

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2016

N° 121

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Mathilde CHERON- MOUNIER

Née le 25 Septembre 1986 à Laxou

---

Présentée et soutenue publiquement le 11 octobre 2016

---

« Évaluation de la fréquence d'une prise en charge psychologique ambulatoire préexistante  
chez des adolescents admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de suicide ou  
idées suicidaires :

Etude descriptive et prospective »

---

Présidente : Madame le Professeur Christèle Gras - Le Guen

Directrice de thèse : Madame le Docteur Virginie Lagrée

## **Table des matières :**

I.	Introduction :.....	7
II.	Matériel et Méthodes : .....	9
1)	Type d'étude et matériel de l'étude :.....	9
2)	Objectifs et critères de jugement :.....	9
3)	Critères de sélection :.....	11
4)	Déroulement de l'étude : .....	12
5)	Méthodologie statistique :.....	14
6)	Aspects administratifs et réglementaires :.....	14
III.	Résultats :.....	15
1)	Description de la population étudiée :.....	15
2)	Durée d'hospitalisation et taux de transfert après les urgences : .....	21
3)	Modalités de la crise suicidaire : .....	24
4)	Antécédents personnels :.....	28
5)	Antécédent familial et lien avec l'adolescent : .....	33
6)	Suivi médical de l'adolescent par son médecin traitant : .....	35
7)	Consultations chez un professionnel de santé (ou du système scolaire) dans le mois précédent l'admission au CHU et analyse de l'aide proposée : .....	36
8)	Compétence du médecin traitant dans le repérage des troubles psychologiques et l'aide proposée d'après l'adolescent : .....	43
9)	Suivi psychologique actuel, passé et à venir : .....	45
10)	Réadmission ou ré-hospitalisation au CHU dans les six mois : .....	47
IV.	Discussion :.....	53
1)	Consultation d'un professionnel de santé dans le mois précédent l'admission au CHU pour crise suicidaire : .....	53
2)	Particularités de la population étudiée :.....	60
3)	Modalité de la crise suicidaire et de la prise en charge hospitalière :.....	63
4)	Suivi psychologique après l'hospitalisation et récurrence de comportements suicidaires : .....	68
5)	Forces et limites de l'étude : .....	73
V.	Conclusion .....	74
VI.	Bibliographie :.....	76
VII.	Annexes .....	79
1)	Note d'information destinée au représentant légal : .....	79
2)	Note d'information destinée aux enfants et adolescents :.....	81
3)	Fiche de recueil durant l'hospitalisation d'un enfant (service de pédiatrie) .....	83

4) Fiche de recueil durant l'hospitalisation d'un adolescent : .....	88
5) Fiche de suivi après hospitalisation.....	94
6) Échelle de dépistage TSTS-CAFARD.....	95
7) Evaluation du risque de dépression par l'échelle ADRS : .....	96

## **Liste des abréviations :**

ADHU	Admission Directe en Hospitalisation d'Urgence
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CFA	Centres de Formation d'Apprentis
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CCTIRS	Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en Matière de Recherche dans le Domaine de la Santé
DIM	Département d'Information Médicale
ESPACE	Espace de Soins et de Prévention pour Adultes et jeunes en Crise
GNEDS	Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé
HAS	Haute Autorité de Santé
HdJ	Hospitalisation de Jour
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IME	Institut Médico-Educatif Adapté
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
INVS	Institut National de Veille Sanitaire
IS	Idéation Suicidaire
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MCO	Médecine – Chirurgie - Obstétrique

MDA	Maison Des Adolescents
NR	Non renseigné
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RNI	Recherche non interventionnelle
SEGPA	Section d'Enseignement Général et Professionnel
TS	Tentative de Suicide
SHIP	Service d'Hospitalisation Intersectoriel de Pédopsychiatrie
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UMP	Urgences médico-psychologiques

## **I. Introduction :**

Près de 9 500 personnes meurent chaque année par suicide. Après les accidents de la circulation, il s'agit de la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, responsable de 17 % de tous les décès de cette tranche d'âge et de 5,7 % des décès des 10-14 ans (1,2).

Entre 176 000 et 200 000 tentatives de suicide sont prises en charge chaque année par les urgences hospitalières de France métropolitaine, conduisant à environ 100 000 hospitalisations par an et concernant des femmes dans plus de 60% des cas. La population des 10 -19 ans représente 14 % de ces patients hospitalisés (3).

Cette problématique fait d'ailleurs l'objet d'un programme gouvernemental national d'actions contre le suicide. D'après l'enquête de l'INPES sur le baromètre santé 2010, parmi les 15-19 ans : 3,3 % déclarent avoir pensé à se suicider dans les douze derniers mois, le plus souvent des jeunes filles (4%). 6,8 % des jeunes filles et 1,4 % des garçons ont un antécédent personnel de tentative de suicide (TS) au cours de leur vie. 2 % de ces jeunes filles ont même réalisé une TS dans les 12 derniers mois (4). Il n'y a pas de données récentes dans la littérature concernant la fréquence des idéations suicidaires chez l'enfant de 11-14 ans dans la littérature.

Selon les études, 50 à 70 % des suicidants ou suicidés adultes ont consulté un professionnel de santé le mois précédent leur passage à l'acte et 36 % la semaine précédente selon les études (5-8).

D'après une étude française portant sur les motifs de consultation des adolescents chez leur médecin traitant, seuls 6 % des 12-20 ans consulteraient pour un motif psychologique mais 17 % des autres consultants (pour motif somatique ou administratif) auraient également des « soucis » à aborder lors de la consultation (9).

Concernant la prise en charge de la crise, près d'un jeune suicidant sur deux (46 %) irait à l'hôpital à la suite de son geste, et parmi ces derniers, 80 % seraient hospitalisés (10). Les recommandations professionnelles préconisent l'hospitalisation des adolescents après un geste suicidaire ou en cas de risque élevé (11).

49 % des jeunes suicidants déclarent avoir été suivis par un médecin ou un psychothérapeute après leur dernière tentative de suicide (4). Pourtant environ 20 à 30 % des suicidants récidivent selon les études internationales, et 13 % au cours de la première année dans la population générale (3).

La classe d'âge des jeunes adultes de 15-24 ans est beaucoup étudiée dans la littérature mais celle des enfants et adolescentes de 10-14 ans, pourtant nombreux à passer à l'acte, l'est nettement moins.

Les jeunes filles de la classe d'âge 15-19 ans présentent le taux d'hospitalisation pour TS le plus élevé avec une moyenne de 43 hospitalisations pour TS sur 10 000 (versus 13 / 10 000 pour les garçons de cette classe d'âge). Chez les 10-14 ans, ces taux sont autour de 14 pour 10 000 pour les filles et 3 / 10 000 pour les garçons. Le taux d'hospitalisation moyen pour TS dans la population générale est de 18,4 / 10 000 depuis 2007 (3).

Comment pourrions-nous améliorer les pratiques de dépistage dans cette tranche d'âge ? Combien d'adolescents ont eu un repérage de leur détresse psychologique par un professionnel de santé et combien d'entre eux consultent dans le mois précédent leur passage à l'acte ? Lorsqu'ils se confient, quelle aide leur est proposée et combien sont hospitalisés suite à leur passage aux urgences ?

Il persiste de nombreuses inconnues épidémiologiques en suicidologie de l'adolescent, et surtout chez l'enfant. Dans la tranche des 15-19 ans, 64 % des adolescents évoquent une raison familiale à leur passage à l'acte, et 54 % un motif sentimental. Parallèlement, la scolarité est invoquée comme un facteur déclenchant pour 42 % des 15-19 ans ayant présenté des idéations suicidaires dans les douze derniers mois (4). Ces données sont-elles similaires chez l'enfant ?

L'hospitalisation lors de la crise suicidaire permet-elle toujours la mise en place d'un suivi psychologique à la sortie ? Y a-t-il une corrélation entre la récurrence de tentative de suicide et l'existence d'une prise en charge à la sortie ?

Le but de cette étude est d'analyser la prise en charge psychologique des adolescents préexistante à leur admission au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) pour TS ou IS. Après description de la population de l'étude, nous avons détaillé les acteurs du suivi psychologique et l'aide proposée.

Nous avons souhaité rechercher des facteurs impliqués dans le déterminisme des TS et des facteurs déclenchants du passage à l'acte suicidaire. Nous avons également profité de l'étude pour demander aux jeunes patients d'évaluer la compétence de leur médecin généraliste en matière de repérage des souffrances psychologiques et des solutions qu'ils proposent.

Enfin, dans un second temps, nous avons examiné le suivi psychologique réalisé au CHU et le taux de récurrence de TS / IS des adolescents dans les six mois suivant leur entrée dans l'étude.

## **II. Matériel et Méthodes :**

### **1) Type d'étude et matériel de l'étude :**

Nous avons mené une étude épidémiologique descriptive, prospective, non interventionnelle, monocentrique sur le CHU de Nantes portant sur une cohorte d'adolescents de 11 à 17 ans.

Un questionnaire a permis de recueillir des données :

- Epidémiologiques sur le contexte et le mode opératoire du geste suicidaire
- Socio - démographiques et familiales de la population étudiée
- Médicales (personnelles et familiales)
- Sur la pratique professionnelle du médecin traitant en psychologie et l'éventuel suivi préexistant

### **2) Objectifs et critères de jugement :**

#### a) Objectif principal :

Notre objectif a été d'évaluer la fréquence d'une prise en charge psychologique préexistante chez des adolescents admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de suicide récente ou d'idéations suicidaires sans passage à l'acte.

#### b) Objectifs secondaires :

Nous avons précisé les modalités de la crise suicidaire et le profil de la population sur le plan médical et du mode de vie.

L'étude a également eu pour but de détailler la prise en charge psychologique préexistante à l'hospitalisation et la place du médecin traitant dans ce domaine.

Enfin, nous avons souhaité analyser le suivi psychologique et le taux de récurrence de TS / IS six mois après la sortie.

c) Le critère de jugement principal :

La prise en charge psychologique préexistante à la crise suicidaire (TS et / ou IS) a été évaluée par l'existence d'une consultation avec un professionnel de santé (médecin traitant ou autre) dans le mois précédent l'admission au CHU. La prise d'un traitement médicamenteux psychotrope (de type antidépresseur ou anxiolytique) n'a pas été retenue comme critère de jugement car de nombreux suivis psychologiques ne donnent pas lieu à des prescriptions médicamenteuses.

L'accompagnement psychothérapique et un suivi régulier par un professionnel constituent souvent l'essentiel de la prise en charge chez l'enfant.

Il a été montré que plus de la moitié des adultes avec idéations suicidaires consultent un professionnel de santé dans le mois précédent son passage à l'acte. Le motif de consultation n'est pas toujours d'ordre psychologique et l'appel à l'aide parfois dissimulé derrière des plaintes somatiques. C'est pourquoi nous avons recherché les consultations tout motif confondu, avant de les détailler.

d) Les critères de jugements secondaires :

Le geste suicidaire a été précisé selon le mode opératoire choisi, le lieu de sa réalisation et le facteur déclenchant.

La population adolescente de l'étude a été analysée sur le plan des antécédents personnels et familiaux, du mode de vie, de la consommation de toxiques, ...

En cas de prise en charge psychologique préexistante à l'admission de l'enfant, les acteurs de cette prise en charge ambulatoire et les aides proposées ont été recherchés, ainsi que les causes de refus de prise en charge. Les patients ont été interrogés sur le niveau d'expertise de leur médecin traitant dans le dépistage des troubles psychologiques.

Les questions du test TSTS-CAFARD ont été utilisées comme critère de jugement d'un dépistage des troubles psychologiques par le médecin. Cet outil permet de dépister des antécédents de comportement suicidaire chez l'adolescent (cf. discussion). Développé par un groupe de médecins généralistes et psychiatres, il consiste à rechercher cinq éléments statiquement associés au risque

suicidaire : un traumatisme dans l'année écoulée, un antécédent de tabagisme (actif ou sevré), un stress familial, un stress scolaire, et des troubles du sommeil.

Un dépistage des troubles psychologiques par le médecin traitant était considéré comme valide dans notre étude si l'adolescent affirmait avoir déjà entendu certaines de ces questions à l'occasion d'une visite de routine (sans minimum requis).

Le suivi psychologique de la population et l'évaluation de la récurrence suicidaire ont été réalisés par l'analyse des réadmissions et des consultations de suivi au CHU dans les six mois suivant l'hospitalisation initiale.

### **3) Critères de sélection :**

#### a) Les critères d'inclusion :

Ont été inclus tous les adolescents :

- Mineurs et âgés de onze à dix-sept ans
- Admis au CHU de Nantes (en jours ouvrés) pour tentative de suicide, idéations suicidaires sans passage à l'acte, ou passage à l'acte récent avec idéations suicidaires persistantes
- Acceptant de participer à l'étude
- Dont les parents ne s'opposaient pas à sa participation à l'étude

Les admissions pour TS / IS non suivies d'hospitalisation et les hospitalisations de très courte durée survenant la nuit ou le weekend ne s'intégraient pas à cette étude pour une raison de faisabilité sur les périodes de garde.

L'OMS définit l'adolescence comme la tranche d'âge 10-19 ans, mais nous avons choisi de rétrécir cet intervalle de onze ans, à dix-sept ans inclus pour limiter les disparités. La fourchette basse d'inclusion a été fixée à onze ans car les suicides sont exceptionnels avant cet âge.

L'INSEE a recensé vingt - neuf décès en 2013 chez les 5-14 ans, soit 4,3 % des décès dans cette tranche d'âge ; mais ce chiffre est probablement sous-estimé en raison des décès faussement qualifiés d' « accidents ».

Chez l'enfant, le risque de TS augmente avec l'âge, et surtout à partir de dix ans (12). Le psychiatre B. Cyrulnik avance le nombre de 30 à 100 décès par an en France entre cinq et douze ans (13).

b) Les critères d'exclusion :

- Un patient déjà inclus ne pouvait être inclus une seconde fois en cas de nouvelle TS / IS sur la période de l'étude. Cette réadmission apparaissait néanmoins dans l'étude du suivi des patients sur six mois.

**4) Déroulement de l'étude :**

La première partie de l'étude s'est déroulée de novembre 2014 à décembre 2015 dans les services de pédiatrie communautaire, l'unité Espace de l'hôpital Saint Jacques et le service des urgences médico-psychologiques de l'Hôtel Dieu (avec quelques interventions en Unité de Courte Durée d'Hospitalisation (UHCD)).

Les données ont été recueillies sur un questionnaire papier rempli par un membre de l'équipe médicale (externe supervisé, interne ou médecin) durant le séjour de l'adolescent (cf. annexes 3 et 4). Le questionnaire portant sur une trentaine d'items était complété le plus souvent en une seule fois durant l'hospitalisation, ou au décours de l'évaluation psychiatrique aux urgences médico-psychologiques. Un parent ou responsable légal pouvait choisir d'assister à l'entretien. Ce recueil était intégré à l'entretien psychiatrique « classique » ou réalisé juste après celui-ci.

Dans un second temps, nous avons recherché l'existence d'un suivi psychologique au CHU et les réhospitalisations tous motifs confondus dans les six mois suivant l'inclusion dans l'étude. Cette deuxième phase s'est clôturée le 28 juin 2016, six mois après la dernière inclusion du 28 décembre 2015. La durée de suivi a été fixée à six mois pour des questions d'organisation et de faisabilité de l'étude.

Les logiciels Clinicom et Millenium ont été utilisés pour rechercher les réadmissions, consultations et suivis en Hôpital de jour (HdJ). Néanmoins certains lieux de suivi ou d'hospitalisation ne sont pas consultables depuis le système informatique du CHU, notamment le centre médico-

psychologique (CMP) des Olivettes, la Maison des Adolescents (MDA), ainsi que les admissions sur les Centres Hospitaliers Spécialisés (CHS) de Blain et de Bouguenais (Georges Daumezon).

Si un suivi psychologique dans l'un de ces centres était évoqué dans le compte-rendu d'hospitalisation, il a été considéré comme existant et effectif, même si la vérification informatique était impossible. Les initiations ou reprises de suivi psychothérapeutique en milieu libéral ont été comptabilisées si elles étaient évoquées dans le compte-rendu d'hospitalisation, même si aucune trace informatique ne permettait de l'affirmer à posteriori.

L'intervalle entre deux tentatives de suicide a été calculé entre la date d'entrée du séjour S et la date d'entrée du séjour S+1.

L'intervalle entre deux hospitalisations a été défini comme la durée en jours entre la date de sortie du séjour S et la date d'entrée du séjour S+1.

- Calendrier de l'étude :

<b>Actions</b>	J0 ou durant l'hospitalisation (Visite d'inclusion)	M6 / Sortie de l'étude
Information du patient et de ses parents	X	
Antécédents personnels et familiaux	X	
Entretien psychiatrique	X	
Recherche informatique d'hospitalisation ou d'admission entre J0 et M6		X

## **5) Méthodologie statistique :**

Toutes les données ont été anonymisées, codées puis traitées sur informatique à l'aide du logiciel Excel. Les variables quantitatives et descriptives sont déterminées par le minimum, maximum, médiane, moyenne, écart-type et le pourcentage. La description des variables qualitatives comprend les effectifs et pourcentage de chaque modalité.

Le test paramétrique du Chi<sup>2</sup> a été utilisé pour comparer les pourcentages de deux séries indépendantes et le test de Fischer en cas d'effectif < 5. Le test Z a servi à comparer les moyennes observées entre deux échantillons (si les effectifs étaient supérieurs à 30), le test T de Student a été utilisé pour les plus petits effectifs.

## **6) Aspects administratifs et réglementaires :**

### a) Information du patient et consentement :

L'accord oral de non-opposition de l'adolescent et d'un de ses représentants était systématiquement recherché avant l'inclusion. Une feuille d'informations était remise au mineur avant l'inclusion et une autre était destinée à son représentant légal (cf. annexes 1 et 2). Tous les adolescents ont donné leur accord oral, mais l'obtention de l'accord parental était parfois difficile, notamment lorsque le parent était absent durant toute l'hospitalisation de l'enfant. L'enfant avait alors pour consigne de remettre la feuille d'informations à un de ses parents (ou tuteur) et celui-ci était ensuite contacté par téléphone pour recueillir son accord oral, dans la limite de trois contacts téléphoniques. En l'absence de manifestation du parent, ce « silence » était interprété comme une non-opposition et les données recueillies incluses dans l'étude.

### b) Réglementation :

Le protocole a été déclaré à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) en septembre 2014.

Le Groupe Nantais d'Éthique dans le Domaine de la Santé (GNEDS) a donné un avis favorable au projet le 8 décembre 2014.

### III. Résultats :

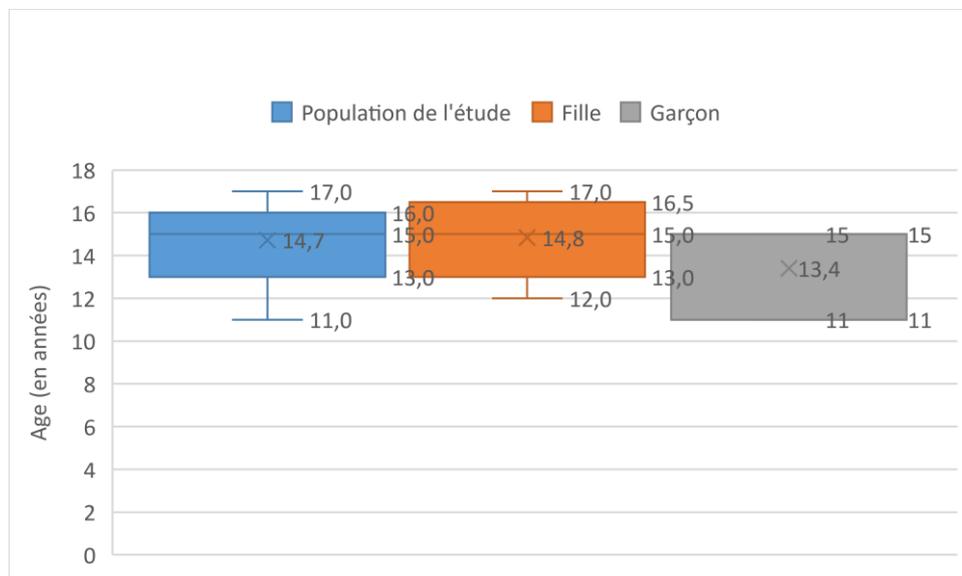
#### 1) Description de la population étudiée :

##### a) Nombre de cas et sexe :

Soixante-deux mineurs ont été inclus : cinquante-sept filles et cinq garçons, avec un sex ratio fille / garçon de 11,4.

##### b) Age de la population :

Les adolescents ont été répartis selon deux classes d'âge : vingt-six patients dans la classe 11-14 ans (42 %) et trente-six dans la classe des 15 - 17 ans (58 %). La population avait un âge moyen de 14,7 ans ( $\pm 1,8$  ans) avec respectivement 14,8 ans ( $\pm 1,7$  ans) pour les filles et 13,4 ans ( $\pm 2,2$  ans) pour les garçons.

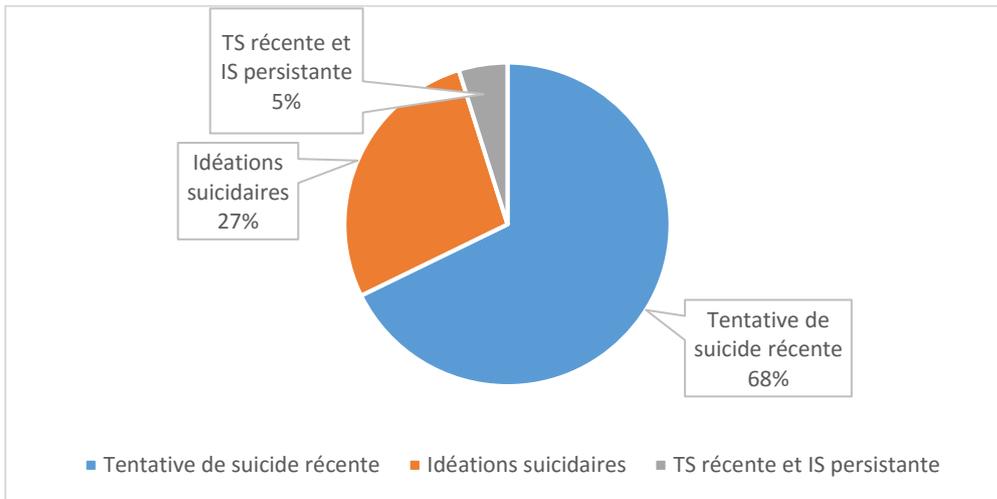


**Figure 1 : Age de la population selon le sexe**

Les nombres indiqués pour chaque groupe sont les valeurs minimales et maximales, les médianes et les moyennes (au centre du rectangle).

c) Motifs d'admission ou d'hospitalisation :

Plus de deux tiers des adolescents ont été admis pour tentative de suicide récente.

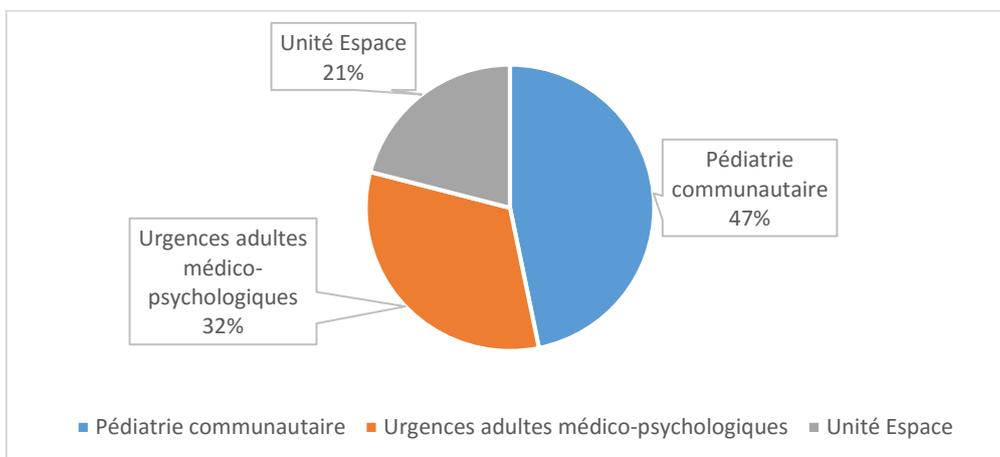


**Figure 2 : Motifs d'admission lors du passage aux urgences ou de l'entrée directe**

Il n'y a pas de différence statistiquement significative de motifs d'admission entre les tranches d'âge 11-14 ans et 15-17 ans ( $p = 0,94$ ).

d) Lieux d'inclusion :

L'inclusion dans l'étude a toujours été réalisée par un membre du service où était hospitalisé ou évalué l'adolescent. La pédiatrie communautaire a accueilli vingt-neuf enfants, soit près de la moitié des inclusions.



**Figure 3 : Lieux d'hospitalisation (ou d'admission) des soixante - deux patients inclus.**

Un des vingt patients inclus par le service des UMP l'a été durant son séjour à l'UHCD.

Le service de pédiatrie communautaire accueille les mineurs jusqu'à leurs quinze ans et trois mois. L'unité Espace de l'Hôpital Saint-Jacques prend le relais avec les adolescents et jeunes adultes de quinze ans et trois mois jusqu'à trente-cinq ans.

- Passage aux urgences ou entrée directe :

Plus de neuf patients sur dix sont passés par les urgences (93,5 %).

Pour les six entrées directes sans passage aux urgences, elles ont toutes fait suite à une consultation psychiatrique en CMP, milieu libéral ou CAPSI.

e) Mode d'entrée aux urgences : (n = 57 cas renseignés / 58 passages aux urgences)

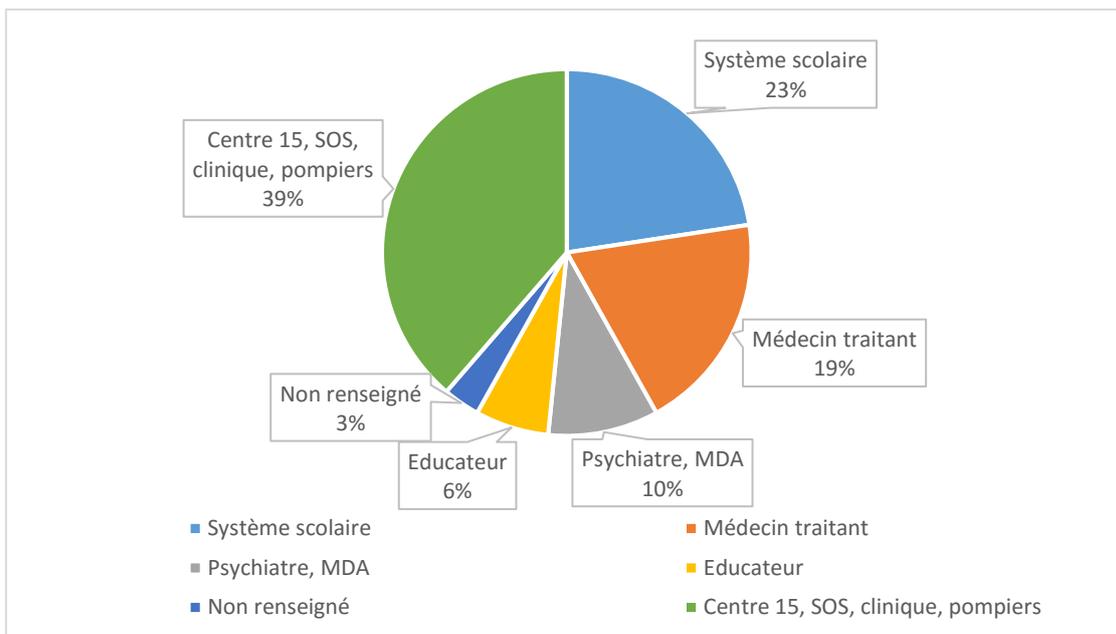
La moitié des patients était adressée aux urgences par un professionnel de santé (54 %) tandis que l'autre moitié (46 %) se présentait spontanément aux urgences.

Trente et un mineurs ont été adressés aux urgences par un professionnel de santé ou du système scolaire.

Près de 40 % de ces mineurs l'ont été par des services de permanence de soins (centre 15, Pompiers, SOS médecins, service d'urgence en clinique). La régulation téléphonique du centre 15 a reçu l'alerte dans un quart des cas puis a organisé la prise en charge hospitalière, souvent par ambulance (pas de cas de transport médicalisé retrouvé).

30 % des enfants ont été adressés par le système scolaire ou éducatif : infirmière scolaire, conseillère principale d'éducation, principal et éducateurs.

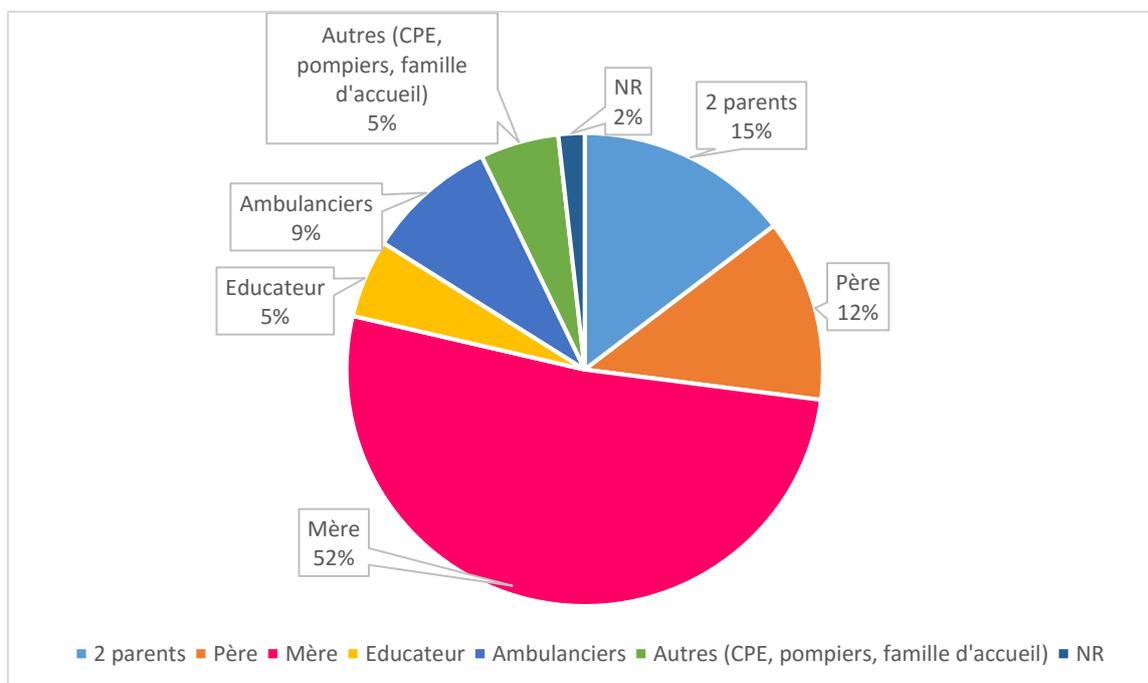
19 % des patients sont adressés par leur médecin traitant et 10 % par leur psychiatre ou psychologue.



**Figure 4 : Qualification et répartition des professionnels adressant le jeune aux urgences**

f) Accompagnement aux urgences :

Les patients étaient accompagnés par leur famille dans 79 % des cas.



**Figure 5 : Qualification et répartition de l'accompagnant du jeune aux urgences**

g) Lieu de vie de l'enfant au moment de l'inclusion :

La moitié des enfants habitait avec ses deux parents (53 %).

Un tiers vivait avec un des deux parents ou en famille recomposée (dont un cas en garde alternée) (35 %).

9 % vivaient en institution ou foyer de vie, dont un adolescent en famille d'accueil (cinq cas).

Un adolescent de dix-sept ans vivait seul dans son propre studio étudiant, et un enfant habitait chez un demi-frère plus âgé.

h) Situation parentale de l'enfant : (n = 61)

La moitié des enfants avait des parents mariés au moment de l'étude (54 %).

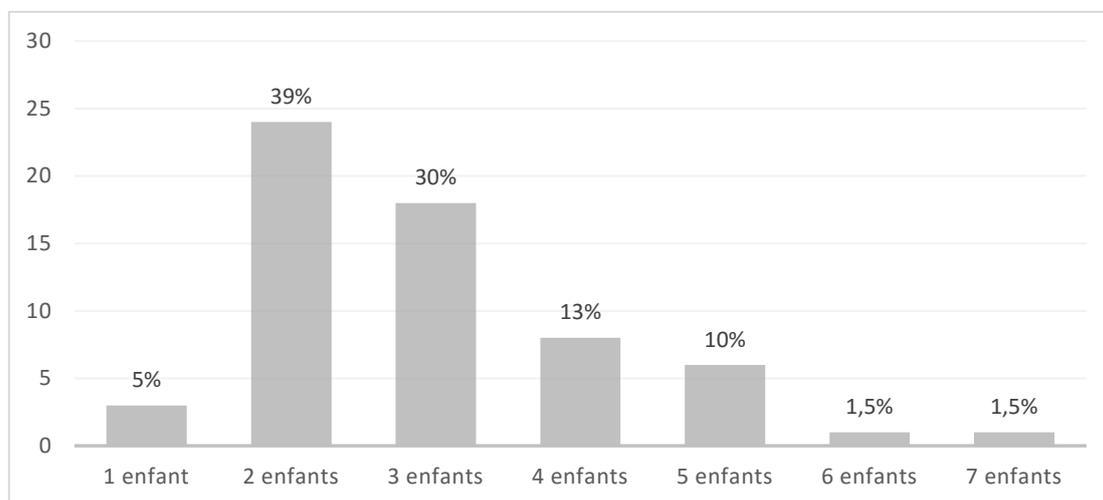
39 % ont des parents séparés, divorcés ou isolés.

7 % ont un père décédé (quatre cas).

Un enfant vivait seul avec sa mère car son père était resté au Rwanda. Un autre ne connaissait pas son père biologique, voyait son père adoptif deux fois par mois et vivait avec un beau-père.

i) Taille de la fratrie : (n = 61)

La taille de la fratrie comprenait également les demi-frères et sœurs en cas de famille recomposée. 39 % des patients étaient membres d'une fratrie de deux enfants et 30 % d'une fratrie de trois.



**Figure 6 : Répartition des patients selon la taille de leur fratrie**

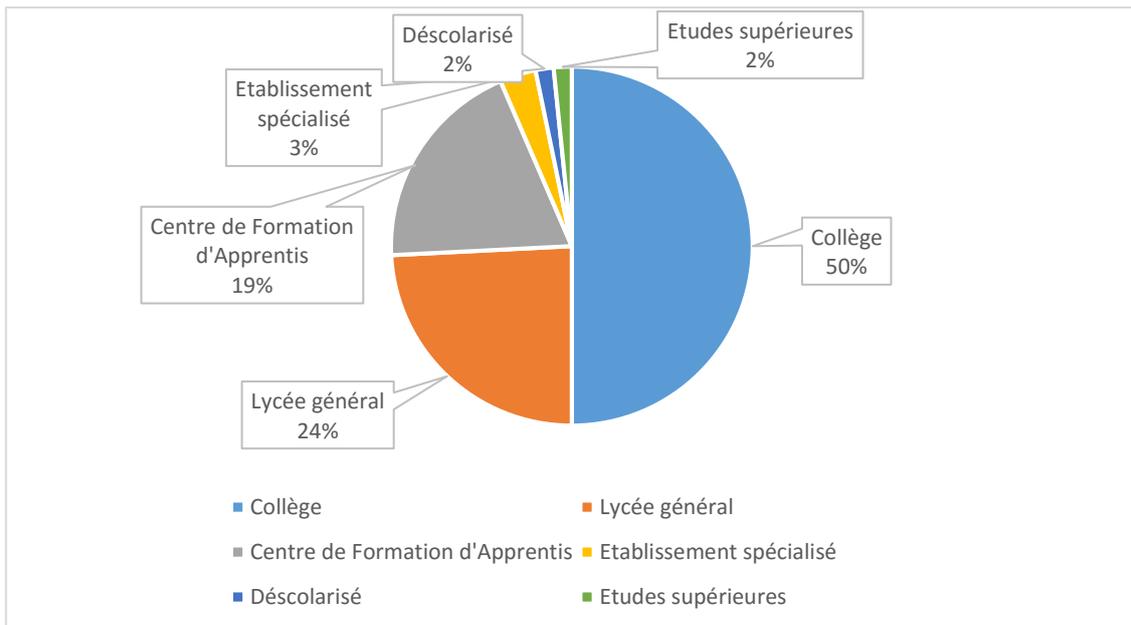
j) Scolarité, Redoublement et difficultés scolaires :

Sept jeunes sur dix ont indiqué un antécédent de redoublement dans leur cursus scolaire, tandis qu'un adolescent sur deux a signalé avoir des difficultés scolaires ou un absentéisme.

La moitié de notre population était scolarisée en collège et un quart en lycée général.

Les deux enfants scolarisés en établissement spécialisé étaient en Institut Médico-Educatif (IME) et Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté (SEGPA).

L'adolescente de seize ans déscolarisée au moment de l'étude attendait de rentrer dans un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP).



**Figure 7 : Répartition des patients selon leur filière scolaire lors de l'admission**

Les centres de formation d'apprentis (CFA) regroupent les filières professionnelles (ex : certificat d'aptitude professionnelle CAP, Brevet d'Etudes professionnelles BEP, Brevet de Technicien Supérieur BTS) et technologiques.

## **2) Durée d'hospitalisation et taux de transfert après les urgences :**

### **a) Services d'hospitalisation :**

Les cinquante-quatre patients de l'étude hospitalisés ont été admis en pédiatrie (n = 29), en psychiatrie (n = 15), aux urgences (n = 9) et à l'UHCD (n=1). Le service des urgences est considéré comme un lieu d'hospitalisation à part entière lorsque le patient y reste plus de douze heures. On nomme ce type d'hospitalisation « ADHU » : admission directe en hospitalisation d'urgence. Ce temps aux urgences permet une prise de conscience du geste et la mise en place d'un suivi psychologique au même titre que dans les autres services. Cette durée, qui peut aller jusqu'à trois jours est parfois nécessaire à la récupération d'un état de conscience permettant l'entretien psychiatrique post - IMV puis l'élaboration d'un projet de soins.

593 jours d'hospitalisation temps plein ont été cumulés pour ces 54 patients. La durée moyenne d'hospitalisation (temps plein) a été de 10,98 jours ( $\pm$  8,8 jours) par patient. Les huit autres

patients de l'étude qui n'ont pas été hospitalisés ont donc été évalués sur la journée aux urgences médico-psychologiques adultes avant un retour à domicile.

b) Durée d'hospitalisation selon l'âge :

Les enfants de moins de 15 ans et 3 mois hospitalisés en pédiatrie l'ont été 8,6 jours en moyenne. Les quinze patients âgés de 15 ans 3 mois à 17 ans hospitalisés en psychiatrie (ESPACE ou CHS) sont restés en moyenne 21,4 jours ( $\pm 8,7$  jours) à temps plein, en incluant le temps passé à l'UHCD, en réanimation ou en ADHU. Cette différence est statistiquement significative entre les groupes ( $p < 0,05$ ).

c) Durée d'hospitalisation selon le service d'hospitalisation et le motif d'hospitalisation :

Quelles que soient les lieux d'hospitalisation (Pédiatrie communautaire ou Unité Espace), les patients hospitalisés pour idéations suicidaires restaient hospitalisés quatre ou cinq jours supplémentaires par rapport à ceux admis pour tentatives de suicide récentes. Cette différence est statistiquement significative pour chaque service ( $p < 0,05$ ).

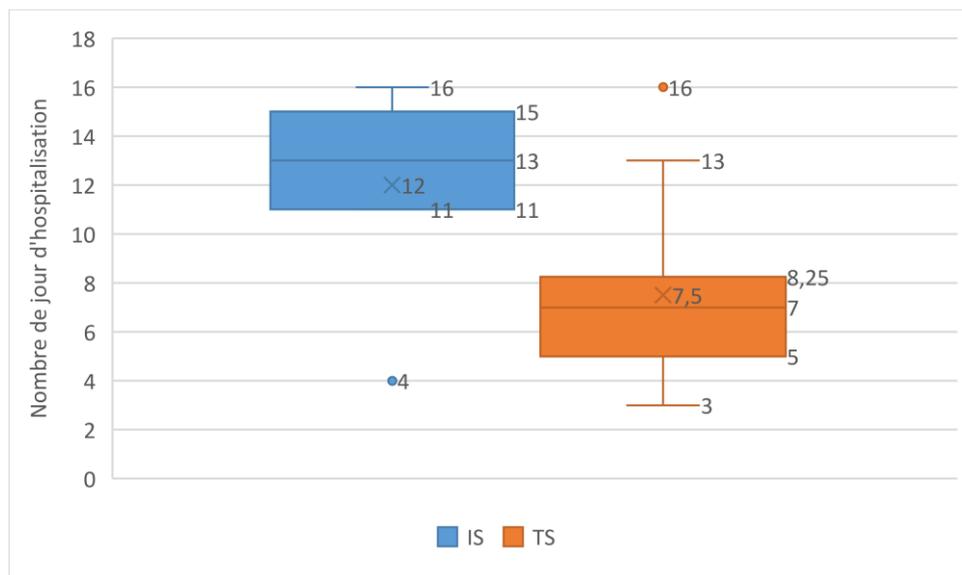
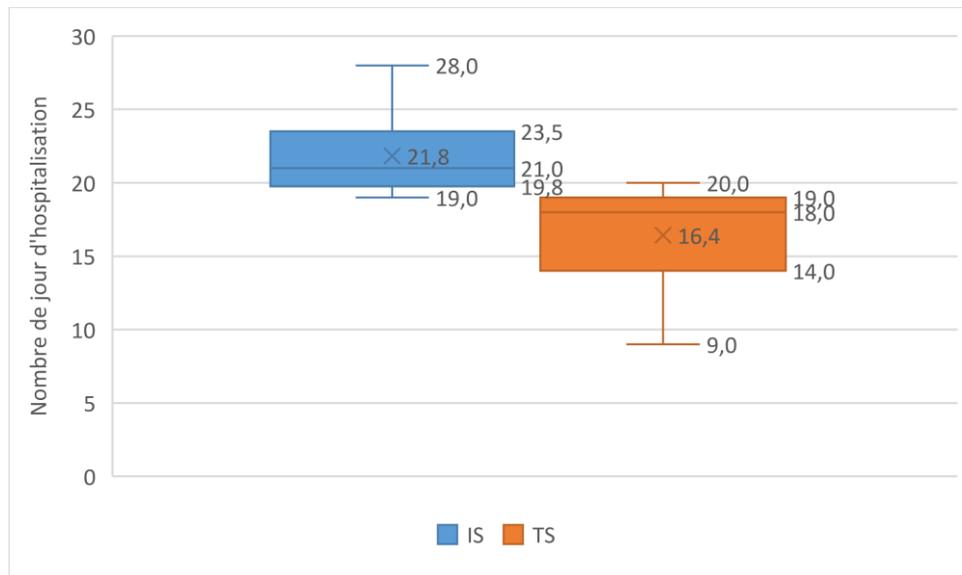


Figure 8 : Durée d'hospitalisation moyenne en pédiatrie selon le motif d'entrée

La durée moyenne des vingt-neuf hospitalisations en pédiatrie tous motifs confondus a été de 8,6 jours ( $\pm 3,8$  jours) avec une médiane de 8 jours.



**Figure 9 : Durée d'hospitalisation moyenne à ESPACE selon le motif d'entrée**

La durée moyenne des treize hospitalisations temps plein à Espace (tout motif confondu) a été de 18,9 jours ( $\pm 3,4$  jours) avec une médiane de 19 jours.

Les trois cas (TS + IS) ont été traités comme des tentatives de suicide dans l'analyse de la durée d'hospitalisation.

Deux patients sont restés hospitalisés en psychiatrie sur une plus longue durée (respectivement 23 jours et 49 jours à temps plein). Dans le premier cas, il y a eu un transfert du CHS Daumezon vers Espace au bout de sept jours et dans le second cas, un transfert de l'unité Espace vers un secteur fermé de Saint-Jacques a été nécessaire au bout de 28 jours, devant une aggravation de la symptomatologie suicidaire (durée globale de 61 jours avec l'HdJ).

d) Taux d'hospitalisation après passage aux urgences :

90 % des patients admis aux urgences médico-psychologiques adultes ont pu regagner leur domicile après l'évaluation psychiatrique (dix-huit patients sur vingt). La durée de séjour dans le service des UMP variait de quelques heures jusqu'à trois jours, selon l'état de conscience du mineur.

Le taux de transfert direct suite à une évaluation aux UMP est donc de 10 % dans l'étude. Les deux adolescents concernés ont été hospitalisés vers le centre hospitalier spécialisé G. Daumezon (faute de place sur l'unité Espace).

15 % des patients inclus aux UMP (trois cas sur vingt) n'ont pas été hospitalisés immédiatement au décours de leur évaluation psychiatrique mais ont pu bénéficier d'une entrée directe programmée à l'unité Espace dans un délai d'un à trois jours.

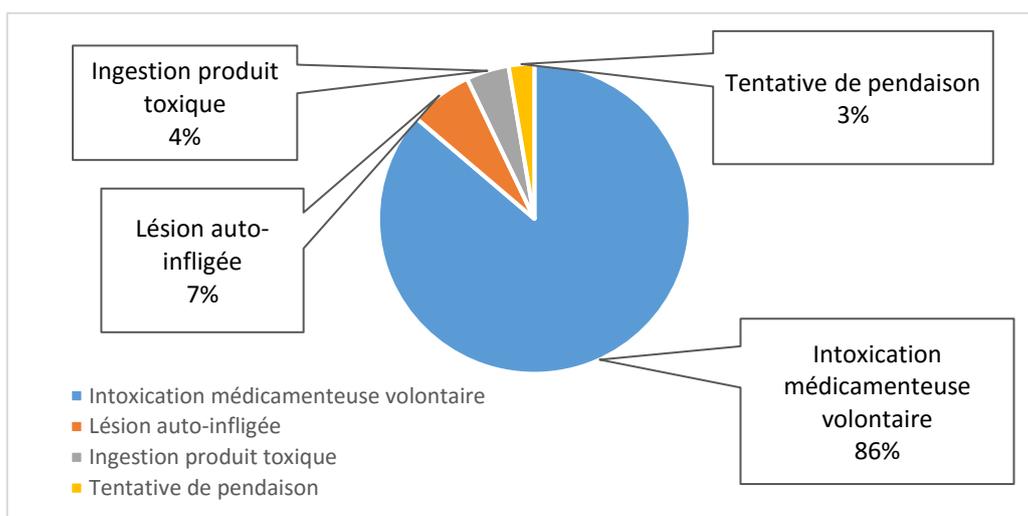
Parmi les treize adolescents inclus pendant leur séjour dans l'unité Espace, cinq avaient été transférés directement d'un autre service hospitalier (soit 38%) : les urgences médico-psychologiques adultes suite à l'évaluation, l'UHCD ou la réanimation.

### **3) Modalités de la crise suicidaire :**

Les trois tentatives de suicide du groupe « tentative de suicide récente avec idéations suicidaires persistantes » ont été analysées avec le groupe des quarante-deux tentatives de suicide.

#### **a) Mode opératoire des quarante-cinq tentatives de suicide :**

L'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est le moyen choisi par 86 % de notre population.



**Figure 10 : Mode opératoire de la tentative de suicide**

- Détails des modes opératoires selon l'âge et le sexe :

Deux des trois tentatives de suicide effectuées par des garçons l'ont été avec un mode opératoire à fort potentiel léthal : une tentative de pendaison et une strangulation par ceinture. Le troisième garçon a fait une IMV.

90 % des filles sont passées à l'acte avec l'ingestion volontaire de médicaments.

Les deux ingestions de produits toxiques ont été réalisées par des filles de seize et dix-sept ans, dans un cas avec de l'eau de javel et de l'alcool modifié, dans le second cas avec du dissolvant.

Les trois lésions auto-infligées concernaient donc un garçon de quinze ans (strangulation par ceinture) et deux filles de douze et treize ans (strangulation par ceinture et autre cas non détaillé).

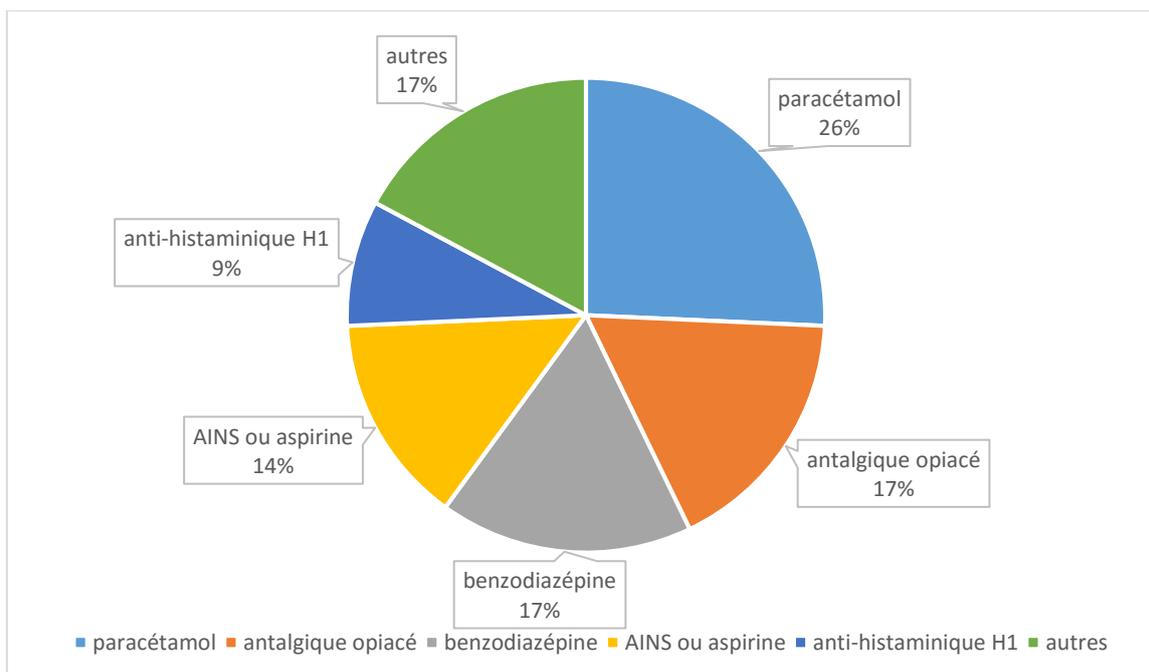
La tentative de pendaison a été réalisée par un garçon de onze ans, en association à une prise médicamenteuse et des scarifications.

L'ivresse aiguë isolée n'a pas été retrouvée comme mode opératoire. Les intoxications médicamenteuses n'ont été associées à la prise d'alcool que dans trois cas.

Les scarifications n'ont pas été considérées comme des tentatives de suicide par les investigateurs, mais plutôt comme des conduites à risque.

b) Médicaments des IMV :

Les médicaments étaient ingérés en monothérapie dans 58 % des cas, en bithérapie dans 21 %, en « cocktail » avec trois médicaments ou plus dans 21 % des cas (24 IMV renseignées / 39).



**Figure 11 : Classe de médicaments ingérés dans les IMV**

Les autres médicaments utilisés étaient : hypnotique (un cas), anti-psychotique (un cas), anti-épileptique (un cas), anti-HTA (un cas), inhibiteur de la pompe à protons (un cas) et myorelaxant (un cas).

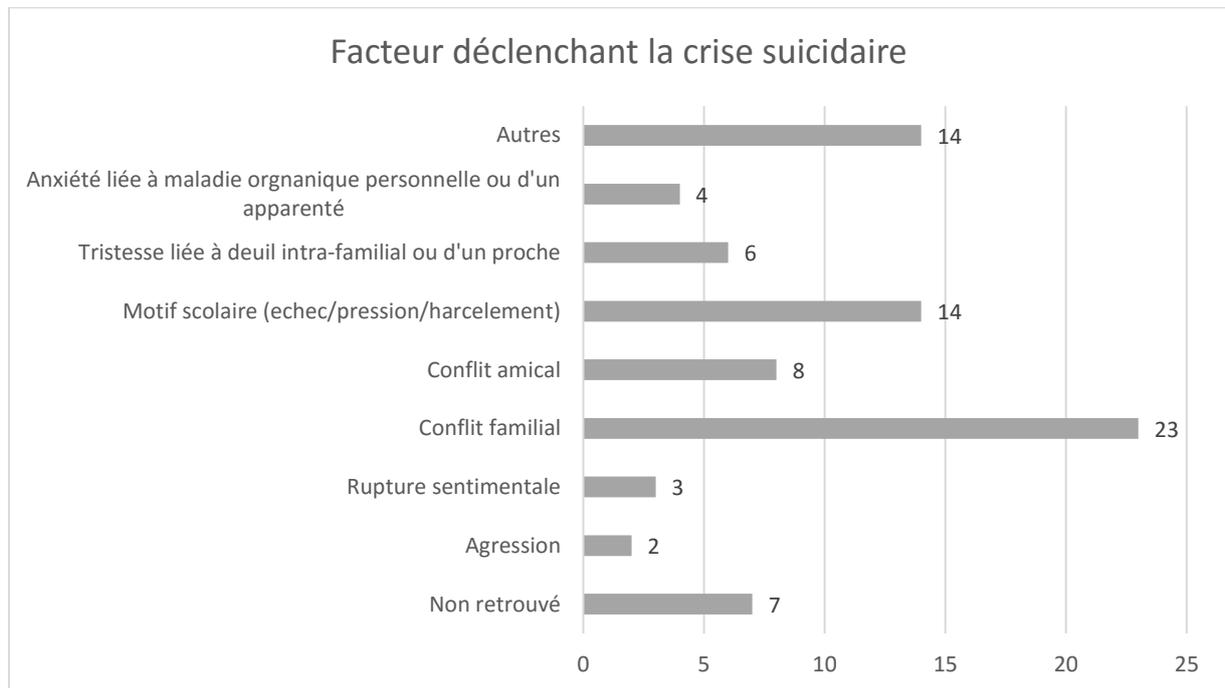
c) Lieu de réalisation de la TS :

Sur les quarante-cinq tentatives de suicide observées, 80 % ont été réalisées au domicile (ou en institution) et 11 % en milieu scolaire.

Deux jeunes ont pris des médicaments sur la voie publique et deux autres sont passés à l'acte dans un moyen de transport (une IMV dans un car scolaire et une tentative de strangulation dans une voiture).

d) Facteur déclenchant retrouvé à l'interrogatoire :

Les motifs invoqués étaient souvent multiples : 81 raisons retrouvées pour cinquante-cinq adolescents répondeurs. Les motifs scolaire et familiaux étaient les deux plus fréquemment cités, respectivement par 23 % et 37 % de l'ensemble de nos patients.



**Figure 12 : Raisons évoquées comme déclenchantes de la crise suicidaire**

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les raisons évoquées et l'âge des adolescentes, en comparant les classes d'âge 11-14 ans et 15-17 ans ( $p$  compris entre 0,07 et 1).

e) Préméditation du geste suicidaire : (n = 56 cas renseignés / 62)

91% des adolescents interrogés ont reconnu avoir déjà « pensé à se faire du mal » avant cet épisode.

Dix-huit de ces cinquante et un mineurs ont détaillé leurs pensées ou leurs actions. Les automutilations de type scarifications et les intoxications médicamenteuses volontaires sont les pratiques les plus retrouvées.

Onze enfants évoquent les automutilations, dont un garçon de onze ans qui s'est scarifié sévèrement sur le ventre avec des morceaux de verre, une jeune fille de douze ans sur le ventre et les cuisses et une fille de treize ans par phlébotomie.

Six adolescents affirment avoir déjà ingéré en cachette des médicaments et un enfant avoir pensé à en ingérer. Les pratiques d'IMV associées aux scarifications sont retrouvées chez trois mineurs.

D'autres façons de se faire du mal ont été rapportées par les patients telles : le refus d'alimentation (un cas), un antécédent de défenestration chez une fille de treize ans avec conséquences orthopédiques lourdes et la volonté de sauter d'un pont (un cas).

**4) Antécédents personnels :**

a) Antécédents d'hospitalisation et motifs évoqués :

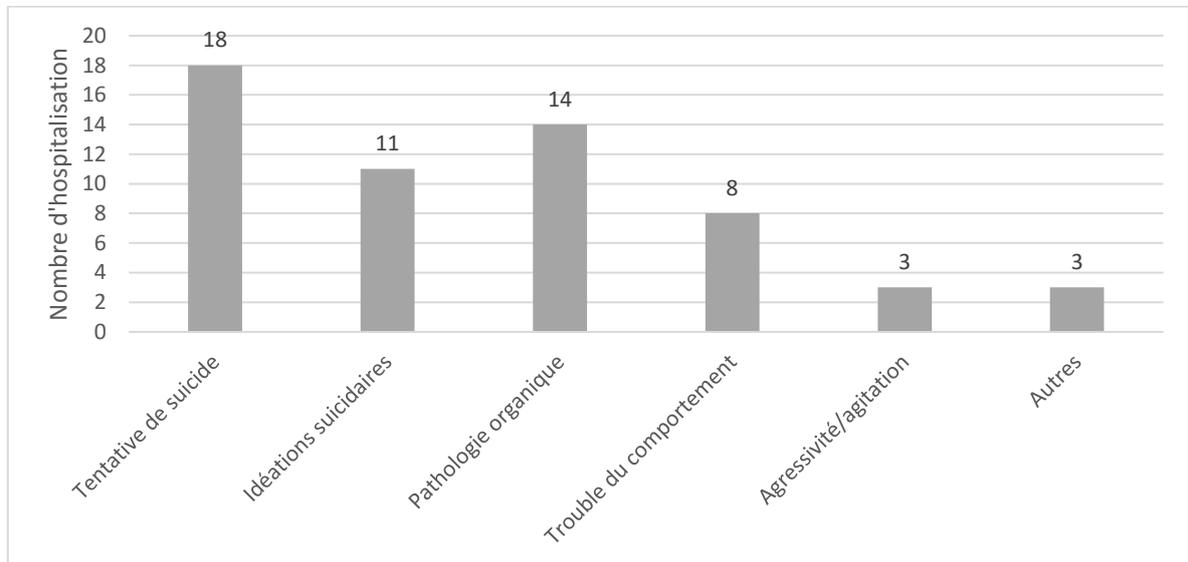
63 % de nos patients ont déclaré avoir déjà été hospitalisés avant cet épisode, et souvent à plusieurs reprises.

39 % de notre population a déjà été hospitalisée pour une tentative de suicide et / ou des idéations suicidaires.

Le motif des hospitalisations antérieures, plutôt que leur nombre a été analysé. Ces déclarations ont été vérifiées grâce au système informatique du CHU lorsque l'hospitalisation avait eu lieu sur le CHU de Nantes. Pour une même hospitalisation, notamment en cas de mal-être, les motifs évoqués étaient souvent multiples (ex : TS + IS + crise d'angoisse).

Trente-neuf mineurs ont indiqué cinquante-sept antécédents d'hospitalisation qui concernaient la psychiatrie dans 75 % des cas, et une pathologie organique pour les 25 % restant.

A noter que certains motifs traumatologiques, classés comme « organiques », sont secondaires à des tentatives de suicide (chirurgie orthopédique suite à une défenestration par exemple).

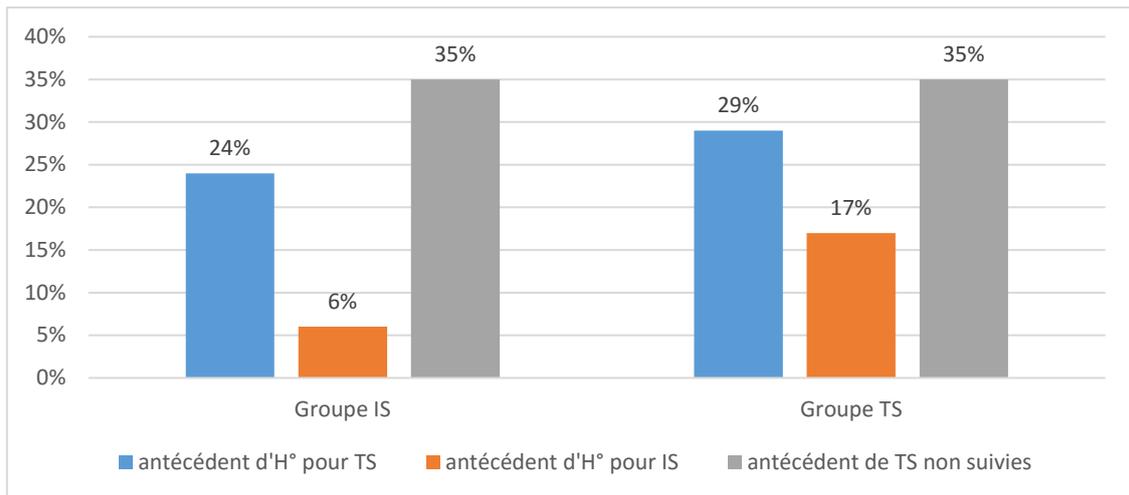


**Figure 13 : Motifs des précédentes hospitalisations chez les trente-neuf mineurs**

Les fugues, crises d'angoisse, phobies scolaires ou scarifications sont regroupées dans la catégorie « Trouble du comportement ». Dans la catégorie « autres », on note un cas d'hospitalisation pour dépendance au cannabis, un autre pour anorexie et un dernier cas suite à un abus sexuel avec trouble somatomorphe.

b) Antécédent personnel de TS non suivies médicalement : (n = 62)

Vingt-deux patients confient avoir déjà fait une (pour 60 % d'entre eux) ou plusieurs (40 %) tentatives de suicide non suivie(s) médicalement, le plus souvent par prise cachée de médicaments. Ce geste n'a pas conduit à une consultation médicale ou une hospitalisation au décours.



**Figure 14 : Comparaison des antécédents d’hospitalisation ou de TS cachée selon les groupes TS et IS**

Il n’y a pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes TS et IS concernant les antécédents d’hospitalisation pour TS, IS ou TS non suivie ( $p$  compris en 0,4 et 0,9) mais l’effectif du groupe IS est faible.

c) Antécédent personnel de maltraitance ou sévices sexuels : (n = 58)

Un quart de notre population a signalé avoir subi des violences ou de la maltraitance par le passé (quatorze cas sur cinquante-huit répondants). Onze de ces quatorze patients ont détaillé les violences subies, qui étaient parfois de plusieurs types (physique et morale).

Un cas de viol (par un inconnu) a été évoqué, quatre cas d’attouchements sexuels par une personne du cercle familial ou une connaissance et douze cas de violences intrafamiliales. La figure du père était responsable des violences dans sept des douze cas.

d) Antécédent personnel de maladie chronique organique, prise de traitement de fond et suivi spécialisé : (n = 62)

24 % (n = 15) des patients ont dit être atteints d’une pathologie chronique « organique ». Quatorze des quinze patients porteurs de maladie chronique ont fourni des précisions (cf. tableau 1).

La moitié de ces jeunes avait un suivi de leur pathologie organique par un spécialiste.

19 % (n = 12) de notre population a indiqué prendre un traitement médicamenteux au long cours. Trois de ces douze adolescents prenaient à la fois un traitement pour des pathologies organiques et psychiatriques.

<b>Pathologie chronique organique</b>	<b>Nombre de cas (n = 14)</b>	<b>Prise d'un traitement</b>	<b>Suivi spécialisé</b>
Asthme	4	Pour trois cas sur quatre : Antihistaminique, bronchodilatateur inhalé +/- corticoïdes inhalés	-
Urticaire	1	Antihistaminique	Allergologue
Anémie héréditaire	1	Acide folique	-
Hypothyroïdie	1	Levothyrox	Endocrinologue
Diabète de type 1	1	Insuline	Endocrinologue
Valvulopathie cardiaque	3	-	Cardiologue
Migraine	1	-	-
Douleur chronique post-traumatique	1	Codéine, morphine	Orthopédiste
Acné	1	Doxycycline	-

**Tableau 1 : Maladie organique chronique, thérapeutique et suivi spécialisé.**

NB : La patiente diabétique a un antécédent de TS grave par insuline à l'âge de quinze ans.

Six patients prenaient déjà un traitement psychotrope au long cours au moment de leur inclusion dans l'étude (cf. tableau 2). Les traitements éventuellement prescrits par leur médecin traitant dans le mois précédent l'hospitalisation ne sont pas comptabilisés.

Classe thérapeutique	Molécules prescrites	Age du patient (années)
Antihistaminique sédatif	Hydroxyzine	16
	Alimémazine	17
Antidépresseur	Sertraline	15
	Fluoxétine	13
	Agomélatine	17
Antipsychotique	Cyamémazine	17
	Aripiprazole	15
Benzodiazépine	Alprazolam	17

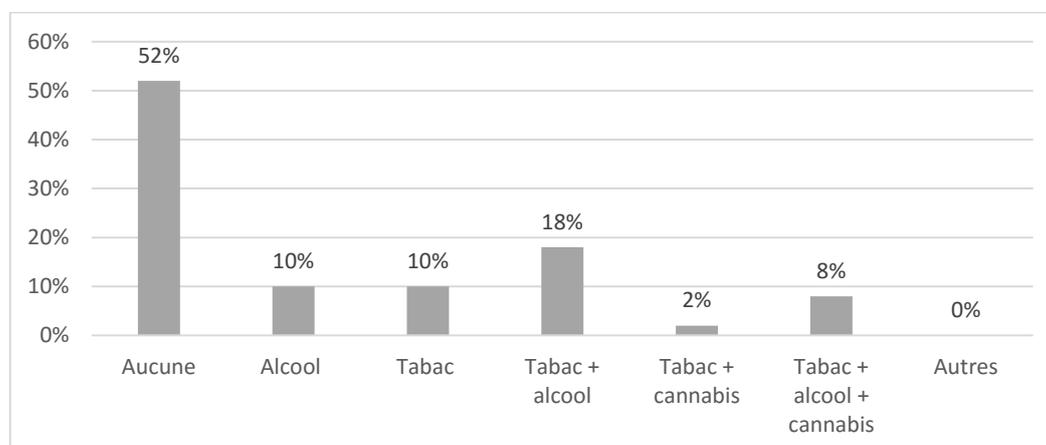
**Tableau 2 : Détail des traitements médicamenteux à visée sédatif ou psychotrope**

Ces huit molécules à visée psychotrope (pour six patients) représentent 38 % de l'ensemble des prescriptions médicamenteuses de notre population adolescente. On ne retrouve pas de prescription de psychotrope dans la classe d'âge 11-14 ans.

e) Consommation de toxique(s) : (n = 61)

La fréquence des consommations n'était pas précisée dans le questionnaire. Lorsque des annotations manuscrites indiquaient une consommation « rare » ou « exceptionnelle », elles n'ont pas été prise en compte. Seules les consommations régulières et occasionnelles ont été analysées.

La moitié des patients ont affirmé ne pas consommer de substances toxiques (tabac, cannabis, alcool, autres). La consommation d'alcool est très souvent précisée comme étant occasionnelle.



**Figure 15 : Consommation de toxiques déclarée par les patients.**

f) Conduites à risque : (n = 61)

Outre le caractère prémédité et intentionnel du geste suicidaire, analysé au paragraphe 2)e) ; les « conduites à risque », définies comme un engagement délibéré et répétitif dans des situations dangereuses, ont été recherchées.

Un tiers des jeunes interrogés ont reconnu avoir des conduites à risques. Dix-neuf patients sur vingt-deux ont précisé la nature de leurs mises en danger. La pratique de scarifications était la méthode la plus utilisée, puisqu'elle est citée par onze des dix-neuf jeunes.

Les autres conduites à risque spontanément évoquées par les patients étaient :

- Traumatisme crânien volontaire (se cogner la tête)
- Ivresse aiguë
- Consommation de cannabis
- Activité potentiellement à risque de blessure (coupe du bois de chauffage)
- Recherche délibérée d'accident de la voie publique
- Auto-strangulation (par ceinture)
- Ingestion volontaire de médicaments
- Sortie nocturne
- Mauvaise fréquentation amicale (en association à la pratique des scarifications)

Toutes ces pratiques ou comportements à risque n'ont été cités qu'une fois par item.

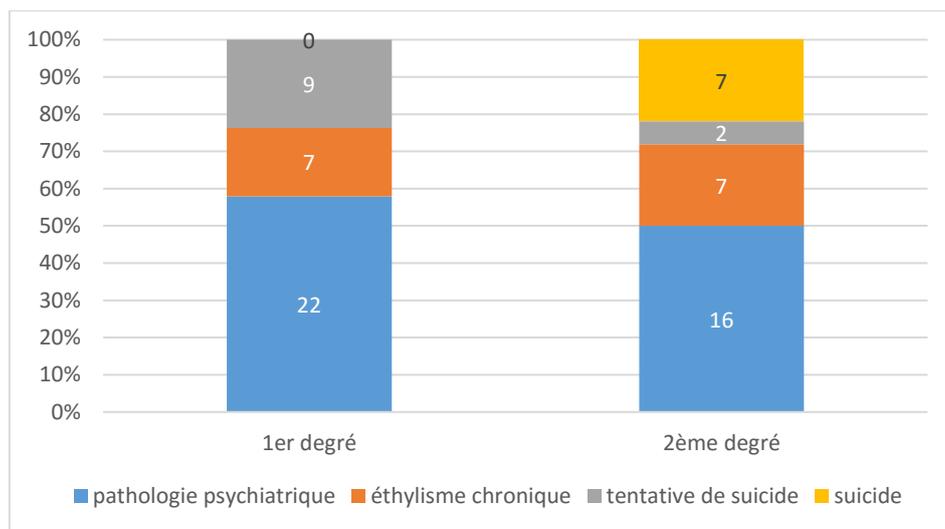
**5) Antécédent familial et lien avec l'adolescent :**

Trois quarts des jeunes ont rapporté des antécédents familiaux à l'interrogatoire (n = 41 / 56 répondants). Un jeune sur dix n'avait pas connaissance de ces antécédents.

Les quarante et un patients concernés ont fourni des précisions sur la pathologie dont souffrait l'apparenté et leur degré de filiation. Ils évoquaient facilement leurs antécédents familiaux (surtout psychiatriques) lorsqu'ils en avaient connaissance, et remontaient facilement jusqu'au troisième voire quatrième degré de parenté. L'étude se limite ici à l'analyse des premiers et seconds degrés de parenté, c'est-à-dire les parents, la fratrie, les grands-parents, les oncles et tantes de l'adolescent. Un apparenté avait parfois plusieurs pathologies psychiatriques intriquées.

Les pathologies organiques sont rarement citées compte tenu du contexte de l'étude, on note un seul cas où le jeune évoque la tétraplégie de sa mère (suite à un AVP).

Les antécédents psychiatriques cités fréquemment par les patients sont : le suicide, la tentative de suicide, l'éthylisme chronique, la dépression et la bipolarité. Deux cas de toxicomanie (notamment un père décédé d'overdose) et un cas d'autisme chez une sœur sont par ailleurs mentionnés.



**Figure 16 : Répartition des antécédents psychiatriques chez les apparentés des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> degrés**

Soixante-dix antécédents psychiatriques sont mentionnés au sujet de soixante apparentés du premier ou second degré.

Les résultats montrent que certaines histoires familiales sont lourdes, avec plusieurs personnes atteintes de pathologies psychiatriques dans la famille.

Chaque adolescent a en moyenne 1,5 apparenté du 1<sup>er</sup> ou 2<sup>ème</sup> degré avec antécédent psychiatrique (le maximum dans l'étude est de quatre apparentés atteints).

## **6) Suivi médical de l'adolescent par son médecin traitant :**

### a) Fréquence du suivi : (n = 60)

Neuf patients sur dix ont signalé avoir un suivi médical régulier par un médecin traitant. 32 % de notre population est suivie de manière très occasionnelle ou annuelle (moins d'une fois par an) et 68 % de manière pluriannuelle.

### b) Recherche de souffrances psychologiques par le médecin lors des consultations de routine : (n = 61)

Les souffrances psychologiques peuvent être recherchées en posant des questions d'ouverture simples à l'adolescent lors de toute consultation (certificat de sport, vaccination, ...).

44 % de notre population a affirmé avoir déjà été dépistée sur le plan psychologique lors d'une visite de routine, c'est-à-dire que le médecin avait déjà posé des questions sur un traumatisme dans l'année écoulée, un antécédent de tabagisme (actif ou sevré), un stress familial, un stress scolaire ou des troubles du sommeil.

Les adolescents ayant un suivi pluriannuel avaient un taux de dépistage des problèmes psychologiques de 56 %, tandis que les adolescents qui voyaient leur médecin moins d'une fois par an n'étaient que 21 % à être dépistés. Cette différence est statistiquement significative ( $p < 0,05$ ).

### c) Antécédent de consultation pour motif psychologique dans le passé (en dehors de cet épisode) et aide proposée à l'époque : (n = 61)

Seulement trois adolescents sur dix dans notre étude ont déjà consulté son médecin traitant pour un motif psychologique dans le passé. Une fois la souffrance psychologique évoquée par le jeune, le médecin y apporte une réponse dans 94 % des cas (dix-sept des dix-huit patients).

- Détail des vingt propositions du médecin traitant pour ces dix-sept patients :

- Orientation vers une structure spécialisée ou un professionnel de santé : 7 / 20 (35 %)  
CMP (x 2), unité Espace (x 2), Maison Des Adolescents (x 1), psychologue (x 1)

- Ecoute et empathie : 7 / 20 (35 %)  
En laissant la possibilité de revenir consulter si les troubles persistent

- Traitement médicamenteux : 5 / 20 (25 %)  
Avec antidépresseurs (x 2), antalgiques pour somatisation (x 1),  
antihistaminique à visée sédatrice (x 1) et un cas non renseigné

- Autre proposition : absence scolaire pour mise au repos psychique 1 / 20 (5 %)

## **7) Consultations chez un professionnel de santé (ou du système scolaire) dans le mois précédent l'admission au CHU et analyse de l'aide proposée :**

### a) Professionnel de santé ou du système scolaire rencontré dans le mois précédent la crise suicidaire :

82 % de notre population a consulté un ou plusieurs professionnel(s) dans le mois précédent son admission au CHU pour tentative de suicide ou idéations suicidaires, tout motif confondu.

61 % ont vu leur médecin généraliste dans le mois précédent et 56 % un autre professionnel.

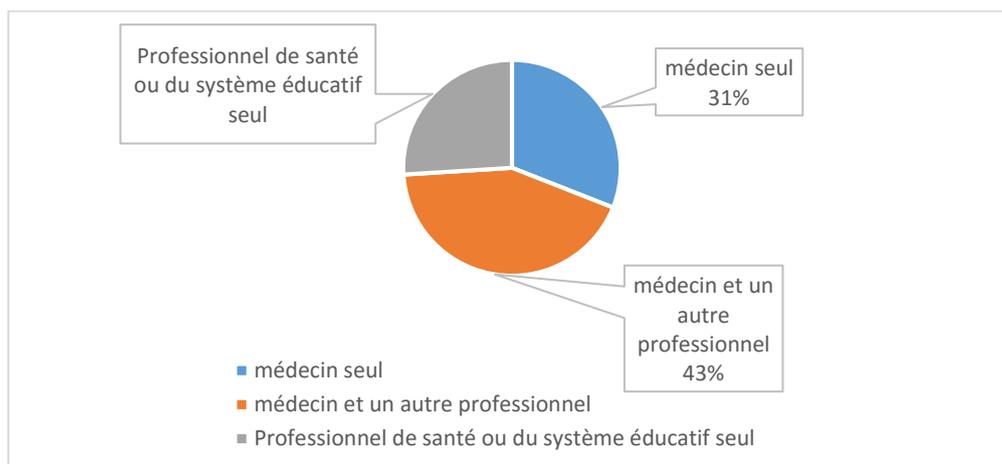
Il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la fréquence des consultations chez le médecin ( $p = 0,57$ ), ou chez un autre professionnel de santé ( $p = 0,73$ ), entre les classes d'âge 11-14 ans et 15-17 ans. De même, il n'y a pas de différence statistiquement significative dans la fréquence des consultations chez le médecin ( $p = 0,36$ ), ou chez un autre professionnel de santé ( $p = 0,17$ ), entre les groupes tentatives de suicide et idéations suicidaires.

Les 78 professionnels rencontrés par les 51 adolescents étaient soit le médecin traitant, soit un autre professionnel de santé (médecin ou paramédical), soit un membre du système scolaire.

Lorsqu'il ne s'agissait pas du médecin traitant, les professionnels de santé consultés appartenait six fois sur dix au domaine de la santé mentale :

- Psychologue libérale ou exerçant en CMP (citée x 12)
- Psychiatre ou pédopsychiatre (x 8)
- CMP ou MPP (x 2)
- Maison des Adolescents (x 1)
- Art-thérapeute (x 1)

Dans un cas sur quatre, l'adolescent s'est confié à un membre du système scolaire ou éducatif dans le mois précédent : infirmière scolaire (x 7), surveillante (x 1), ou éducateur (x 2). Les autres professionnels consultés étaient deux médecins urgentistes, un ophtalmologiste, une psychomotricienne, un homéopathe et un kinésithérapeute.



**Figure 17 : Professionnel rencontré par l'adolescent le mois précédent sa crise suicidaire.**

Sur les 51 mineurs ayant consulté, 29 ont rencontré un seul professionnel durant cette période et 22 patients en ont consulté deux ou trois. Le questionnaire de l'étude ne permettait de détailler que deux consultations dans le mois précédent : celle avec le médecin traitant et celle avec un autre professionnel. Cinq adolescents ont rencontré plusieurs professionnels de santé (autre que le médecin traitant) dans le mois précédent, souvent un binôme psychiatre / psychologue. Dans ce cas, seule une consultation a été retranscrite dans l'étude.

Notre population adolescente a donc rencontré 78 professionnels dans le mois précédent, mais seules 73 consultations ont été analysées.

b) Motif de ces consultations :

Les motifs de ces consultations concernaient un tiers de pathologie organique et deux tiers de problèmes d'ordre psychologique. Les motifs liés à une dépression, un antécédent de TS ou des idéations suicidaires représentaient 37 % de l'ensemble des motifs de consultations, comme l'indique le tableau 3.

		Médecin traitant (n = 38)	Autre professionnel (n = 35)			Total (n = 73 motifs)
			En santé mentale	Du système scolaire	Autres	
<b>Motif organique 34 %</b>	Certificat d'aptitude sportive	4	-	-	-	4
	Pathologie infectieuse	7	-	-	-	7
	Autres	9	-	2	3	14
<b>Motif psychologique 66 %</b>	Idéations suicidaires	3	4	2	-	9
	Antécédent de TS	1	1	-	-	2
	Mal être, dépression	6	6	4	-	16
	Trouble du sommeil, TCA	5	1	-	-	6
	Scarifications	1	2	-	-	3
	Suivi habituel	-	2	-	-	2
	Absentéisme	1	-	-	-	1
	Stress scolaire, orientation	-	2	1	-	3
	Thérapie familiale	-	1	-	-	1
	Autres (ou non renseigné)	1	4			5 (dont 2 NR)

**Tableau 3 : Motif des 73 consultations du mois précédent la crise suicidaire selon le professionnel consulté**

c) Evocation d'une souffrance psychique pendant cette consultation :

Cette souffrance a été évoquée dans deux tiers des consultations (n = 48 / 73), mais dans des proportions variables selon le professionnel rencontré et le motif de consultation.

Si l'adolescent consultait son médecin pour un problème qualifié d'organique, il n'abordait ses problèmes psychologiques que dans 25 % des cas. Ce chiffre atteint 83 % en cas de consultation pour motif dit « psychologique ». Les jeunes se confiaient davantage au professionnel en santé mentale (cf. tableau 4). Deux patients rapportent avoir consulté leur médecin traitant pour des troubles du sommeil, et un autre pour absentéisme scolaire sans qu'aucune souffrance psychologique n'ait été recherchée par le praticien.

	Médecin traitant consulté (n = 38)	Autre professionnel consulté (n = 40)		
		En santé mentale (n = 24)	Du système scolaire (n = 10)	Autres (n = 6)
Adolescents ayant consulté un professionnel le mois précédent (n=62)	61 %	56 %		
Consultation pour motif « organique »	53 %	0 %	22 %	60 %
Taux d'évocation de la souffrance psychique pendant cette consultation	25 %	-	50 %	66 %
Consultation pour motif « psychologique »	47 %	100 %	78 %	40 %
Taux d'évocation de la souffrance psychique pendant cette consultation	83 %	86 %	86 %	100 %

**Tableau 4 : Professionnel consulté et évocation de la souffrance psychologique pendant la consultation du mois précédent (n = 78)**

- Réponse du médecin lorsque la souffrance est évoquée en consultation :

Lorsque la souffrance psychologique de l'adolescent a été abordée lors d'une consultation (quel que fût le motif initial), le médecin y a apporté une réponse dans 100 % des cas :

- 24 % proposaient une hospitalisation.
- 43 % orientaient vers une structure psychologique.
- 29 % prescrivaient un traitement médicamenteux.
- 4 % proposaient une réévaluation de l'adolescent si nécessaire.

d) Propositions thérapeutiques des professionnels lors des consultations pour motif psychologique :

Les médecins traitants ont eu une réponse « active » lorsqu'un adolescent leur confiait une souffrance psychologique. Un tiers d'entre eux a orienté l'adolescent vers une structure de soins ou un professionnel plus adapté. Près d'un quart a proposé l'hospitalisation au patient et 39 % une solution médicamenteuse (cf. tableau 5).

Les autres professionnels proposaient davantage l'hospitalisation (44 % des propositions) ou une réévaluation du patient (26%).

La différence est statistiquement significative pour le taux de réévaluation entre les groupes médecin traitant / autre professionnel ( $p = 0,03$ ) mais pas pour le taux d'hospitalisation ( $p = 0,13$ ).

	Proposition du médecin traitant consulté pour motif psychologique (n = 18)		Proposition du professionnel « autre » consulté pour motif psychologique (n = 27)	
	Effectif	%	Effectif	%
<b>Hospitalisation</b>	4 / 18	22	12 / 27	44,4
<b>Orientation</b>	6 / 18	33	6 / 27	22,2
- Vers CMP	3 / 18	16	2 / 27	7,4
- Vers psychologue	2 / 18	11	2 / 27	7,4
- Vers médecin (psychiatre ou traitant)	1 / 18	6	2 / 27	7,4
<b>Traitement médicamenteux</b>	7 / 18	39	-	-
<b>Réévaluation</b>	-	-	7 / 27	26
<b>Aucune proposition</b>	1 / 18	6	-	-
<b>Autres</b>	-	-	2 / 27	7,4

**Tableau 5 : Propositions des professionnels à un motif psychologique lors de la consultation**

Vingt-quatre consultations (ou rencontres) pour motif psychologique ont été menées par des professionnels (non médecin traitant) et ont conduit à vingt-sept propositions thérapeutiques.

Les sept ordonnances des médecins traitants consultés étaient : hydroxyzine (deux cas), zopiclone (un cas), etifoxine (un cas), phytothérapie (un cas), magnésium (un cas) et une prescription de venlafaxine / alprazolam / phytothérapie.

Les deux propositions « autres » formulées par une psychomotricienne et un éducateur étaient respectivement un changement de collègue et un changement de foyer de vie.

e) Analyse de la consultation chez le médecin traitant dans le mois précédent :

Il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes « porteur de pathologie chronique » et « absence de maladie chronique » et le fait :

- d'avoir un suivi médical régulier, c'est-à-dire pluriannuel (84 % versus 64 %, soit  $p = 0,35$ )
- de consulter son médecin dans le mois précédent le passage à l'acte (57 % versus 63 %, soit  $p = 0,8$ ).
- de confier sa détresse psychologique à son médecin lors d'un rendez-vous médical le mois précédent le passage à l'acte (38 % versus 57 %, soit  $p = 0,7$ ).
- d'avoir déjà consulté son médecin dans le passé pour un motif psychologique (36 % versus 27 %, soit  $p = 0,3$ ).

Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative entre la classe d'âge du patient et le fait de consulter son médecin dans le mois précédent ; 65 % des 11-14 ans l'ont consulté, versus 58 % pour les 15-17 ans ( $p = 0,6$ ).

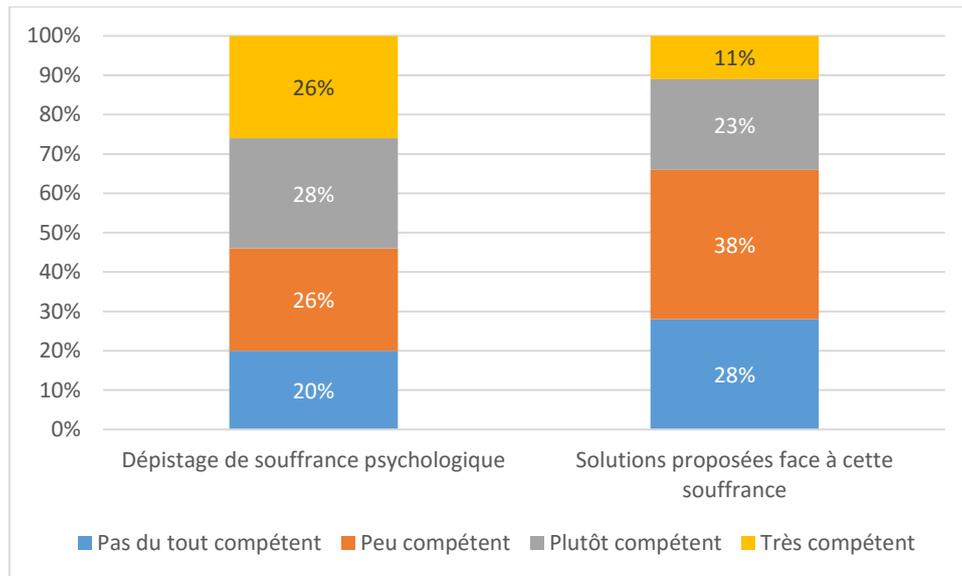
Sur les vingt consultations chez le médecin traitant pour motif dit « organique » (ex : angine, mononucléose, certificat de sport...), cinq d'entre elles ont permis l'évocation d'une souffrance psychique par l'adolescent. En plus de la réponse au problème somatique, le médecin a proposé une solution à cette souffrance pour l'ensemble des cinq patients : une hospitalisation, trois orientations vers des psychologues et deux prescriptions médicamenteuses (Hydroxyzine).

f) Analyse de la consultation chez un autre professionnel de santé ou du système scolaire :

La souffrance psychologique a été abordée avec le professionnel dans 80 % des cas, voire même dans 86 % (18 cas / 21) des situations lorsque ce professionnel travaillait dans le domaine de la santé mentale. Les trois cas où la souffrance psychologique n'a pas été abordée concernaient les motifs suivants : problème d'orientation scolaire, thérapie familiale et gestion du stress.

## 8) Compétence du médecin traitant dans le repérage des troubles psychologiques et l'aide proposée d'après l'adolescent :

Il a été demandé à chaque patient d'évaluer son médecin traitant sur ses compétences dans le repérage des souffrances psychologiques et des aides proposées. Cinquante patients ont répondu à la première question et quarante-sept à la seconde.



**Figure 18 : Compétences du médecin traitant dans le repérage des troubles psychologiques et dans l'aide proposée, d'après l'adolescent.**

Les jeunes avec suivi médical pluriannuel considèrent leur médecin plus compétent en dépistage des souffrances psychologiques que les jeunes avec moins de suivi médical (65 % versus 23 %,  $p < 0,05$ ). En revanche il n'existe pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes et la compétence sur les solutions proposées (57 % versus 25%, soit  $p = 0,09$ ).

- Volonté de l'adolescent de discuter de cette crise suicidaire avec son médecin à la sortie :  
(n = 61)

Afin d'analyser la relation de confiance entre l'adolescent et son médecin, il a été demandé à chaque adolescent s'il souhaitait reconsulter son médecin à l'issue de cette crise suicidaire, pour discuter avec lui de cet épisode, de ses souffrances...

Seulement 26 % des jeunes souhaitaient communiquer avec leur médecin sur cet épisode, 72 % n'en avaient pas envie, et 2 % ne savaient pas encore au moment de l'entretien.

Propos rapportés par les seize patients qui envisageaient cet échange avec leur médecin :

- « Mon médecin est une personne de confiance, gentille, toujours présente » (cité x 3)
- « Mon médecin pourrait m'aider à trouver une solution à mon agressivité » (x 2)

Propos rapportés par les quarante-quatre adolescents qui ne souhaitaient pas cet échange avec leur médecin :

- « J'ai déjà un suivi psychologique spécialisé, ou un suivi est programmé ; donc cela suffira » (x 7)
- « Je ne suis pas à l'aise ou en confiance car c'est le médecin de toute ma famille » (x 7)
- « Je n'ai pas de médecin ou je ne le connais pas depuis suffisamment longtemps » (x 5)
- « Je ne vais voir mon médecin que pour des problèmes physiques, et uniquement » (x 4)
- « Je n'en ai pas envie, ce n'est pas nécessaire » (x 4)
- « Mon médecin n'a pas la compétence en la matière » (x 3)

## 9) Suivi psychologique actuel, passé et à venir :

### a) Suivi psychologique existant au moment de la crise suicidaire : (n = 62)

44 % des jeunes de l'étude bénéficiaient déjà d'un suivi psychologique au moment de leur admission au CHU pour TS ou IS.

13 % de notre population (soit huit patients) avaient volontairement stoppé un suivi psychologique existant, et ce, récemment. Le délai était de deux à six mois avant l'épisode actuel.

Les raisons de ce suivi, citées par les patients, étaient souvent nombreuses et ont été regroupées en syndromes dans le tableau 6.

Près de 60 % des suivis psychologiques existants concernaient un syndrome dépressif actuel ou un antécédent de TS.

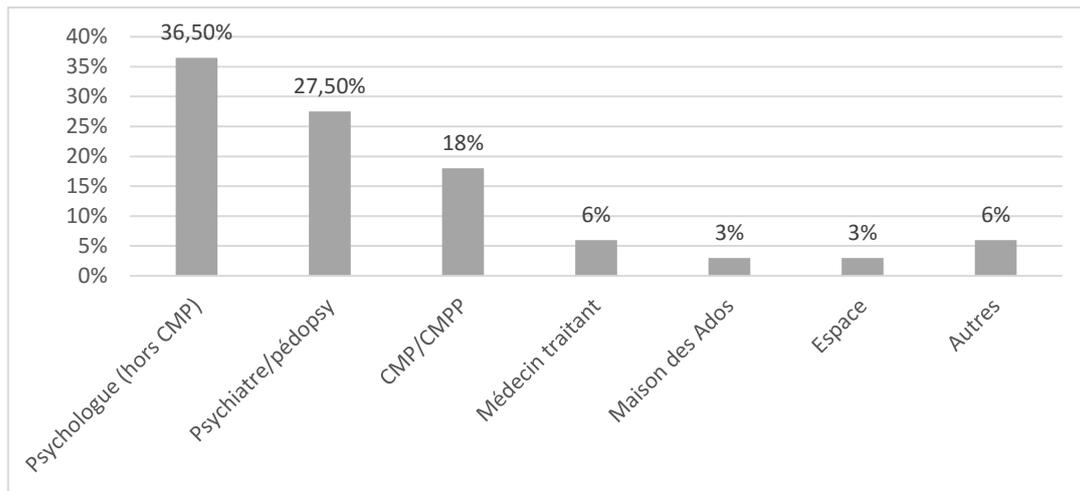
<b>Motif de suivi psychologique (n = 37)</b>	<b>Pourcentage de la population</b>
Syndrome dépressif (IS, mal-être, trouble du sommeil, tristesse)	48,5
Troubles du comportement (scarifications)	13,5
Syndrome anxieux	11
Antécédent de tentative de suicide	8
Autres	1

**Tableau 6 : Répartition des motifs de suivi psychologique au moment de la crise suicidaire**

La catégorie « Autres » regroupe : un conflit intrafamilial (un cas), TCA (un cas), un conflit entre pairs (un cas), un divorce parental (un cas), un futur déménagement (un cas), des difficultés au collège et question autour de la sexualité (un cas).

Parmi les vingt-sept jeunes ayant un suivi, six l'ont été par deux professionnels à la fois.

L'étude retrouve donc trente - trois acteurs de suivi psychologique, répartis comme le montre la figure 19. Deux tiers des patients suivis l'étaient par un psychologue et/ou un psychiatre.



**Figure 19 : Acteurs de suivi psychologique préexistant au moment de l'admission.**

La catégorie « Autres » regroupe un homéopathe (un cas) et un art-thérapeute (un cas).

b) Suivi psychologique proposé à l'adolescent dans le passé mais non mis en place :  
(n = 62)

29 % de nos patients s'étaient déjà vus proposer un suivi psychologique avant cet épisode mais n'y avait pas adhéré.

Raisons citées par l'adolescent pour justifier ce refus de prise en charge dans le passé :

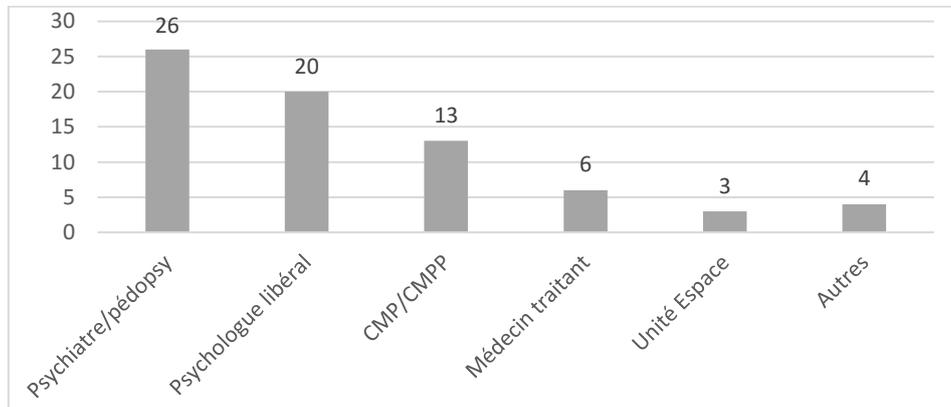
- Refus de l'adolescent 45 %
- Délai de prise en charge trop long 30 %
- Indisponibilité de l'accompagnant 15 %
- Coût financier (malgré adolescent demandeur) 5 %
- Refus d'accueil du CMP (car centre débordé et dossier qualifié de « non prioritaire ») 5 %

c) Suivi psychologique à venir souhaité par l'adolescent : (n = 61)

Neuf jeunes sur dix souhaitaient un suivi psychologique à la sortie, même si un sur dix ne savait pas encore précisément sous quelle forme.

Parmi eux, 66 % envisageaient un suivi par un seul professionnel, 26 % citaient deux acteurs de suivi, et 8 % évoquaient un triple suivi. En effet soixante-douze professionnels étaient cités par cinquante enfants ayant une volonté de suivi.

Un suivi par un psychiatre (ou pédopsychiatre) était désiré par la moitié des jeunes patients.



**Figure 20 : Acteurs de suivi psychologique souhaités par l'adolescent à la sortie.**

Il s'agit d'acteurs possibles du suivi psychologique futur, évoqués par le jeune en fin de questionnaire.

La catégorie « Autres » regroupe un éducateur, une IDE scolaire, un art-thérapeute et la Maison des Adolescents.

## **10) Réadmission ou ré-hospitalisation au CHU dans les six mois :**

### **a) Réadmission dans les six mois suivant l'hospitalisation initiale :**

Trente des soixante-deux patients de l'étude (48 %) ont été réadmis sur le CHU de Nantes pendant le délai d'observation de six mois, et certains à plusieurs reprises. La période de suivi sur six mois débutait au premier jour de l'hospitalisation initiale ou le jour du passage aux urgences médico-psychologiques.

Cinquante-trois réadmissions ont été étudiées suite à une recherche informatique. Les réadmissions regroupent les passages aux urgences sans hospitalisation, les ré-hospitalisations et les consultations externes.

D'autres réadmissions ont été retrouvées par informatique mais après le délai d'observation des six mois, ces quelques cas (notamment les récidives) ont été détaillés dans la discussion.

Répartition du nombre de réadmissions chez ces trente patients :

- 1 hospitalisation isolée	47 %
- 1 ou 2 passage(s) aux urgences, sans hospitalisation au décours	16,5 %
- 2 ou 3 hospitalisations isolées	16,5 %
- 1 ou 2 hospitalisation(s) + passage(s) aux urgences +/- consultations externes	20 %

La moitié des patients réadmis n'ont eu qu'une hospitalisation isolée en six mois de suivi. Le patient ayant eu le plus de réadmissions est la jeune diabétique qui a totalisé sept admissions au CHU sur les six mois de suivi avec : une hospitalisation pour changement de pompe à insuline, trois passages aux urgences pour décompensation diabétique, un passage aux UMP pour crise d'angoisse et deux consultations externes en orthopédie pour gonalgie.

b) Motif des 53 réadmissions et notamment la récurrence de TS ou IS :

15 % de la population de l'étude a fait une récurrence de TS ou IS pendant la période d'observation de six mois. En effet, neuf des trente patients réadmis sur les six mois d'observation l'ont été pour récurrence de comportement suicidaire, ce qui représente 30 % du total des réadmissions (6 TS et 5 IS, car deux patients ont récidivé deux fois chacun).

Huit adolescents « récidivants » sur neuf avaient un suivi psychologique actif au moment de la rechute. Pour chacune de ces onze récurrences, l'adolescent a toujours été ré-hospitalisé, soit directement soit via une entrée programmée sur l'unité Espace.

38 % des réadmissions concernaient des hospitalisations programmées sur l'unité Espace, dans le cadre d'un suivi psychologique après la crise suicidaire initiale. Ces hospitalisations programmées étaient soit à temps plein (lorsque l'adolescent n'avait pas été hospitalisé à l'issue de son évaluation psychiatrique aux UMP par exemple) soit en Hôpital de Jour (comme relais à l'hospitalisation initiale à temps plein).

		Passage aux urgences sans hospitalisation (n = 17)	Hospitalisation programmée ou non (n = 34)	Consultation externe (n = 2)	Total
Motif organique		12	1	2	15
Motif psychologique		4	34	-	38
Motif Psychologique	Récidive de tentative de suicide	2	6	-	8
	Récidive d'idéations suicidaires	1	4	-	5
	Hospitalisation programmée pour suivi	-	20	-	20
	Angoisse	1	1	-	2
	Trouble du comportement alimentaire	-	1	-	1
	Fugue avec mise en danger	-	1	-	1
Non renseigné		1	-	-	1

**Tableau 7 : Motifs des réadmissions.**

La seule hospitalisation pour motif organique a eu lieu en pédiatrie pour un changement de pompe à insuline chez la patiente diabétique.

Les motifs « organiques » de passage aux urgences concernaient essentiellement de la traumatologie (sept cas sur douze).

Par ailleurs, deux patients hospitalisés initialement en pédiatrie et à Espace ont présenté une aggravation de leur symptomatologie dépressive nécessitant leur transfert en secteur fermé. Ces deux situations n'ont pas été considérées comme des réadmissions.

Enfin, un autre adolescent a également dû être transféré vers un secteur fermé pendant son hospitalisation à Espace (réadmission programmée pour suivi) en raison d'apparition d'idéations suicidaires importantes. Ce cas a été intégré aux récurrences d'idéations suicidaires.

c) Délai avant la réadmission en cas de motif psychologique :

Le délai correspondait au nombre de jours entre la date de sortie de l'hospitalisation initiale (ou à la date de l'inclusion dans l'étude aux UMP) et la date de la première réadmission ou ré-hospitalisation.

Un délai moyen de cinquante - sept jours a été observé avant les réadmissions non programmées pour motif psychologique (n = 14), suite à une récurrence de tentative de suicide ou d'idéations suicidaires par exemple (minimum : 3 jours ; maximum : 135 jours ; médiane : 34,5 jours).

Un délai moyen de sept jours a été constaté avant les réadmissions pour hospitalisations programmées dans le cadre d'un suivi sur l'unité Espace (minimum : 0 jour ; maximum 30 jours ; médiane : 4 jours).

d) Suivi psychologique après l'hospitalisation initiale :

Huit patients sur dix ont adhéré à un suivi psychologique à la sortie de l'hospitalisation initiale (n = 51 / 62), d'après l'étude informatique des comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultation post-urgence et du logiciel d'admission. Ce suivi pouvait être hospitalier ou libéral.

Concernant le reste de notre population, soit un refus de suivi était clairement exprimé (trois cas), soit il y a eu un manque de données concernant les modalités de suivi dans les comptes rendus de passage aux urgences (huit cas).

A noter que deux patients ont débuté un suivi psychologique non pas aussitôt après l'hospitalisation initiale mais suite à une ré-hospitalisation pour récurrence de tentative de suicide dans les six mois d'observation.

e) Acteurs de suivi psychologique (dans et hors CHU) : (n = 51)

Ce suivi a été réalisé par un seul professionnel dans 55 % des cas, en binôme dans 29 % des cas et en trinôme ou plus pour 16 % des patients adhérents à un suivi. Les centres médico-psychologiques intervenaient dans ce suivi dans la moitié des cas.

Après six mois d'observation, d'après l'étude informatique, le suivi psychologique était encore en cours pour 41 % des adolescents (n = 21 / 51).

• Professionnels ou structures effectuant le suivi de ces 51 adolescents :

- CMP (consultation avec psychologue /psychiatre/ateliers de groupe)	(cité 26 fois)
- Psychologue libérale ou d'un foyer de vie (instauration ou reprise d'un suivi existant)	(x 14)
- Unité Espace (consultation, ateliers, HdJ)	(x 10)
- Thérapie ou médiation familiale	(x 6)
- Psychiatre libéral	(x 5)
- Maison des Adolescents	(x 5)
- HdJ en pédiatrie (pour les TCA ou suivi psy en relais d'une place en CMP)	(x 4)
- Aides éducatives	(x 4)
- Psychomotricienne (pour dysmorphophobie)	(x 1)
- Addictologue	(x 1)
- Orthophoniste	(x 1)
- CATTP	(x 1)

Après six mois d'observation, quatre patients attendaient toujours une place en CMP et deux hospitalisations au Pin en Mauges étaient également évoquées.

D'autres propositions ont été faites par les professionnels telles que : un changement de foyer de vie (un cas) ou un placement judiciaire (un cas).

- Consultation post-urgence au CHU :

A l'issue de l'hospitalisation initiale, 61 % des patients de l'étude (n = 38 / 62) ont eu un suivi de « consultation post-urgence » au CHU (hors CMP) par des pédiatres, des pédopsychiatres de l'unité de liaison en pédiatrie, des psychiatres de l'unité Espace, parfois des psychologues ou des addictologues. En attendant une place pour un suivi en CMP, les jeunes pouvaient être réévalués entre une et huit fois, le plus souvent dans les trois mois après la crise suicidaire.

Une demande de prise en charge en secteur fermé au SHIP (service d'hospitalisation intersectoriel de pédopsychiatrie) a été effectuée pour huit adolescents. Mais le système informatique du CHU ne permet pas de vérifier si les patients ont réellement été admis au CHS de Bouguenais.

## **IV. Discussion :**

### **1) Consultation d'un professionnel de santé dans le mois précédent l'admission au CHU pour crise suicidaire :**

82 % des patients ont consulté un ou plusieurs professionnel(s) dans le mois précédent son admission au CHU pour tentative de suicide ou idéations suicidaires. 61 % des patients ont vu leur médecin généraliste (tout motif confondu) et 56 % un autre professionnel.

La classe d'âge des jeunes (11-14 ans ou 15-17 ans) et le motif d'admission (TS ou IS) ne semblent pas influencer sur le taux de recours aux soins primaires d'après nos résultats.

Les données de la littérature sur le taux de recours aux professionnels de santé avant la crise suicidaire ne portent que sur des populations de suicidés adultes, grâce aux données recueillies par autopsie psychologique. Notre population de suicidants et de jeunes avec idéations suicidaires n'est pas comparable avec celle des études actuelles sur le sujet, c'est d'ailleurs un des intérêts de notre travail.

Une étude danoise Andersen et al (2000) a montré que 66 % des suicidés adultes avaient consulté leur médecin traitant le mois précédent leur suicide, 13 % étaient sortant d'un hôpital psychiatrique et 7 % d'un hôpital général (14).

Une revue de la littérature américaine sur quarante études a observé qu'en moyenne, 45 % des suicidés avaient eu un contact avec leur généraliste dans le mois précédent leur suicide et 77 % l'avaient vu dans l'année. Les jeunes adultes de moins de trente-cinq ans consultaient moins car seulement 23 % avaient vu leur médecin dans le mois précédent leur suicide. De plus, 15 % des suicidés de moins de 35 ans avaient rencontré un professionnel en santé mentale dans le mois précédent leur mort, et 24 % dans l'année (contre 32 % de la population suicidée globale) (7) .

Un adolescent sur quatre consulte un personnel scolaire ou éducatif dans le mois précédent. Les surveillants, infirmiers scolaires, professeurs font partie intégrante de l'environnement scolaire du mineur, et sont donc des interlocuteurs privilégiés de celui-ci en cas de souffrance morale. Ils sont souvent en première ligne pour dépister les jeunes en souffrance, notamment lorsqu'il n'y a pas encore de prise en charge psychologique organisée.

Il conviendrait peut-être d'intégrer davantage les professionnels scolaires aux formations sur le risque suicidaire et aux programmes de prévention.

a) Particularités de la prise en charge psychologique préexistante :

- L'adolescent passe à l'acte malgré un suivi psychologique actif :

44 % des jeunes de l'étude bénéficiaient déjà d'un suivi psychologique au moment de leur admission au CHU pour tentative de suicide ou idéations suicidaires.

Dans l'étude Berthod et al. (2013) , 69 % des enfants de moins de treize ans avaient une aide psychologique ou psychiatrique avant leur geste suicidaire (15). L'étude Giraud et al. (2013) sur les suicidants de moins de quinze ans et trois mois retrouve un chiffre de prise en charge psychique antérieure de seulement 25,8 % (16) A quoi sert cette prise en charge ? Est-elle vraiment efficace ?

Elle permet certainement d'éviter le passage à l'acte lorsque l'adolescent confie ses idéations suicidaires au professionnel de santé, car ce dernier organise souvent une hospitalisation. Mais pourquoi ces jeunes, fréquemment suivis dans un CMP ne peuvent-ils pas être vus en consultation d'urgence dans ces structures et sont si souvent hospitalisés ? Une des raisons est que les centres médico-psychologiques sont débordés et n'ont souvent pas de créneaux de consultation d'urgence disponibles pour ce genre de situation.

- Un suivi psychologique a été proposé dans le passé à l'adolescent mais n'a pas été mis en place :

A l'inverse que faire lorsqu'un suivi a été proposé à l'adolescent dans le passé, que celui-ci est demandeur, mais qu'il n'y pas de place en CMP ? Les délais moyens de prise en charge en CMP sont de plusieurs mois. En attendant cette prise en charge, le jeune peut être suivi en libéral par une psychologue si ses parents en ont les moyens. La démographie médicale n'est pas en faveur de la pédopsychiatrie libérale. Si un parent recherche un pédopsychiatre libéral pour son enfant, seuls six sont inscrits dans les pages jaunes à Nantes, contre quatre-vingt-six psychiatres...

b) Spécificités de la relation entre l'adolescent et son médecin traitant :

- Les adolescents consultent régulièrement mais se confient peu à leur médecin.

Sept jeunes de l'étude sur dix déclarent consulter leur médecin plusieurs fois par an.

Les jeunes qui consultent de manière pluriannuelle sont d'ailleurs ceux qui sont les mieux dépistés sur le plan psychologique dans nos résultats. Cela reflète peut-être la relation de confiance qui s'établit entre le jeune et son médecin au fil des années. C'est en tout cas la preuve qu'un repérage des troubles psychologiques par le médecin est possible en pratique courante.

Les 11-20 ans représentent 13 % de la population française, mais seulement 8 % du volume de consultation en médecine générale. Il s'agit de la tranche de la population qui consomme le moins de soins de santé. Le motif de consultation « troubles mentaux ou du sommeil » n'est responsable que de 6 % des consultations chez les adolescents alors que ce sont des troubles pourtant fréquents à cet âge. Les motifs de recours sont plutôt des pathologies ORL, des traumatismes, des maladies de peau ou des certificats (17).

Une étude australienne observe pourtant que plus l'adolescent est en souffrance psychique ou avec des idéations suicidaires, moins il a tendance à demander de l'aide auprès de son médecin traitant (18). Comparé à nos résultats, cette étude est en accord concernant la difficulté du jeune à se confier à son généraliste, mais est discordante sur le taux de recours au médecin en cas de souffrance.

Il ressort de notre travail que seul un adolescent sur quatre (suicidant ou avec idéations suicidaires) confie sa souffrance psychologique lorsqu'il consulte son médecin traitant pour un motif dit « organique ».

Au moment de confier leur souffrance psychique, il existe une crainte commune à tous les patients, y compris chez les plus jeunes, c'est celle d'être pris pour un « fou ». Cette appréhension est parfois en lien avec des antécédents familiaux ou vis-à-vis de leurs pairs. Les jeunes sont réticents à se rendre dans les services de psychiatrie hospitaliers ou ambulatoires lorsqu'on les y oriente. Certains patients préfèrent donc peut être taire leur mal-être.

- Relation du jeune avec son médecin en cas de pathologie chronique :

D'après l'étude, être porteur d'une maladie chronique n'améliore pas la relation de confiance entre l'adolescent et son médecin car le jeune ne se confie pas davantage lors des consultations.

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce manque de verbalisation du jeune :

- la durée de la consultation est trop brève pour permettre au jeune d'aborder son problème organique et sa souffrance psychique.
- si la pathologie est peu grave ou suivie par un spécialiste d'organe, le jeune ne consulte pas forcément plus régulièrement son médecin traitant.
- l'adolescent considère son médecin comme un simple somaticien, peu compétent en psychologique.
- un suivi psychologique est parfois déjà proposé pour certaines maladies chroniques (diabète, trouble du comportement alimentaire, ...)
- le médecin est resté « focalisé » sur le motif initial et organique de la consultation et ne s'est pas montré assez à l'écoute pour que le jeune arrive à se livrer.

Ces données doivent donc inciter le médecin à rester en alerte et à toujours rechercher activement d'éventuelles difficultés psychologiques, souvent dissimulées.

- Les jeunes consultent souvent accompagnés d'un tiers :

Les enfants ont souvent besoin d'être accompagnés d'un parent lors d'une consultation chez le médecin traitant (pour le transport, la carte vitale, le règlement...). Cela peut constituer un premier obstacle à un dépistage ou une prise en charge.

Si le jeune est en souffrance psychologique et veut en parler à son médecin, il va devoir d'abord verbaliser cette souffrance à un de ses parents pour qu'il le conduise chez le médecin. Si la cause de

cette souffrance est liée à l'environnement familial (conflit parental par exemple), la présence du parent en consultation pourrait « bloquer » l'enfant et l'empêcher de se livrer.

Il est donc important de proposer un temps de dialogue avec le(s) parent(s), puis faire sortir le parent et s'entretenir avec l'enfant seul à seul. Cela est souvent décrit dans la littérature, néanmoins l'étude Binder et al. (2010) portant sur 674 consultations de médecin généraliste (tout motif) montre que la présence d'un accompagnement n'est pas un frein à l'expression de l'adolescent (9).

c) Place du médecin traitant dans le dépistage des troubles psychologiques de l'adolescent :

- Vigilance du médecin si présence de signe d'alerte :

Les facteurs déclenchants le passage à l'acte qui ressortent clairement dans l'étude sont les difficultés scolaires et les conflits familiaux, pour respectivement 23 % et 37 % de nos patients.

68 % de nos patients ont déjà redoublé une fois et la moitié se plaignent de difficultés scolaires. En tant que médecin de famille, ce dernier a souvent connaissance des tensions intrafamiliales qui peuvent être source de souffrance pour l'enfant. Ces notions chez le médecin devraient constituer des signes d'alerte et les inciter à rechercher une souffrance psychologique chez ces jeunes en particulier.

L'anxiété et la souffrance psychique d'un enfant peuvent également se cacher derrière des plaintes somatiques non spécifiques mais itératives (fatigue, céphalées, douleur abdominale, ...), un changement de comportement ou des accidents répétés. Le médecin doit donc penser à rechercher un mal-être chez son patient devant ce genre de symptômes.

Les adolescents interrogés dans l'étude ont une vision très « somaticienne » de leur médecin puisque seul un quart des jeunes de l'étude souhaitent discuter de leur tentative de suicide ou idéations suicidaires avec leur médecin après l'épisode actuel.

Notons le paradoxe de certains de nos patients qui jugeaient leur médecin incompetent dans l'aide proposée face à leur mal-être lorsqu'il les adressait vers un CMP ou un psychiatre par exemple.

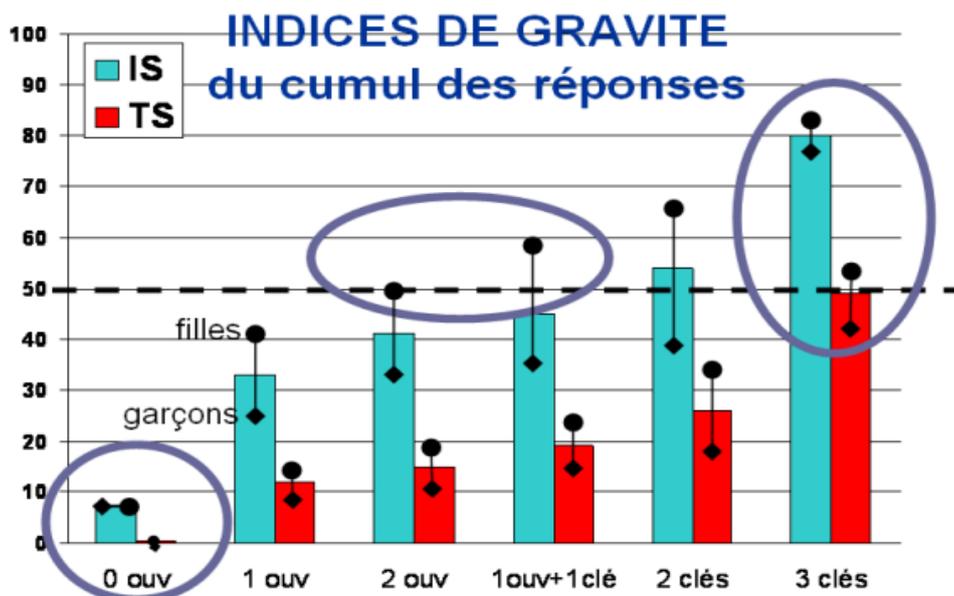
Livrer sa détresse représente un « effort » pour le patient, même s'il a confiance en son médecin. Il peut alors se sentir abandonné ou déçu lorsque ce dernier l'oriente vers quelqu'un d'autre.

Si l'adolescent a une représentation purement somaticienne de son médecin et a en plus la crainte d'être pris pour un fou, on peut imaginer qu'il n'informerait pas spontanément son médecin de l'épisode suicidaire actuel, lors d'une prochaine consultation. Cela pose la question de la méconnaissance des médecins concernant les antécédents psychiatriques de leurs patients, d'autant que les généralistes ne reçoivent pas systématiquement de comptes-rendus de passage des urgences.

Si les patients eux-mêmes occultent cet épisode suicidaire, comment demander au médecin d'être vigilant sur une éventuelle récurrence ? D'après l'enquête Espad (2007) réalisée en population générale chez les 12-18 ans, l'antécédent de tentative de suicide concerne 7,7 % des jeunes, cet évènement n'est donc pas rare (2).

- Comment dépister les idées suicidaires ou difficultés en consultation ?

L'outil TSTS - CAFARD permet un dépistage des souffrances psychologiques en consultation, à l'aide de quelques questions simples (cf. annexe 6). Ce test commence par la recherche de signes d'alerte avec les questions d'ouverture TSTS (**T**raumatisme dans l'année, **T**rouble du **S**ommeil, **T**abagisme, **S**tress scolaire ou intrafamilial). Une réponse positive à plus de deux de ces cinq questions d'ouverture est corrélée à une augmentation statistique de la fréquence des antécédents d'idées ou d'acte suicidaire. Une réponse positive à une question d'ouverture entraîne une deuxième question complémentaire (ou « clé de gravité ») pour préciser le niveau de gravité à l'aide du mot clé CAFARD (**C**auchemars, **A**gression, **F**umeur, **A**bsentéisme, **R**essenti **D**ésagréable familial).



**Figure 20 : Augmentation de la fréquence des antécédents suicidaires selon le cumul des réponses positives aux questions d'ouvertures et ou aux clés de gravités du test TSTS - CAFARD.**

Le test ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) est un autre test d'évaluation pour la dépression, validé chez l'adolescent, sous la forme d'un double questionnaire patient et médecin (cf. annexe 7).

Ces deux tests sont cités par l'HAS comme outils de repérage et d'évaluation de la dépression ou des antécédents suicidaires (19). Parmi les méthodes d'évaluation de la crise suicidaire, citons l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck et le RUD (Risque, Urgence, Dangersité).

Facile à utiliser en consultation « tout venant », non stigmatisant, le test TSTS - CAFARD permet au médecin de rechercher un antécédent de souffrance psychologique avec idées suicidaires, alors même que l'adolescent est parfois réticent à aborder spontanément ces questions.

Contrairement aux idées reçues et même si les professionnels sont mal à l'aise avec le sujet, poser ouvertement la question des idées suicidaires à l'enfant est bénéfique et ne déclenche pas le passage à l'acte. S'il ne se sent pas concerné, l'enfant répondra non à la question mais il saura que ce médecin sera disponible si nécessaire. Si l'enfant a des idéations suicidaires, c'est un soulagement pour lui de ne plus être seul avec sa souffrance, et de pouvoir être écouté.

Pour réussir à se confier, le jeune a besoin d'être sûr que son médecin de famille le respecte sans le juger, et que le secret médical sera sauvegardé, notamment par rapport à sa famille (20).

- Que faire une fois la souffrance psychologique dépistée ?

La réponse médicamenteuse ne semble pas la solution à proposer lors de la première consultation face à des idéations suicidaires (19,21). Il a été constaté dans l'étude que le médicament utilisé dans les IMV a souvent été prescrit par le médecin traitant dans le mois précédent le passage à l'acte, comme le confirme la littérature (13).

La première chose à faire est de consacrer du temps à l'enfant et à sa famille et de se montrer disponible pour évaluer l'intentionnalité suicidaire. S'entretenir seul à seul avec l'enfant est primordial. En l'absence de risque suicidaire élevé (entraînant une hospitalisation), le médecin instaurera un climat de confiance au fil des consultations, pour que l'enfant se sente soutenu et écouté en tant qu'individu, pour lui proposer un projet individualisé sans « psychiatriser » la situation.

Si un conflit intra-familial est une des raisons du mal-être de l'enfant, le médecin pourra proposer une thérapie ou médiation familiale.

## **2) Particularités de la population étudiée :**

### a) Sex ratio :

Onze fois plus de filles que de garçons ont été inclus dans l'étude. Ce chiffre est identique à celui de la littérature pour les adolescents (15).

Néanmoins chez l'enfant, la littérature rapporte un sex ratio des suicidants de moins de treize ans proche de 1, mais cela ne ressort pas dans nos résultats car l'effectif des moins de 13 ans est trop faible (deux garçons et cinq filles).

D'après l'InVS, chez les 10-14 ans et les 15-19 ans, les hospitalisations pour TS concernaient respectivement 4,5 et 3 fois plus souvent les filles que les garçons (2). Nos effectifs ne permettent pas de réaliser des comparaisons fiables entre ces deux classes d'âge.

b) Prévalence de l'antécédent personnel de tentative de suicide (déclaré ou caché) :

75 % de nos patients ont déjà un antécédent personnel d'une (ou plusieurs) hospitalisation(s) pour motif psychiatrique et 39 % ont déjà été hospitalisé pour tentative de suicide et / ou idéations suicidaires.

Cela confirme les données de la littérature, l'étude Berthod et al. (2013) retrouve un antécédent de TS chez plus d'un tiers des suicidants de moins de treize ans. En effet, un facteur de risque majeur de tentative de suicide est l'antécédent personnel de TS et la précocité du geste est de mauvais pronostic.

La méta-analyse de Chatagner et al. (2013) retrouve des chiffres entre 60 et 70 % d'antécédent personnel psychiatrique parmi les adolescents consultant aux urgences psychiatriques (tout motif confondu) avec un taux d'hospitalisation en service de psychiatrie de 13,1 % à 39 % (22).

Une autre donnée marquante de l'étude : un tiers de nos jeunes patients ont un (ou plusieurs) antécédent(s) de tentative de suicide « cachée » ou non suivie médicalement.

Le taux de recours aux soins semble supérieur dans notre étude à celui de l'étude du baromètre santé INPES (2010), où 29 % des 15-19 ans seulement déclarent s'être rendus à l'hôpital après leur dernière tentative de suicide (3). Néanmoins, les populations et la méthodologie ne sont pas comparables.

c) Prévalence des antécédents familiaux psychiatriques :

73% de nos patients ont des antécédents psychiatriques intrafamiliaux.

D'après l'étude Chatagner et al. (2015), entre 41 à 52 % de la population adolescente des 11-18 ans consultant en psychiatrie infanto-juvénile ont des antécédents psychologiques familiaux, selon qu'ils consultaient en urgence ou non (23).

d) Données socio-démographiques et environnementales :

C'est un fait établi que les mineurs vivants dans un établissement d'hébergement destiné aux enfants et adolescents en difficulté sociale consultent davantage aux urgences psychiatriques et sont plus à risque de dépression et de suicide. Dans notre population de suicidants ou de jeunes avec idéations suicidaires, 9 % des adolescents vivaient en institution ou en famille d'accueil. Ce chiffre est donc cohérent avec l'état des connaissances.

Pourtant, vivre en famille, quelle que soit sa structure (traditionnelle, recomposée ou monoparentale) ne semble pas prévenir du passage à l'acte suicidaire puisque 91 % de nos patients sont dans cette situation. Ne serait-ce pas justement une des causes du mal-être de certains adolescents ?

Plus que le statut matrimonial des parents, c'est la qualité des relations intrafamiliales qui est en cause chez les adolescents et, en particulier, les situations de violence. La violence intrafamiliale fragiliserait l'estime que les jeunes ont d'eux-mêmes. (24). Là encore, une action sur la dynamique intrafamiliale avec une médiation entre les membres de la famille pourrait aider ces jeunes à se sentir mieux dans leur famille.

e) Facteurs de vulnérabilité du passage à l'acte :

Des facteurs liés au passage à l'acte suicidaire ressortent dans notre étude, concordants avec ceux cités dans la littérature, comme les antécédents personnels de tentative de suicide, les antécédents familiaux.

Dans la population pédiatrique et adolescente, certains facteurs individuels et environnementaux sont associés au risque suicidaire, mais non spécifiques. On citera l'antécédent de violences sexuelles subies au cours de la vie, des violences (autres que sexuelles) subies dans les douze derniers mois, des antécédents familiaux de suicide, antécédents psychiatriques des parents ou un antécédent personnel de maladie chronique / dépression / tentative de suicide (25). Certains de ces facteurs de vulnérabilité sont communs à la population adulte.

Chez l'adolescent, la consommation de toxiques, les antécédents de fugue et de rupture scolaire, une puberté précoce ou une sexualité à risque, une grossesse à l'adolescence, un mauvais

état de santé, une orientation sexuelle non hétérosexuelle, et la vie en institution sont également associés au passage à l'acte (19).

L'isolement social et la précarité sociale, qui apparaissent comme des facteurs de risque importants sur l'ensemble de la population, se révèlent relativement moins liés aux tentatives et pensées suicidaires parmi les jeunes de 15 – 30 ans. Le tabac n'est pas un facteur de risque chez l'adulte jeune, contrairement à la consommation d'alcool excessive (4).

Chez l'enfant, les perturbations des interactions familiales (ex : conflit parental) et les événements négatifs (perte, deuil, déménagement, ...) constituent d'autres facteurs de vulnérabilité (10,26). De plus le jeune enfant n'a pas encore de représentation de la mort, et ne la croit pas encore irréversible.

L'étude Forman et al. (2004) montre certaines particularités de la population des multi-suicidants : les antécédents psychiatriques familiaux et les antécédents familiaux de suicide y sont deux fois plus fréquents que chez les primosuicidants. Les abus sexuels et la carence affective sont également plus nombreux (27).

### **3) Modalité de la crise suicidaire et de la prise en charge hospitalière :**

#### **a) Particularités de la crise suicidaire selon les âges :**

L'IMV a été choisi comme méthode par 86 % de notre population, majoritairement féminine. Ce taux est comparable aux 83,9 % de l'étude Giraud et al. (2013) et aux chiffres de l'InVS qui chiffre entre 76 et 87% le taux de TS par IMV chez les filles de dix à dix-neuf ans hospitalisées entre 2004 et 2011.

3 % de notre population a essayé de mourir par strangulation ou pendaison. Les chiffres nationaux de recours à la pendaison chez les 10-14 ans sont de 7% chez le garçon et 1 % chez la fille.

La phlébotomie représente environ 9 % des hospitalisations pour TS chez les adolescents entre dix et dix-neuf ans mais ce mode opératoire n'est pas retrouvé dans notre cohorte (2).

Deux des trois garçons de l'étude hospitalisés pour TS, ont utilisé des moyens à fort potentiel léthal (strangulation et tentative de pendaison).

Ces résultats concordent avec les données épidémiologiques de la littérature.

- Mode opératoire pour les tentatives de suicide entre l'enfant et l'adolescent :

L'étude Delamare et al. (2007) montre que les suicidants de moins de treize ans utilisent l'IMV comme mode opératoire dans 59 % des cas, la pendaison ou strangulation pour 17 % et la défenestration pour 14 %. La proportion d'IMV par rapport aux autres modalités devient plus importante à partir de onze ans et croît avec l'âge. (12). L'utilisation de moyens létaux de type défenestration, pendaison, phlébotomie est associée à une pathologie d'ordre psychiatrique chez le mineur (16)

L'étude Stordeur et al. (2015) chez les suicidants de moins de 12 ans retrouve des chiffres équivalents avec 53 % d'IMV, 23 % de pendaison / strangulation et 17 % de défenestration (28).

75 % des suicidés de moins de quatorze ans ont utilisé la pendaison / strangulation ou la suffocation. (16)

Les TS des enfants diffèrent de celles des adolescents par leur plus grande létalité du fait de la dangerosité des moyens utilisés. Par ailleurs, l'intentionnalité de l'enfant est moindre que celle de l'adolescent.

- Différence de mode opératoire pour les tentatives de suicide entre l'adolescent et l'adulte :

Chez l'adulte, l'intoxication médicamenteuse est également la méthode privilégiée (82 %), puis viennent les intoxications par d'autres produits (8 %), et la phlébotomie (5 %) (29).

D'après le rapport annuel 2006 du réseau Sentinelles, 15,6 % des tentatives de suicides ont conduit vers un décès en population générale (8).

Les chiffres chez l'adolescent sont de 1 à 2 % de décès par suicide dans l'année suivant la tentative (11).

- Lieu de réalisation de la tentative de suicide :

80 % des jeunes passent à l'acte au domicile familial, comme l'illustre également l'étude Delamare et al.(2007) (12).

- Préméditation du geste :

L'enfant n'acquiert que tardivement la notion d'irréversibilité de la mort. Il agit plus par « spontanéité » que par réelle intentionnalité. L'adolescent est plus impulsif, et agit pour résoudre un problème qu'il croit sans issue possible. Ces passages à l'acte sont souvent des tentatives de communication pour le jeune, et malgré leurs apparences, de rétablissement des liens.

91 % de nos patients ont répondu positivement à la question du questionnaire « As-tu déjà pensé à te faire du mal avant cette fois-ci ? ». Plus qu'une préméditation réelle du geste, il s'agit plutôt d'idées épisodiques et transitoires ressenties par le mineur.

- Facteurs déclenchant le passage à l'acte :

Dans notre étude, les facteurs déclenchant le passage à l'acte sont identiques entre les groupes 11 - 14 ans et 15-17 ans, à savoir les conflits familiaux et les difficultés scolaires. Les problèmes disciplinaires avec les parents et les tensions chroniques intrafamiliales sont plus particulièrement propres aux populations adolescente et pré-adolescente.

Chez l'adulte les facteurs déclenchant identifiés sont du même ordre, à l'exception de la cause scolaire : on retrouve certains événements de vie (rupture sentimentale, deuil, pertes) ou l'existence de conflits interpersonnels, notamment la semaine précédant le passage à l'acte (30).

- b) Taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour tentative de suicide (hors idéations) :

D'après le département d'information médicale (DIM) du CHU (et sous réserve d'un codage et de diagnostics correctement renseignés par les urgentistes ou psychiatres des UMP), deux cent quarante patients de onze à dix-sept ans ont été admis aux urgences avec un diagnostic de tentative de suicide sur la période de l'étude (du 26/11/2014 au 31/12/2015). Les idéations suicidaires n'ont pas été recherchées car leur codage était trop aléatoire et le nombre codé peu représentatif de la réalité.

A l'issue de ce passage aux urgences de Nantes (pédiatrique ou adulte), 68 % des adolescents ont été hospitalisés en secteur dit de « de court-séjour » médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) (à 98 %) ou psychiatrie (2 %). Les services d'hospitalisation concernés en MCO étaient principalement la pédiatrie, l'UHCD et les urgences (en cas d'hospitalisation prolongée de plus de douze heures).

Dans notre étude, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences adulte n'est que de 10 % (hors ADHU), donc très loin des 68 % indiqués par le département d'information médicale. Cette différence s'explique par le fait que presque tous les enfants se présentant aux urgences pédiatriques pour TS ou IS sont hospitalisés, comme le préconisent les recommandations de bonne pratique HAS et ANAES (13,14). Hors les urgences pédiatriques n'ont pas fait partie des services participants à l'étude.

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences pour TS au CHU de Nantes est proche des chiffres nationaux de l'Institut National de Veille Sanitaire (InVs). D'après l'institut, le taux d'hospitalisation en secteur MCO après un passage aux urgences pour TS (hors IS) chez les 10-14 ans est de 66 % pour les garçons et 85 % pour les filles. Dans la tranche d'âge 15-19 ans, ce taux baisse à 51 % chez les garçons et 52 % chez les filles. Les transferts en secteur de psychiatrie après une TS concernent moins d'une hospitalisation sur cinq en France (tous âges confondus)(3).

- Recours au système de soins hospitaliers après une tentative de suicide :

D'après l'Inpes, le taux de recours au système de soins après une tentative de suicide est assez faible car près de quatre jeunes suicidants de 15-30 ans sur dix (38 %) n'ont consulté aucune structure ni aucun professionnel de santé.

Pour deux autres études, le chiffre des jeunes admis à l'hôpital après une TS n'est que de 20 à 25 % (31,32). L'hospitalisation est pourtant une étape clé du parcours du suicidant, puisque qu'elle est un temps précieux d'évaluation de la situation et d'élaboration d'un projet de soins.

c) Durée d'hospitalisation selon l'âge et les motifs d'admission :

D'après le DIM, après un passage aux urgences du CHU de Nantes pour TS, la durée moyenne d'hospitalisation des 11-17 ans en secteur MCO (hors psychiatrie) était de 3,9 jours. Pourtant cette

durée est bien inférieure à la durée d'hospitalisation moyenne pour TS de notre cohorte (7,5 jours en pédiatrie). Les hospitalisations courtes (en ADHU) aux UMP pour la classe d'âge 15-17 sont peut-être responsables de cet écart. Ce chiffre nantais de 3,9 jours pour les 11-17 ans est comparable à la moyenne nationale de 4,4 jours en MCO pour la tranche d'âge 10-14 ans (selon l'InVS).

Plus l'adolescent grandit, plus la durée d'hospitalisation est courte d'après l'Institut de Veille Sanitaire : pour la tranche d'âge 15-19 ans, la durée moyenne en secteur MCO est inférieure à trois jours, et seuls 12 % des séjours pour TS ont une durée excédant 5 jours (2).

Une différence de durées d'hospitalisation s'observe entre la pédiatrie (8,6 jours) et l'unité Espace (18,9 jours en moyenne). Plusieurs raisons permettent de l'expliquer :

- Les hospitalisations en pédopsychiatrie se veulent plutôt brèves avec un retour rapide au domicile et à l'école, tandis que chez l'adolescent, l'on favorise les « séjours de rupture » avec mise à distance volontaire du jeune et des membres de sa famille (parfois nocifs pour lui).
- Les places en pédiatrie sont également peu nombreuses, empêchant peut-être de longues hospitalisations.
- L'organisation des hospitalisations temps plein sur l'unité Espace est différente et conduit naturellement à des durées d'hospitalisation beaucoup plus longues. L'adolescent adhère volontairement à l'hospitalisation sous forme d'un « contrat de soins » pour une durée d'une semaine, renouvelable une fois, et souvent prolongée par une hospitalisation en hôpital de jour. Cela lui permet un vrai temps hors du milieu familial ou des institutions pour s'analyser et prendre du recul suite à sa crise suicidaire.

Par ailleurs, il a été constaté un allongement de la durée d'hospitalisation de quatre à cinq jours en cas d'idéations suicidaires par rapport aux tentatives de suicide. Nous n'avons retrouvé de données similaires dans la littérature. Peut-être est-ce dû à une verbalisation et prise de conscience plus longue chez le patient ou une mobilisation moindre de l'entourage (par minimisation) ?

#### **4) Suivi psychologique après l'hospitalisation et récurrence de comportements suicidaires :**

##### **a) Suivi psychologique après la sortie de l'hospitalisation initiale :**

La crise suicidaire prise en charge initialement en secteur hospitalier permet la poursuite ou l'instauration d'un suivi psychologique pour 82 % des patients admis dans notre étude.

Concernant le choix fait par le jeune des acteurs de son suivi psychologique futur, ce choix a pu être influencé par les entretiens qu'il aurait eus avec l'équipe médicale durant son hospitalisation en vue de préparer sa sortie.

La proportion de nos patients suivis à la sortie est supérieure à celle de la littérature (pour la population des 15-30 ans). En effet, d'après l'Inpes, parmi les jeunes adultes qui ont consulté après leur dernière tentative, seuls 49 % ont été suivis par un professionnel (médecin, psychiatre, psychologue ou psychothérapeute) et 73 % en ont parlé à une autre personne (4).

L'étude Choquet et al. (2004) confirme que seulement un jeune sur deux est suivi après sa sortie de l'hôpital. L'établissement de ce suivi n'est pas gagné d'avance. Plus déprimé, plus anxieux, ayant plus souvent des idées suicidaires, le jeune qui adhère à un suivi est en plus grande souffrance psychologique que celui qui n'y adhère pas. Pourtant, dans 40 à 80 % des cas, il va rater des rendez-vous ou interrompre la prise en charge (33). Une date précise de rendez-vous dès la sortie d'hospitalisation est un élément simple qui favorise l'observance du suivi ultérieur (31).

##### **b) Récurrence des comportements suicidaires :**

15 % de la population de l'étude a été réhospitalisée pour récurrence de tentative de suicide ou d'idées suicidaires pendant la période d'observation de six mois.

L'étude Giraud et al. (2013) observe un taux de 15 % de récurrences de tentatives de suicide à un an, mais la population est particulière puisqu'elle a été intégrée dans un programme local de prévention des récurrences avec prises de contact téléphonique régulières pendant un an (16).

La plupart des études internationales et des méta-analyses évoquent un tiers de récurrences chez les suicidants et 15 % dans l'année suivant le geste suicidaire (24,31).

Juste après la sortie de l'hospitalisation initiale, les consultations dites « post-urgence » ou « relais » sont intéressantes pour amorcer le suivi psychologique et dépister les rechutes précoces en attendant une place en CMP. Idéalement, la première consultation post-urgence devrait avoir lieu entre deux et sept jours après la sortie (33).

- Au-delà des six mois d'observation...

Dans notre étude, le délai d'observation des réadmissions a été fixé à six mois mais le recueil informatique des données a souvent eu lieu six à douze mois après l'hospitalisation initiale, notamment pour les premiers patients inclus fin 2014.

Sans surprise, quatre autres cas de récurrence de TS après six mois ont été repérés grâce à l'informatique. Ces données n'ont pas été incluses dans les résultats compte tenu du délai dépassé. Trois adolescents ont récidivé au cours du septième mois (deux IMV et un cas non renseigné). Il s'agissait déjà d'une deuxième récurrence après l'hospitalisation initiale pour une jeune fille. La quatrième tentative de récurrence a eu lieu dans le dixième mois suivant l'inclusion par pendaison incomplète chez une jeune fille de dix-sept ans. Trois de ces quatre mineurs avaient un suivi psychologique au moment de la récurrence.

- Taux de réhospitalisation pour TS :

Notre chiffre de 15 % de récurrences en seulement six mois est supérieur aux données de l'InVS car il prend en compte les récurrences d'idées suicidaires.

Lors d'une première hospitalisation pour TS survenant entre dix et quatorze ans, 20 % des filles récidivent dans les huit ans, pour 12 % de garçons. Lorsque la première hospitalisation pour TS survient plus tard, entre 15-19 ans, 14,5 % des filles récidivent dans les huit ans pour 13 % de garçons (3).

Un autre facteur de risque de récurrence est l'absence de prise en compte par l'entourage du jeune d'une première tentative de suicide (ou équivalent suicidaire dit « raté et sans gravité »).

La banalisation du geste est donc un facteur de risque majeur de récurrence. De plus, la récurrence est alors souvent plus grave (escalade dans la prise de risque) (26).

Une fois que le médecin traitant a eu connaissance d'un antécédent de comportement suicidaire (par dépistage en consultation ou par antécédent d'hospitalisation), il lui faut désormais être particulièrement vigilant avec le jeune patient car le risque de récurrence est réel, surtout dans l'année qui suit. Il convient de ne pas banaliser ni dramatiser les premiers échanges après la TS, afin d'engager une relation de soins sereine (20).

- Les adolescents récidivent, et ce malgré un suivi :

Huit adolescents sur neuf ont récidivé malgré l'existence d'un suivi psychologique après leur sortie. Ce suivi psychologique est-il efficace ?

Les adolescents qui acceptent un suivi à la sortie ont probablement des situations plus complexes que les autres, voire des pathologies psychiatriques sous-jacentes. La récurrence n'est donc pas surprenante. Combien de temps le suivi est-il mené ?

Passé le délai d'observation de six mois, seuls 41 % des jeunes adhéraient encore à leur suivi, d'après l'informatique.

La récurrence survient souvent dans les premiers mois suivant le geste initial. Dans notre étude, elle survient en moyenne à J 54 de la sortie d'hospitalisation.

Dans la population suicidante adulte ayant fait une récurrence (sur une période de huit ans après le geste initial), l'InVS a montré qu'un homme sur deux repassait à l'acte dans les cinq mois et une femme sur deux dans les six mois (3).

La méta-analyse Chatagner et al. (2013) montre qu'un suivi est instauré après les urgences dans 80% des cas, mais qu'il est arrêté au bout de trois mois pour la moitié des suicidants (22).

Face à un jeune déjà suivi en CMP, qui présente à nouveau des idées suicidaires, les consultations d'urgence en CMP sont souvent débordées et il n'y a pas toujours une présence

médicale permanente. Face à cette urgence, les structures ou professionnels libéraux proposent dans le meilleur des cas une hospitalisation programmée sur l'unité Espace (si plus de 15 ans), sinon l'envoi vers le service des urgences.

- Le médecin traitant doit s'engager dans la prise en charge de l'adolescent :

Le déficit de l'offre de soins d'urgence n'est probablement pas le seul responsable des récurrences. Le lieu de vie et l'environnement familial sont parfois néfastes aux jeunes et favorisent la récurrence. La mise en place de médiation ou thérapie familiales et d'aides pédagogiques pourraient être une solution possible.

Face à l'engorgement des CMP et à des délais d'attente très longs, le médecin traitant ne peut pas se contenter de seulement dépister l'enfant, puis l'orienter vers un confrère. Il est, de facto, amené à l'accompagner et le prendre en charge lui-même, en utilisant ses propres compétences en psychologie de l'adolescent (34).

Les médecins généralistes reçoivent un enseignement sur la crise suicidaire durant leur externat et certains également durant leur internat via les cours du Département de Médecine Générale. Néanmoins, leur proposer des formations sur la prévention du suicide (et les spécificités du suicide à l'adolescence) une fois installés leur permettrait certainement d'être plus à l'aise dans leur mission.

- Comment le médecin doit-il prendre en charge le jeune suicidant ?

Les objectifs de cette prise en charge sont d'apprendre au jeune à améliorer ses relations avec autrui et l'aider à maîtriser ses émotions car ce sont des étapes importantes de la rémission .

L'aide psychothérapeutique est indispensable pour aider l'adolescent dans le contrôle de ses émotions. Une des plaintes récurrentes des adolescents suicidants est le sentiment de ne pas être écoutés, entendus, compris de leur entourage et cela participe à la dynamique du geste suicidaire.

Au contraire, le sentiment d'être enfin entendu et écouté est mis en avant par les adolescents comme levier thérapeutique. L'écoute est donc un élément central de la demande des adolescents : elle manque le plus souvent au sein de la famille.

Se sentir supporté par son entourage est aussi un élément essentiel du processus de rémission (35). Le médecin de famille connaît souvent bien l'environnement dans lequel évolue l'enfant, son entourage, les difficultés qu'il peut y avoir avec les parents, ... Il a donc une place légitime pour aider au rétablissement du dialogue et de l'écoute au sein de ces familles en souffrance.

- Pistes pour diminuer le passage à l'acte et la récurrence :

Si les adolescents stoppent leur suivi psychologique rapidement après l'hospitalisation, la prévention secondaire des récurrences doit se réinventer et passer par d'autres moyens que le système de soin classique.

Des revues de la littérature (2012) dégagent quelques pistes de réflexions qui semblent avoir de bons résultats tels que la restriction d'accès aux moyens létaux (armes à feu, médicaments), le maintien d'un contact régulier entre un coordinateur référent et les sujets à risque (par visite ou appel téléphonique et sur une longue période). Les centres d'appel ou numéros verts et la formation des généralistes au dépistage et traitement des troubles de l'humeur ont aussi été reconnus comme efficaces. Les politiques de prévention en milieu scolaire sont également utiles pour la réduction du risque de passage à l'acte et d'idéations (36-38).

Une étude au CHU Nantes est en projet (Medical Companion) pour évaluer une application smartphone dans la prévention de la récurrence suicidaire chez les 13-25 ans. Selon leur usage, les réseaux sociaux peuvent être sources de dangers ou protecteurs pour les adolescents.

L'amélioration de la formation des médecins de l'Education nationale et des infirmières scolaires est un des axes de travail présent dans le programme national d'actions contre le suicide (2011) (39,40). En pratique, les formations destinées aux généralistes ou aux infirmières scolaires ne leur sont pas imposées et ce sont à eux d'en faire la demande.

## 5) Forces et limites de l'étude :

Notre travail, avec 42 % de patients âgés de moins de quinze ans, a permis d'étudier cette classe d'âge, moins décrite dans la littérature. Les idéations suicidaires et les tentatives de suicide sont moins fréquentes chez l'enfant que chez l'adolescent, raison pour laquelle nos groupes ne sont pas strictement homogènes.

Le 30 septembre 2015, le logiciel informatique des urgences a changé (de Clinicom vers Millenium), entraînant une période d'adaptation des équipes pendant les semaines suivantes. Certains dossiers ont été moins bien renseignés et le nombre d'inclusions des patients dans l'étude a peu augmenté durant cette période. Cela explique l'absence de précision sur certaines réadmissions.

L'effectif de notre population est plus faible que l'effectif attendu, notamment en raison de la restructuration de la pédopsychiatrie de liaison en 2015 et de ses multiples changements d'intervenants.

Un biais de recrutement existe dans l'étude, certains investigateurs ont jugé des situations cliniques trop graves ou délicates lors de l'évaluation psychiatrique et n'ont pas proposé à l'adolescent de participer à l'étude. Aux urgences médico-psychologiques adultes notamment, l'inclusion à l'étude juste au décours de la crise suicidaire était parfois plus difficile à proposer qu'après plusieurs jours d'hospitalisation en pédiatrie ou à Espace.

Enfin, les adolescents étaient parfois interrogés en présence de leurs parents, notamment aux urgences ; il peut en résulter un biais d'information de type omission volontaire (exemple : question de la consommation de toxiques, la maltraitance, les TS cachées, au facteur déclenchant de la TS...)

## V. Conclusion

J'ai été interpellée durant mon stage aux urgences pédiatriques par le nombre d'enfants admis pour tentatives de suicide ou idéations suicidaires, mais qui n'avaient pas consulté leur médecin traitant au préalable pour leur confier leur souffrance ni débutaient aucun suivi psychologique.

Par cette étude, nous avons donc évalué le taux de recours au médecin traitant et aux autres professionnels dans le mois précédent l'admission au CHU pour TS / IS, ainsi que les raisons de ce recours et l'aide proposée par ces professionnels. La classe d'âge 11-14 ans est moins décrite dans la littérature, c'est pourquoi la population est celle des 11-17 ans.

Un travail prospectif a d'abord été réalisé en interrogeant le jeune pendant son hospitalisation concernant son parcours de soins, sa santé, ses relations avec son médecin traitant, ... Puis six mois après la sortie, le nombre de réadmissions au CHU et les récurrences de comportements suicidaires ont été analysés.

Dans notre étude, huit patients sur dix ont rencontré un professionnel de santé ou du système scolaire dans le mois précédent son admission et près de la moitié de notre population avait déjà un suivi psychologique en ambulatoire. Comme décrit chez l'adulte, l'adolescent consulte donc aussi avant le geste mais il confie difficilement sa souffrance psychique au médecin si celui-ci ne la recherche pas. Par ailleurs, le monde de la santé mentale semble lui faire peur. Il serait peut-être du rôle de l'omnipraticien de permettre une vision moins stigmatisante de l'aide psychologique proposée en informant les enfants et adolescents des bénéfices et des objectifs attendus de la prise en charge.

Les signes qui doivent alerter les professionnels sont l'existence de conflits familiaux et des difficultés scolaires, là encore ces points sont à rechercher systématiquement par le médecin de famille.

L'étude confirme que la récurrence est fréquente et ce, malgré un suivi psychologique à la sortie. Enfin, l'aide est souvent stoppée par le jeune au bout de quelques mois. Si le généraliste en a eu connaissance, il peut questionner l'enfant sur les raisons de cette interruption et tenter de rétablir un lien avec le CMP, grâce à une collaboration efficace.

Le dépistage des difficultés psychologiques chez l'adolescent et leurs prises en charge demandent du temps et de l'écoute de la part du praticien. Le médecin généraliste, qui connaît souvent l'environnement familial de l'adolescent, a un rôle central à jouer en attendant le début de la prise en charge pluridisciplinaire, puis comme coordinateur des soins. Il est aussi à même de solliciter l'entourage familial dans sa mission de soutien face au jeune en souffrance.

La diffusion d'outils pédagogiques simples et rapides à utiliser en consultation, ainsi que le développement de formations adaptées aux médecins traitants sont des pistes de réflexion pour améliorer la prise en charge ambulatoire de ces adolescents.

## **VI. Bibliographie :**

1. INSEE. Santé - Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2013 [Internet]. [consulté le 25/08/2016]. Disponible à l'URL : [http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=NATCCJ06206](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCJ06206)
2. De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence - Données épidémiologiques : comment s'y retrouver ? Arch Pédiatrie. 2010 (8):1202–9.
3. Institut national de Veille Sanitaire. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011 [Internet]. 2014 [consulté le 20/06/2016]. Disponible à l'URL : [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_hospitalisations\\_tentative\\_suicide\\_france\\_pmsi-mco\\_oscour\\_2007-2011-2.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf)
4. Beck F, Richard JB. Les comportements de santé des jeunes-Analyses du Baromètre santé 2010. INPES. 2010;235–48.
5. Turbelin C. Recours au médecin généraliste avant un acte suicidaire : étude épidémiologique rétrospective en cas-croisé [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2007.
6. ALP. Comment gérer le suicide ? Professions Santé Infirmier [Internet]. 2005 [consulté le 6/9/2016];(64). Disponible à l'URL : <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/11136.pdf>
7. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. Am J Psychiatry. 2002 ;159(6):909–16.
8. Institut national de Veille Sanitaire, Inserm. Bilan annuel du réseau Sentinelles : janvier-décembre 2006. Surveillance épidémiologique de 15 indicateurs de santé en médecine générale France métropolitaine. 2007 :71–6.
9. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Le généraliste, l'adolescent et le tiers: analyse comparée de l'évolution des ressentis en consultation. 2010;27(5):556–562.
10. Mazet P, Darcourt G. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus organisée par la fédération Française de psychiatrie. Paris. ANAES; 2000 .
11. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide : Service des recommandations professionnelles [Internet].1998 [cité le 20/6/2016].Disponible à l'URL : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>
12. Delamare C, Martin C, Blanchon YC. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2007 ;55(1):41–51.
13. Leclair A. Première étude sur le suicide des enfants. Le Figaro. 2011 Sep 28;
14. Andersen UA, Andersen M, Rosholm JU, Gram LF. Contacts to the health care system prior to suicide: a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. Acta Psychiatr Scand. 2000;102(2):126–34.

15. Berthod C, Giraud C, Gansel Y, Fournieret P, Desombre H. Tentatives de suicide chez 48 enfants âgés de 6 à 12 ans. *Arch Pédiatrie*. 2013;20(12):1296–305.
16. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouviere N, et al. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. *Arch Pédiatrie*. 2013;20(6):608–15.
17. Auvray L, Le Fur P. Bulletin d'information en économie de la santé : Adolescents, état de santé et recours aux soins. Centre de recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé [Internet]. 2002 [consulté le 10/9/2016];(49). Disponible sur l'URL: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>
18. Wilson CJ, Deane FP, Marshall KL, Dalley A. Adolescents' suicidal thinking and reluctance to consult general medical practitioners. *J Youth Adolesc*. 2010;39(4):343–56.
19. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours Méthode Recommandations de bonne pratique [Internet]. 2014 [consulté le 22/6/2016]. Disponible sur l'URL : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations\\_depressives\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf)
20. Alvin P. L'envie de mourir, l'envie de vivre. Doin; 2011. 359 p.
21. Vanelle JM, Sauvaget A. Médicaments et risque suicidaire. *Rev Prat*. 2011;2:204.
22. Chatagner A, Raynaud JP. Adolescents et urgences pédopsychiatriques : revue de la littérature et réflexion clinique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2013;61(1):8–16.
23. Chatagner A, Olliac B, Choquet LH, Botbol M, Raynaud JP. Adolescents reçus en urgence en psychiatrie infanto-juvénile. Qui sont-ils ? Quel est leur parcours ? Quel suivi social et/ou judiciaire ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2015;63(2):124–32.
24. Stheneur C. Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger ? *J Pédiatrie Puériculture*. 2006;19(6):218–22.
25. Duverger P, Chocard AS, Malka J, Ninus A, editors. Tentatives de suicide. In: *Psychopathologie en service de pédiatrie* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2011. p. 446–56. Disponible à l'URL : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9782294706899000557>
26. Malka J, Duverger P, Goeb J, Jouselme C, Myquel M, Schmit G. Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent. Cours en ligne pour DCEM3 (module 3) [Internet]. Faculté de médecine toulouse; 2008 [consulté le 20/6/2016]. Disponible sur l'URL : <http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module03/22.%20SUICIDE%20ENF%20ADO3-44.pdf>
27. Forman EM, Berk MS, Henriques GR, Brown GK, Beck AT. History of Multiple Suicide Attempts as a Behavioral Marker of Severe Psychopathology. *Am J Psychiatry*. 2004;161(3):437–43.
28. Stordeur C, Acquaviva E, Galdon L, Mercier J-C, Titomanlio L, Delorme R. Tentatives de suicide chez les enfants de moins de 12 ans. *Arch Pédiatrie*. 2015;22(3):255–9.

29. Chan Chee C. Suicide et tentatives de suicide : mieux connaître pour mieux prévenir. Données de surveillance sur les suicides et les tentatives de suicide. In Paris: Inpes, InVS, Eprus; 2015 [consulté le 11/09/2015]. Disponible sur l'URL : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/pdf/2015/ChanChee.pdf>
30. ANAES. "La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge" Conférence de consensus. In Paris; 2000. Available from: [http://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise\\_suicidaire.pdf](http://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/crise_suicidaire.pdf)
31. Choquet M, Granboulan V, Huerre P, Jeamment P. Les jeunes suicidants à l'hôpital. Paris: EDK; 2004.
32. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17 ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014;62(1):22-7.
33. Picherot G, Dréno L, Le Manach L. Risque suicidaire de l'enfant et de l'adolescent : Identification et prise en charge. *Rev Prat.* 2005;(17):1943-8.
34. Alvin P. Adolescents souffrants et suicidants : les dangers de l'esquive. *Arch Pédiatrie.* 2008;(9):1383-7.
35. Lachal J, Orri M, Moro MR, Revah-Levy A. Perspectives des adolescents et jeunes adultes sur le suicide : une méta-synthèse qualitative. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2015;63(7):473-81.
36. Du Roscoät E, Beck F. Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature. *Santé Homme.* 2012;(422):4-9.
37. Mirkovic B, Belloncle V, Rousseau C, Knafo A, Guilé JM, Gérardin P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2014;62(1):33-46.
38. 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;3(7):646-59.
39. Gouvernement. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. - [Internet]. 2011. Disponible sur l'URL : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)
40. Observatoire National du Suicide, DREES, InVS. SUICIDE Connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives 2e rapport [Internet]. 2016 février [consulté le 20/06/2016]. Disponible sur l'URL : [http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016\\_synthese.pdf](http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_synthese.pdf)

## VII. Annexes

### 1) Note d'information destinée au représentant légal :



**Lettre d'information parent pour la participation à la recherche : « Évaluation de la fréquence d'une prise en charge psychologique ambulatoire préexistante chez des adolescents admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de suicide ou d'une idéation suicidaire : Étude descriptive et prospective**

#### **Médecin investigateur**

Nom : Dr Virginie Lagrée

Service : urgences médico-psychologiques

Adresse : CHU de Nantes, 9 quai Moncousu, 44093 Nantes Cedex 1

Téléphone : 02.40.08.38.71

#### **Responsable de la recherche**

Nom : CHU de Nantes

Adresse : 5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES

Principaux contacts : Secrétariat Bureau recherche

Téléphone : 02 53 48 28 35 (secrétariat bureau recherche)

**Ce document est remis au représentant du patient**

**Un exemplaire est conservé dans le dossier médical**

Madame, monsieur,

Votre enfant est actuellement hospitalisé dans le service suite à une tentative de suicide ou une grande souffrance psychique.

Le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, en collaboration avec le service de pédiatrie et de psychiatrie mène un travail de recherche dans le service, sous la direction du Dr Lagrée (psychiatre de liaison), afin d'évaluer le parcours de soin de ces enfants en grande souffrance psychologique. De plus en plus nombreux, nous souhaiterions, grâce à ce travail, mieux les comprendre, pour mieux les repérer et les aider.

L'objectif principal de cette étude est de rechercher l'existence d'une prise en charge psychologique par un professionnel de santé *avant* l'hospitalisation de votre enfant, en précisant les acteurs de ce suivi et la thérapie (ou autres aides) mises en place.

Cette recherche est réalisée à partir de données médicales collectées au cours de la prise en charge de votre enfant et grâce aux réponses que l'équipe médicale du service apportera à un questionnaire concernant le mode de vie de votre enfant, ses antécédents, les professionnels de santé qu'il a

rencontré par le passé, les traitements instaurés... Il se peut que vous soyez brièvement sollicité durant vos visites pour répondre à certaines de ces questions.

Cette recherche s'intéresse également au devenir des enfants ou adolescents après leur sortie d'hospitalisation. Reviennent-ils à l'hôpital voir un médecin ou un psychologue ? Sont-ils ré-hospitalisés ? Pour cela, 6 mois après l'hospitalisation de votre enfant, une recherche dans son dossier médical informatisé sera effectuée afin de savoir si celui-ci a de nouveau consulté au CHU (en consultation, aux urgences ou en hospitalisation) et quel était le motif de cette consultation.

Cette recherche ne présente pas de risque pour la santé de votre enfant. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour sa santé en particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre l'essor de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouveaux traitements thérapeutiques.

Pour être menée à bien, cette recherche nécessite la mise en œuvre d'un traitement informatisé des données personnelles de votre enfant afin de permettre d'analyser les résultats. Un fichier informatique comportant ces données va donc être constitué. Par mesure de confidentialité et pour respecter sa vie privée, ces données seront systématiquement codées. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge du suivi de votre enfant auront connaissance de vos données nominatives.

Conformément à la loi, vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification des données enregistrées sur informatique, à tout moment, par l'intermédiaire de votre médecin. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Vous pouvez exercer vos droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné en début de ce document.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser la participation de votre enfant à la recherche qui vous est présentée. Si vous acceptez, vous êtes libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à vous justifier et votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de votre enfant. Si vous refusez la participation de votre enfant, les données ne seront pas utilisées pour cette recherche et resteront destinées à l'usage strict du soin.

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Votre médecin pourra vous informer, sur votre demande, des résultats globaux de cette recherche.

Le médecin qui vous a proposé la recherche et vous a donné oralement toutes les informations nécessaires peut répondre à toutes vos questions.

**Merci de conserver cette notice d'information**

## 2) Note d'information destinée aux enfants et adolescents :



**Lettre d'information Patient pour la participation à la recherche : « Évaluation de la fréquence d'une prise en charge psychologique ambulatoire préexistante chez des adolescents admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de suicide ou d'une idéation suicidaire : Étude descriptive et prospective »**

### **Médecin investigateur**

Nom : Dr Virginie Lagrée

Service : urgences médico-psychologiques

Adresse : CHU de Nantes, 9 quai Moncousu, 44093 Nantes Cedex 1

Téléphone : 02.40.08.38.71

### **Responsable de la recherche**

Nom : CHU de Nantes

Adresse : 5 allée de l'île Gloriette, 44 093 NANTES

Principaux contacts : Secrétariat Bureau recherche

Téléphone : 02 53 48 28 35 (secrétariat bureau recherche)

**Ce document est remis au patient**

**Un exemplaire est conservé dans le dossier médical**

Bonjour,

Tu es actuellement à l'hôpital car tu as essayé de te faire du mal. Malheureusement, d'autres enfants ou adolescents, comme toi, viennent à l'hôpital car ils souffrent psychologiquement et sont malheureux.

Le service des urgences du Centre Hospitalier Universitaire de Nantes, en collaboration avec le service de pédiatrie et de psychiatrie mène un travail de recherche pour mieux comprendre ton parcours de soins avant d'arriver à l'hôpital ainsi que celui des autres enfants également dans ton cas. Est-ce que ton médecin généraliste est au courant que tu as des soucis ? Lui as-tu déjà parlé de ta tristesse ou de tes problèmes ? Peut-être as-tu déjà vu des psychologues ou psychiatres ? Trouves-tu que ton médecin a essayé de t'aider ?

L'autre but de ce travail, grâce aux informations que nous allons recueillir, est de mieux connaître les raisons qui font que ces enfants, comme toi, sont malheureux ou tristes, afin de mieux les aider.

Cette recherche est réalisée à partir de données collectées au cours de ton hospitalisation. Durant ton séjour, tu vas rencontrer des médecins qui vont parler avec toi pour te connaître et t'aider à aller mieux. Si tu acceptes de participer à cette étude, ces médecins te poseront juste quelques questions supplémentaires.

Ce projet s'intéresse également à ce qui arrive aux enfants et adolescents après leur sortie d'hospitalisation. Reviennent-ils à l'hôpital voir un médecin ou un psychologue ? Sont-ils ré-hospitalisés ? C'est pourquoi 6 mois après ton hospitalisation, une recherche dans ton dossier médical informatisé sera réalisée pour savoir si tu es revenu au CHU (en consultation, aux urgences ou en hospitalisation) et pour quelle raison.

Toutes les informations obtenues seront ensuite utilisées **codées**, c'est-à-dire que ton nom n'apparaîtra nulle part, et tout cela ne servira que pour un **but scientifique**. Seuls les professionnels de santé personnellement en charge de ton suivi auront connaissance de tes données.

Conformément à la loi, tu peux t'opposer à la transmission de tes données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées et d'être traitées dans le cadre de cette recherche. Tu peux exercer ces droits d'accès et de rectification auprès du Docteur mentionné en début de ce document.

Tu es libre d'accepter ou de refuser de participer à la recherche qui t'es présentée, on demandera également leur avis à tes parents. Si tu acceptes, tu es libre de changer d'avis à tout moment sans avoir à te justifier et ta décision ne portera aucun préjudice à la qualité de ta prise en charge. Si tu refuses de participer, tes données ne seront pas utilisées pour cette recherche et ne seront utilisées que pour te soigner.

Cette étude a été déclarée à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

Ton médecin pourra t'informer, si tu le demandes, des résultats de cette recherche.

Cette recherche ne présente pas de risque pour ta santé. Les résultats qui en seront issus ne permettront pas d'apporter des informations pertinentes pour ta santé en particulier. Ils favoriseront le développement des connaissances dans le domaine de la santé et devront être confirmés, ensuite, par des études cliniques complémentaires, afin de permettre de nouvelles méthodes de diagnostic, de nouveaux traitements et thérapies.

À tout moment, tu peux décider de stopper ta participation à l'étude sans que cela ne change quoi ce soit à ta prise en charge.

**Merci de conserver cette notice d'information**

### 3) Fiche de recueil durant l'hospitalisation d'un enfant (service de pédiatrie)



**Évaluation de la fréquence d'une prise en charge  
psychologique ambulatoire préexistante chez des adolescents  
admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de  
suicide ou idéations suicidaires**

Nom de l'enfant (ou étiquette) :

Prénom :

Contacts téléphoniques pour le suivi (préciser le lien par rapport à l'enfant) OBLIGATOIRE :

Nom et fonction de l'investigateur :

Lettres d'information destinées aux parents ET à l'enfant remises (OBLIGATOIRE)

Accord verbal pour la participation à l'étude obtenu des parents ET de l'enfant (OBLIGATOIRE)

Date d'hospitalisation :

Age lors de l'hospitalisation (ou étiquette patient) :

Sexe :

Masculin

Féminin

Passage par les urgences :

Oui

Non

- Si oui, enfant accompagné par :

Père

Mère

Les deux parents

Membre de la famille (préciser)

Éducateur

Autre :

- Si oui, enfant se présente :

Spontanément (accompagné ou non)

Adressé par un professionnel de santé

(préciser)

- Pas de passage aux urgences car :

Hospitalisation programmée

Adressé par médecin (préciser) :

Adressé par une structure (préciser) :

Motif d'hospitalisation:

Tentative de suicide récente

Idéations suicidaires

Lieu d'hospitalisation :

Service de Pédiatrie

SHIP

Autre :

Mode opératoire en cas de TS (Préciser):

Intox médicamenteuse volontaire :

Lésion auto-infligée (phlébotomie...) :

Ivresse aigue

Pendaison

Défenestration/ chute d'un lieu élevé

Ingestion de produits toxiques

Autre :

Lieu de réalisation en cas de TS :

- Domicile ou institution
- Milieu scolaire
- Autre : *(préciser)*

Facteur déclenchant de la TS ou des idéations suicidaires : *(Préciser)*

(ex : conflit parental, échec scolaire, agression, perte,...)

Impulsivité /Préméditation: Avais tu déjà pensé à te faire du mal geste avant cette fois ci ?

- Oui *(préciser)*
- Non

Lieu de vie de l'enfant

- Avec les deux parents
- Avec le père
- Autre :
- Avec la mère
- Institution

Situation parentale lors de l'hospitalisation:

- Marié
- Parent isolé
- (préciser)*
- séparé/divorcé
- 1 parent décédé

Fratrie :

- Nombre d'enfants (y compris ½) :
- Place de l'enfant dans la fratrie :

Scolarité :

Filière :

- Classe Primaire
- Etablissement spécialisé
- Collège

Classe de l'enfant au moment de l'hospitalisation :

Redoublement

- oui, ... fois
- Non

Difficultés scolaires et/ou absentéisme

- oui
- Non

#### **AVANT CETTE HOSPITALISATION :**

Antécédents d'hospitalisation pour :

- Tentative de suicide
- Idées suicidaires
- Troubles du comportement (scarification, insomnie, anxiété)
- Agressivité, Agitation
- Pathologie organique
- Autre :

Antécédent de tentative de suicide **non suivie** (sans consultation spécialisée ni hospitalisation)

Oui, ... fois  Non

Antécédent familial (ex : psychiatrique, atcd de TS, somatique, alcoolisme, prison)

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui : lien avec l'enfant :

Pathologie :

Antécédent de maltraitance / sévices

Oui (*préciser*) :  
 Non  Non renseigné

Antécédents de maladie organique chronique :  Oui, (*laquelle*)

Non

Prise d'un traitement de fond :

Oui, (*lequel*)

Non

Suivi spécialisé antérieur (organique) :

Oui (*préciser*)

Non

Consommation de toxiques :

Tabac  Cannabis  Alcool  Autre :

Conduites à risque : T'arrives t'il parfois de te mettre en danger ?

Oui  Non

De quelle manière ?

Existence d'un suivi médical régulier (vaccination, certificat sportif...) par un même généraliste :

Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence :

< 1 fois/an  1 fois/ an  plusieurs fois/ an

Si oui, à l'occasion d'une visite « de routine » pour un tout autre motif ; le médecin a-t-il recherché des difficultés psychologiques en interrogeant l'enfant sur son sommeil, son stress à la maison et à l'école, son tabagisme, des traumatismes dans l'année... ?

Oui  Non

L'enfant a-t-il consulté son médecin dans le mois précédent son geste ou ses idéations suicidaires ?

Oui  Non

Si oui, quel était le motif de consultation ?

L'enfant a-t-il évoqué sa souffrance psychologique et ses idées suicidaires à cette occasion ?

Oui  Non

Qu'a proposé le médecin ?

Orientation (*préciser*)  Hospitalisation  
 Réévaluation  Rien  
 Traitement d'une pathologie somatique  
 Traitement médicamenteux (*préciser*)  
 Autre :

L'enfant a-t-il consulté un autre professionnel de santé dans le mois précédent son geste ou ses idées suicidaires ? (y compris kiné, orthophoniste,...)

Oui  Non

Si oui, qui a-t-il consulté ?

Psychologue  CMPP  
 Pédopsychiatre  
 IDE scolaire  Autre :

Quel était le motif de consultation ?

L'enfant a-t-il évoqué sa souffrance psychologique et ses idées suicidaires à cette occasion ?

Oui  Non

Qu'a proposé ce professionnel ?

Orientation (*préciser*) :  
 Hospitalisation  Réévaluation  
 Rien  Autre :

L'enfant a-t-il déjà consulté son médecin traitant pour lui confier des difficultés psychologiques par le passé ?

Oui  Non

Si oui, que lui avait-t-il conseillé ?

Orientation vers spécialiste (*préciser*) :  
 Simple écoute avec proposition de revenir en discuter si difficulté persistante  
 Traitement médicamenteux (*préciser*) :  
 Rien  Autre :

L'enfant trouve-t-il son médecin traitant compétent dans le dépistage de problèmes psychologiques ?

Pas du tout  Peu compétent  Plutôt compétent  Très compétent

L'enfant trouve-t-il son médecin traitant efficace dans l'aide proposée ?

Pas du tout  Peu efficace  Plutôt efficace  Très efficace

Existence d'un suivi psychologique de l'enfant déjà en place avant son geste ?

Oui  Non

Pour quel motif ? (ex : trouble du comportement, trouble du sommeil, difficultés scolaires,...)  
(*Préciser*)

Si oui, acteur du suivi psy ?

Généraliste lui-même  Psychologue  
 CMP/CMPP



#### 4) Fiche de recueil durant l'hospitalisation d'un adolescent :



**Évaluation de la fréquence d'une prise en charge psychologique ambulatoire préexistante chez des adolescents admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de suicide ou idéations suicidaires**

Nom du patient : (*ou étiquette*)

Prénom :

Contacts téléphoniques pour le suivi des patients (*préciser le lien avec l'enfant*) OBLIGATOIRE :

Nom et fonction de l'investigateur :

Lettres d'information destinées aux parents ET à l'adolescent remises (OBLIGATOIRE)

Accord verbal pour la participation à l'étude obtenu des parents ET de l'ado (OBLIGATOIRE)

Date d'hospitalisation ou admission

Age lors de l'hospitalisation (*ou étiquette patient*) :

Sexe :  Masculin  Féminin

Passage par les urgences :  Oui  Non

- Si oui, adolescent accompagné par :  Père  Mère  Les deux  
 Membre de la famille (*préciser*) :  
 Éducateur  Autre :

- Si oui, adolescent se présente :  Spontanément (accompagné ou non)  
 Adressé par un professionnel de santé (*préciser*) :

- Pas de passage aux urgences car :  Hospitalisation programmée  
 Adressé par médecin (*préciser*) :  
 Adressé par une structure (*préciser*) :

Motif d'hospitalisation :  Tentative de suicide récente  
 Idéations suicidaires

Lieu d'hospitalisation :  UHCD  SHIP  
 Psychiatrie adulte  Unité ESPACE  
 Autre :

Mode opératoire en cas de TS (Préciser) :

- Intoxication médicamenteuse volontaire :
- Lésion auto-infligée (phlébotomie...)
- Ivresse aigue  Pendaison
- Défenestration/ chute d'un lieu élevé
- Ingestion de produits toxiques :
- Autre :

Lieu de réalisation en cas de TS :

- Domicile ou institution
- Milieu scolaire  Autre : (préciser)

Facteur déclenchant de la TS ou des idéations suicidaires : (ex : conflit parental, échec scolaire, agression, perte,...)

Impulsivité /Préméditation : Avais tu déjà pensé à te faire du mal geste avant cette fois ci ?

- Oui (Préciser)  Non

Lieu de vie de l'ado :

- Avec les deux parents
- Avec la mère  Avec le père
- Institution  Autre :

Situation parentale lors de l'hospitalisation :

- Marié  séparé/divorcé
- Parent isolé  un parent décédé (préciser)

Fratrie :

- Nombre total d'enfants (y compris 1/2) :
- Place de l'enfant dans la fratrie :

Scolarité

Filière :

- Général  Déscolarisé
- CFA (CAP,BEP,BTS,Bac pro)
- Etablissement spécialisé

Classe de l'ado au moment de l'hospitalisation :

Redoublement :

- oui, ... fois  Non

Difficultés scolaires et/ou absentéisme :

- oui  Non

### **AVANT CETTE HOSPITALISATION :**

Antécédents d'hospitalisation pour :

- Tentative de suicide
- Idées suicidaires
- Troubles du comportement (scarification, insomnie, anxiété)
- Agressivité, Agitation
- Pathologie organique  Autre :

Antécédent de tentative de suicide **non suivie** (sans consultation spécialisée ni hospitalisation)

Oui, ... fois  Non

Antécédent familial (ex : psychiatrique, atcd de TS, somatique, alcoolisme, prison)

Oui  Non  Ne sait pas

Si oui : lien avec l'enfant :

Pathologie :

Antécédent de maltraitance / sévices

Oui (*préciser*) :  Non  
 Non renseigné

Antécédents de maladie organique chronique :  Oui, (*laquelle*)  Non

Prise d'un traitement de fond :  Oui, (*lequel*)  Non

Suivi spécialisé antérieur (organique) :  Oui (*préciser*)  Non

Consommation de toxiques :

Tabac  Cannabis  Alcool  Autre :

Conduites à risque : T'arrives t'il parfois de te mettre en danger ?

Oui  Non

De quelle manière ?

Existence d'un suivi médical régulier (vaccination, certificat sportif...) par un même généraliste :

Oui  Non

Si oui, à quelle fréquence :

< 1 fois/an  1 fois/ an  plusieurs fois/ an

Si oui, à l'occasion d'une visite « de routine » pour un tout autre motif ; le médecin a-t-il déjà recherché des difficultés psychologique en interrogeant l'ado sur son sommeil, son stress à la maison et à l'école, son tabagisme, des traumatismes dans l'année... ?

Oui  Non

L'adolescent a-t-il consulté son médecin dans le mois précédent son geste ou ses idéations suicidaires ?

Oui  Non

Si oui, quel était le motif de consultation ?

L'adolescent a-t-il évoqué sa souffrance psychologique et ses idées suicidaires à cette occasion ?

Oui  Non

Qu'a proposé le médecin ?

Orientation (*préciser*)  Hospitalisation  
 Réévaluation  Rien  
 Traitement d'une pathologie somatique  
 Traitement médicamenteux (*préciser*)  
 Autre :

L'adolescent a-t-il consulté un autre professionnel de santé dans le mois précédent son geste ou ses idées suicidaires ? (y compris kiné, orthophoniste,...)

- Oui  Non

Si oui, qui a-t-il consulté ?

- Psychologue  CMP  
 Psychiatre  IDE scolaire  
 Autre :

Si oui, quel était le motif de consultation ?

L'adolescent a-t-il évoqué sa souffrance psychologique et ses idées suicidaires à cette occasion ?

- Oui  Non

Qu'a proposé ce professionnel ?

- Orientation (*préciser*) :  
 Hospitalisation  Réévaluation  
 Rien  Autre :

L'adolescent a-t-il déjà consulté son médecin traitant pour lui confier des difficultés psychologiques par le passé ?

- Oui  Non

Si oui, que lui avait-t-il conseillé ?

- Orientation vers spécialiste (*préciser*) :  
 Simple écoute avec proposition de revenir en discuter si difficulté persistante  
 Traitement médicamenteux (*préciser*) :  
 Rien  Autre :

L'adolescent trouve-t-il son médecin traitant compétent dans le dépistage de problèmes psychologiques ?

- Pas du tout  Peu compétent  Plutôt compétent  Très compétent  
Pour quelles raisons ?

L'adolescent trouve-t-il son médecin traitant efficace dans l'aide proposée ?

- Pas du tout  Peu efficace  Plutôt efficace  Très efficace

Existence d'un suivi psychologique de l'ado déjà en place avant son geste ?

- Oui  Non

Pour quel motif ? (ex : trouble du comportement, trouble du sommeil, difficultés scolaires,...)  
(*Préciser*)

Si oui, acteur du suivi psy ?

- Généraliste lui-même
- CMP/CMPP
- Psychiatre/Pédopsychiatre
- Unité ESPACE
- Maison des Adolescents
- Psychologue
- Autre :

Suivi psychologique de l'ado **proposé mais non mis en place** avant son geste ?

- Oui
- Non

Si oui, pour quelle raison ?

- Le prix
- La distance du lieu de soin
- La disponibilité de l'accompagnant
- Le délai de prise en charge trop long
- Refus de l'ado
- Autre :

**APRES CETTE HOSPITALISATION :**

L'ado voudrait-il être accompagné par un professionnel à la sortie, et débiter un suivi psychologique?

- Oui
- Non

Si oui, par qui ?

- Son médecin généraliste
- CMP
- Psychiatre/ pédopsy
- Ne sait pas
- Psychologue
- Educateur
- IDE scolaire
- Autre :

L'ado souhaite t'il revoir son médecin généraliste à la sortie ? Pour rediscuter avec lui de ce qui vient de se passer, de sa tristesse actuelle ou ses soucis ...

- Oui
- Non

Pourquoi ?

Signature de l'investigateur :



## 5) Fiche de suivi après hospitalisation

Identification du patient :

Nom

Prénom :

Durée de l'hospitalisation initiale :

Délai depuis la sortie d'hospitalisation : ... mois

### **Recherche informatisée des admissions au CHU du patient (via CLINICOM):**

Y a-t-il eu de nouvelles hospitalisations depuis ?

Oui  Non

Si oui, combien, dans quel délai après la sortie et pour quel(s) motif(s) ?

Y a-t-il eu un suivi psychologique sur le CHU de Nantes ?

Oui  Non

Si oui, par qui et à quelle fréquence ?

Ce suivi est-il **toujours** en cours au moment de la sortie de l'étude ?

Oui  Non

Sinon, quand s'est-il arrêté ? (*délai*)

Informations complémentaires :

## 6) Échelle de dépistage TSTS-CAFARD

### Cinq questions d'ouverture :

Traumatologie : « As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »

Sommeil : « As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »

Tabac : « As-tu déjà fumé ? (même si tu as arrêté) »

Stress scolaire ou familial (2 questions regroupées) : « Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux ? »

### Les clefs de gravité proposées pour chaque réponse positive aux questions d'ouverture :

Difficultés de sommeil => **Cauchemars** : « Fais-tu souvent des cauchemars ? »

Antécédent traumatique => **Agression** : « As-tu été victime d'une agression physique ? »

Fumeur => « **Fumes-tu** tous les jours au moins cinq cigarettes ? » Travail scolaire avec stress

Absentéisme : « Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »

Vie de famille tendue => **Ressenti Désagréable familial** : « Dirais-tu que ta vie est désagréable ? »

NB : Pour un seuil de 3 réponses positives, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 55 % vis-à-vis d'un antécédent de tentative de suicide dans la vie ou d'idées suicidaires dans l'année.

## 7) Evaluation du risque de dépression par l'échelle ADRS :

- Grille ADRS patient :

Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas.

	VRAI	FAUX
1 – Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail		
2 – J'ai du mal à réfléchir		
3 – je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment		
4 – Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse		
5 – Ce que je fais ne sert à rien		
6 – Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir		
7 – Je ne supporte pas grand-chose		
8 – Je me sens découragé (e)		
9 – Je dors très mal		
10 – A l'école, au boulot, je n'y arrive pas		

Cotation :

Le score d'ADRS compris entre (10-10), permet l'identification d'un risque de dépression

- Modéré pour une valeur < 4 et <8
- Ou important pour un score > 8

L'ADRS est ici utilisée comme une variable qualitative, décrivant un risque de dépression au seuil >4

NB : Pour un seuil de 3, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 60 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

- Grille ADRS médecin :

<b>1. Irritabilité</b>	
• Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur	0
• Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir	2
• Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées	4
• Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles	6
<b>2. Envahissement par le vécu dépressif</b>	
• Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)	0
• Vécu dépressif encore contenu	2
• Sensation d'être débordé par le vécu dépressif	4
• Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir	6
<b>3. Perceptions négatives de soi</b>	
• Absence de perceptions négatives de soi	0
• Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations	2
• Dévalorisation de soi et de ses réalisations	4
• Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant	6
<b>4. Idées de mort</b>	
• Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide	0
• Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide	2
• Préoccupations récurrentes à propos de la mort ou du suicide	4
• Idées de mort ou de suicide envahissantes	6
<b>5. Ralentissement psychique</b>	
• Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours	0
• Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration	2
• Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire	4
• Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile	6
<b>6. Sommeil</b>	
• Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité	0
• Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars)	2
• Troubles du sommeil importants, persistants	4
• Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante	6

<b>7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi</b>	
• Motivation maintenue pour la scolarité ou des activités professionnelles	0
• Perte de motivation pour les activités scolaires avec maintien de ces activités	2
• Perte de motivation marquée avec désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles	4
• Perte totale de motivation avec désinvestissement majeur des activités scolaires ou professionnelles	6
<b>8. Investissement des activités non scolaires (ANS)</b>	
• Intérêt et plaisirs préservés avec bon investissement des ANS habituelles	0
• Diminution du plaisir et de l'intérêt pour les ANS habituelles. Rétrécissement du champ des activités mais maintien des activités	2
• Perte de plaisir et de l'intérêt avec rétrécissement marqué des activités	4
• Absence d'intérêt et de plaisir pour les ANS, arrêt total des ANS habituelles	6
<b>9. Retrait relationnel</b>	
• Pas de retrait relationnel	0
• Retrait inhabituel	2
• Retrait relationnel jusqu'à l'isolement	4
	6
<b>10. Perceptions empathiques du clinicien</b>	
• Entretien perçu dans une ambiance tranquille	0
• Perception d'une tristesse diffuse en entretien	2
• Sensation de débordement émotionnel, et/ou d'une tristesse incoercible	4
• Perception d'une détresse intense silencieuse	6

TOTAL SCORE [ ]

NB : Pour un seuil de 15, la sensibilité est de 76 % et la spécificité de 80 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

Vu, le Président du Jury,  
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,  
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté  
(tampon et signature)

**Titre de Thèse :**

« Évaluation de la fréquence d'une prise en charge psychologique ambulatoire préexistante chez des adolescents admis au CHU de Nantes dans le cadre d'une tentative de suicide ou idéations suicidaires : Etude descriptive et prospective ».

---

**RESUME**

Les passages aux urgences et hospitalisations pour tentative de suicide (TS) sont en augmentation constante ces dernières années en France. Ils touchent en particulier les jeunes filles entre 15 et 19 ans. Le recours aux professionnels de santé dans le mois précédent l'hospitalisation pour TS et les prises en charges psychologiques préexistantes sont peu étudiées dans la littérature sur la population adolescente.

Notre étude prospective s'est intéressée aux parcours de soins de 62 mineurs âgés de 11 à 17 ans et admis au CHU de Nantes pour TS ou idéations suicidaires. 82 % de nos patients ont rencontré un professionnel de santé ou du système scolaire le mois précédent leur admission au CHU et 61% leur médecin généraliste. Deux tiers des jeunes ont confié leur souffrance psychique lors de cette rencontre. 44 % de ces mineurs avaient déjà un suivi psychologique en cours avant l'épisode actuel.

En dehors de la crise suicidaire, les adolescents consultent assez régulièrement leur médecin mais lui confient difficilement leur mal-être. Ils en ont une vision assez « somaticienne ». Le médecin traitant doit donc rechercher activement une éventuelle souffrance lors de toute consultation avec un jeune patient. Après une TS, il a un rôle central dans la coordination des soins, par sa connaissance de l'environnement de l'enfant et de son entourage familial. Il assure le relais entre l'hôpital et le démarrage d'un suivi ambulatoire, et par la suite, il doit rester vigilant quant au risque de récurrence.

Pour l'aider dans ces missions de repérage et de prévention, le développement d'outils pédagogiques simples d'utilisation et des formations professionnelles adaptées seraient à mettre en place.

---

**MOTS-CLES**

Tentative de suicide

Idéations suicidaires

Adolescent

Enfant

Suivi psychologique ambulatoire

Recours au médecin traitant

Prévention