicamenteux est nécessaire, c'est un antidépresseur qui est recommandé. La classe des ISRS doit être choisie. La Fluoxétine (PROZAC®) est le seul médicament à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM), comportant une indication pour les adolescents contrairement aux autres antidépresseurs (Agence Européenne du Médicament, juin 2006) : en association avec une psychothérapie, la Fluoxétine présente un rapport bénéfice/risque favorable, lorsque l'EDC est modéré ou sévère et lorsque la psychothérapie seule a été inefficace.

Si chez l'adolescent suicidant un EDC est diagnostiqué, un antidépresseur doit être prescrit, compte tenu du critère de gravité inhérent à la TS.

2.1.3. Mise au point de l'AFSSAPS sur la prescription d'antidépresseur chez l'enfant et l'adolescent

L'AFSSAPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, actuellement ANSM Agence Nationale de sécurité du Médicament et des produits de santé) précise dans une publication de 2008(27) qu'il est important de surveiller la survenue de comportements suicidaires et/ou hostiles suite à la prescription d'un antidépresseur.

Il faut rechercher de façon active le risque suicidaire tout au long du traitement, quelles que soient les modalités de prise en charge et en particulier si un traitement antidépresseur est mis en route. L'expérience clinique a montré que lors du traitement de la dépression et quelle que soit la thérapeutique utilisée, le risque suicidaire peut augmenter en début de traitement.

La survenue récente (ou l'aggravation) de symptômes, tels qu'insomnie, irritabilité, anxiété, agitation, nervosité et a fortiori idées suicidaires nécessite des consultations plus fréquentes.

Une communication médecin/famille efficace facilite le bon déroulement du traitement du patient.

2.1.4. Rapports de l'académie de médecine, 2014

Pour compléter les données sur la prescription d'antidépresseur chez l'enfant et l'adolescent et leurs effets sur la prévention du suicide, nous allons exposer les

recommandations des rapports de l'académie de médecine publiées en avril et mai 2014 par les Professeurs Olié et Courtet (et coll.)(28)(29).

Les alertes portant sur le risque d'induction ou d'augmentation du suicide, chez l'adolescent recevant un antidépresseur, lancées au cours des années 2000 par la FDA (Food and Drug Administration) puis par l'agence européenne ont conduit à une réduction de prescriptions d'antidépresseurs dans cette tranche d'âge.

Parallèlement, au cours des années, on note alors une augmentation des conduites suicidaires chez les adolescents(30). Des données actuelles montrent que les sujets sous antidépresseurs au long cours sont à moindre risque suicidaire(31).

Chez l'enfant et l'adolescent, des études montrent qu'une augmentation de l'usage des antidépresseurs est associée à une diminution des suicides et des conduites suicidaires(32)(33).

Les auteurs concluent sur ces quelques recommandations :

- Les critères utilisés pour l'aide au diagnostic de trouble dépressif notamment dans les enquêtes épidémiologiques et les outils de mesure de l'intensité des symptômes dépressifs et de l'évolution sous l'action des traitements pharmacologiques doivent être enseignés à tout médecin : ils sont une aide au repérage de la symptomatologie et aux décisions thérapeutiques, en particulier prescrire ou ne pas prescrire un antidépresseur.
- Bien prescrits les antidépresseurs ont un effet anti suicidaire.
- La mise en route d'un traitement antidépresseur doit se faire après évaluation des facteurs de risque de conduite suicidaire.
- Les règles de bonnes pratiques doivent être respectées : réévaluation hebdomadaire de l'état du patient pendant le premier mois, bimensuelle pendant le 2^{ème} mois et au moins mensuelle ensuite.
- La primo-prescription d'un antidépresseur chez les sujets de moins de 18 ans doit être réservée aux médecins spécialistes en pédiatrie et/ou en psychiatrie.

2.2. Revue internationale de la littérature sur la prise en charge des adolescents suicidants

Nous allons poursuivre notre revue de la littérature en reprenant tout d'abord les données issues des guidelines étrangers.

2.2.1. Recommandations internationales

Le gouvernement écossais en 2008 a effectué une revue de la littérature en vue d'éditer des recommandations sur la prévention du suicide et des comportements suicidaires(34). Quand on regarde les résultats concernant la population des enfants et des adolescents, les auteurs en viennent à la conclusion qu'ils ne peuvent donner des recommandations particulières du fait du faible nombre de données disponibles dans cette population. Cela est surtout vrai pour les enfants et jeunes adolescents. On note tout de même l'existence de plus de preuves concernant la population des adolescents plus âgés et des jeunes adultes. Cela reste tout de même peu important comparativement aux données disponibles chez l'adulte.

Chez l'enfant et le jeune adolescent, les interventions efficaces pour réduire le nombre de TS et d'idéations suicidaires sont tout d'abord l'association Fluoxétine et TCC(35), mais aussi des programmes d'éducation thérapeutique pour les familles avec support vidéo(36)(37). Des programmes d'interventions à domicile ont aussi montré leur efficacité dans une population d'adolescents ayant réalisé une TS par empoisonnement(38).

Chez le jeune adulte, différentes psychothérapies ont montré une efficacité sur la prévention des tentatives de suicide, à savoir la thérapie de résolution de problème en groupe(39), la thérapie familiale systémique, la TCC(40) et la thérapie comportementale dialectique pour les jeunes avec un trouble de la personnalité borderline(41).

Dans une revue systématique de la littérature, parue en 2014 les autorités de santé canadiennes émettent plusieurs recommandations sur les interventions efficaces chez les adolescents suicidants(42) :

Les auteurs recommandent différents programmes de prise en charge dans les services d'urgence et en post-hospitalisation pouvant réduire le risque de récurrence

suicidaire, les réhospitalisations, et la non-observance du traitement après la sortie de l'hôpital. Ces interventions sont aussi recommandées par les guidelines du NICE au Royaume-Uni(43).

Ils recommandent aussi que les professionnels de santé de première ligne soient formés au traitement de la dépression, cela réduisant les TS répétées.

Ils recommandent l'utilisation d'antidépresseurs chez les adolescents déprimés ; cela est associé à des réductions globales du taux de suicide.

La prévention du suicide par des interventions psychosociales (notamment les TCC) exige selon eux plus d'évaluation.

Les guidelines américains de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry parus en 2001 classent leurs recommandations en 4 niveaux de preuves : « Minimal Standards ou MS » suggérant un haut niveau de preuve (études randomisées, contrôlées, méta-analyses), puis « Clinical Guidelines ou CG » (études ouvertes, études de cas), puis « Options ou OP » qui correspond à des options thérapeutiques qui ne regroupent pas assez de preuves pour être recommandées et qui doivent être utilisées avec précaution et enfin « Not Endorsed ou NE » qui sont des options inefficaces ou contre-indiquées(44).

Pour le traitement, ils recommandent de prendre en compte la gestion aiguë des comportements suicidaires ainsi que le traitement des troubles mentaux associés.

Tout d'abord, concernant la prise en charge aux urgences les équipes qui prennent en charge l'adolescent suicidant doivent établir avec lui et sa famille une relation de confiance et établir l'importance du traitement (MS). L'hospitalisation doit être systématique pour les jeunes suicidants exprimant un désir de mort persistant ou état mental « anormal » et elle devra durer le temps que les idées suicidaires disparaissent ou que l'état mental se stabilise (MS). Le médecin doit obtenir des informations de tierces personnes (famille, école, médecin traitant, éducateurs etc...) et doit convaincre la famille de sécuriser l'environnement à la maison surtout en écartant les médicaments et armes à feu (MS) (il faut savoir que les armes à feu sont la première méthode aux États-Unis pour les adolescents pour se suicider). Le clinicien qui traite l'enfant ou l'adolescent suicidaire au cours des jours qui suivent une TS devrait être à la disposition du patient et de la famille (par exemple, recevoir et donner des appels téléphoniques en

dehors des heures de travail) ou avoir quelqu'un le remplaçant s'il est absent (MS), il devra avoir de l'expérience dans la gestion des crises suicidaires (MS), et avoir un soutien disponible pour lui-même (CG). Une fois qu'une alliance thérapeutique est établie et que l'adolescent vient aux premières séances de traitement, il est plus susceptible d'être observant de son traitement.

Ensuite, les psychothérapies sont fortement recommandées dans le traitement des troubles mentaux associés aux comportements suicidaires, et doivent être adaptées aux besoins particuliers d'un enfant ou d'un adolescent (MS). La thérapie cognitive et comportementale (TCC), la psychothérapie interpersonnelle pour les adolescents (IPT-A), la thérapie comportementale-dialectique (DBT), la thérapie psychodynamique et la thérapie familiale sont toutes des options [OP]. La TCC, la thérapie interpersonnelle et comportementale dialectique sont celles regroupant le plus de données dans la réduction des idées et comportement suicidaires.

D'autre part, concernant les traitements médicamenteux, ils doivent être adaptés à un enfant ou un adolescent. Les antidépresseurs de type ISRS sont recommandés (MS) et doivent être étroitement surveillés lors de leur mise en place devant le risque de désinhibition. Le Lithium quant à lui est recommandé si un trouble bipolaire est diagnostiqué, Le Lithium a un effet anti-suicidaire connu indépendamment de son effet thymorégulateur (MS). Les antidépresseurs tricycliques ne sont pas recommandés (NE) et les benzodiazépines, de par leur effet paradoxal chez les adolescents, doivent être évités (OP).

Enfin nous terminons avec les recommandations du Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists de 2016(45).

Certains types spécifiques de thérapie semblent prometteurs et peuvent être une option thérapeutique mais nécessitent aussi davantage d'évaluations. Sont incluses la TCC, la MBT (Thérapie Basée sur la Mentalisation) adaptée aux adolescents et la DBT adaptée aux adolescents.

D'autres interventions psychothérapeutiques ne sont pas retenues par les auteurs australiens et néo-zélandais ; elles ne sont pas plus efficaces que le « traitement habituel » (utilisé comme comparateur) pour réduire la répétition des TS. Cela comprend : les interventions familiales pour la prévention du suicide, les interventions

familiales à domicile, le renforcement de la compliance à l'hôpital, les traitements axés sur les compétences, ou des équipes de soutien proposées par les jeunes.

Les auteurs concluent que certains éléments semblent communs aux approches signalées comme étant efficaces chez les enfants et les adolescents : la motivation au changement, le maintien de la sobriété, le soutien familial ou non familial, la promotion des affects positifs et la promotion d'un sommeil sain.

2.2.2. Etudes sur la prise en charge des adolescents suicidants

Nous allons maintenant exposer les différents essais cliniques concernant les interventions pour les adolescents suicidants. Premièrement nous allons exposer quelques essais portant sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les jeunes suicidants, puis, dans un second temps, nous étudierons les données issues des revues et méta-analyses sur le sujet.

Une première étude monocentrique menée par Wharff and al. en 2012 a pour objectif d'évaluer l'efficacité d'un programme (le FBCI Family-Based Crisis Intervention) pour les jeunes suicidants dans les services d'urgences comprenant une seule intervention de l'équipe de psychiatrie pour la gestion de la crise suicidaire(46).

Sur les 100 jeunes suicidants, 67 ont été éligibles à cette intervention, les autres ont été admis en service de psychiatrie.

L'intervention emprunte aux concepts de TCC, de thérapie narrative et thérapie familiale systémique. Le psychiatre ou un autre membre de l'équipe rencontre d'abord le jeune puis la famille et enfin le jeune et sa famille. Le thérapeute explore comment un retour à la maison pourrait être sécuritaire, il essaie de trouver par l'approche narrative ce qui a pu amener au passage à l'acte ; par les concepts de thérapie familiale il va essayer de faciliter la communication entre les différents membres de la famille et utiliser les principes de TCC, de thérapie de résolution de problème et de relaxation pour diminuer ou annihiler les pensées ou attributions négatives. Ainsi après cette unique intervention le jeune et sa famille peuvent rentrer au domicile.

Les résultats montrent que les patients ayant reçu le protocole FBCI étaient significativement moins hospitalisés (36 vs 55 %) que dans le groupe contrôle.

L'étude a de nombreuses limites : il n'est pas montré si cela permet la réduction du nombre de récidives, il n'y a pas de randomisation et la comparaison est rétrospective.

Cependant, il est intéressant que des études s'intéressent à l'alternative à l'hospitalisation à travers des interventions brèves, peu coûteuses et faciles à mettre en place, limitant aussi la stigmatisation liée à l'hospitalisation après une tentative de suicide. Il serait intéressant de répliquer ce type d'étude avec des méthodologies plus robustes.

Ensuite concernant les effets des interventions psychothérapeutiques sur la diminution de la récurrence suicidaire chez des adolescents à haut risque, Wood et al.(47) ont étudié l'efficacité d'une thérapie de groupe de type TCC chez des adolescents qui s'avère plus efficace que le traitement standard pour réduire les comportements suicidaires. Malheureusement, ces résultats n'ont pas été répliqués dans deux autres études menées dans le même groupe(48)(49).

Dans une étude randomisée comparative récente, Rossouw and Fonagy en 2012(50) ont montré une réduction des TS et de la dépression en utilisant la thérapie basée sur la mentalisation par rapport à l'intervention témoin. L'objectif global de cette approche vise le développement d'un processus thérapeutique ciblant l'esprit du patient pour lui permettre de découvrir sa manière singulière de penser et de ressentir à son sujet et au sujet des autres, et comment ces éléments conditionnent ses interactions interpersonnelles.

Enfin Mehlum et al. en 2014(51) ont étudié à travers une étude randomisée l'efficacité de la thérapie comportementale dialectique chez des adolescents présentant des comportements suicidaires répétés avec des traits de personnalité borderline et ayant réalisé une TS récente. Elle montre une diminution significative des TS et idéations suicidaires et des scores de dépression par rapport au groupe témoin. L'observance était correcte dans les deux groupes.

Cette thérapie a été aussi étudiée par Goldstein et al. en 2007(52) pour la prévention des suicides chez des adolescents souffrants d'un trouble bipolaire. La thérapie a montré son efficacité en association avec un traitement pharmacologique adapté ; à noter que 90% des patients sont allés au bout de la thérapie. Cependant, on déplore l'absence de groupe contrôle et un effectif très faible (10 participants).

En 2015 Asarnow et al.(53), quant à eux, proposent d'évaluer une intervention brève, s'intitulant « SAFETY Program », utilisée dans les services d'urgences chez des adolescents venant de réaliser une TS. Le programme SAFETY est un nouveau traitement de type cognitivo-comportemental de 12 semaines conçu pour être intégré dans les services d'urgence et fondé sur la théorie socio-écologique (Henggeler et al., 2002). Conformément au modèle socio-écologique, le traitement met l'accent sur l'amélioration du soutien social (famille, pairs, communauté) et comprend un thérapeute pour le jeune et un autre se concentrant sur la famille et la communauté. Les sessions comprennent une première composante où les jeunes travaillent avec leur thérapeute, idem pour leurs parents. Dans un second temps, les thérapeutes, le jeune et ses parents se réunissent pour quelques séances afin d'acquérir des compétences spécifiques pour la prévention des tentatives de suicide.

Lors de l'évaluation à 3 mois, des améliorations statistiquement significatives ont été constatées sur le comportement suicidaire, le désespoir, la dépression des jeunes et des parents et l'adaptation sociale des jeunes. Il y a eu une tentative de suicide signalée à trois mois et une autre à six mois.

Les auteurs suggèrent la nécessité de répliquer ces résultats lors d'un essai contrôlé randomisé avec un effectif plus conséquent pour évaluer de façon plus précise l'efficacité de l'intervention SAFETY.

Enfin Pineda et al. en 2013(54) ont réalisé une étude randomisée contrôlée montrant l'efficacité d'une intervention familiale chez des adolescents suicidaires et suicidants, la « Resourceful Adolescent Parent Program » (RAP-P). C'est un programme de psychoéducation interactive pour les parents de 4 sessions de 2 heures chacune, comprenant des informations sur les comportements suicidaires, des stratégies pratiques de diminution ou de suppression de ces comportements ainsi que des informations pour faciliter l'accès aux services de soins spécialisés. Les résultats montrent que le groupe bénéficiant de cette intervention acquiert un meilleur fonctionnement familial, réduit le nombre de TS et de troubles psychiatriques par rapport au groupe témoin. Cependant l'étude manque de puissance, le faible effectif (24 familles dans chaque groupe) ne permettant pas de conclure à une réelle efficacité de l'intervention.

Hawton et al. en 2015(55) ont effectué une revue de la littérature parue dans la Cochrane Library, qui reprenait au final 11 études, regroupant en tout 1126 patients dont 80,6% étaient de sexe féminin. Leur objectif était de recenser toutes les études randomisées contrôlées concernant la prise en charge des adolescents suicidaires et suicidants et de réaliser si possible des méta-analyses pour étudier l'efficacité de ces interventions.

Il en ressort tout d'abord que, chez les adolescents qui font des TS répétées avec des traits de personnalité borderline, la thérapie de mentalisation est associée à une baisse de ces comportements en comparaison au traitement standard jusqu'à 12 mois après l'intervention. Ensuite, pour les études concernant la thérapie comportementale dialectique adaptée aux adolescents (DBT-A), une étude ne retrouve pas de différence significative et une montre une faible réduction des TS, des idéations suicidaires et du désespoir. Une étude sur les thérapies de groupe pour adolescents a montré une réduction non significative des comportement suicidaires à 6 et 12 mois. Enfin trois autres études évaluant la psychothérapie inspirée de la TCC, une intervention familiale à domicile et la remise d'une carte d'urgence n'ont pas montré de résultats significatifs en comparaison avec le traitement standard. Il n'y avait pas d'études recensées par les auteurs sur la pharmacothérapie pour les adolescents suicidants.

Les auteurs concluent sur le peu de données disponibles concernant des interventions efficaces et sur le fait qu'il est impossible d'établir des recommandations puissantes. Ils recommandent de mener des études avec de plus grands effectifs et des méthodologies plus robustes et de s'intéresser aux mécanismes thérapeutiques qui sous-tendent ces interventions.

Brent et al.(56) mettent en évidence dans leur revue de la littérature de 2013 des éléments associés à l'efficacité de certaines interventions. Les auteurs soulignent que les interventions brèves sont efficaces pour améliorer la compliance aux soins après un passage aux urgences pour une TS mais ne permettent pas ou peu de réduire les récurrences en comparaison aux interventions comprenant un nombre plus élevé de séances. Deux facteurs importants ont été identifiés comme étant impliqués dans l'efficacité de certaines interventions ; il s'agit d'un nombre suffisant de séances et l'implication de la famille dans la thérapie ou la mobilisation de soutiens autres. Les

deux interventions les plus efficaces décrites par les auteurs sont celles comprenant le plus de séances et englobant la famille dans la prise en charge ; la première correspond à une prise en charge de TCC « classique » mais intégrant aussi des séances sur les drogues, la communication parents-enfant, la guidance parentale et la résolution de problème, avec en moyenne 32 sessions prodiguées. La seconde est la thérapie basée sur la mentalisation dont nous avons parlé précédemment, qui se déroule pendant 1 an, une fois par semaine pour le jeune et une fois par mois pour la famille.

Les auteurs suggèrent aussi que les interventions doivent être commencées précocement chez les adolescents encore hospitalisés afin de réduire le risque de récurrence précoce.

Ensuite l'équipe de Ougrin(57) et de ses collaborateurs mettent en évidence dans leur revue de la littérature en 2012 une certaine efficacité des différentes interventions psychothérapeutiques (thérapie comportementale dialectique, thérapie multi-systémique, thérapie basée sur la mentalisation et la TCC). Cependant, les auteurs déplorent qu'aucun des résultats n'ait été répliqués à travers des études randomisées contrôlées bien conduites indépendantes permettant de conclure à propos de l'efficacité d'une prise en charge spécifique des adolescents suicidants.

La même équipe en 2015(58) effectue une méta-analyse comprenant 19 études randomisées comparatives regroupant 2176 adolescents suicidants ou ayant présenté un comportement auto-agressif. Globalement, les adolescents ayant bénéficié des interventions psychosociales spécifiques ont moins récidivé que les groupes contrôles ($p < 0,02$). Les psychothérapies avec les plus grosses tailles d'effet sont la thérapie comportementale dialectique, la thérapie basée sur la mentalisation et la TCC. La taille d'effet est moindre pour les récurrences de TS que pour les scarifications. Les analyses s'intéressant spécifiquement aux TS ne montrent pas de différences significatives entre les groupes interventions et les groupes témoins.

Les auteurs suggèrent qu'il est urgent que plus de recherches soient faites dans ce domaine et qu'un plus large consensus international en ce qui concerne les définitions et les stratégies de mesure des comportements d'auto-agressivité permettra de faire progresser la recherche et la pratique.

Enfin pour terminer, Zalsman et ses collaborateurs(59) dans une revue récente (2016) et exhaustive de la littérature de ces dix dernières années parue dans *The Lancet* concluent sur le même constat que les articles précédemment cités.

Ils confirment que la TCC, la thérapie comportementale dialectique, la thérapie de résolution de problèmes, la thérapie multisystémique sont considérés comme des psychothérapies prometteuses dans la prévention du suicide chez les adolescents; cependant, elles n'ont pas reçu suffisamment de preuves issues des études randomisées contrôlées ou des méta-analyses.

Un petit aparté avant de conclure pour évoquer un programme prometteur chez l'adulte. Le programme ASSIP(60) (Attempted Suicide Short Intervention Program) a été étudié par l'équipe de Gysin-Maillart et al. dans un article paru en 2016. L'intervention a lieu dans les suites d'une TS et comprend 3 sessions de 60-90 minutes administrées sur une base hebdomadaire, une quatrième pouvant être ajoutée; celle-ci est basée principalement sur l'adhésion au traitement et la psychoéducation sur le suicide. La première session est un entretien narratif qui retrace le cheminement du patient jusqu'à l'acte suicidaire, la deuxième session s'aide d'un support vidéo pour la psychoéducation autour du suicide et la dernière session prépare l'après avec une liste de buts, de signaux d'alerte et de stratégies d'évitement du suicide. Enfin des lettres personnalisées ont été envoyées tous les 6 mois pendant les deux ans de suivi.

Ce programme court associé à une prise en charge habituelle a été comparé à une prise en charge standard et a montré que durant les 24 mois de suivi post-intervention 5 patients ont récidivé dans le groupe ASSIP contre 41 dans le groupe contrôle ($p < 0,01$), ils ont passé moins de temps à l'hôpital lors des rechutes (29 jours contre 105, $p < 0,038$) et il y avait aussi moins de perdus de vue dans le groupe ASSIP (7 contre 22, $p < 0,05$).

Cette étude mérite qu'elle soit répliquée dans d'autres essais avec un effectif plus important mais compte tenu des résultats, il serait intéressant que cette intervention soit aussi étudiée chez les adolescents et leur famille. De plus, c'est un programme peu coûteux et facile à réaliser.

2.3. Synthèse de la revue de la littérature

Il ressort de notre revue de la littérature qu'il n'y a pas de consensus strict sur la prise en charge des adolescents suicidants. Les données issues de la littérature disponibles sur les interventions efficaces sont peu nombreuses et peu robustes. Aucun programme spécifique n'a montré une efficacité supérieure aux autres.

Cependant, ce que l'on peut retenir de la prise en charge du suicide chez les adolescents, est tout d'abord que dans les suites d'une tentative de suicide, l'hospitalisation est plutôt la règle pour mettre en sécurité l'adolescent, lui apporter les soins somatiques nécessaires, effectuer une évaluation psychiatrique, sociale et familiale et mettre en place un suivi étayant.

Si le psychiatre qui reçoit le jeune aux urgences est celui qui va le suivre par la suite, cela est associé à une meilleure adhésion du jeune à sa prise en charge.

Lorsqu'un épisode dépressif est diagnostiqué, un antidépresseur est indiqué. On choisira un ISRS, la Fluoxétine plus précisément, et sa prescription devra être réévaluée fréquemment, surtout en début de traitement. Le traitement médicamenteux sera toujours associé à un suivi psychothérapeutique.

Les interventions psychothérapeutiques qui regroupent le plus de preuves d'efficacité sont les thérapies d'inspiration cognitive et comportementale, la thérapie familiale systémique, la thérapie comportementale dialectique et la thérapie de mentalisation. Les deux dernières ont notamment fait leurs preuves chez les jeunes présentant des traits de personnalité borderline ou un trouble bipolaire.

Chez l'adolescent, le fait que la famille fasse partie intégrante de la prise en charge est associé dans les études à une efficacité plus importante, de même qu'une thérapie avec un nombre de séances plus élevé.

3. La prise en charge du suicide chez les adolescents au Centre Hospitalier de Saintes

3.1. Description du Centre Hospitalier de Saintes et du service de psychiatrie infanto-juvénile

La capacité d'accueil est de 880 lits et places installés tous sites confondus, avec environ 23 900 hospitalisations complètes, 31 700 passages aux urgences générales et 9 100 passages aux urgences pédiatriques par an.

Les services de psychiatrie (adulte et infanto-juvénile) au moment de notre étude comptaient 52 places, dont 5 places de pédopsychiatrie au LAPS'Ado (Lieu d'Accueil Psychothérapique de Secteur pour Adolescents) ; à noter que 5 lits sont dédiés aux jeunes suicidants dans le service de pédiatrie.

Le service de psychiatrie infanto-juvénile (secteur 3 de psychiatrie infanto-juvénile, Saintes / St Jean d'Angély) du centre hospitalier de Saintonge regroupe :

- 2 Hôpitaux de jour pour enfants de 0 à 11 ans à Saintes et à Saint Jean d'Angély ;
- 1 Hôpital de jour et une unité d'hospitalisation complète pour adolescents de 12 à 17 ans, le LAPS'ADO à Saintes ;
- 4 CAMPE (Centre d'aide médico-psychologique à l'enfance) pour les 0 – 11 ans à Saintes, St Jean d'Angély, Marennes et St Pierre d'Oléron ;
- 4 CMP (centre médico-psychologique) pour les 12-17 ans à Saintes (CAP'Ado : Centre d'aide psychologique pour adolescents), St Jean d'Angély (CASPA : Centre d'aide et de soins pour adolescents, Marennes et St Pierre d'Oléron ainsi que des consultations en milieu rural.

Par ailleurs, le service dispose :

- d'une unité d'accueil familial thérapeutique de 4 places (4 familles thérapeutiques sont salariées de l'hôpital de Saintonge pour l'accueil d'enfants ou d'adolescents hospitalisés)
- de 2 classes primaires spécialisées dans deux établissements scolaires primaires de Saintes et St Jean d'Angély rattachées aux deux hôpitaux de jour pour enfants.

3.2. Historique du protocole

Le protocole IMV (Intoxication Médicamenteuse Volontaire) a vu le jour en 1992 du fruit de la collaboration entre les services de médecine et chirurgie de l'hôpital de Saintes et des services de psychiatrie.

Au départ, ce protocole concernait toutes les catégories d'âge et s'appliquait dans les différents services où les suicidants étaient hospitalisés.

Peu de temps après dans les années 1992-1993, devant le désir conjoint des chefs de service de pédiatrie et de pédopsychiatrie de mieux prendre en charge les jeunes suicidants, un protocole spécifique pour les moins de 18 ans a été instauré. En effet, la prise en charge du suicide chez l'adolescent est différente de l'adulte et nécessite des soins spécifiques.

L'appellation du protocole IMV a été choisie afin de souligner la participation active du sujet et son désir d'exprimer sa souffrance. Cependant toutes les situations portant volontairement atteinte à son corps ou menace de le faire peuvent rentrer dans le protocole. Cela inclut donc également les phlébotomies, les scarifications, les intoxication alcoolique aiguës, les menaces de suicide, précipitation etc...

3.3. Description du protocole

Le protocole de prise en charge des jeunes suicidants est le suivant :

Après un bref séjour aux urgences, quelques heures la plupart du temps, afin de s'assurer que le pronostic vital n'est pas en jeu et de prodiguer les premiers soins, le jeune suicidant est transféré dans le service de pédiatrie. Le pédiatre poursuit alors le bilan somatique et psychologique général. Parfois le jeune est directement transféré dans le service de pédopsychiatrie après son passage aux urgences pour diverses raisons (places, bilan somatique négatif...).

La durée théorique de l'hospitalisation dans le protocole IMV est de 5 jours.

Si le jeune reste hospitalisé en pédiatrie, le service prévient alors le pédopsychiatre. Un des pédopsychiatres ou l'interne rencontre le jeune suicidant dans les 24 heures afin de faire un premier bilan psychopathologique et de définir les consignes médicales.

A la demande du pédopsychiatre qui pose l'indication, un premier rendez-vous avec une des thérapeutes familiales est fixé rapidement avec l'adolescent seul, directement dans le service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie. Il s'agit de déclencher une dynamique préalable à l'entretien familial :

- En redonnant une part active à l'adolescent qui va présenter sa composition familiale et déterminer, à l'aide du thérapeute, qui il souhaite inviter à l'entretien.
- En mobilisant les questionnements de chacun dans la famille.
- Il s'agit, du côté du thérapeute, de recueillir les premiers éléments de compréhension du passage à l'acte de l'adolescent et de définir les premières hypothèses de compréhension du contexte familial.

Puis, un premier entretien familial (le jeune et sa famille), avec l'accord du patient, est assuré dans les locaux de l'unité de thérapie familiale dans les jours suivants, en essayant qu'il ait lieu durant la durée de l'hospitalisation. Les deux thérapeutes sont alors présents. Il s'agit alors de :

- Créer une atmosphère de confiance suffisante pour que puissent se dire des « émotions vraies ».
- Faire circuler la parole autour de l'information : qui se doutait ? qui en avait parlé ? ce que chacun a fait ? ce qui a déclenché ?
- Travailler sur la menace de mort. Nommer ce à quoi chacun pense.
- Identifier à quoi sert le symptôme dans le fonctionnement familial.
- Evaluer les compétences familiales pour créer autour de ce nouvel élément que constitue la TS.

Les deux thérapeutes familiales qui interviennent dans ce protocole (une psychologue et une assistante sociale), sont toutes deux formées à la thérapie familiale sur la base de la systémie. En effet, la survenue d'une TS dans un système familial représente une menace pour l'homéostasie familiale. Les interactions se trouvent alors

contraintes à un éventuel changement. Cette rupture transitoire de l'équilibre antérieur dans les quelques jours qui suivent la TS impose :

- soit des remaniements et des réaménagements relationnels.
- soit une rigidification des patterns relationnels habituels.

La TS s'inscrit dans une dynamique interactive d'où l'importance de l'évaluation du fonctionnement familial ainsi que la nécessité d'introduire dans ce fonctionnement des éléments de changements. La mise en place d'un protocole (issu des thérapies brèves ou dites de crise) s'appuie sur ce moment fécond de crise (opportunité/chance) pour mobiliser l'ensemble de la famille autour de l'adolescent et sortir d'un risque de répétition (récidive suicidaire).

Ce protocole est une adaptation du cadre de l'outil d'analyse systémique dans une période de crise de la famille.

Ensuite, du côté médical, le jeune est vu tous les jours par le pédopsychiatre, durant son séjour, qui définit alors la nécessité ou non de la mise en place d'un traitement médicamenteux et le projet de soin individuel en concertation avec les thérapeutes familiaux.

Le jour même de la sortie du patient, le pédopsychiatre revoit le patient et ses parents pour leur expliquer la prise en charge proposée.

Un suivi individuel spécialisé (psychologue, pédopsychiatre, hôpital de jour, infirmier, éducateur travaillant en pédopsychiatrie) est programmé et peut avoir lieu sur diverses structures selon le lieu d'habitation du patient.

Enfin, le protocole comprend un deuxième entretien familial à distance du geste suicidaire avec le thérapeute familial, généralement deux mois plus tard. Ce rendez-vous permet d'évaluer l'évolution de la situation et les changements dans la famille. Ces changements peuvent être de différentes natures :

- dans la qualité des interactions familiales,
- dans les possibilités d'élaboration des uns ou des autres,
- dans la nécessité de penser des aménagements de vie : internat, foyer etc (quand les précédents changements n'ont pas été possibles).

Lorsque le jeune a déjà bénéficié du protocole par le passé, les thérapeutes familiales ne réalisent pas une deuxième fois ce protocole. Ce protocole n'est pas non plus indiqué lorsque l'adolescent et sa famille bénéficient d'un accompagnement sur le plan social (par exemple, un placement ou un accueil provisoire).

Le temps de l'hospitalisation est un moment privilégié pour travailler les différents liens autour du jeune et d'établir les contacts avec les intervenants extérieurs :

- Le lien avec l'école, en repérant avec le jeune et sa famille, les difficultés importantes : échec scolaire, orientation difficile, désinvestissement scolaire, refus scolaire anxieux etc..., en contactant si besoin les CPE, infirmières ou médecins scolaires.
- Le lien social en travaillant conjointement avec l'assistante sociale afin de repérer des situations sociales difficiles.
- Le lien éducatif et parfois juridique, le jeune faisant parfois l'objet de mesures éducatives dans certaines situations.

Deuxième partie : Étude personnelle

1. Objectifs de l'étude

Notre étude se déroule sur 2 ans et a pour but d'évaluer les pratiques professionnelles de la prise en charge des adolescents suicidants hospitalisés à Saintes. Il s'agit d'étudier le devenir de ces patients à un an selon 3 axes: taux de suivi, taux de récurrences et un axe clinique (évalué à l'aide d'une échelle préalablement déterminée : échelle H de désespoir de Beck).

2. Matériel et méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, monocentrique, ouverte, réalisée de manière prospective.

2.2. Population

Les patients inclus sont des adolescents (12-17 ans) suicidants hospitalisés dans le service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie du CH de Saintes, dont le chef de service était alors le Docteur Giraudeau-Villar.

2.2.1. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants:

- remplir chaque étape du protocole IMV ;
- être âgé de 12 à 17 ans ;
- un consentement libre et éclairé signé par les parents et l'enfant (accord écrit).

et il sera rempli pour chaque patient inclus un dossier d'inclusion.

Un juriste attaché à l'hôpital a relu les fiches de consentement et a donné un avis favorable concernant l'étude.

Le comité d'éthique du CHL Henri Laborit de Poitiers a donné un avis favorable à la réalisation de cette étude.

2.2.2. Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants:

- le fait d'avoir déjà bénéficié d'un protocole familial,
- un placement ASE,
- présence d'idées suicidaires ou de scarifications sans passage à l'acte suicidaire.

2.3. Mode de recueil

Le nombre de patients inclus est de 23 patients sur la période de juin 2015 à Juin 2016. Cette inclusion a été réalisée par les internes ou praticiens hospitaliers du service lors d'un entretien réalisé pendant l'hospitalisation.

Ensuite j'ai contacté chaque patient par téléphone à 3 mois, 6 mois et 12 mois de leur sortie d'hospitalisation pour recueillir les différents éléments cités ci-après.

Puis j'ai collecté les données au moyen de questionnaires que j'ai élaboré pour l'étude dont nous avons mis les exemplaires en annexe.

2.4. Données recueillies

Les caractéristiques sociodémographiques comprennent :

- Anonymisation,
- le sexe, l'âge,
- la place dans la fratrie,
- sa classe,
- si la scolarité est adaptée à l'âge (classe adaptée, MDPH),
- un éventuel suivi social ou éducatif en cours.

Cliniques :

- Les antécédents psychiatriques personnels (notamment existence d'une TS antérieure ou non, notion de suivi psychiatrique antérieur ou non, notion d'une précédente hospitalisation),
- les antécédents familiaux de suicide,
- la consommation de toxiques,

- les caractéristiques de la TS,
- les symptômes présentés durant l'hospitalisation,
- le score échelle H de désespoir de Beck

Thérapeutiques :

- La prise d'un traitement médicamenteux ou non.

Le devenir des patients, qui sera étudié sur un an selon 3 axes :

- Premier axe: le taux de suivi

Le taux de suivi est étudié en ambulatoire (consultations de suivi avec un pédopsychiatre, suivi psychologique avec un psychologue, ateliers thérapeutiques, autres) et en protocole familial avec les thérapeutes familiaux.

- Deuxième axe: le taux de récurrences

L'existence ou non de récurrences de TS (réhospitalisation, mode et nombre de TS).

- Troisième axe : l'intentionnalité suicidaire au moyen de l'échelle H de désespoir de Beck.

Ces trois axes seront étudiés à 3 reprises en un an de suivi lors d'appels téléphoniques au patient à 3, 6 et 12 mois de la sortie d'hospitalisation.

- Déroulement des appels téléphoniques :

- Appel des parents pour accord ;
- Appel adolescent pour la passation du questionnaire et de l'échelle ;
- Si des idées suicidaires sont présentes, cela est signalé aux parents pour les en informer et pour qu'ils se rapprochent des personnes qui suivent le jeune. Le jeune est mis au courant que ses parents vont en être avertis.

2.5. Analyses statistiques

2.5.1. Traitement des données

Les données ainsi recueillies ont été codées à l'aide d'un thésaurus puis ensuite saisies informatiquement dans un logiciel de tableur de manière anonymisée.

2.5.2. Méthode statistique

Les analyses statistiques ont été réalisées via le logiciel *SPSS 18* avec l'aide de l'ingénieur de recherche de l'Unité de Recherche Clinique (URC) du CHL Henri Laborit à Poitiers, service du Professeur Jaafari.

Nous avons réalisé une analyse descriptive des principales caractéristiques de notre population. Ces analyses descriptives des variables recueillies ont été effectuées en calculant le nombre et la fréquence pour les variables qualitatives, ainsi que la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives.

3. Résultats

Nous allons dans un premier temps décrire la population puis dans un deuxième temps voir les résultats concernant les différents axes étudiés.

3.1. Descriptif de la population

3.1.1. Nombre de patients inclus

Au final, 23 patients ont été inclus dans notre étude.

3.1.2. Caractéristiques sociodémographiques

Les patients sont âgés en moyenne de 14,5 ans (écart-type ou ET=1,377) avec des extrêmes allant de 12 à 17 ans. Les caractéristiques sociodémographiques sont présentées dans le tableau 1.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

	N	%
Sexe		
Homme	7	30,4
Femme	16	69,6
Scolarité		
Classe correspondante à l'âge	20	8
Présence d'une AVS	1	4,3
Redoublement	3	13
Suivi éducatif		
En cours	1	4,3
Passé	1	4,3

AVS= Auxiliaire de Vie Scolaire

On ne recense pas parmi notre échantillon, de patients ayant une scolarité dans des sections adaptées, ayant une instruction par la famille ou ayant fait une demande sociale durant l'hospitalisation ou des antécédents judiciaires.

3.1.3. Données cliniques initiales

3.1.3.1. Antécédents somatiques

3 patients soit 13% de notre échantillon présentaient une maladie chronique, aucun ne présentaient un trouble neurologique ou génétique.

3.1.3.2. Antécédents psychiatriques

On remarque qu'environ un quart des patients avait déjà consulté un médecin ou un psychologue avant cette hospitalisation et seulement deux avaient déjà effectué une TS par le passé. Ainsi pour la grande majorité on peut dire que c'est le premier épisode.

Le tableau 2 ci-dessous résume les antécédents psychiatriques recensés.

Tableau 2. Antécédents psychiatriques.

	N	%
Antécédents de TS	2	8,7
Nombre de TS antérieures ≤ 2	2	8,7
Date de la dernière TS		
<3mois	1	4,3
>6mois	1	4,3
Suivis		
Actuel	4	17,4
Antérieur	6	26,1
Facteurs de vulnérabilité		
Abus sexuels	2	8,7
Maltraitance	1	4,3

TS= Tentatives de Suicide

3.1.3.3. Troubles psychiatriques actuels

Ensuite le tableau 3 résume les données cliniques concernant l'hospitalisation actuelle, on remarque que le mode de TS le plus répandu est l'IMV, que plus de la moitié de l'échantillon présente un épisode dépressif caractérisé et que presque aucun traitement n'était présent avant l'hôpital.

Tableau 3. Troubles psychiatriques actuels

	N	%
Mode de la TS		
Ingestion de substances	19	82,6
Phlébotomie	2	8,7
Pendaison	1	4,3
Précipitation	1	4,3
Etat clinique durant hospitalisation		
Symptômes psychotiques	0	0
Etat anxieux aigu	2	8,7
ESPT	1	4,3
EDC	13	56,5
Manie	0	0
TCA	0	0
TDA-H	0	0
Consommations de toxiques		
Tabac	8	34,8
Rare-occasionnel-fréquent	1-3-4	4,3-13-17,4
Alcool	5	21,7
Rare-occasionnel-fréquent	1-4-0	4,3-17,4-0
Cannabis	3	13
Rare-occasionnel-fréquent	2-0-1	8,7-0-4,3
MDMA/Ecstasy	1	4,3
Rare-occasionnel-fréquent	0-1-0	0-4,3-0
Traitement actuel		
Antidépresseur	1	4,3
Thymorégulateur	0	0
Neuroleptiques	1	4,3
Psychostimulant	0	0
Autres	1	4,3

ESPT= Etat de Stress Post Traumatique

EDC= Episode Dépressif Caractérisé

TCA= Trouble du Comportement Alimentaire

3.1.3.4. Intentionnalité suicidaire à l'admission

Nous avons choisi l'échelle H de désespoir de Beck pour quantifier l'intentionnalité suicidaire à travers le niveau de pessimisme, le score moyen à l'admission dans notre échantillon est de 7 (ET=5,043), avec un maximum de 17 et un minimum de 1.

Il faut savoir qu'un score de 3 ou moins signifie qu'il y a un risque minime de suicide, un score entre 4 et 8 donne un risque léger, les scores allant de 9 à 14 donnent un risque modéré de suicide, tandis qu'un score de 15 ou plus prédit un risque élevé de suicide.

3.1.3.5. Protocole familial

Comme nous l'avons vu précédemment, il y a trois entretiens avec l'équipe de thérapie familiale. Le premier se fait uniquement avec le jeune, ensuite il y a deux rendez-vous avec le jeune et sa famille, un quelques jours plus tard et l'autre un à trois mois plus tard avec le jeune et sa famille.

Dans notre étude, tous les patients ont bénéficié du premier entretien, 21 familles sur les 23 (91,3%) sont venues au deuxième et 19 sur 23 (82,6%) au troisième.

Ce résultat est fort encourageant et témoigne d'une bonne alliance du jeune et de sa famille avec l'équipe de thérapie familiale.

3.1.4. Données cliniques à 3, 6 et 12 mois

3.1.4.1. Données concernant la récurrence

Le tableau suivant (n°4) résume les données concernant les récurrences suicidaires, leur nombre et s'il y a eu des réhospitalisations durant les périodes précédant les appels téléphoniques à 3, 6 et 12 mois.

Tous les parents ont été prévenus si le jeune nous verbalisait des idées suicidaires lors des appels téléphoniques.

Les valeurs en pourcentages tiennent compte des perdus de vues qui ne sont donc pas inclus dans le calcul.

Tableau 4. Récidives et idées suicidaires durant le suivi

	3 mois	6 mois	12 mois
Récidiviste TS	0 (0%)	2 (13,3%)	1 (9,1%)
Nombre de TS			
Récidiviste 1	-	3	2
Récidiviste 2	-	3	-
Hospitalisation(s)	0 (0%)	2 (13,3%)	1 (9,1%)
Idées suicidaires	0 (0%)	0 (0%)	1 (9,1%)
Perdus de vue	5 (21,7%)	8 (34,8%)	12(52,2%)

3.1.4.2. Données concernant le suivi

Le tableau 5 quant à lui, expose les données concernant le taux et les types de suivis.

Tableau 5. Suivi

	3 mois	6 mois	12 mois
Consultations avec			
pédopsychiatre	1 (5,6%)	2 (13,3%)	1 (9,1%)
Secteur 3	0 (0%)	0 (0%)	1 (9,1%)
Secteur 2	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres	1 (5,6%)	2 (13,3%)	0 (0%)
Libéral	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Suivi HDJ	2 (11,1%)	2 (13,3%)	0 (0%)
LAPS'ADO	1 (5,6%)	1 (6,7%)	0 (0%)
UPADO	1 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres	0 (0%)	1 (6,7%)	0 (0%)
Suivi psychologue	6 (33,3%)	7 (46,7%)	2 (18,2%)
CMP Ados	6 (33,3%)	7 (46,7%)	2 (18,2%)

Libéral	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Autres suivis	4 (22,2%)	0 (0%)	0 (0%)
Pas de suivi	5 (27,8%)	7 (46,7%)	8 (72,7%)
Perdus de vue	5 (21,7%)	8 (34,8%)	12 (52,2%)

UPADO= Unité de Psychopathologie pour Adolescents

HDJ= Hôpital De Jour

Secteur 2= Secteur de Royan et Jonzac

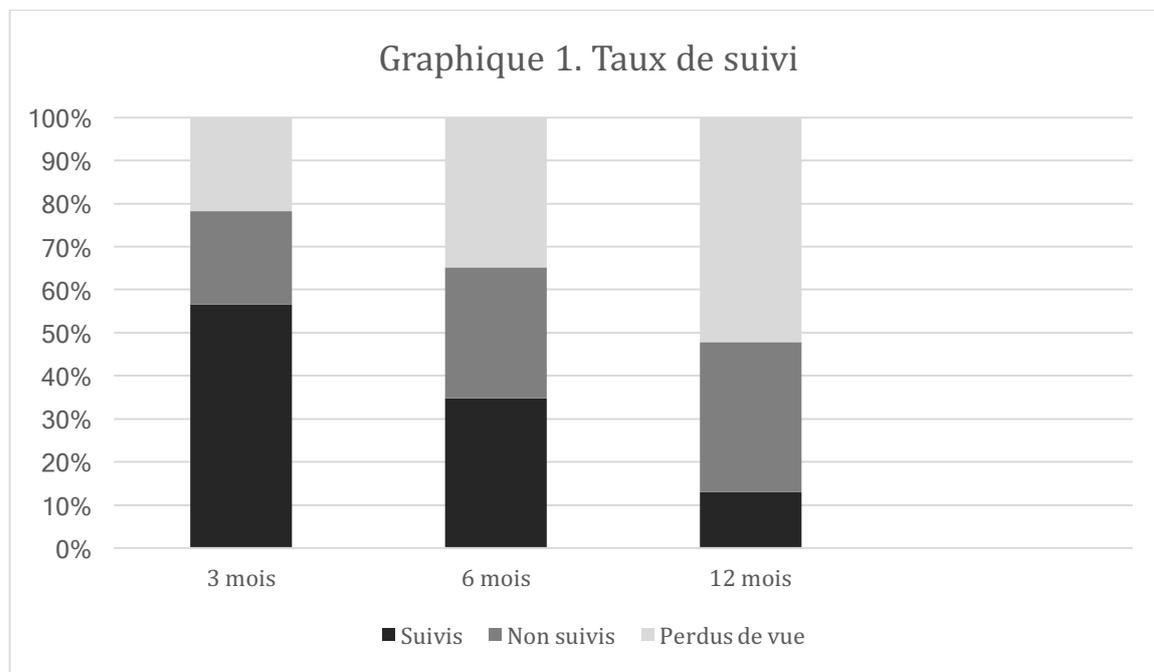
Secteur 3= Secteur de Saintes

À 6 mois, trois adolescents ont plusieurs suivis différents, ce qui explique le nombre de suivis supérieurs à l'effectif total (perdus de vue exclus).

Les « autres suivis » correspondent à des suivis avec des éducateurs ou des infirmiers de secteur.

3.2. Taux de suivi

Comme nous le montre le graphique 1, le taux de suivi diminue au cours du temps ; parallèlement, le nombre d'adolescents sans suivi augmente et dépasse même ceux qui ont un suivi. De plus, on remarque que le nombre de perdus de vue augmente au cours du temps jusqu'à plus de la moitié de l'effectif à 12 mois.



Si nous excluons les perdus de vue :

- à 3 mois, le taux de suivi est de 72,2% ;
- à 6 mois, le taux de suivi est de 53,3 % ;
- à 12 mois, le taux de suivi est de 27,3%.

3.3. Taux de récurrences

Il n'y a aucune récurrence à 3 mois ; le nombre d'adolescents qui récidivent à 6 mois est de 2 (sur 15) soit 13,3% ; le nombre d'adolescents qui récidivent à 12 mois est de 1 (sur 11) soit 9,1%.

Le taux de récurrence cumulé sur 1 an est de 22,4 %, sachant qu'à 12 mois, seulement 11 adolescents (47,8%) ont répondu au téléphone.

3.4. Évolution du score de Beck

Le score de Beck moyen à l'admission est de 7 (sur 20) (ET=5,04) avec des extrêmes allant de 1 à 17.

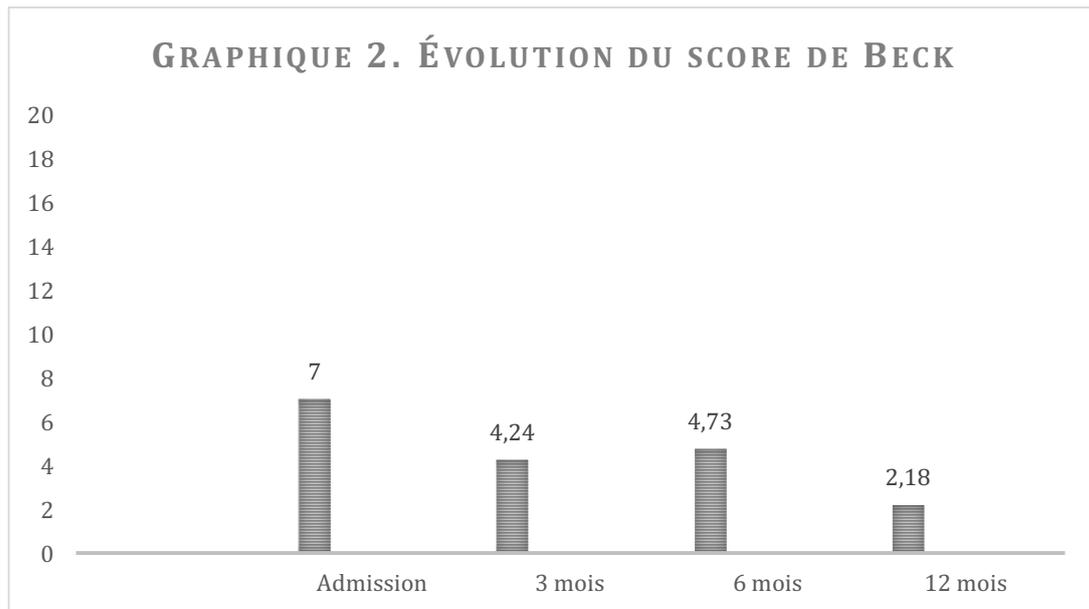
Le score de Beck moyen à 3 mois est de 4,24 (ET=4,79) avec des extrêmes allant de 0 à 15.

Le score de Beck moyen à 6 mois est de 4,73 (ET=5,97) avec des extrêmes allant de 0 à 17.

Le score de Beck moyen à 12 mois est de 2,18 (ET=1,60) avec des extrêmes allant de 0 à 5.

Ainsi, nous voyons que le score de Beck diminue à 3 mois. À 6 mois, on observe une très faible augmentation. Le score diminue ensuite à 12 mois de façon plus significative.

Le graphique 2 résume ce que nous venons d'exposer.



3.4.1. Évolution du score de Beck en fonction des récidives

Nous avons voulu savoir s'il y avait une corrélation entre le niveau de désespoir et la présence ou non d'une rechute.

À 6 mois, le score moyen de Beck chez les deux adolescents récidivistes est de 15,5 contre 3,08 chez les 13 non récidivistes.

À 12 mois, le score moyen de Beck chez l'adolescent récidiviste est de 4 contre 2 chez les 10 non récidivistes.

On observe donc qu'il y a une association positive entre les deux données.

4. Discussion

4.1. Synthèse et interprétation des résultats

4.1.1. Caractéristiques socio démographiques

Nous avons inclus 23 adolescents suicidants au total, dont 70% de sexe féminin. L'âge moyen de notre échantillon est de 14,5 ans. La grande majorité des adolescents avaient une scolarité correspondante à leur âge.

La proportion plus importante de jeunes filles est comparable avec les données épidémiologiques nationales(2), régionales(16) et avec ce que l'on peut retrouver dans la littérature internationale (80%)(55) concernant la prévalence des TS.

4.1.2. Caractéristiques cliniques

Le mode de TS le plus utilisé est l'ingestion volontaire de médicaments (82,6% de l'échantillon) ; ce sont les mêmes proportions que l'on retrouve à l'échelon national (82%)(12) et régional (79%)(14).

Plus de la moitié de notre échantillon (56,5%) présentait de façon concomitante un épisode dépressif caractérisé. Ce chiffre est légèrement plus élevé mais reste concordant avec les données épidémiologiques nationales (48%)(14) et les recommandations nationales sur la dépression chez l'adolescent (entre 30 et 50%)(20). Chez l'adulte, où ce chiffre se situe plutôt entre 60 et 88% (61), le poids de la pathologie mentale est plus déterminant.

Un quart des patients avaient déjà consulté un médecin pour un motif psychiatrique par le passé, sans que l'on puisse savoir s'il avait un lien avec le passage à l'acte actuel.

Enfin, seulement deux patients avaient déjà réalisé une TS par le passé ; pour la très grande majorité, c'était le premier épisode.

4.1.3. Nos objectifs

Notre premier axe d'étude concerne le taux de suivi.

La proportion de jeunes bénéficiant d'un suivi passe de 72% à trois mois à 27% à un an. La majorité des jeunes à 3 et 6 mois sont suivis par un psychologue, les autres sont suivis en hôpital de jour et très peu par un pédopsychiatre.

Il en ressort que un tiers des patients déclarent à 3 mois ne pas avoir de suivi. Ce chiffre semble assez élevé compte tenu qu'un suivi est systématiquement proposé avant la sortie d'hospitalisation. De plus, de nombreux dispositifs proche des lieux d'habitations des patients, même en milieu rural, sont disponibles pour le suivi des adolescents et facilitent l'accès aux soins.

On peut notamment expliquer cela par le fait que le jeune ne rencontre pas toujours pendant son hospitalisation le thérapeute qui le suivra ultérieurement.

De plus, à 3 mois, 83% des familles s'étaient rendues au troisième et dernier entretien du protocole familial.

Ce résultat est très encourageant et témoigne d'une bonne adhésion à la thérapie de la part du jeune et de sa famille. Cette bonne alliance peut s'expliquer par le fait que le jeune ait déjà rencontré les thérapeutes familiaux lors de son séjour hospitalier.

Concernant les perdus de vue, les données de la littérature sont partagées, certains auteurs en déclarent moins (entre 16 et 25 %)(54)(51) et d'autres rapportent des taux comparables (50-66%)(62).

Avant de donner quelques explications concernant ces perdus de vue, nous souhaitons éclaircir le fait que les patients signalés comme perdus de vue dans notre étude ne sont pas forcément sans suivi, ils ne répondent simplement plus au téléphone.

Nous avons ici, quelques-unes des raisons à ces perdus de vue :

- 1 famille ne souhaitait plus que leur enfant participe à l'étude et nous disait ne plus se rappeler avoir signé un quelconque consentement.
- 2 jeunes (un à 6 mois et un à 12 mois) ne voulaient plus participer car cela leur rappelait trop leur passage à l'acte.

- Un jeune à 6 mois a raccroché au milieu de l'interview sans jamais répondre par la suite.
- Certains n'ont tout simplement plus répondu.

Nous pensons que beaucoup des perdus de vue sont inhérents à notre méthodologie, les jeunes ne me connaissaient pas, cela pouvant réduire grandement l'alliance et influencer le fait de répondre.

Ensuite, le deuxième axe concerne le taux de récurrences.

À notre connaissance, il n'y a eu aucun suicide abouti dans notre échantillon.

Au bout de 3 mois de suivi, aucun adolescent n'a récidivé ; à 6 mois, 2 ont récidivé massivement avec 3 TS chacun et à 12 mois, un autre adolescent a récidivé par deux fois.

En tout, cela représente trois adolescents sur 23 qui récidivent, mais en prenant en compte le nombre de perdus de vue, cela fait un taux de récurrence cumulé de 22,4% sur un an.

Ce chiffre est concordant avec ce que l'on retrouve dans les essais cliniques sur la prise en charge des adolescents suicidants. En effet, Ougrin et al. en 2012(57), dans leur revue, retrouvent un taux de récurrence cumulé à 6 mois qui varie de 10 à 43%. L'étude SAFETY d'Asarnow en 2015(53) retrouve cependant un taux plus bas (6%) que dans la littérature.

Enfin, le dernier et troisième axe s'attache à l'évolution du score de Beck au cours du suivi.

On observe que le score moyen de Beck diminue globalement au cours du temps, passant de 7 à l'admission à 2 au bout de 12 mois de suivi.

Du fait du grand nombre de perdus de vue, nous ne pouvons conclure si cette évolution positive est artificielle ou non, sachant que dans notre effectif, 3 patients avaient un score de Beck significativement plus élevé que les autres à 6 mois (entre 15 et 17 sur 20). Sur les trois, deux n'ont pas répondu au téléphone à 12 mois et le troisième, qui lui a répondu, a un score de Beck qui a fortement diminué (4 sur 20).

D'autre part, l'échelle H de désespoir de Beck utilisée dans notre étude a été choisie car c'est un hétéro-questionnaire, rapide à faire passer et assez facile à comprendre pour les adolescents, ce qui est important lorsqu'on souhaite la faire passer par téléphone.

C'est vrai qu'elle est moins validée chez l'adolescent que l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck, mais cette dernière n'est pas un hétéro-questionnaire et ne peut donc pas être effectuée au téléphone.

L'ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) aurait aussi pu être utilisée mais elle ne concerne que la dépression et est moins corrélée au risque suicidaire.

Pour finir, nous n'avons au final choisi qu'une seule échelle pour des raisons de faisabilité, l'adolescent pouvant perdre patience si l'appel téléphonique dure trop longtemps.

Nous pensons que cette échelle pourrait être utile aux infirmiers de secteur qui participent à la prise en charge de ces jeunes patients pour évaluer le risque suicidaire.

4.2. Points forts de notre étude

Notre étude est réalisée de façon prospective sur une durée significative (12 mois), dans une population d'adolescents représentative des adolescents suicidants dans la population générale.

Pour conclure sur notre prise en charge des adolescents au Centre Hospitalier (CH) de Saintes, nous pouvons suggérer que nos résultats de notre étude sont comparables avec à ceux de la littérature internationale. En effet, les taux de récurrences, comme nous venons de le voir sont similaires à ce que l'on peut voir dans la littérature internationale concernant les interventions chez les adolescents suicidants.

Un de nos principaux points forts est que la très grande majorité des familles est présente au deuxième et troisième entretiens du protocole familial. Cela témoigne de la forte adhésion du jeune et de sa famille à cette thérapie.

De plus, on observe que le niveau de pessimisme et donc indirectement l'intentionnalité suicidaire via le score de désespoir de Beck diminue au cours du suivi.

Nous pouvons également dire que la prise en charge au CH de Saintes est en accord avec les recommandations sur la prise en charge des adolescents suicidants (18):

- hospitalisation systématique en service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie après une TS ;
- passage en service de pédiatrie dans la plupart des cas ;
- durée d'hospitalisation d'au moins 5 jours pour évaluation psychiatrique et mise en place du suivi post-hospitalisation ;
- présence d'un protocole dit « protocole IMV » pour les adolescents suicidants, avec prise en charge en thérapie familiale débutant pendant l'hospitalisation ;
- prise en compte de la famille dans la prise en charge ;
- mise en place d'un traitement médicamenteux si nécessaire ;
- mise en place d'un suivi ultérieur adapté à chaque situation (pédopsychiatre, psychologue, HDJ, éducateur, Infirmier de secteur).

4.3. Limites de l'étude

4.3.1. Taille de l'effectif

L'échantillon est constitué de 23 patients au total, ce qui est bien insuffisant pour tirer des conclusions ou mener des analyses comparatives dans des sous-groupes.

Notre étude manque donc de puissance et ses résultats sont peu généralisables.

Il aurait fallu inclure 170 à 200 patients pour pouvoir obtenir des résultats significatifs.

Nous pensons que nos critères d'exclusion y sont pour quelque chose mais aussi qu'il est fort possible que plusieurs oublis lors du recrutement aient pu limiter le nombre d'inclusions.

4.3.2. Absence de groupe contrôle

Malheureusement, un groupe contrôle n'a pas pu être constitué. Il est vrai que de comparer ce protocole à une prise charge « classique » aurait permis de mieux cerner son efficacité.

4.3.3. Absence d'information sur le suivi et le traitement

Nous avons omis de recenser la présence ou non d'un traitement médicamenteux (notamment antidépresseur) à la fin de l'hospitalisation et lors du suivi. Cela aurait été une donnée intéressante au vu du pourcentage significatif d'adolescents déprimés dans notre effectif.

Il en est de même concernant le projet de suivi établi avec le patient et sa famille. Cela nous aurait permis de mieux comprendre la part non négligeable d'adolescents sans suivi.

4.3.4. Biais d'information

Cette étude comporte aussi des biais d'information. En effet, elle comporte de nombreuses données manquantes du fait d'un nombre non négligeable de perdus de vue et que les entretiens étaient réalisés par téléphone.

4.3.5. Biais de mémorisation

Il existe aussi des biais de mémorisation, l'adolescent devant se souvenir des 3 à 6 derniers mois passés et certains faits ont pu être sous ou sur évalués.

Conclusion

La prévention du suicide reste un sujet complexe et passionnant. Nous avons pu voir dans notre revue de la littérature que les recommandations au niveau international manquent cruellement de consensus. En France, elles n'ont pas été mises à jour depuis dix-sept ans (mise à part les recommandations concernant la dépression). La littérature sur la prise en charge des suicidants, bien que de plus en plus fournie, reste assez pauvre avec un manque d'études aux méthodologies robustes (essais randomisés comparatifs), en particulier chez l'enfant et l'adolescent. Un certain nombre de psychothérapies ou d'interventions spécifiques sont décrites comme étant efficaces. Il est nécessaire de développer la recherche sur le suicide, tant au niveau des mécanismes psychopathologiques que neurobiologiques, qui sous-tendent la pathologie suicidaire et ce, afin d'établir des interventions plus efficaces et personnalisées.

À travers notre étude, nous avons pu évaluer la prise en charge habituellement effectuée à l'hôpital de Saintes depuis plus de vingt ans. Le résultat le plus important de notre étude est le taux d'adhésion au protocole familial et cela nous laisse penser que c'est une piste intéressante par rapport au risque de récurrence. De plus, on observe au bout des douze mois de suivi une diminution des scores du risque suicidaire.

Bien sûr notre étude reste limitée et ne permet pas de conclure compte tenu de son faible effectif et de l'absence de groupe contrôle.

On peut conclure que la prise en charge des adolescents suicidants reste un enjeu majeur en psychiatrie et plus globalement en santé publique. En effet, étant donné que le suicide est une cause majeure de décès et de handicap, la mise en œuvre de stratégies efficaces, fondées sur des données probantes est l'obligation et la responsabilité des décideurs et des hautes instances de santé.

Annexe

QUESTIONNAIRE (initial)

1. Données générales :

Numéro d'identification :

Age : _____ DDN : _____

Sexe : Homme Femme

Place dans la fratrie : _____ / _____ Enfant unique

2. Médical :

2.1. Antécédents somatiques :

- Maladie chronique, si oui préciser : _____
- Trouble neurologique, si oui préciser : _____
- Maladie génétique, si oui préciser : _____
- Traitement
- Douleurs chroniques, si oui préciser : _____

3. Psychiatrique :

3.1. Nature de la tentative de suicide:

- Ingestion de substances, médicaments, alcool, autres (préciser) : _____
- Usage d'instruments tranchants, phlébotomie
- Par arme à feu
- Pendaison
- Suffocation/strangulation
- Noyade
- Par précipitation
- Par impact avec un véhicule
- Autres : _____
- Pas d'information

3.2. Lieu d'hospitalisation

- Lap's Ado
- Service de Pédiatrie

3.3. Etat clinique psychiatrique durant l'hospitalisation :

- Symptômes psychotiques
si oui Hallucinations Idées délirantes
- Etat anxieux aigu
- PTSD
- Symptomatologie dépressive

- Symptomatologie maniaque
- TCA
- TDA-H

3.4. Antécédents psychiatriques :

- Antécédent(s) de tentative de suicide:
 - Si Oui : nombre : 1 – 2 ou +
 - dates : <1 M <3 M <6 M ou +
- Suivi psychiatrique actuel
- Suivi antérieur
- Antécédents d'hospitalisation
 - Si Oui : nombre : 1 – 2 ou +
 - dates : <1 M <3 M <6 M ou +

3.5. Facteurs de vulnérabilité :

- Antécédents de maltraitance physique
- Attouchements / Abus / Violences sexuelles
- Carences socio-éducatives
- Déficience intellectuelle

3.6. Consommation de toxiques :

- Tabac, si oui : rare occasionnel fréquent
- Alcool, si oui : rare occasionnel fréquent
- Cannabis, si oui : rare occasionnel fréquent
- Cocaïne, si oui : rare occasionnel fréquent
- Héroïne, Opiacés, si oui : rare occasionnel fréquent
- MDMA, Ecstasy si oui : rare occasionnel fréquent
- Autres, préciser : _____ rare occasionnel fréquent

3.7. Traitement actuel :

- Antidépresseur, si oui préciser : _____
- Thymorégulateur, si oui préciser : _____
- Neuroleptique, si oui préciser : _____
- Psychostimulant, si oui préciser : _____
- Autres, préciser : _____

3.8. Evaluation psychométrique :

Score Echelle H de désespoir de Beck : _____/20

3.9. Protocole familial

- Présence de la famille au 2° RDV du protocole familial = 1^{er} RDV famille

4. Scolarité :

- Classe correspondante à l'âge
- AVS
- Redoublement
- Section adaptée :
 - SEGPA
 - MDPH : ULIS CLIS IME ITEP
- CNED
- Instruction par la famille

5. Social et éducatif :

- Demande d'évaluation sociale durant l'hospitalisation :
- Suivi éducatif
 - Si Oui, en cours passé

6. Antécédents judiciaires

- Présence d'antécédents judiciaires
 - Si Oui, préciser : _____

QUESTIONNAIRE (3mois)

1. Données générales :

Numéro d'identification:

2. Psychiatrique :

2.1. Tentative de suicide :

Récidive depuis la dernière hospitalisation

- 1
- 2
- 3
- > 3

2.2. Nature de la tentative de suicide:

La première :

- Ingestion de substances, médicaments, alcool, autres (préciser) : _____
- Usage d'instruments tranchants, phlébotomie
- Par arme à feu
- Pendaison
- Suffocation/strangulation
- Noyade
- Par précipitation
- Par impact avec un véhicule
- Autres : _____
- Pas d'information

La deuxième :

- Ingestion de substances, médicaments, alcool, autres (préciser) : _____
- Usage d'instruments tranchants, phlébotomie
- Par arme à feu
- Pendaison
- Suffocation/strangulation
- Noyade
- Par précipitation
- Par impact avec un véhicule
- Autres : _____
- Pas d'information

La troisième:

- Ingestion de substances, médicaments, alcool, autres (préciser) : _____
- Usage d'instruments tranchants, phlébotomie
- Par arme à feu
- Pendaison
- Suffocation/strangulation
- Noyade
- Par précipitation

- Par impact avec un véhicule
- Autres : _____
- Pas d'information

2.3. Réhospitalisation en pédopsychiatrie :

- oui** **non**

si oui, combien pour tentative de suicide :

- 1
- 2
- 3
- > 3

autres motifs :

- agitation, crise clastique
- EDM
- épisode psychotique
- trouble anxieux
- autres : _____

Présences d'idéations suicidaires actuellement

- oui** **non**

si oui, scénario

- moyens létaux à disposition
- parents / proches informés

2.4. Suivi

- Consultations régulières avec un pédopsychiatre**

si oui,

- LAPS' ADO
- UPADO
- Autres structures ados : _____
- libéral

- Hôpital de jour / Groupe thérapeutique**

si oui,

- LAPS'ADO
- UPADO
- Autres : _____

- Consultation post-hospitalisation avec thérapeute familial du LAPS'Ado (3ème RDV du protocole familial = 2eme RDV avec famille).**

- Consultations régulières avec un psychologue**

si oui, hospitalier ou libéral

- Autres suivis : _____**

- Pas de suivi**

2.5. Evaluation psychométrique :

Score Echelle H de désespoir de Beck à 3 mois: _____/20

Echelle de désespoir de BECK

QUESTIONNAIRE

Prénom : Age : ans

Date : / /

Femme O / Homme O

CONSIGNES – Dans ce questionnaire, vous trouverez 20 phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Lisez attentivement chacune de ces phrases. Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, **indiquez si elles vous correspondent ou non en encerclant vrai ou faux**. Sachez qu'aucune réponse n'est juste, elle doit être avant tout être personnelle.

1. J'attends le futur avec espoir et enthousiasme..... Vrai Faux
2. Je ferais mieux d'abandonner car je ne puis rendre les choses meilleures pour moi.. Vrai Faux
3. Quand cela va mal, il m'est utile de savoir que cela ne durera pas toujours..... Vrai Faux
4. Je ne peux imaginer ce que ma vie sera dans 10 ans..... Vrai Faux
5. J'ai assez de temps pour réaliser ce que je désire faire le plus..... Vrai Faux
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui compte le plus pour moi..... Vrai Faux
7. Mon avenir me semble plus sombre..... Vrai Faux
8. Je m'attends à avoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.... Vrai Faux
9. Je n'ai pas de répit et il n'y a pas de raison de croire que j'en aurai dans le futur..... Vrai Faux
10. Mon expérience passée m'a préparé parfaitement pour l'avenir..... Vrai Faux
11. Le déplaisir est devant moi, bien plus que le plaisir..... Vrai Faux
12. Je n'espère pas avoir ce que je désire le plus..... Vrai Faux
13. Quand je considère l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant..... Vrai Faux
14. Les choses ne sont pas comme je le veux..... Vrai Faux
15. J'ai foi en l'avenir..... Vrai Faux
16. Je n'ai jamais ce que je veux, par conséquent il est ridicule de désirer quoi que ce soit..... Vrai Faux
17. Il est tout à fait improbable que j'obtienne de réelles satisfactions dans le futur.... Vrai Faux
18. L'avenir me semble vague et incertain..... Vrai Faux
19. Je m'attends à plus de bons moments que de mauvais moments..... Vrai Faux
20. Il ne sert à rien de chercher à avoir quelque chose que je désire, parce que probablement je ne l'obtiendrai pas..... Vrai Faux

Bibliographie

1. Plan d'action pour la santé mentale 2013-202. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506_020_fre.pdf?ua=1, consulté le 23 avril 2014).
2. SUICIDE. Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. Observatoire national du suicide. 2e rapport. Février 2016.
3. ANAES. Conférence de consensus La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. 2000;
4. Organisation Mondiale de la Santé <http://www.who.int/topics/suicide/fr/>.
5. Durkheim É. 1897. Le suicide. Étude de sociologie, Paris, Félix Alcan éditeur.
6. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2014.
7. Michel K, Ballinari P, Bille-Brahe U, Bjerke T, Crepet P, De Leo D, et al. Methods used for parasuicide: results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2000 Apr;35(4):156–63.
8. Merikangas KR, Avenevoli S, Costello EJ, Koretz D, Kessler RC. The National Comorbidity Survey Adolescent Supplement (NCS-A): I. Background and Measures. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 Apr;48(4):367–9.
9. Bourdon KH, Rae DS, Locke BZ, Narrow WE, Regier DA. Estimating the prevalence of mental disorders in U.S. adults from the Epidemiologic Catchment Area Survey. Public Health Rep Wash DC 1974. 1992 Dec;107(6):663–8.
10. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. Psychol Med. 2000 Jan;30(1):23–39.
11. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994 Jan;51(1):8–19.
12. Suicide. État des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Observatoire national du suicide. 1er rapport, novembre 2014.
13. Choquet M., Ledoux S. 1994. Adolescents : enquête nationale. Paris : La Documentation Française, INSERM, 346 p.
14. DEBARRE J., PUBERT M., GIRAUD J., BOUFFARD B. Tableau de bord de suivi des suicides et des tentatives de suicide en Poitou-Charentes. ORS Poitou-Charentes. Mars 2015. Rapport n° 165. 59 p.
15. Debarre J., Colin A. Dépression et tentatives de suicide. Baromètre Santé Poitou-Charentes 2010. ORS Poitou-Charentes. Juin 2012. 4 p.
16. Colin A., Robin S. Enquête Ados 15 ans Poitou-Charentes. Premiers résultats. ORS Poitou-Charentes. Juin 2013. Rapport n° 149. 90 p.
17. Robin S., Bounaud V., Debarre J. La santé des apprentis de Poitou-Charentes. Diagnostic santé. ORS Poitou-Charentes. Juin 2013. Rapport n° 151. 125 p.
18. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: Service recommandations professionnelles; 1998. 44 p.
19. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris: Conférence de consensus; 2000. 31 p.
20. Haute Autorité de Santé (HAS). La dépression de l'adolescent comment repérer et prendre en charge : questions / réponses, décembre 2014.
21. Haute Autorité de Santé (HAS). Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Évaluation et recommandation, novembre 2014.

22. Programme national d'actions contre le suicide (2011-2014), Ministère de la justice et des libertés, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse et de la vie associative, Ministère de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche, de la ruralité et de l'aménagement du territoire, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, Ministère de la solidarité et de la cohésion sociale, septembre 2011, 96 p.
23. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 Ministère chargé de la Santé Ministère chargé des Solidarités.
24. Suicide : plaidoyer pour une prévention active : mandature 2010-2015 - séance du 12 février 2013, Conseil économique, social et environnemental, Bernus Didier, Journal Officiel, Avis et rapports du Conseil économique, social et environnemental, n° 2013-06, 30 janvier 2013, 50 p.,.
25. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*. 2007 Jan 12;7:2.
26. Test TSTS-CAFARD http://www.medecin-ado.org/infos/test_tsts.htm.
27. Mise au point, Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. Afssaps. Janvier 2008.
28. Les antidépresseurs, rapport Académie Nationale de Médecine, J.P. Olié, M.C Mouren, mai 2014, 15p.
29. Les antidépresseurs préviennent le suicide... en attendant mieux!, Courtet Philippe, Olié Emilie, 1er avril 2014, 11 p.
30. Gibbons RD., Brown CH., Hur K., et al. Early Evidence on the Effects of Regulators' Suicidality Warnings on SSRI Prescriptions and Suicide in Children and Adolescents *Am J Psychiatry* 2007;164:1356-1363.
31. Nierenberg AA, Leon AC, Price LH et al. Crisis of confidence: antidepressant risk versus benefit. *J. Clin. Psychiatry*. 2011, 72; e11.
32. Olfson M, Shaffer D, Marcus SC, Greenberg T. Relationship between antidepressant medication treatment and suicide in adolescents. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct;60(10):978-82.
33. Barbui C. Antidepressants and the risk of suicidal behaviors. *JAMA*. 2004 Dec 15;292(23):2833.
34. Effectiveness of Interventions to Prevent Suicide and Suicidal Behaviour : A Systematic Review, The Scottish Government, Leitner, Maria, Wally Barr & Lindsay Hobby, Health & Community Care Research Unit, Liverpool University, Info TechUK Research, janvier 2008, 243 p.
35. March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al (2004) Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*, 292, 807-820.
36. Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van, R. R., et al (1996) Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 35, 654-663.
37. Rotheram-Borus, M.J., Piacentini, J., Cantwell, C., Belin, T.R., Song, J. (2000) The 18-month impact of an Emergency Room intervention for adolescent female suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1081-1093.
38. Harrington, R., Kerfoot, M., Dyer, E., et al (1998) Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. *J.Am.Acad.Child Adolesc.Psychiatry*, 37, 512-518.
39. Joiner, T. E., Jr., Voelz, Z. R., and Rudd, M. D. (2001) For suicidal young adults with

- comorbid depressive and anxiety disorders, problem-solving treatment may be better than treatment as usual. *Professional Psychology Research and Practice*, 32, 278-282.
40. Brent, D. A., Holder, D., Kolko, D., et al (1997) A clinical psychotherapy trial for adolescent depression comparing cognitive, family, and supportive therapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 877- 885.
 41. Turner, R. M. (2000) Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive & Behavioral Practice*, 7, 413-419.
 42. Bennett K, Rhodes AE, Duda S, Cheung AH, Manassis K, Links P, et al. A Youth Suicide Prevention Plan for Canada: A Systematic Review of Reviews. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2015 Jun;60(6):245–57.
 43. National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline Number 16. Rushden, Northamptonshire, UK: Stanley L. Hunt (Printers) Ltd; 2004. Self-harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care.
 44. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Suicidal Behavior. Washington, DC: Author; 2000.
 45. Carter G, Page A, Large M, Hetrick S, Milner AJ, Bendit N, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guideline for the management of deliberate self-harm. *Aust N Z J Psychiatry*. 2016 Oct;50(10):939–1000.
 46. Wharff EA, Ginnis KM, Ross AM. Family-based crisis intervention with suicidal adolescents in the emergency room: a pilot study. *Soc Work*. 2012 Apr;57(2):133–43.
 47. Wood A, Trainor G, Rothwell J, Moore A, Harrington R. Randomized trial of group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Nov;40(11):1246–53.
 48. Hazell PL, Martin G, McGill K, Kay T, Wood A, Trainor G, et al. Group therapy for repeated deliberate self-harm in adolescents: failure of replication of a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Jun;48(6):662–70.
 49. Green JM, Wood AJ, Kerfoot MJ, Trainor G, Roberts C, Rothwell J, et al. Group therapy for adolescents with repeated self harm: randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ*. 2011 Apr 1;342:d682.
 50. Rossouw TI, Fonagy P. Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012 Dec;51(12):1304–1313.e3.
 51. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Oct;53(10):1082–91.
 52. Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher B, Brent DA. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jul;46(7):820–30.
 53. Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, Anderson NL. The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol Off J Soc Clin Child Adolesc Psychol Am Psychol Assoc Div 53*. 2015;44(1):194–203.
 54. Pineda J, Dadds MR. Family intervention for adolescents with suicidal behavior: a randomized controlled trial and mediation analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Aug;52(8):851–62.
 55. Hawton K, Witt KG, Taylor Salisbury TL, Arensman E, Gunnell D, Townsend E, et al. Interventions for self-harm in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015

Dec 21;(12):CD012013.

56. Brent DA, McMakin DL, Kennard BD, Goldstein TR, Mayes TL, Douaihy AB. Protecting adolescents from self-harm: a critical review of intervention studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013 Dec;52(12):1260–71.
57. Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, Asarnow JR. Practitioner review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Apr;53(4):337–50.
58. Ougrin D, Tranah T, Stahl D, Moran P, Asarnow JR. Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Feb;54(2):97–107.e2.
59. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646–59.
60. Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*. 2016 Mar;13(3):e1001968.
61. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014.
62. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003 Apr;42(4):386–405.

Évaluation de la prise en charge des adolescents suicidants au CH de Saintes

Revue de la littérature accompagnée d'une étude prospective

Résumé:

Introduction : L'adolescence est une période clé pour la prévention du suicide. Les taux de décès par suicide et de tentatives de suicide (TS) augmentent au cours de l'adolescence et le suicide est la principale cause de décès chez les adolescents. Nous avons pu voir dans notre revue de la littérature que les recommandations au niveau international manquent de consensus. La littérature sur la prise en charge des adolescents suicidants, bien que de plus en plus fournie, manque d'études aux méthodologies robustes.

Objectif : Notre étude se déroule sur deux ans et a pour but d'évaluer les pratiques professionnelles de la prise en charge des adolescents suicidants hospitalisés au CH de Saintes, incluant le protocole de thérapie familiale. Il s'agit d'étudier le devenir de ces patients à un an selon trois axes: taux de suivi, taux de récurrences et un axe clinique.

Méthode : Nous avons inclus 23 adolescents suicidants, âgés de 12 à 17 ans, hospitalisés dans le service de pédiatrie ou de pédopsychiatrie du CH de Saintes, sur la période allant de juin 2015 à juin 2016. Nous les avons ensuite contactés par téléphone à 3 mois, 6 mois et 12 mois de leur sortie d'hospitalisation pour recueillir les différents éléments cliniques et du suivi.

Résultats : Le résultat le plus important de notre étude est le taux d'adhésion au protocole de thérapie familiale (82,3% à 3 mois) et cela pourrait être une piste intéressante dans la prévention des récurrences. De plus, on observe au bout des douze mois de suivi une diminution des scores du risque suicidaire qui passent de 7 sur 20 en moyenne à l'admission à 2 sur 20 à 12 mois.

Conclusion : Malgré quelques données intéressantes, notre étude reste limitée et ne permet pas de conclure compte tenu de son faible effectif et de l'absence de groupe contrôle. La prise en charge des adolescents suicidants reste un enjeu majeur en psychiatrie et plus globalement en santé publique. En effet, étant donné que le suicide est une cause majeure de décès et de handicap, la mise en œuvre de stratégies efficaces, fondées sur des données probantes est l'obligation et la responsabilité des décideurs et des hautes instances de santé.

MOTS-CLÉS : Suicide, Tentatives de suicide, Suicidants, Adolescents, Dépression, Psychothérapie, Thérapie familiale systémique.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

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

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

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

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