HAL
open science

Récidive de tentative de suicide en population pédiatrique et bipolarité

Nathalie Dugand Marchand

To cite this version:

Nathalie Dugand Marchand. Récidive de tentative de suicide en population pédiatrique et bipolarité. Médecine humaine et pathologie. 2014. dumas-01160396

HAL Id: dumas-01160396

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01160396

Submitted on 5 Jun 2015

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

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

DUGAND MARCHAND NATHALIE

RÉCIDIVE DE TENTATIVE DE SUICIDE EN POPULATION PÉDIATRIQUE ET BIPOLARITÉ

NICE 2014

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

RÉCIDIVE DE TENTATIVE DE SUICIDE EN POPULATION PÉDIATRIQUE ET BIPOLARITÉ

Présentée et publiquement soutenue le 7 octobre 2014 par

DUGAND MARCHAND NATHALIE
Née le 10 octobre 1986 à Nice

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

Président du Jury	Monsieur le Professeur ROBERT Philippe
Directeur de Thèse	Madame le Professeur ASKENAZY Florence
Assesseurs	Monsieur le Professeur DARCOURT Guy
	Monsieur le Professeur PRADIER Christian
	Madame le Docteur MENARD Marie-Line

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er novembre 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HÉBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAPALUS Philippe
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie M. EMILIOZZI Roméo M. GASTAUD Marcel M.GIRARD-PIPAU Fernand M. GIUDICELLI Jean M. MAGNÉ Jacques Mme MEMRAN Nadine M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53.01)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)

M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

M. LEVRAUT Jacques Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M. PASSERON Thierry Dermato-Vénéréologie (50-03)
M. PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)
M. PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)
M. RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)
M. SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M. STACCINI Pascal Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M. THOMAS Pierre Neurologie (49.01)
M. TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. VENISSAC Nicolas Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

A. PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. SAUTRON Jean-Baptiste Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI-PERRET Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme DONZEAU Michèle Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. FRANKEN Philippe Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle LANDRAUD Luce Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M. PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mlle PULCINI Céline Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M. ROUX Christian Rhumatologie (50.01)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

B. PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
M.	MAKRIS Démosthènes	Pneumologie
M.	PITTET Jean-François	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale

C. MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur P. ROBERT

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter le sujet de cette thèse

Et la Présidence de notre jury

Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance pour la confiance que vous nous avez accordée.

À NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur G. DARCOURT

Votre présence dans ce jury nous honore.

Vous m’avez transmis votre passion pour la psychiatrie et la psychanalyse au cours de ces années. Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement.

Vous trouverez ici l’expression de ma profonde gratitude.

Madame le Professeur F. ASKENAZY

Vous avez bien voulu diriger ce travail.

Merci de votre aide précieuse, votre rigueur et votre disponibilité.

Vous m‘avez transmis votre savoir et votre regard sur la pédopsychiatrie.

Je vous en suis très reconnaissante.

Recevez l’assurance de mon profond respect.

À NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur C. PRADIER

Vous avez accepté de participer à ce jury de thèse.

Je vous remercie de votre disponibilité, vos encouragements et nos échanges autour de ce travail.

Acceptez ici mes sincères remerciements.

Madame le Docteur ML. MENARD

Depuis le premier semestre tu m’accompagnes dans ma formation,

C’est donc avec honneur que je t’ai proposé de participer à ce jury de thèse.

Merci pour ta présence aujourd’hui et pour ton attention particulière depuis ces quatre années, je t’en suis grandement reconnaissante.

À tous ceux qui, de façon indirecte ou directe, m’ont aidé dans ce travail en me transmettant le savoir être et leur savoir-faire en psychiatrie

À M. le Professeur MYCQUEL

À M. le Professeur PRINGUEY

À M. le Docteur BENOIT

À M. le Docteur JOVER

À M. le Docteur DE GEORGES

Recevez ma gratitude pour la formation clinique que vous m ‘avez dispensée.

À mes parents sans qui je ne serai pas là

Maman, Tulio, vous m'avez donné goût à la médecine et à la psychiatrie, vous avez contribué à votre façon à ma finesse d'esprit et ma tendance obsessionnelle ;
Papa, Doris, vous m'accompagnez de près et de loin, sans jamais douter de ma pugnacité et de mon audace, tant dans la vie professionnelle que personnelle ;

À ma grand-mère, merci pour ta bienveillance, ton soutien, ton écoute, ta présence dans mes moments de doutes et de joies depuis toutes ces années ;
À Marie Paule, toujours présente avec constance et humanité, merci pour tous ces AR au Kiss Fly de Nice et ailleurs !

À Marie et Serge, votre altruisme et votre douceur nous épaulent depuis dix ans maintenant, merci pour votre présence auprès de Boris que je ne saurai oublier ;

À mes frères et sœurs, Laure, Boris, Sofia, Rafaël, Elias et Marcos, nos engueulades et nos retrouvailles plus récentes, je suis fière de chacun de nos chemins respectifs qui nous ressemblent tant ;

À Boris, il paraît qu'être jumeau c'est compliqué … « L'un sans l'Autre » est douloureux mais la Vie dépasse la perte. Ta joie et ton élan me donne l'énergie pour avancer à tes côtés, Merci !

À mes amis, qui partagent mes aventures depuis l'enfance

David, Arnaud, Arthur, depuis le Rebberg, les chamailleries sont devenues de véritables joutes verbales où vous m'accordez une place particulière …

N'arrêtez pas !

Hélène Dp Cb, après la préparation du bac, on s'est retrouvées pour la préparation de ton mariage, Merci pour tout.

À mes amis et potes de fac ! Médecins en formation ou Docteur accomplis

Fériel, nous irons un jour à Birmandreis ensemble, rencontrer l'histoire ; merci pour la lumière que tu donnes sans compter ;

Giulia, la vivacité réfléchie qui partage la même discipline, changement de statut aux prochains congrès, mais pour le reste, ne changeons rien ;

Irina, amitié constante, merci pour ces longues soirées où doutes et convictions se mêlent à de bons verres de vin !

Marine, Johann, John, Stéphane …. L'équipe des bancs de St Jean d'Angély, de Georges Ville, des WE dans le Var, je n'oublie pas ces bons moments.

Et un grand merci à celui qui partage ma vie,

Emmanuel, toi qui a su me supporter avec patience et amour dans la rédaction finale de ce travail,

Merci pour ce buffet qui viendra clôturer cette soirée inoubliable !

« *La vie est courte,*

L'Art est long,

l'Occasion fugitive,

l 'Expérience trompeuse,

le Jugement difficile.

Il faut non seulement faire soi-même ce qui convient, mais encore faire que le malade, les assistants et les choses extérieures y concourent. »

Hippocrate, *Aphorisme*.

LISTE DES ABRÉVATIONS

AACAP	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
APA	American Psychiatry Association
ARI	Affective Reactive Index
C-GAS	Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement
CIM-10	Classification Statistique Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes - 10ème Edition
DMDD	Disruptive Mood Dysregulation Disorder
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDM	Épisode dépressif majeur
EOBP	Early Onset Bipolar Disorder
FDA	Foods and Drugs Administration
KIDDIE-SADS	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for Kids
MADRS	Montgomery and Asberg Depression Rating Scale
MDD	Mood Dysregulation Disorders
NIMH	National Institut of Mental Health
OMS	Organisation Mondiale pour la Santé
PTSD	Post-Traumatic Stress Disorder : État de stress post- traumatique
RUD	Risque Urgence Dangerosité suicidaire
SMD	Severe Mood Dysregulation
TDAH	Trouble Hyperactif avec Déficit de l'Attention
TOP	Trouble opposition / provocation
UPRTS	Unité de Prévention des Récidives de Tentative de Suicide
VEOBP	Very Early Onset Bipolar Disorder
YMRS	Young Mania Rating Scale

I. INTRODUCTION 20

II. TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ENFANT – L'ADOLESCENT 24
A. HISTORIQUE 24
1. Trouble bipolaire chez l'adulte au sein du DSM 25
2. Trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent 28

B. TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ENFANT PRÉ-PUBÈRE 30
1. Phénotypes cliniques 30
2. Les VEOBD 31

C. TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ADOLESCENT 34
1. Particularités liées à l'adolescence 34
2. Spécifités cliniques 34

D. TROUBLE BIPOLAIRE SELON LE DSM-5 36

E. NOUVELLE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE : LE *DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER* 38
1. L'irritabilité sévère chronique 38
2. Le « Severe Mood Disorder » 39
3. Le DMDD 41

III. TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS BIPOLAIRES 45
A. HISTORIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE 46

B. SPECIFICITÉS CLINIQUES 47
1. Démographiques 47
2. Cliniques 47
3. Facteurs psychologiques 48

IV. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE 50
A. HYPOTHÈSE PRINCIPALE 50

B. OBJECTIFS ET DESIGN DE L'ÉTUDE 50
1. Objectif principal 50
2. Objectifs secondaires 50
3. Design de l'étude 51
4. Population de l'étude 51

C. MÉTHODES 52

D. PLAN DE L'ANALYSE STATISTIQUE 57

V. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE 59
A. CARACTÉRISTIQUES DU GROUPE DES SUICIDANTS INCLUS 59
1. Données sociodémographiques 59
2. Données cliniques 62

B. DIAGNOSTIC DE TROUBLE BIPOLAIRE SELON LE DSM-5 64
1. Description des cas de bipolarité 65
2. Comparaison des échelles cliniques entre bipolaires et non bipolaires 73
3. Comparaison des antécédents familiaux entre bipolaires et non bipolaires 76

C. COMPARAISON DES DIAGNOSTICS CIM-10 ET DSM-5 79

D. RÉCIDIVES DE TENTATIVE DE SUICIDE À 3 MOIS 82

1. Comparaison des taux de récidives dans les deux groupes : bipolaires et non bipolaires 82
2. Comparaison des données cliniques et sociodémographiques entre les deux groupes : récidivants et non récidivants 84

VI. DISCUSSION 91

A. DISCUSSION DES RÉSULTATS **91**
1. Description du groupe de patients 91
2. Récidives de tentative de suicide 95

B. ÉVALUATION STANDARDISÉE ET ÉVALUATION CLINIQUE 97

C. PERSPECTIVES THERAPEUTIQUES *101*

1. Prévention des récidives de tentative de suicide 101
2. Prise en charge du trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent 103

VII. CONCLUSION 106

VIII. BIBLIOGRAPHIE 109

IX. TABLE DES ANNEXES 118

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Nous proposons un travail de recherche clinique sur les récidives de tentative de suicide chez les adolescents bipolaires suivis à l'hôpital Lenval du CHU de Nice au sein du CHU Lenval de Nice.
L'hypothèse principale de notre étude est la suivante: **Il y a plus de récidives de tentative de suicide chez les enfants – adolescents bipolaires par rapport aux enfants – adolescents non bipolaires.**

Au CHU-Lenval, nous recevons annuellement entre 147 enfants et adolescents adressés par les urgences pour tentative de suicide et / ou pour idées suicidaires. Ces jeunes patients sont pris en charge par l'unité pédopsychiatrique de prévention des récidives de tentative de suicide pour lesquels une hospitalisation leur est systématiquement proposée. Nous observons un taux de récidive de tentative de suicide autour de 15 à 20% sur la population de suicidants pris en charge les années 2012 et 2013. Les recommandations de 1998 rapportent un taux de récidive de 30%, le plus souvent au cours de la première année, et 1 à 2% décèdent par suicide dans le même délai [1]. Il est reconnu que le facteur de risque de passage à l'acte suicidaire le plus robuste est l'antécédent de tentative de suicide ; et que de plus, la pathologie psychiatrique augmente le risque de comportements suicidaires. Dans 20 à 30% des tentatives de suicide de l'adolescent, il existe une pathologie psychiatrique qui favorise le passage à l'acte suicidaire [1]. L'évaluation diagnostique et la prise en charge thérapeutique de ces suicidants est donc un enjeu majeur de santé publique pour le devenir de ces enfants et adolescents.

Notre exercice clinique quotidien chez les enfants et adolescents suicidants et nos recherches sur la thématique très actuelle du trouble bipolaire en population pédiatrique, nous a conduit à ce travail de recherche clinique.

Le trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent est une pathologie reconnue, en tous les cas en ce qui concerne la bipolarité de type 1 et 2, mais le diagnostic

reste complexe et controversé du fait de spécificités liées à l'âge et de l'hétérogénéité des tableaux cliniques.
Depuis une vingtaine d'années, nous observons une augmentation du nombre de diagnostics posés et de publications concernant le trouble bipolaire pédiatrique. Les études épidémiologiques conduites en population d'enfants et adolescents montrent une augmentation de la prévalence du trouble bipolaire, notamment aux USA, passant de 0,1 – 1% à plus de 6% [2;3]. Les résultats de ces études soulèvent l'hypothèse de l'existence de deux phénotypes différents de trouble bipolaire pédiatrique. Les formes les plus précoces se caractérisent le plus souvent par une symptomatologie thymique dépressive, une irritabilité sévère chronique et une dysrégulation de l'humeur et des émotions ; alors que les formes plus tardives chez l'adolescent se rapprochent des descriptions adultes [4]. La controverse actuelle porte sur l'intégration des dysrégulation sévère de l'humeur et des émotions au sein sur spectre bipolaire ; qui participerait à l'augmentation importante du nombre de cas diagnostiqués outre atlantique [5].

Les études adultes montrent que le pronostic du trouble bipolaire est moins favorable quand la maladie commence précocement : les comportements suicidaires et les abus de substances sont plus fréquents ; et le nombre d'hospitalisations sont plus importants.
Il existe aujourd'hui peu d'études prospectives en population pédiatrique de suicidants évaluant le trouble bipolaire. Pourtant nous savons que la bipolarité expose au suicide et aux tentatives de suicide. Le trouble de l'humeur est la première cause psychiatrique de suicide ; les taux de récidive sont augmentés par vingt chez les bipolaires de type 1, et plus élevé chez les bipolaires de type 2 [6]. Marangell et son équipe retrouvent 25 à 50% d'antécédent de tentative de suicide en population bipolaire adulte et 8 à 19% de décès par suicide [7]. Les principales études prospectives américaines en population pédiatrique montrent un taux élevé de tentative de suicide chez les bipolaires : 20% de tentative de suicide à 5 ans [8] et 44% dans une cohorte de bipolaire incluant les *Mood Dysregulation Disorders* [9]. Une étude francophone récente fait état de 46% de trouble de l'humeur dont 5% de trouble bipolaire en population pédiatrique de suicidants [10]. L'étude rétrospective de Strodeur rapporte plus de 50% de diagnostics psychiatriques en population pédiatrique de suicidants [11].

Le diagnostic précoce du trouble bipolaire est donc d'une importance majeure ; il permet d'instaurer une prise en charge adaptée et améliorer le devenir notamment en diminuant le risque suicidaire. Nous supposons que l'exploration diagnostique en population d'enfants et adolescents suicidants serait une première étape possible à la prise en charge thérapeutique des jeunes bipolaires.

En première partie, nous détaillerons la revue de la littérature sur le trouble bipolaire de l'adulte et de l'enfant et l'adolescent. Nous présenterons ensuite le protocole et la méthodologie de l'étude clinique. Après avoir décrit les résultats, et les avoir discuté ; nous aborderons pour finir la question délicate de l'évaluation diagnostique standardisée et clinique et les perspectives thérapeutiques.

TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

II. TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ENFANT – L'ADOLESCENT

A. HISTORIQUE

« Au fil des années, j'ai acquis la conviction que tous les tableaux (…) ne sont que les formes de manifestation d'un processus unique », Kraepelin

Les psychoses maniaco-dépressives sont caractérisées par une tendance cyclothymique à produire des accès maniaques et mélancoliques. Entre ces accès, l'état psychique est stable, l'humeur est dite euthymique.

Kraepelin décrit en 1899 une nouvelle catégorie appelée la « folie maniaco-dépressive », vue comme une psychose endogène, constitutionnelle [12]. Elle s'oppose à la dépression névrotique selon deux aspects : elle est plus grave et plus intense. Après-guerre, Karl Leonhard, élève de Kraepelin oppose la maladie unipolaire de la maladie bipolaire, selon qu'il y ait eu un épisode maniaque ou non. La notion de « psychose bipolaire » apparaît avec Kleist en 1953.

Le DSM – III reprend cette distinction en 1980 au sein de la section Trouble de l'Humeur et défini les « *Unipolar Disorders* » (Trouble Unipolaire) des « *Bipolar Disorders* » (Trouble Bipolaire).

Les Troubles Bipolaires se scindent en trouble bipolaire de type 1 et trouble bipolaire de type 2. Depuis le DSM-IV s'y ajoutent la cyclothymie, qui comporte d'une part des épisodes dépressifs et hypomaniaques et d'autre part des signes permanents d'instabilité (changements continuels des niveaux d'humeur, d'activité et d'énergie) ; et le trouble bipolaire non spécifié qui comporte des caractéristiques bipolaires mais qui ne répondent pas aux critères des troubles précédents (tant par le nombre de symptômes que par la durée des épisodes thymiques).

La définition s'est considérablement élargie à partir d'arguments génétiques, cliniques et évolutifs ; on parle aujourd'hui de « spectre du trouble bipolaire ».

L'hypothèse sous jacente est celle d'une vulnérabilité bipolaire, c'est à dire une potentialité à présenter des troubles du spectre bipolaire. L'instabilité émotionnelle ou la dysrégulation des émotions et de l'humeur pourrait être un facteur de vulnérabilité commun aux affections bipolaires [13].

1. *Trouble bipolaire chez l'adulte au sein du DSM*

Le trouble bipolaire se trouve au sein de l'Axe 1 du DSM-IV-R qui correspond aux « Troubles Cliniques ». Il se caractérise par la survenue d'épisodes thymiques distincts, qu'ils soient dépressifs ou maniaques ; avec des périodes de rémissions inter-épisodes où l'humeur est dite neutre. Les antécédents familiaux de trouble de l'humeur sont fréquents. Les troubles débutent en général à l'adolescence, et il existe en moyenne un retard diagnostic de 8 à 10 ans. Les troubles répondent aux thymorégulateurs. Les comorbidités sont fréquentes, notamment addictives et péjorent le pronostic. Par ailleurs, les sujets bipolaires sont à haut risque suicidaire, 15% d'entre eux décèdent par suicide [6].
On identifie quatre catégories : trouble de type 1, de type 2, cyclothymie et trouble non spécifié.

- Le trouble bipolaire de type 1

Est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes maniaques ou épisodes mixtes. Les sujets ont souvent également présenté un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs.

- Le trouble bipolaire de type 2

Est essentiellement caractérisé par la survenue d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'au moins un épisode hypomaniaque.
L'existence d'un épisode maniaque ou mixte exclut le trouble de type 2. Les sujets présentant un trouble de type 2 peuvent ne pas ressentir les épisodes hypomaniaques comme pathologiques. Les informations provenant des proches (famille, conjoint(e) s) sont souvent très importantes pour établir le diagnostic.

- Le trouble bipolaire non spécifié

S'il existe une alternance très rapide (sur quelques jours) de symptômes maniaques et dépressifs, qui ne répondent pas aux critères de durée d'un épisode maniaque ou d'un épisode dépressif majeur, le diagnostic est celui d'un trouble bipolaire non spécifié.

- Cyclothymie

La caractéristique essentielle d'un trouble cyclothymique est une évolution chronique et fluctuante de trouble de l'humeur comportant de nombreuses périodes de symptômes hypomaniaque et de nombreuses périodes de symptômes dépressifs.
Les symptômes hypomaniaques sont insuffisants en nombre, en sévérité, en étendue ou en durée pour répondre complètement aux critères d'un épisode hypomaniaque, de même que pour les symptômes dépressifs. Cependant, il n'est pas nécessaire que les périodes de symptômes hypomaniaques remplissent les critères de durée ou de seuil symptomatique d'un épisode hypomaniaque. Sur une période de 2 ans (1 an pour les enfants et les adolescents), il n'a existé aucune période de plus de 2 mois libre de tout symptôme.
Après la période initiale de 2 ans du trouble cyclothymique, des épisodes maniaques ou mixtes peuvent être surajoutés, et dans ce cas les deux diagnostics de trouble cyclothymique et de trouble bipolaire de type 1 sont posés conjointement. De même, après la période initiale de 2 ans du trouble cyclothymique, des épisodes dépressifs majeurs peuvent être surajoutés, et dans ce cas les deux diagnostics de trouble cyclothymique et de trouble bipolaire de type 2 sont posés conjointement.

Critères d'un épisode maniaque

Période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable; dont la durée est d'au moins une semaine ou une hospitalisation en psychiatrie est nécessaire. Au moins 3 symptômes suivants doivent être présents (ou 4 si l'humeur est irritable):

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil.
3. Plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

7. Engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

Cette perturbation de l'humeur entraine une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ; et/ou entraine une hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui.

Critères d'un épisode dépressif

Période nettement délimitée d'humeur dépressive ou de perte d'intérêt ou de plaisirs ; dont la durée est d'au moins deux semaines, et qui représente un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins 5 des symptômes doivent être présents :

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure). Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités
2. pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (ne pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Cette perturbation de l'humeur entraîne une souffrance nettement visible par l'entourage, et/ou entraîne une altération du fonctionnement social ou professionnel. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil.

Critères d'un épisode mixte

Les symptômes sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif, et cela presque tous les jours pendant une semaine.

Cette perturbation est suffisamment sévère pour entraîner une altération significative du fonctionnement social, ou professionnel ou des relations inter personnelles ou pour nécessiter une hospitalisation. L'hospitalisation étant justifiée pour prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou s'ils existent des symptômes psychotiques.

Critères de cycles rapides

Présence d'au moins 4 épisodes thymiques au cours des 12 derniers mois. Ces épisodes peuvent être maniaques, hypomaniaques, mixtes ou dépressifs. Il doit exister une période de rémission d'au moins 2 mois ou bien les fluctuations thymiques doivent correspondre à un virage de l'humeur vers une polarité opposée. L'individuation de ce sous-groupe se justifie par une moins bonne réponse au lithium et une prévalence plus élevée chez les femmes. Ces cycles rapides peuvent être favorisés par l'utilisation d'anti dépresseurs.

2. *Trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent*

En 1838, Esquirol décrivait trois cas d'enfants qualifiés de « maniaques » dans *Des Maladies Mentales*. Selon lui, les cas de « folie » étaient très rares chez l'enfant, et la manie éclatait davantage dans la « jeunesse » vers 20-30 ans.

Kraepelin en 1921 observait un pic de fréquence de début de la psychose maniaco-dépressive à l'adolescence avec une prédominance du début des troubles entre 15 et 20 ans dans un échantillon d'adultes atteint de psychose maniaco-dépressive. Les cas d'enfants dont le début des troubles commençait avant 10 ans étaient extrêmement rares. Il écrivait dans *La Folie Maniaco - Dépressive* « *la plus grande fréquence des premiers épisodes pathologiques se*

situe dans la puberté, caractérisé par un accroissement de l'excitabilité affective, entre 15 et 20 ans … l'âge influence de façon décisive la coloration des tableaux cliniques. Les cas évoluant de manière purement maniaque débutent très préférentiellement pendant la jeunesse, avant 25 ans. ».

En 1984, Manzano et Palacio décrivaient le « *Syndrome hypomaniaque du jeune enfant »* au sein d'une population d'enfants de moins de 6 ans [14]. Il se caractérisait par : une mégalomanie, une humeur euphorique, une hyperactivité motrice et psychique, une mauvaise reconnaissance des situations de danger et une tendance au contrôle et au mépris dans la relation à l'autre.

Depuis le DSM-IV en 1994, les critères diagnostiques sont applicables aux adolescents et aux enfants. Des outils diagnostiques adaptés aux enfants et adolescents ont ainsi été développés tels que la KIDDIE-SADS, que nous détaillerons plus tard. Néanmoins, le diagnostic de trouble bipolaire reste complexe pour plusieurs raisons. En psychiatrie infanto-juvénile, les symptômes sont à interpréter en fonction du développement de l'enfant et de son environnement, dans une perspective dynamique et longitudinale.

De plus, il existe des spécificités cliniques au trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent :

- les troubles bipolaires de type 1 sont rares;
- les cycles rapides sont plus fréquents ;
- ainsi que les symptômes psychotiques (60% des cas), notamment dissociation et hallucinations faisant davantage évoquer une schizophrénie ;
- la comorbidité avec le TDAH est fréquente ainsi que le chevauchement de symptômes tels que : l'impulsivité, l'irritabilité, l'hyper activité et les comportements agressifs.

Les symptômes maniaques tels que : l'attirance sexuelle excessive, les projets démesurés, les idées mégalomaniaques, les dépenses inconsidérées sont difficilement applicables chez des enfants pré pubères.

L'existence d'une phase prodromale de la maladie est encore débattue [15]. Considérer les symptômes maniaques juvéniles comme une phase prodromale du trouble bipolaire ou l'entrée dans la maladie est une question majeure, car elle

implique des stratégies de prise en charge différentes, notamment pharmacologiques.
L'étude de Corell conforte la notion de phase prodromale du trouble bipolaire [16]. La symptomatologie durant cette phase reste non spécifique : diminution du travail scolaire, labilité émotionnelle, crises clastiques, isolement social, signes dépressifs subsyndromiques et symptômes maniaques atténués.

Depuis une vingtaine, la littérature du trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent a considérablement augmenté ; ainsi que la prévalence du trouble bipolaire pédiatrique. De nouveaux concepts de « dysrégulation de l'humeur et de l'émotion » et « d'irritabilité chronique » ont été développés pour identifier et décrire ces enfants dits « bipolaires » mais ne présentant pas les critères cliniques stricts du trouble bipolaire.

B. TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ENFANT PRÉ-PUBÈRE

1. Phénotypes cliniques

En biologie moléculaire, le phénotype est « la manifestation apparente de la constitution du génome sous la forme d'un trait morphologique ou d'un syndrome clinique ».
En psychiatrie, les phénotypes correspondent à des traits, des caractéristiques cliniques et/ou biologiques résultant de l'interaction entre les facteurs génétiques qui les déterminent et l'environnement qui peut en modifier l'expression [17].
Quand on parle de « phénotypes » en décrivant des groupes de cas, il s'agit de groupes homogènes dont les bases pathophysiologiques, biologiques, pharmacologiques et génétiques sont identiques.

En 2001, le NIMH (*National Institute of Mental Health)* affirme que le trouble bipolaire peut être diagnostiqué chez l'enfant pré – pubère et propose deux phénotypes pour le décrire: le phénotype étroit et le phénotype large [18].

En 2003, Leibenluft et ses collègues proposent de distinguer trois phénotypes distincts pour décrire cette population. Ils identifient le phénotype étroit,

correspondant au trouble bipolaire de type 1; et les phénotypes intermédiaires et larges qui correspondent à des formes atténuées du trouble [19].

Le *narrow phenotype* ou phénotype étroit correspond à la définition du trouble bipolaire de type 1 du DSM-IV-R. Il reprend l'intégralité des critères de manie sus cités, notamment les critères de durée et les symptômes cliniques spécifiques (grandiosité, élation de l'humeur, excitation).

Dans l'*intermediate phenotype* ou phénotype intermédiaire, il peut exister l'intégralité des critères cliniques de manie du DSM-IV-R en dehors de celui de la durée, plus courte de 1 – 3 jours ; ou bien le critère de durée est respecté, mais les symptômes cliniques d'élation / exaltation de l'humeur et grandiosité ne sont pas respectés et l'humeur est irritable au cours de l'épisode maniaque.

Dans le *broad phenotype* ou phénotype large, l'évolution est chronique, on ne retrouve pas de fluctuations thymiques épisodiques. Il n'existe pas de franche élation de l'humeur ni d'idée de grandiosité.

Les phénotypes étroits et les phénotypes intermédiaires sont des groupes homogènes ; alors que le groupe large ne l'est pas. Il regroupe des enfants décrits comme particulièrement irritables, avec des moments d'explosions de colère au cours desquelles les affects sont dépressifs ou mixtes. Leur fonctionnement global est altéré de façon significative, notamment sur le plan scolaire.

2. Les VEOBD

Cliniquement, l'AACAP propose de distinguer les « *Early Onset Bipolar Disorder* » (EOPB) pour les enfants dont les troubles débutent avant l'âge de 18 ans ; des « *Very Early Onset Bipolar Disorder* » (VEOBD) pour les moins de 12 ans [20].
Les VEOBD se distinguent des descriptions cliniques adultes pour plusieurs raisons que nous détaillons ci-dessous.

Particularités cliniques des épisodes maniaques et hypomaniaques

1) Lors des épisodes maniaques ou hypomaniaques :

- les variations d'humeur, d'énergie et les changements de comportements sont plus labiles que persistants ;
- l'irritabilité et l'opposition sont plus fréquentes que l'humeur euphorique [21] (Masi ; 2006);

2) les épisodes sont moins bien individualisables que chez l'adulte, l'évolution est davantage chronique [21;22].

Particularités des épisodes dépressifs

Lors des épisodes dépressifs :

- l'humeur est davantage dysphorique que triste ;
- les crises de colères explosives sont fréquentes et l'irritabilité quasi constante ;
- et il y a plus de troubles des conduites, d'anxiété et d'abus de substances que chez les enfants souffrant de dépression unipolaire [23].

L'AACAP a mis en évidence des facteurs prédictifs de bipolarité devant un épisode dépressif de l'enfant [20]:

- l'installation rapide de l'épisode avec un ralentissement psychomoteur intense ;
- des symptômes psychotiques associés fréquents ;
- l'existence d'antécédents familiaux de trouble bipolaire ;
- l'antécédent de virage maniaque et/ou hypomaniaque induit par antidépresseurs.

Il est primordial de distinguer le caractère bipolaire de l'épisode dépressif.

Les études montrent que la prescription d'antidépresseurs en cas de bipolarité chez l'enfant augmente le risque d'épisodes maniaques et hypomaniaques iatrogènes, la fréquence des états mixtes et le risque de passage à l'acte suicidaire [21].

Évolution

Il semble que la distinction épisodique / chronique de l'évolution du trouble soit une particularité du trouble bipolaire de l'enfant. La majorité des enfants dont l'évolution est épisodique a tendance à présenter des tableaux similaires à ceux décrit dans le DSM-IV-R, que l'épisode soit maniaque / hypomaniaque ou dépressif ou mixte ; ils peuvent présenter des symptômes psychotiques lors des épisodes, et les antécédents familiaux de trouble bipolaire sont fréquents.

En revanche, ceux présentant une évolution chronique n'expérimentent pas ou peu d'idées de grandeur, ne présentent ni symptômes psychotiques ni franche élation de l'humeur.

Dans leur étude européenne portant sur une cohorte de 136 patients de 8 – 18 ans suivis pendant 5 ans, Masi et son équipe apportent des arguments supplémentaires à la distinction EOBD et VEOBD [21].

Les patients présentant une évolution chronique du trouble:

- sont plus jeunes : 7,3±3,5 ans avec une durée moyenne d'évolution de la maladie de 3,6±2,5 ans [24];
- débutent leur trouble plus jeune : 10 ans au lieu de 12 ans;
- présentent davantage de comorbidités avec le TDAH;
- et répondent moins bien aux traitements pharmacologiques, notamment thymorégulateurs.

Fréquence des comorbidités

Une particularité supplémentaire du VEOBD est la forte comorbidité avec les troubles externalisés, en particulier le TDAH [22].

Dans les populations adultes bipolaires, on retrouve 10 à 20% d'antécédent de TDAH dans l'enfance [20].

Les symptômes tels que l'irritabilité, la distractibilité, la logorrhée et l'agitation sont communs aux TB et au TDAH chez le jeune pré pubère [20;24]. L'histoire pré morbide est différente, avec des troubles des apprentissages et du comportement plus fréquents dans les groupes TDAH et TOP.

L'irritabilité du trouble bipolaire est plus sévère, persistante et associée à des colères, rage et violence ; avec une agressivité sous-jacente intense, se manifestant par des crises clastiques et des comportements violents à l'égard de

l'entourage.

C. TROUBLE BIPOLAIRE CHEZ L'ADOLESCENT

1. Particularités liées à l'adolescence

À l'adolescence, les oscillations de l'humeur sont constantes ; l'intégration de la régulation de l'humeur à une personnalité en plein bouleversement ne se fait pas sans difficultés.
Les troubles retentissent de façon privilégiée sur la scolarité.
L'externalisation de la souffrance est la voie privilégiée chez les adolescents d'où l'importance des troubles des conduites, des conduites addictives et le risque de marginalisation progressive.
Il existe fréquemment un chevauchement entre le retentissement du trouble de l'humeur et des attitudes de transgressions, de défi. Les adolescents ont tendance à sous-estimer leurs symptômes hypomaniaques et l'altération même modérée de leur fonctionnement.
La triade : trouble anxieux + trouble des conduites / oppositionnel + abus de substances doit fortement faire suspecter un trouble bipolaire sous-jacent [25].

2. Spécifités cliniques

La clinique est plus proche de celle de l'adulte, la rupture est plus nette avec l'état antérieur lors des épisodes [26]. Le premier épisode est dépressif dans la majorité des cas [9].

Humeur
L'humeur est souvent mixte, avec coexistence de symptômes dépressifs et maniaques.
Au cours des épisodes maniaques, l'euphorie est moins présente voire remplacée par une humeur dysphorique, une instabilité et une irritabilité.
Cette irritabilité peut être au premier plan des épisodes dépressifs. Les accès dépressifs sont généralement peu bruyants, masqués, marqués par l'ennui,

l'irritabilité, le repli, l'indifférence.
Quelques soit la nature de l'humeur, l'irritabilité et l'agressivité sont au premier plan de l'épisode thymique [24;27].

Symptômes psychotiques
Les symptômes psychotiques sont présents dans 30% des cas, ce qui est nettement plus élevé que chez les adultes [28] et les enfants pré-pubères. On retrouve principalement des idées délirantes congruentes ou non à l'humeur, des hallucinations acoustico-verbales et des troubles du cours de la pensée. Ils peuvent être présents quelque soit la nature de l'épisode thymique. L'existence de symptômes psychotiques conduit souvent à poser le diagnostic de schizophrénie par erreur. L'incidence de cette symptomatologie diminuerait au cours du temps et avec la répétition des épisodes.

L'apparition à l'adolescence de symptômes psychotiques impose donc la recherche de symptômes thymiques associés et d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur.

Troubles du comportement
Des conduites de transgression ou de défi peuvent également faire partie du tableau et entrainer des erreurs diagnostiques en masquant l'origine thymique des symptômes. Ces troubles des conduites regroupent les troubles addictifs, les fugues, bagarres, crises clastiques, conduites sexuelles inappropriées et/ou à risques. La désinhibition sexuelle constitue un élément sémiologique important du tableau maniaque chez l'adolescent et l'adulte. Les études montrent une prévalence de plus de 40% d'hyper sexualité chez les adolescents [24].

Réponses au traitement
Enfin, chez l'adolescent, il existe une plus grande fréquence de cycles rapides et d'épisodes mixtes qui sont de mauvais pronostique.

L'évolution est davantage chronique avec une plus grande résistance pharmacologique [29;30].

Les traitements médicamenteux ont fait l'objet de recommandations pour les adolescents, la FDA autorise 4 antipsychotiques de seconde génération pour le traitement des épisodes maniaques aigus et mixtes : la risperidone (RISPERDAL®**)** et la quetiapine (XEROQUEL®) dès 10 ans, l'olanzapine (ZYPREXA®) et l'aripiprazole (ABILIFY®) dès 13 ans ; le lithium (TERALITHE®) est indiqué dans le trouble bipolaire dès 16 ans [26].

D. TROUBLE BIPOLAIRE SELON LE DSM-5

Comme nous l'avons présenté auparavant, beaucoup d'enfants « bipolaires » ne répondent pas à l'intégralité des critères du DSM.

Au travers de leur étude de 2006 portant sur la cohorte *COBY* (*Course and Outcome of Bipolar Disorder*) financée par le NIMH, Axelson et son équipe proposent des nouveaux critères pour la catégorie trouble bipolaire non spécifiée [31]:

- maintien des critères du DSM-IV-R, sans l'histoire d'épisode dépressif majeur antérieur obligatoire ;
- critère de durée conservé pour la manie (≥ à 7 jours) et l'hypomanie (≥ à 4 jours) mais avec un symptôme clinique en moins, c'est à dire au moins 2 critères cliniques ou 3 si l'humeur est seulement irritable ;
- suffisamment de critères cliniques mais de durée insuffisante.

Dans leur étude, les bipolaires non spécifiés sont comparables au bipolaire de type 1 pour plusieurs facteurs : âge de début des troubles, évolution de la maladie, comorbidités, antécédent d'épisode dépressif majeur, antécédents familiaux de trouble de l'humeur et type de symptômes maniaques pour l'épisode le plus sévère. Différent les symptômes : intérêts sexuels, besoin de sommeil diminué et idée de grandiosité qui sont plus fréquents dans le type 1.
Les symptômes psychotiques sont moins présents dans le groupe non spécifié.
Il existe plus d'antécédents de tentative de suicide dans le type 1 même si la

prévalence d'idéations suicidaires est similaire dans les deux groupes. En ce qui concerne le groupe bipolaire de type 2, l'âge de début est plus tardif (post puberté) et les filles sont plus touchées que les garçons.

Axelson précise dans sa discussion que même si l'échantillon était large (type 1=255, type 2=30, type NS=153) il s'agit d'une étude rétrospective ; et bien qu'il existait peu de différences significatives entre les 2 groupes type 1 et type NS, rien ne prouve qu'ils sont équivalents.

Néanmoins, ces bipolaires non spécifiés sont à risques de conversion en trouble bipolaire de type 1 ou 2. L'étude de Birmaher montre un taux de conversion de 25% à 2 ans de trouble bipolaire non spécifié vers des troubles de type 1 ou 2, dans un groupe d'enfant et adolescent [32].

Le trouble bipolaire non spécifié pour être une forme atténuée prodromale dont le repérage paraît essentiel pour différer la survenue du trouble. Dans le DSM-5, les critères cliniques du trouble bipolaire non spécifié ont été adaptés pour permettre un repérage plus sensible de ce groupe de patient :

1) perturbation de l'énergie au même titre que l'humeur pour l'épisode maniaque et hypomaniaque ;
2) critères de l'état mixte modifiés : ne nécessite plus de répondre à l'intégralité des symptômes de l'épisode dépressif majeur ou de la manie/hypomanie ; peut exister au sein du trouble unipolaire et bipolaire ;
3) pour le trouble bipolaire non spécifié : durée de l'épisode hypomaniaque de plus de 4 jours mais un critère clinique manquant ; hypomanie dans un contexte d'épisode dépressif majeur bien que la durée soit moindre que 4 jours.

E. NOUVELLE ENTITÉ DIAGNOSTIQUE : Le *Disruptive Mood Dysregulation Disorder*

1. L'irritabilité sévère chronique

Plusieurs chercheurs ont suggéré que l'irritabilité chronique est un symptôme spécifique du trouble bipolaire de l'enfant [22]; ce qui n'est pas compatible avec le critère d'épisodicité du DSM pour le trouble bipolaire. Dans le DSM il est spécifié la nécessité de « périodes distinctes anormales et persistantes d'humeur irritable, expansive ou élevée » pour le diagnostic de bipolarité : le caractère épisodique de la maladie est indispensable.
De plus, l'irritabilité n'est pas un symptôme spécifique des troubles de l'humeur ; on le retrouve dans beaucoup de diagnostics différents (troubles des conduites, opposition / provocation, EDM, anxiété généralisée, état de stress post traumatique, TDAH et trouble bipolaire). C'est un symptôme très fréquent chez le sujet jeune.

Stringaris définit l'irritabilité ainsi « *easy annoyance and touchiness than ca manifest in anger and temper outbursts* » [33] que l'on peut traduire par une prédisposition à être gêné, une susceptibilité excessive qui peut se manifester par de la colère ou de l'énervement, voire des crises clastiques.
Il existe un nombre important d'enfants et adolescents présentant un tempérament explosif, une dysrégulation du contrôle des émotions et une hyper réactivité aux stimuli négatifs qui se manifeste par des crises de colères explosives et agressives fréquentes et intenses.

Ces crises de colère posent un problème diagnostic :
Sont-elles des rages ? De l'agressivité ? De l'irritabilité sévère ? Une dysrégulation de l'humeur ? Une dysrégulation des émotions ? Ou tout à la fois ?

Depuis quelques années, plusieurs études cliniques et épidémiologiques sont menées pour comprendre en quoi ces crises peuvent être caractéristiques ou prodromales d'un trouble bipolaire, d'une dysrégulation de l'humeur ou des émotions, ou d'une manifestation d'irritabilité sévère chronique [35;36;37]. Les

arguments pharmacologiques et le devenir longitudinal s'opposent au rapprochement entre trouble bipolaire et dysrégulation sévère de l'humeur [38].

2. *Le « Severe Mood Disorder »*

Pour faciliter la recherche sur l'irritabilité sévère non épisodique, Leinbenluft et son équipe ont introduit un nouveau syndrome : le *Severe Mood Disorder* [19].
Elle qualifie ce syndrome de « *disruptive behavior disorder that includes significant mood and anxiety symptoms*» [35] que l'on peut traduire par « un trouble du comportement perturbateur incluant des symptômes thymiques et anxieux significatifs ».
Il se rapproche du phénotype large décrit précédemment.
Les critères cliniques sont les suivants :

- âge entre 7 et 17 ans, avec début du trouble avant 12 ans ;
- humeur anormale, négative avec des crises de colères fréquentes, au moins ¼ du temps tous les jours ; et suffisamment anormale pour être reconnue par l'environnement de l'enfant ;
- hyper vigilance, se manifestant par au moins 3 des symptômes suivant : insomnie, agitation, distractibilité, tachypsychie, logorrhée, ou intrusion dans le discours ;
- hyper réactivité aux stimuli émotionnels négatifs, comparativement à ses pairs ; se manifestant verbalement et dans le comportement au moins 3 fois par semaine ;
- ces symptômes sont présents régulièrement depuis 12 mois et il n'y a pas eu 2 mois consécutifs sans symptômes ;
- ces symptômes ont un impact significatif sur au moins un des domaines suivant : école, parents, relations avec ses pairs.

Ce trouble est hautement comorbide avec le trouble opposition – provocation (84,9%), le TDAH (86,3% vie entière) et le trouble anxieux (58,2%) [35]. Le retentissement du trouble sur le fonctionnement global, en particulier scolaire, est majeur (absentéisme, violence à l'école, exclusion scolaire, redoublement d'au

moins une classe).

Les études de suivi montrent que le SMD et le trouble bipolaire évoluent de façon différente, la majorité des enfants atteints de SMD souffriraient de trouble unipolaire à l'âge adulte (tableau 1).

Tableau 1 : Arguments en défaveurs d'un rapprochement entre bipolarité et dysrégulation sévère de l' l'humeur :

SEVERE MOOD DYSREGULATION	**BIPOLAR DISORDER**
Symptômes maniaques continus	Symptômes maniaques épisodiques
Comorbidité élevée avec le TDAH	Peu de TDAH
Pas de symptômes psychotiques	Symptômes psychotiques dans 30 à 60% des cas
Antécédents familiaux divers	Antécédents familiaux de bipolarité, de suicide
Troubles des apprentissages fréquents	Fonctionnement pré morbide de qualité
Évolution à l'âge adulte ↓ Trouble de personnalité borderline / antisociale Bipolarité de type 3 ; Dépression récurrente TDAH adulte	Évolution à l'âge adulte ↓ Trouble bipolaire de type 1, type 2 (1>2)

Tableau inspiré de Consoli et Cohen [39]

3. Le DMDD

L'irritabilité chronique a ainsi été conceptualisée dans une nouvelle entité au sein du DSM-5 sous le nom de « ***Disruptive Mood Dysregulation Disorder*** » à partir de la description du SMD proposée par Leibenluft [35].
Dans le DMDD, le critère d' « hyperexcitation » est exclu et l'âge de début est de 10 ans au lieu de 12 ans. Actuellement, des études sont menées pour répondre à deux questions soulevées par l'intégration du DMDD au sein du DSM :

1) Quelles sont les conséquences, notamment pharmacologique, d'inclure ce diagnostic au sein du DSM ? Cela induirait-il une surmédication et une psychologisation de comportements normaux chez les jeunes enfants comme les crises de colère ?
2) Peut-on inclure cette entité au sein du DSM alors que l'on manque de données épidémiologiques ?

Une étude récente, publiée par l'équipe de Copeland et ses collègues de la *Duke University Medical Center* amène les premiers chiffres de prévalence du diagnostic, de ses comorbidités et leur retentissement socio-médico-familial [37]. L'étude s'appuie sur trois échantillons d'enfants nord-américains de 2 à 17 ans. Au total, 7881 enfants de 2 à 17 ans ont été évalués. Les résultats montrent une **prévalence de 0,8 à 3,3% du DMDD** dans cette population ; elle est plus importante chez les enfants en âge préscolaire.
Le sex ratio est de 1 sauf pour les 9 – 13 ans avec une proportion plus importante de garçon (3,6 vs 1,9 ; p=0,007). L'étude met en évidence plusieurs spécificités :

1) taux élevé de comorbidités; particulièrement important pour l'EDM (OR entre 9,9 et 23,5) et le TOP (OR entre 52,9 et 103%) ;
2) en excluant les cas de co-occurrence DMDD et EDM, la prévalence diminue passant de 0,8 – 2,9 à 0,8 – 3,3% ;
3) le DMDD est associé aux troubles sévères de la régulation des émotions et du comportement chez 68% des enfants en âge préscolaire et 32% des 9 – 13 ans ;

4) le retentissement social est important, notamment sur la scolarité avec un taux d'exclusion d'établissement important (OR entre 6,0 et 11,4 $p<0,0001$) ;
5) l'utilisation des systèmes de soins spécifiques plus fréquentes que la population générale (OR entre 9,6 et 4,5 $p<0,001$) montrant un retentissement médical lui aussi plus important ;
6) les familles de ces patients sont plus pauvres, indépendamment de la structure de la famille et du niveau d'études des parents.

En conclusion, la prévalence du DMDD en population d'enfants et adolescents est faible ; avec une co-occurrence d'épisodes dépressifs majeurs et de trouble opposition – provocation fréquente.
La prévalence est 2 à 3 fois plus importante chez les très jeunes enfants, rappelons que l'étude incluait des enfants de 2 ans. L'irritabilité et les crises de colère sont également plus fréquentes chez l'enfant très jeune.
L'existence de comorbidités exige une attention particulière pour le diagnostic et s'oppose à l'argument d'une appartenance stricte du DMDD au trouble de l'humeur. La psychopathologie exacte du DMDD n'est pas encore connue. On ne sait pas encore quels sont les éléments psychopathologiques uniques et spécifiques au DMDD et ceux communs au trouble de la régulation des émotions et du comportement avec qui ils sont si liés.

Concernant les crises de colère, le problème diagnostique persiste néanmoins : beaucoup d'enfants présentant des orages colériques ont un DMDD, une dysthymie voir un PTSD mais l'inverse n'est pas vrai [40].
Environ 30% de ces enfants colériques présenteraient un DMDD [41] et il se peut que 50% des enfants présentant des symptômes maniaques soient nommés « DMDD » [36].

Critères DSM 5 DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER

A. Severe recurrent temper outbursts manifested verbally (e.g, verbal rages) and/or behaviorally (e.g. physical aggression toward people or property) that are grossly out of proportion in intensity or duration to the situation or provocation.

B. The temper outbursts are inconsistent with developmental level.

C. The temper outbursts occur, on average, three or more times per week.

D. The mood between temper outbursts is persistently irritable or angry most of the day, nearly every day, and is observable by others (e.g. parents, teachers, peers).

E. Criteria A - D have been present for 12 or more months. Throughout that time, the individual has not had a period lasting 3 or more consecutive months without all of the symptoms in Criteria A -D.

F. Criteria A and D are present in at least two of three settings (i.e., at home, at school, with peers) and are severe in at least one of these.

G. **The diagnosis should not be made for the first time before age 6 years or after age 18 years**.

H. By history or observation, the age at onset of Criteria A - E is before 10 years.

I. There has never been a distinct period lasting more than 1 day during which the full symptom criteria, except duration, for a manic or hypomanic episode have been met.

Note: Developmentally appropriate mood elevation, such as occurs in the context of a highly positive event or its anticipation, should not be considered as a symptom of mania or hypomania.

J. The behaviors do not occur exclusively during an episode of major depressive disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g. autism spectrum disorder, posttraumatic stress disorder, separation anxiety disorder, persistent depressive disorder [dysthymia]).

Note:

This diagnosis cannot coexist with oppositional defiant disorder, intermittent explosive disorder, or bipolar disorder, though it can coexist with others, including major depressive disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and substance use disorders.

Individuals whose symptoms meet criteria for both disruptive mood dysregulation disorder and oppositional defiant disorder should only be given the diagnosis of disruptive mood dysregulation disorder. If an individual has ever experienced a manic or hypomanic episode, the diagnosis of disruptive mood dysregulation disorder should not be assigned.

K. The symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance or to an other medical or neurological condition.

TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS BIPOLAIRES

III. TENTATIVE DE SUICIDE CHEZ LES ENFANTS ET ADOLESCENTS BIPOLAIRES

Nous utiliserons dans notre exposé les définitions de l'OMS pour le suicide, la tentative de suicide (TS), les idéations suicidaires, les termes de suicidé et suicidant (ANNEXE 1).

On estime que le nombre de tentative de suicide est dix à vingt fois plus élevé que le suicide ; ces tentatives entrainent souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques et mentaux. Les troubles mentaux en particulier les troubles de l'humeur et les abus de substances - notamment l'alcool - sont un facteur de risque majeur de suicide et de passage à l'acte suicidaire en Europe et en Amérique du Nord. Les taux de tentative de suicide chez le jeunes ont augmenté dans une telle mesure qu'ils constituent aujourd'hui le groupe où le risque est le plus élevé dans un tiers des pays, à la fois développés et en voie de développement.

Le suicide est la deuxième cause de décès au monde dans le groupe des 10 – 24 ans [42].

En France, le suicide est la seconde cause de décès chez les 15 – 30 ans, et les tentatives de suicide une des principales causes d'hospitalisations chez les jeunes femmes hors maternité [43]. On observe un pic de fréquence entre 15 et 19 ans.

Le facteur de risque le plus robuste de tentative de suicide et de suicide reste le diagnostic psychiatrique.

A. HISTORIQUE ET ÉPIDÉMIOLOGIE

Le suicide est le principal risque à court et long terme chez les patients bipolaires. Selon l'HAS, 15% des patients bipolaires décèdent chaque année par suicide [6].
Une étude récente rapporte une prévalence de 18% de trouble bipolaire chez les adolescents suicidants, dont 85,7% de trouble bipolaire de type 1 [44]. Dans une cohorte de 54 adolescents bipolaires suivis pendant 5 ans, Ströber et ses collègues rapportaient 20% de tentatives de suicide parmi les adolescents bipolaires de type 1 [8].
Plus récemment, Tina Goldstein fait état de 32% de tentative de suicide au cours de leur vie entière dans une cohorte de 405 enfants - adolescents âgés de 7 à 17 ans présentant un trouble bipolaire (type 1 : n= 236 ; type 2 : n=29 ; NOS : n=140), la létalité étant modérée à sévère [45].
Lewinsohn et ses collègues rapportent 44% de TS vie entière dans le groupe trouble du spectre bipolaire ; 22% de TS vie entière dans le groupe dépression unipolaire et 1% dans le groupe contrôle, c'est à dire sans diagnostic psychiatrique [9].

Une méta-analyse récente d'Hauser et ses collègues [46] montre que 70 à 91% d'enfants-adolescents pris en charge pour tentative de suicide et/ou idées suicidaires sont porteurs de pathologie psychiatrique dont principalement les troubles de l'humeur, en particulier le trouble bipolaire, les troubles anxieux, les troubles des conduites et les abus de substances. Elle porte sur 1595 patients bipolaires âgés de 14,4 ans en moyenne suivis pendant 42 mois. La prévalence des tentatives de suicide est de 14,7% chez les bipolaires et elles sont plus létales qu'en population générale.

Le trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent est plus sévère que chez l'adulte, la désinhibition comportementale étant majeure, l'association aux suicides et tentatives de suicide est plus importante.
En s'appuyant sur quatre grandes revues de la littérature récentes, on distingue 4

catégories de facteurs significativement corrélés aux tentatives de suicide chez les jeunes bipolaires [46;47;48;49] que nous détaillons dans le paragraphe suivant :

- *facteurs démographiques* : sexe, âge ;
- *facteurs cliniques* : type de trouble bipolaire, symptômes psychotiques, comorbidités, antécédents psychiatriques personnels, sévérité des épisodes ;
- *facteurs psychologiques* : espoir / désespoir, estime de soi, qualité de la gestion des émotions notamment de la colère, agressivité / impulsivité, stratégies de coping face au stress, tempérament ;
- *facteurs socio-familiaux* : qualité de vie, structure familiale, antécédents traumatiques personnels et antécédents psychiatriques familiaux.

B. SPECIFICITÉS CLINIQUES

1. Démographiques

Les TS sont plus fréquentes chez les filles, mais de façon moins importante que dans la population générale (48% vs 46% x^2=0,12) [45]. L'âge moyen de la première TS chez les sujets bipolaires est de 13,6 ans, c'est à dire plus jeune que la population générale [45;49].

2. Cliniques

Il existe des particularités cliniques concernant les suicidants bipolaires comparés aux non suicidants :

- ils sont plus jeunes; avec un âge de début des troubles plus précoces : 14 ans (OR = 2,85 IC 95%=1,99-4,09) [29] ;
- les symptômes psychotiques sont plus fréquents (dissociation, hallucinations auditives, persécution) : de 44 à 59,3% selon les études [45;50;51] ;
- ils présentent davantage d'épisodes mixtes : 86% vs 44% x^2=6,736 [52] ;
- la sévérité de la maladie observée selon le nombre d'hospitalisation en psychiatrie est plus importante : 75% vs 45% x^2=32,63 [45] ;
- les comorbidités anxieuses sont plus fréquentes, ainsi que l'abus de substances [45;47 ;53].

Il y a plus de TS vie entière chez les bipolaires de type 1 par rapport au NS et au type 2 : 67% > 23% > 10% [45].

L'antécédent de TS est également un facteur de risque de TS chez les bipolaires, comme dans toutes les pathologies psychiatriques ; avec un OR évalué à 4,52 IC (2,35-8,69) chez les suicidants par rapport aux non suicidants [7]. Goldstein retrouve des chiffres similaires avec 48% vs 26% dans son étude de 2012 [49].

Concernant les antécédents personnels, on retrouve davantage d'antécédents d'abus sexuels et d'abus physiques chez les bipolaires suicidants : 41% vs 23% x^2= 21,92 et 25,54 respectivement [53] ; ce qui s'observe également en population générale.
Les antécédents familiaux de suicide et de dépression sont plus importants : 41% vs 32% pour le suicide [53] et 94,7% vs 79,2% pour la dépression [49].

3. *Facteurs psychologiques*

Les tentatives de suicide chez les bipolaires sont corrélées à des modalités psychologiques pathologiques [54] :

- une plus faible estime de soi ;
- un désespoir plus important ;
- des mauvaises stratégies de coping face au stress ;
- et des comportements agressifs / impulsifs fréquents en situation de stress.

Le coping désigne les réponses, les réactions que l'individu va élaborer pour maitriser, réduire ou simplement tolérer une situation stressante. Il comprend des efforts cognitifs et comportementaux conscients pour gérer les exigences spécifiques internes et/ou externes évaluées comme excédantes et dépassant les ressources du sujet [55;56]. De mauvaises habilitées de coping face au stress accroissent la vulnérabilité face au stress et le risque suicidaire. Les adolescents ayant déjà fait une tentative de suicide utilisent significativement moins les résolutions de problèmes que les adolescents non suicidaires ayant des idéations suicidaires ; ils utilisent davantage les stratégies centrées sur les émotions : se mettre en colère, espérer, se résigner, s'inquiéter ou encore éviter. Ils utilisent aussi un plus grand nombre de stratégies dysfonctionnelles : tentative de suicide, violence envers l'autre, retrait social extrême, consommation d'alcool et/ou de substances pour apaiser les émotions [54].

PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

IV. PROTOCOLE DE L'ÉTUDE

A. HYPOTHÈSE PRINCIPALE

Le taux **de récidive** à trois mois de tentative de suicide est plus important dans la population d'enfants-adolescents suicidants, âgés de 6 à 18 ans, présentant un trouble bipolaire comparée à une population d'adolescents suicidants ne présentant pas de trouble bipolaire.

B. OBJECTIFS ET DESIGN DE L'ÉTUDE

1. Objectif principal

Comparer les taux de récidives de tentative de suicide à 3 mois entre le groupe adolescent suicidant bipolaire et le groupe adolescent suicidant non bipolaire.

Critère de jugement principal : % de récidive de tentative de suicide dans chacun des groupes

2. Objectifs secondaires

- Identifier le nombre de diagnostic de trouble bipolaire chez les suicidants selon les critères du DSM-5 grâce à une évaluation standardisée (K-SADS-PL) ;
- Détailler les cas cliniques appartenant au spectre bipolaire, comparer les résultats aux échelles cliniques au sein du groupe bipolaire ;
- Comparer les diagnostics DSM 5 posé par l'investigateur aux diagnostics cliniques posés par le praticien selon les critères de la CIM-10, en double aveugle ;
- Comparer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des suicidants bipolaires et non bipolaires.

3. *Design de l'étude*

Il s'agit d'une étude préliminaire descriptive, de soins courants et non interventionnelle.

Les sujets ont été sélectionnés de façon consécutive dans les services de pédiatrie et de pédopsychiatrie du CHU-Lenval accueillant les enfants et adolescents suicidants. Tous les patients hospitalisés ont été évalués puis inclus consécutivement dans le protocole.

La population d'étude ainsi constituée, sera décrite : description des caractéristiques sociodémographiques et cliniques ; et évaluée : évaluation du fonctionnement global ; évaluation de la présence ou non d'un épisode thymique ; hétéro – évaluation du niveau d'irritabilité.

Les sujets seront réévalués à 3 mois de leur hospitalisation.

4. *Population de l'étude*

- Population cible : enfants et adolescents suicidants ;
- Population source : échantillon consécutif d'enfants et d'adolescents suicidants hospitalisés au CHU-Lenval pour tentative de suicide ;
- Période d'inclusion de 3 mois : du 12 décembre 2013 à 7 Avril 2014 ;
- Critères d'inclusion :
    - enfants – adolescent de 6 à 18 ans
    - hospitalisé au CHU Lenval pour tentative de suicide
    - francophone.
- Critère de non inclusion : refus ou impossibilité de réaliser la KIDDIE-SADS.

C. MÉTHODES

SÉLECTION ET INCLUSION DE FAÇON CONSÉCUTIVE SUR 3 MOIS

Après avoir vérifié les critères de non inclusion, chaque enfant-adolescent hospitalisé pour tentative de suicide en service de pédiatrie et/ou de pédopsychiatrie est évalué de façon systématique. L'évaluation initiale se fait au cours de l'hospitalisation pour TS.

L'évaluation clinique est réalisée par l'équipe de terrain au cours de l'hospitalisation et l'évaluation standardisée à l'aide de la K-SADS par l'investigateur, en double aveugle. Cliniciens de terrain et investigateur interviennent à des temps différents de l'hospitalisation ; le diagnostic CIM – 10 est répertorié à la fin de la période d'inclusion à partir des comptes rendus d'hospitalisation.

Description du groupe de suicidants

Lors de l'évaluation standardisée, le patient est reçu seul et avec ses parents.
L'entretien se fait en 3 temps avec le patient :

- présentation et évaluation clinique de l'état psychique du patient ; recueil des données sociodémographiques ; recueil des antécédents personnels ;
- explication de l'entretien semi- structuré; information donnée quant à la possibilité d'interrompre l'entretien à sa demande s'il le souhaite (refus ; incompréhension ; malaise) ;
- passation de la Mini-Kiddie adaptée à la KIDDIE-SADS-PL de 2004 (version française validée) + section Trouble de l'Humeur de la KIDDIE-SADS-PL de 2013 (version anglaise, traduction personnelle après accord de l'auteur).

L'entretien avec les parents se fait en 3 temps :

- présentation de l'évaluation à l'inclusion et à 3 mois ; recueil des données sociodémographiques ; des antécédents familiaux de tentative de suicide / suicide ; des antécédents familiaux de troubles psychiatriques ;

- passation de la section trouble de l'humeur de la KIDDIE-SADS-PL de 2013 ;
- passation de l'échelle d'hétéro-évaluation de l'irritabilité : l'ARI (Affective Réactive Index).

Concernant les données sociodémographiques, nous avons distingué 3 sous-groupes pour différencier les structures familiales des cas :

- famille nucléaire : vit avec ses deux parents ;
- famille recomposée : vit avec sa mère ou son père et le ou les conjoints respectifs, en garde alternée ou non et/ou vit avec un seul parent ;
- placement en famille d'accueil, en foyer de l'aide sociale à l'enfance ou en internat en institut médico - éducatif.

Les données cliniques recueillies de façon systématique pour l'étude sont les suivantes :

- antécédents médico-chirurgicaux personnels ; antécédents personnels traumatiques ;
- antécédents psychiatriques personnels : hospitalisation ; traitement psychotrope actuel et passé ; lésions auto infligées ; conduites addictives ; tentative de suicide ;
- antécédents psychiatriques familiaux : hospitalisation ; troubles mentaux ; suicide ; tentative de suicide ; traitement psychotrope actuel ;
- antécédents familiaux de trouble bipolaire.

Dans les antécédents familiaux, nous avons recueillis ceux des parents, des oncles et tantes au premier degré, des grands-parents paternels et maternels et de la fratrie.

Concernant les antécédents personnels traumatiques, nous avons répertorié les antécédents personnels d'accidents graves, les agressions physiques et/ou sexuelles intra et/ou extra-familiales, les évènements de vie traumatiques (témoins de décès, d'accident grave, d'incendie..).

Si les parents ne sont pas présents et/ou non disponibles ; l'entretien se fait par téléphone selon le même procédé.

Toutes les données sont ensuite recueillies dans un tableau récapitulatif, inséré dans le dossier de chaque patient.

Outil utilisé pour l'évaluation standardisée : la KIDDIE – SADS

La KIDDIE-SADS est un instrument diagnostique, il s'agit d'un entretien semi-structuré conduit par les cliniciens, il requiert une connaissance de la sémiologie et des diagnostiques psychiatriques. La K-SADS-PL de 2004 est le seul entretien diagnostique disponible en langue française et adapté au DSM-IV-R. Il explore plus de trente diagnostics différents chez les enfants en âge scolaire de 6 à 18 ans. Les enfants et leurs parents sont interrogés, le temps d'entretien est d'environ 1h30 pour chacun d'eux ; il explore la vie actuelle (douze derniers mois) et la vie passée. Le diagnostic est généré par combinaison des entretiens avec les parents et l'enfant ; la cotation globale se base sur la sévérité et la fréquence des symptômes respectifs des troubles évalués. En cas de discordance entre les différentes sources d'informations (enfant, parent, accompagnant), l'évaluateur doit faire appel à son bon jugement clinique.

La K-SADS-PL présente la meilleure fiabilité test-retest concernant les troubles anxieux et les troubles de l'humeur, et sa validité est largement établie [57].

L'analyse de la Mini-Kiddie / et de la Kiddie-SADS-PL est faite dans un second temps ; ainsi que la cotation de l'échelle de fonctionnement (C-GAS : Échelle d'évaluation globale pour enfant (ANNEXE 3).

Évaluation clinique

Le clinicien de terrain côte les échelles d'humeur et de suicidalité : YMRS – MADRS et C-SSRS.

L'échelle d'irritabilité a été cotée par les parents, et analysée par l'investigateur.

Outils pour l'évaluation clinique

- *YMRS* : *Young Mania Rating Scale* : Échelle d'évaluation de l'épisode maniaque / hypomaniaque ; seule échelle validée pour l'évaluation de l'épisode maniaque chez l'adolescent ; 11 symptômes cardinaux de la manie sont cotés de 0 à 4 en fonction de leur intensité, les items 5-6-8-9 sont doublés pour compenser « le peu de coopération des patients

présentant un épisode maniaque sévère » [58]; la **note seuil est 20** avec 20 = intensité légère ; 26 = intensité moyenne et 28 = intensité forte;

- *MADRS* : *Montgomery and Asberg Depression Rating Scale* : Échelle d'évaluation de l'épisode dépressif pour les adolescents de plus de 12 ans ; explore 10 symptômes cardinaux de la dépression, cotés de 0 à 6 chacun , la note obtenue est la somme de ces cotation ; la note **seuil est 15** ;
- *l'ARI : Affective Reactive Index*. Il s'agit de la version française validée et utilisée avec accord de l'auteur [33]. L'échelle est adaptée au 11 – 17 ans, développée par l'équipe du Professeur Stingaris pour *l'American Psychiatry Association* et validée en Angleterre et aux USA. Elle est cotée par les parents et explore six symptômes d'irritabilité. Chacun est coté de 0 à 2 en fonction de l'intensité des symptômes, avec la somme dite « S » cotée de 0 à 2 ; et une cotation pour le retentissement « R » de 0 à 2.

S 0 montre une absence d'irritabilité pathologique - S 0,16 à S 1 montre une irritabilité pathologique d'intensité moyenne - S 1 à S 2 montre une irritabilité pathologique d'intensité forte ; R 0 absence de retentissement – R 1 retentissement moyen – R 2 retentissement sévère (ANNEXE 4).

Pour caractériser le geste suicidaire, les antécédents d'idéations suicidaires, de tentative de suicide ; nous avons utilisé l'échelle Columbia de Posner [59] *C-SSRS : Columbia-Suicide Severity Rating Scale Children Lifetime / Recent – Traduction française*.

Il s'agit d'un questionnaire conçu pour servir à la recherche thérapeutique dans le cadre d'essais cliniques, mais qui peut également être utilisé dans la pratique clinique. Le risque suicidaire a été calculé systématiquement par l'algorithme de la Mini-Kiddie pour le calcul du RUD. Un score entre 1 - 5 montre un risque léger, entre 6 - 9 un risque moyen et ≥ 10 un risque élevé.

Recueil du diagnostic CIM-10

Les diagnostics CIM-10 ont été posé par l'équipe de terrain et inscrit dans les compte rendus d'hospitalisation. Ils ont été répertoriés à la fin de la période de sélection et d'inclusion grâce aux comptes rendus d'hospitalisation par l'investigateur.

DEUXIEME TEMPS : RÉÉVALUATION À 3 MOIS DE L'HOSPITALISATION

La seconde évaluation se fait à 3 mois par l'investigateur, le rendez-vous est fixé un mois avant par appel téléphonique du secrétariat de pédopsychiatrie. L'enfant ou adolescent est reçu avec ses parents, puis seul.
Avec les parents nous faisons d'abord un point sur l'évolution depuis l'hospitalisation :

- mise en place ou non d'un suivi psychologique et / ou pédopsychiatrique ;
- prescription ou non de psychotropes et observance thérapeutique ;
- état général de l'enfant ou adolescent ;
- évolution du statut familial.

Avec le patient :
Sont évalués l'état clinique du patient ; son l'humeur ; la présence ou non de comportements auto-agressifs (CAA) depuis l'hospitalisation ; la récidive ou non de tentative de suicide dans les 3 mois ; la critique du ou des gestes suicidaires. Nous répertorions également le nombre de suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique et le nombre de patient bénéficiant d'un traitement psychotrope.

3 échelles psychologiques d'auto évaluation sont proposées pour évaluer les facteurs psychologiques décrits précédemment :

- Échelle de désespoir de Beck ou échelle « H » *Hopelessness Scale*, traduite par Cottraux J en 1974 [60] ; c'est une mesure du pessimisme du sujet dépressif et le reflet indirect des intentions suicidaires, elle se compose de 20 items pour lesquels il faut coter Vrai ou Faux ; un score de 5,36 signifie score moyen pour la population française, et un score > ou = 13,6 signifie que le sujet est déprimé et le risque suicidaire à prendre en compte ;
- *WCC-R : Ways of Coping Checklist*, Échelle de stratégie d'adaptation au stress, traduite par Cousson-Gélie et al. en 1996 [56] ; il s'agit d'une échelle de Likert à 4 degrés, cotée graduellement entre « *non / plutôt non /*

plutôt oui / oui » ; qui comprend 27 items : 10 items de coping centré sur le problème ; 9 items de coping centré sur l'émotion et 8 items de coping centré sur le soutien social ;

- *EES-10, Échelle d'estime de soi de Rosenberg* [61]; échelle à 4 niveau de « *tout à fait en désaccord / plutôt en désaccord / plutôt en accord / tout à fait en accord* » et qui comprend 10 items ; les scores obtenus varient entre 10 et 40 ; un score < 25 signifie que l'estime de soi est très faible ; un score > 34 signifie que l'estime de soi est forte.

Ces échelles ont été choisies selon plusieurs critères : facilité de passation ; nombre d'items à coter relativement faible ; validité et spécificité. Il existe des échelles de coping spécifiques pour l'adolescent mais en version anglaise, et plus longue.
La cotation du RUD se fait de la même manière qu'au cours de l'hospitalisation, la cotation de la *CSSR-S* se fait au cours de l'entretien.
Les échelles thymiques *YMRS et MADRS ou CDRS* sont également cotées ; ainsi que l'échelle de fonctionnement global. Si le sujet ne vient pas au rendez-vous, et/ou ne peut se déplacer, nous proposons un entretien téléphonique selon le même protocole, et les échelles psychologiques ne sont pas réalisées.

Les données obtenues sont enfin recueillies au fur et à mesure dans le dossier de chaque sujet, et synthétisées dans un fichier EXCEL.

D. PLAN DE L'ANALYSE STATISTIQUE

Pour l'analyse des résultats, nous avons procédé par ordinateur et utilisé le logiciel informatique *SPSS*. Les comparaisons des résultats entre les deux groupes bipolaires et non bipolaires ont été réalisées à l'aide du test du Khi-deux de Pearson. Le niveau de significativité a été fixé à une probabilité *p* strictement inférieure à 0,05.

RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

V. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

A. CARACTÉRISTIQUES DU GROUPE DES SUICIDANTS INCLUS

1. Données sociodémographiques (Graphique 1 – 2 ; tableau 1)

Notre groupe est constitué de 26 sujets ; l'âge moyen est de ± 14,54 ans allant de 11 à 17 ans. Notre groupe est composé majoritairement de filles : 22 filles et 4 garçons ; soit un sex ratio de 5,5. L'échantillon paraît représentatif pour l'âge, quand on le compare aux données épidémiologiques françaises du Baromètre Santé de 2010 [43] : sex ratio de 4 filles / 1 garçon retrouvé chez les 15 – 19 ans hospitalisés pour tentative de suicide.

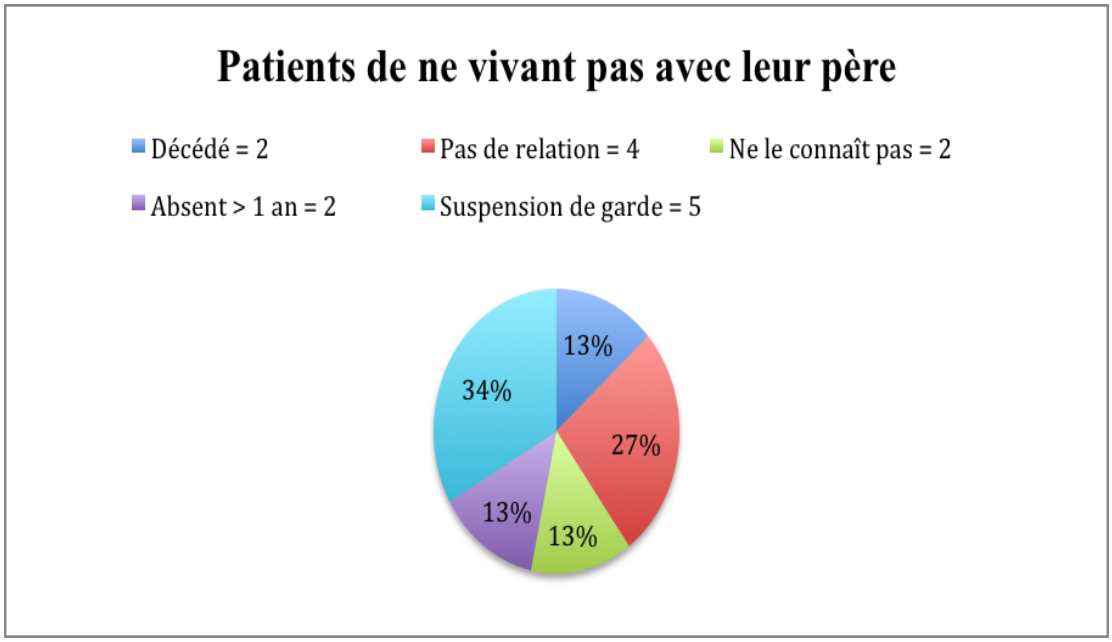
Graphique 1 : Répartition selon le sexe et l'âge

Le niveau d'instruction est globalement bon : tous sont scolarisés. Deux suivent une scolarité spécialisée dans les suites d'exclusion scolaire et de placement : remise à niveau et prise en charge en institut médico-éducatif.

8 sujets sur les 26 ont redoublé une classe : 1 la classe de CP ; 2 la classe de CE1 ; 1 la classe de CM2 ; 2 la classe de 4ème ; 1 la classe de 3ème et 1 la classe de 2nd.

Concernant la structure familiale, 16 sujets sur les 26 soit 46,15% vivent en famille recomposée ; 7 cas vivent en famille nucléaire et 4 avec un seul de leur parent. A part, sont les enfants – adolescents placés au nombre de 3.
Au sein des familles recomposées, il paraît important de souligner que les pères sont absents dans la totalité des cas : 16 / 16 ; mais pour des motifs différents détaillés ci-dessous.

Graphique 2 : Motifs d'absence du père dans les familles recomposées



2 d'entre eux ne le connaissent pas ; pour 4 d'entre eux, le couple parental s'est séparé dans la petite enfance et les enfants n'ont jamais grandi avec leur père mais ils le connaissent ; 2 cas n'ont aucune nouvelle depuis plus d'un an (déménagement à l'étranger ; hospitalisations en psychiatrie répétées en France et à l'étranger depuis plus d'un an) ; pour 2 cas, le père est décédé ; et enfin 5 d'entre eux ont subi des violences physiques provoquant la suspension de garde et le placement de 3 d'entre eux.

Concernant les catégories socioprofessionnelles, nous constatons que toutes sont représentées, avec une plus grande importance de famille de niveau moyen:

- niveau haut : professeurs agrégés en lycée ; cadre ; médecin ; magistrat = 5 cas ;
- niveau moyen : artisanat ; attaché de direction ; agent de sécurité ; manutention ; préparatrice en pharmacie ; vente ; intermittent du spectacle ; profession paramédicale ; aide à la personne = 17 cas ;
- niveau bas : chômage ; intérimaire ; en arrêt de travail longue durée (ALD : affection longue durée) = 7 cas.

Si nous corrélons les catégories socio professionnelles aux structures familiales, nous remarquons qu'il y a plus de famille dont le père est absent dans les catégories socio professionnelles moyennes et basses.

Tableau 1 : Corrélation catégories socio-professionnelles et structure familiale

	Vit avec son père		**Ne vit pas avec son père**		
Catégories socio-professionnelles	Famille nucléaire	Garde alternée	Mère seule	Mère + conjoint	Placement
Haut, n= 5	2	1	0	2	0
Moyen, n= 17	4	0	2	5	1
Bas, n= 7	1	0	3	0	3
Total, n= 26	7	1	5	7	4

Sur 16 sujets ne vivant pas avec leur père, 14 d'entre eux sont issus de catégories socio professionnelles moyennes et basses soit 87,5 %, contre 62,5% pour ceux vivant avec leur père. Et nous trouvons une majorité de sujets vivant avec leur père dans les catégories socio professionnelles hautes : 37,5 % vs 12,5%.

2. *Données cliniques*

Antécédents familiaux (tableau 2)

Nous avons répertorié des antécédents psychiatriques familiaux dans 61,54% des cas (16 / 26). Pour 19,2% (5 / 26) il n'y avait pas d'antécédent psychiatrique familial et pour 2 cas les données manquaient (parents non interrogés ; parents ne parlant pas français).

On retrouve une majorité d'antécédents familiaux de dépression et de tentative de suicide (61,5% et 46%).

Si l'on s'intéresse spécifiquement aux antécédents psychiatriques parentaux, nous retrouvons :

- 9 / 26 cas d'antécédent chez la mère : 6 cas de dépression et 3 antécédents de tentative de suicide ;
- 6 / 26 cas d'antécédents chez le père : 2 cas de dépression, 1 cas de trouble bipolaire, 1 cas de tentative de suicide et 1 suicide.

Les cas de bipolarité touchent les hommes et concernent 2 pères et 1 oncle paternel.

Tableau 2 : Antécédents psychiatriques familiaux du groupe total de sujets inclus

	Dépression	**Trouble bipolaire**	**Tentative de suicide**	**Suicide**	Total
Mère	6	**0**	3	0	9
Père	2	**2**	1	1	6
Fratrie	0	**0**	1	0	1
Oncle / tante	0	**1**	1	3	4
Grand parents	4	**0**	6	2	12
TOTAL	**12**	**3**	**12**	**6**	

Antécédents personnels

Nous relevons un ou plusieurs antécédents traumatiques chez une majorité de sujets : 16 / 26 soit 61,53% des cas. Parmi eux, 4 d'entre eux ont plus d'un antécédent traumatique.
En détaillant, on retrouve que :

- 9 / 26 (36,61%) ont subi des violences / agressions physiques dont 8 intrafamiliales ;
- 4 / 26 (15,38%) ont été témoins de décès par mort violente (arme à feu, pendaison, accident mortel de voiture) : 3 intrafamiliaux dont l'un par suicide ; l'un extrafamilial ;
- 4 / 26 (15,38%) ont subi des agressions sexuelles (4 filles) dont 2 intrafamiliales et 2 extrafamiliales ;
- et enfin 3 / 26 (11,53%) ont subi des accidents graves : incendie de maison ; accident de la voie publique en deux roues.

En ce qui concerne les antécédents psychiatriques personnels : pour la majorité (15 / 26) il s'agit du premier geste suicidaire ; pour 7 / 26 (26,92%) d'entre eux, il s'agit du deuxième geste suicidaire ; pour 4 / 26 (15,38%), il y a plus de 2 TS dans leurs antécédents ; pour 12 / 26 (46,15%).
Il existe un ou plusieurs antécédents de comportements auto agressifs : scarifications superficielles et/ou profondes ; brûlures de cigarettes ; coup dans le mur et enfin 8 / 26 (30,77%) ont à la fois un antécédent de TS et de lésions auto-infligées.

Le moyen le plus utilisé pour la TS est l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) ; mais parmi les 21 IMV, il est important de préciser que pour cinq d'entre elles, une surveillance médicale continue en pédiatrie a été nécessaire compte tenu de la gravité clinique à l'entrée :

- 1 cas d'IMV avec consommation excessive d'alcool chez une diabétique insulino-dépendante, ayant décompensé son diabète ;
- 1 cas d'auto-injection d'insuline chez une autre diabétique insulino-dépendante ;

- 1 cas d'IMV poly médicamenteuse compliqué de crise comitiale ;
- 1 cas d'IMV à la benzodiazépine compliquée de dépression respiratoire et de coma Glasgow 8/9 à l'entrée ;
- et enfin 1 cas d'IMV par carbamazépine (TÉGRÉTOL®) chez une épileptique traitée par ce même traitement.

On remarque que 3/5 de ces cas sont atteints de pathologies somatiques chroniques invalidantes pour une enfant – adolescent comme l'épilepsie ou le diabète insulino-dépendant.

Enfin pour un seul cas sur les 26 inclus, on retrouve plus de 3 antécédents de TS, avec une répétition de passages à l'acte suicidaire grave de létalité importante dans les semaines précédant l'inclusion, conduisant à son hospitalisation en pédopsychiatrie: tentative de défenestration, d'asphyxie, de strangulation, précipitation sous une voiture.

B. DIAGNOSTIC DE TROUBLE BIPOLAIRE SELON LE DSM-5

L'évaluation standardisée à l'aide de la K-SADS-PL adaptée au DSM-5, nous a permis de diagnostiquer **6 cas d'enfants – adolescents appartenant au trouble bipolaire selon les critères du DSM-5**, **soit 23%** du groupe total de suicidant.

Les diagnostics ont été portés à la fois sur l'épisode index lors de l'hospitalisation, ainsi que sur les épisodes passés, explorés à l'aide de la K-SADS-PL.

Nous n'avons pas retrouvé d'épisode maniaque ni hypomaniaque au décours de l'hospitalisation; en revanche, nous avons mis en évidence un état dépressif et un état mixte.

Les diagnostics de bipolarité ont donc été portés grâce à l'exploration des épisodes passés avec la K-SADS-PL. Nous détaillons dans le chapitre suivant les 6 cas appartenant au groupe bipolaire.

1. *Description des cas de bipolarité* (tableau 3)

Nous proposons une description détaillée des cas de bipolarité, en suivant l'ordre chronologique d'inclusion :

- 1 cas de trouble bipolaire non spécifié, à cycles rapides (n° inclusion = 3) ;
- 1 cas de cyclothymie avec tempérament irritable (n° inclusion = 6) ;
- 1 cas de dysthymie avec symptômes mélancoliques (n° inclusion = 8);
- 1 cas de trouble bipolaire de type 2 (n° inclusion = 14) ;
- 1 second cas de trouble bipolaire non spécifié, sans cycles rapides (n° inclusion = 17) ;
- 1 cas de DMDD (n° inclusion = 26).

Le cas n°3 diagnostiqué **TROUBLE BIPOLAIRE NON SPÉCIFIÉ à CYCLES RAPIDES** est une adolescente de 17 ans, suivie par un pédopsychiatre libéral et traitée par thymorégulateur : divalproate de sodium (DEPAKOTE ® 750mg) et antidépresseur : sertraline (ZOLOFT® 50mg). La tentative de suicide est grave, par IMV poly médicamenteuse (son traitement psychiatrique) et nécessite plus de 24h de surveillance continue en pédiatrie. Il ne s'agit pas du premier geste suicidaire mais d'une récidive. Il existe également des antécédents de comportements auto agressifs à type de scarifications. Elle est suivie depuis plus de 2 ans pour un trouble du comportement alimentaire type anorexie / boulimie et un trouble de personnalité type limite impulsif ; ces trois diagnostics ont été portés par son psychiatre traitant. On retrouve des antécédents psychiatriques familiaux de trouble de l'humeur chez le père, de suicide et de tentative de suicide dans la famille paternelle (oncle et tante). La patiente vit seule avec sa mère, et voit son père moins d'une fois par an. Elle est actuellement scolarisée au lycée, les résultats sont bons et le fonctionnement global est préservé (80-71 à la C-GAS), elle n'a jamais redoublé de classe. Cliniquement il n'existe pas de franche décompensation thymique, le contact est préservé, l'impulsivité est au devant de la scène. La K-SADS-PL retrouves des épisodes passés dépressifs et hypomaniaques à cycles rapides, ponctués de passages à l'acte auto-agressifs. Les variations thymiques semblent diminuées depuis l'introduction du DEPAKOTE. Les échelles ne montrent pas d'épisode dépressif majeur (MADRS = 9) ni d'épisode maniaque (YMRS = 11), le risque suicidaire est important (RUD = 12) et l'irritabilité moyenne sans retentissement majeur (ARI = S 0,66 /R 1).

Le cas n°6 diagnostiqué **CYCLOTHYMIE** est une adolescente de 13 ans, suivie en CMP et traitée par antidépresseur : sertraline (ZOLOFT® 50mg). Elle a débuté sa puberté précocement avant 9 ans (8 ans et 11 mois). La tentative de suicide n'est pas grave mais nécessite des soins de chirurgie car elle s'est volontairement frappée le pied dans une vitre après avoir ingéré ½ plaquette de ZOLOFT, son traitement. Elle est suivie depuis 1 an par un pédopsychiatre pour un trouble anxio-dépressif atypique avec phobie scolaire. Le suivi a débuté après une hospitalisation pour tentative de suicide par IMV. On retrouve des antécédents familiaux de trouble de l'humeur : dépression chez la mère et le

père ; psychose maniaco-dépressive chez l'oncle paternel et schizophrénie chez un grand oncle maternel. Elle vit avec son frère ainé et sa mère, le père ayant perdu la garde suite à des actes de violences sur la maman et la fratrie. Une procédure d'appel est en cours au moment de l'hospitalisation : le père voulant récupérer ses droits. La patiente a déjà redoublé une classe (la 4ème), elle est actuellement déscolarisée. Cliniquement, elle présente une forte labilité émotionnelle, une impulsivité majeure et un tempérament irritable notable depuis le début de sa puberté marqué par des crises de colère explosives. Le rythme nycthéméral est perturbé. La K-SADS-PL révèle 2 épisodes hypomaniaques de 2-3 jours au moment du printemps et de l'été passés, nettement individualisables, avec une humeur inter-épisode dépressive et irritable de base. Les symptômes dépressifs semblent persister malgré le traitement par ZOLOFT qui sera arrêté lors de l'hospitalisation. Les échelles ne montrent pas de décompensation thymique franche (YMRS = 7 et MADRS = 12), le risque suicidaire est moyen (RUD=7). Le fonctionnement global est altéré avec une note de 60-51 à la C-GAS actuelle. L'irritabilité est forte et retentit de façon significative (S 1,33 / R 1).

Le cas n°8 diagnostiqué **DYSTHYMIE** est une adolescente de 13 ans, suivie depuis plus d'un an en CMP dans les suites d'une hospitalisation pour idéations suicidaires. La tentative de suicide est de létalité faible (IMV de 4 comprimés de paracétamol 500mg) mais d'intentionnalité forte. Elle complique un état dépressif majeur marqué par un ralentissement global, une aboulie, une anesthésie affective et un retentissement sur les conduites instinctuelles (insomnie et anorexie dépressive) d'où sa gravité. Il existe des antécédents auto agressifs à type de lésions auto-infligées (scarifications de la face antérieure des poignets et des avants - bras) et de tentative de suicide : strangulation, menace de défenestration qui ne sont pas critiquées. Nous relevons de nombreux antécédents psychiatriques dans la famille maternelle, rapportés par la maman : dépression chez la mère (actuellement suivie par un psychiatre et traitée), oncle maternel suicidé (pendaison), psychose chronique chez un autre oncle (nombreux séjours en hôpital psychiatrique). Le père est décédé suite à accident de la voie publique en deux roues quand elle avait 8 ans. Elle vit seule avec sa mère dans une situation de précarité psycho-sociale, a redoublé une classe et

investit peu la scolarité. Cliniquement, l'humeur est triste et instable depuis plus d'un an, sans période d'euthymie pendant plus de 3 semaines consécutives. Les idéations suicidaires sont fluctuantes et restent présentes continuellement. La relation mère-fille semble pathologique ; les relations avec les pairs sont également instables. Le sommeil est précaire sans inversion du rythme nycthéméral. La K-SADS-PL ne retrouve pas d'antécédents d'épisodes hypomaniaques ou maniaques. Les échelles montrent un état dépressif majeur (MADRS = 21 ; YMRS = 0) avec un risque suicidaire élevé (RUD = 19). L'irritabilité est moyenne (S 0,66 / R 1) et le fonctionnement global altéré (C-GAS actuel = 50-41 ; meilleure dans le passé = 70-61).

Le cas n°14 diagnostiqué **TROUBLE BIPOLAIRE DE TYPE 2** est une adolescente de 14 ans ; elle est déjà suivie et traitée par antipsychotique de seconde génération : aripiprazole (ABILIFY® 15mg), neuroleptique : cyamémazine (TERCIAN® 15mgx3) et thymorégulateur : valpromide (DEPAMIDE® 600mg). La tentative de suicide par phlébotomie est de létalité faible; il ne s'agit pas d'un premier geste. Les antécédents de lésions auto infligées par scarifications et phlébotomie sont nombreux, le premier geste auto-agressif remonte à ses 8 ans. La patiente a déjà été hospitalisée à plusieurs reprises en pédopsychiatrie pour des tentatives de suicides graves, des épisodes hypomaniaques et dépressifs sévères. Existent également des symptômes anxieux et de stress post traumatique importants suite à des violences physiques familiales antérieures. Il existe des antécédents familiaux psychiatriques : sa mère a été hospitalisée pour des TS à plusieurs reprises, la père présente un alcoolisme chronique. La patiente est placée en famille d'accueil et est actuellement scolarisée en institution (soins études aux Cadrans Solaires), elle a redoublé une classe. Lors de l'hospitalisation, l'humeur est basse, le contact assez pauvre, immature avec une élaboration difficile, les idées suicidaires restent présentes et fluctuantes en lien avec un vécu abandonnique ; l'impulsivité est au devant de la scène. Les échelles montrent une dépression (MADRS = 22 ; YMRS = 2), le risque suicidaire est fort (RUD = 19) et le fonctionnement global nettement altéré (C-GAS = 50-41). L'ARI n'a pu être cotée car les parents n'étaient pas présents, ni les éducateurs au moment de l'évaluation.

Le cas n° 17 diagnostiqué **TROUBLE BIPOLAIRE NON SPÉCIFIÉ** est un adolescent de 17 ans, suivi en consultation libérale par un psychologue depuis un an pour des crises de colères et une instabilité émotionnelle. Il présente par ailleurs des douleurs dorsales chroniques, pour lesquels il est suivi par l'équipe d'algologie et traité par amitriptyline (LAROXYL® 75mg/j) et tramadol, avec un trouble anxieux associé à type d'agoraphobie peaucysymptomatique. Le traitement par LAROXYL ne paraît pas efficace sur son trouble anxieux ni son syndrome douloureux. Il s'agit du premier geste suicidaire, bien que les idées soient présentes depuis plus de 2 mois. Il n'y a pas d'antécédents psychiatriques familiaux. Il poursuit une scolarité en milieu professionnel, a redoublé une classe au collège (4ème) pour des problèmes d'apprentissages (pas de diagnostic spécifique); les relations avec ses pairs sont décrites comme difficiles et avec ses parents très conflictuelles. Cliniquement, il présente un état mixte lors de l'hospitalisation ; l'excitation psychomotrice s'accompagne de diffluence à mesure dans le discours et de quelques coq-à-l'âne. L'humeur est mixte avec une labilité émotionnelle importante. Il ne présente pas de symptômes psychotiques à type d'hallucinations ni idées délirantes. L'irritabilité est majeure ; le sommeil altéré avec des insomnies importantes (4h-5h de sommeil depuis une semaine). Il reconnaît ne pas être dans son état normal. La K-SADS-PL retrouve un épisode hypomaniaque de moins de 48h, spontanément résolutif et nettement individualisable par le patient et ses parents. Les échelles sont concordantes (MADRS = 29 ; YMRS = 16) ; le risque suicidaire moyen (RUD = 9). L'irritabilité clinique se retrouve à l'ARI : elle est majeure et retentit de façon significative (S 1,33 / R 2) ; le fonctionnement global se maintient (C-GAS = 70-61).

Enfin, le cas n° 26 diagnostiqué **DISRUPTIVE MOOD DYSREGULATION DISORDER** est un jeune adolescent de 12 ans, hospitalisé en service spécialisé pédopsychiatrique lors de l'inclusion. Il est prise en charge en institut médico-éducatif et traité par antipsychotique de seconde génération : quetiapine (XEROQUEL® 600mg), thymorégulateur : valpromide (DEPAMIDE® 900mg) et neuroleptique : cyamémazine (TERCIAN® 30mg x 3/j). La tentative de suicide est grave par sa létalité : tentative d'asphyxie avec un sac plastique, menace de défenestration et IMV ; l'intentionnalité est forte, il existe des comportements de planification. Il est hospitalisé en service spécialisé compte tenu du caractère

répétitif des passages à l'acte auto-agressifs et l'existence d'un trouble psychiatrique sous-jacent. Les comportements suicidaires sont présents depuis plus d'un mois d'où l'hospitalisation en service spécialisé. Ce garçon est suivi depuis l'école maternelle pour des troubles du comportement à type d'agitation psychomotrice ; il a 8 ans lors de sa première hospitalisation en pédopsychiatrie pour troubles des conduites, auto et hétéro agressives, agitation et crises clastiques au domicile et à l'école. Il bénéficie de traitement psychotrope depuis l'âge de 8 ans : neuroleptique et antipsychotique (risperidone RISPERDAL® / cyamémazine TERCIAN® / lévomépromazine NOZINAN®). Il présente une légère dysmorphie faciale et une surdité totale de l'oreille gauche pour lequel un bilan génétique a été demandé. On retrouve dans les antécédents parentaux un alcoolisme chronique chez le père et des négligences parentales. Ses parents sont séparés et vivent à nouveau en concubinage chacun de leur côté; ils les voient les week-ends et passe sa semaine en internat en Institut Thérapeutique Éducatif et Pédagogique (ITEP). Lors de l'hospitalisation, l'humeur est dépressive avec des symptômes mélancoliques : idée d'inutilité, de culpabilité, d'indignité, dévalorisation, idéations suicidaires permanentes, angoisses majeures et douleur morale intense. L'irritabilité est majeure et constante. L'intolérance à la frustration et l'instabilité émotionnelle conduit à des crises de colère désadaptées quotidiennes, nécessitant parfois des mesures thérapeutiques d'apaisement et contentions. Il présente des comportements et préoccupations sexuelles désadaptées au domicile, et dans le service (masturbation compulsive, exhibition, visite de sites pornographiques). Il ne présente pas de symptômes psychotiques à type de délire, d'hallucinations mais la désorganisation est présente dans le discours et les comportements. La K-SADS-PL révèle un DMDD avec début des troubles vers l'âge de 3 ans : crises de colère explosives quotidiennes, auto agressivité, altération des relations avec ses pairs, mises en danger répétées, opposition active, agitation et irritabilité. Il n'y a jamais eu de période euthymique stable sans crises de colères et/ou passage à l'acte de 2 mois consécutifs. Les idées suicidaires sont fluctuantes depuis ses 9-10 ans. Les échelles montrent un état mixte (MADRS = 22 ; YMRS = 20) alors que l'humeur est principalement dépressive. La cote de l'YMRS est élevée par l'irritabilité, les troubles du comportement, la labilité émotionnelle, l'excitation motrice et la désinhibition sexuelle. Le risque suicidaire est majeur

(RUD = 19). L'irritabilité également avec un retentissement sévère sur le fonctionnement global (S2 / R 2) et (C-GAS 40-31).

Nous résumons les résultats aux échelles cliniques dans le tableau 3, en précisant également les traitements psychotropes prescrits.

Nous remarquons une concordance entre les échelles cliniques et l'évaluation standardisée par la K-SADS :

- pour la dépression, le score à la MADRS est supérieur ou égal à 15 pour 5 cas sur 6 ;
- pour la manie, la YMRS est positive pour 5 cas sur 6 ; et significative pour 1 cas sur 6 (score = 20) ; ce qui confirme l'absence d'épisode maniaque lors de l'hospitalisation pour nos cas ;
- pour l'irritabilité, l'ARI est positive pour tous les cas cotés (1 donnée manquante) et significative en terme de retentissement = retentissement moyen pour 3 cas sur 5 et fort pour 2 cas sur 5 ;
- enfin, le fonctionnement global est altéré avec un score ≤ 60 – 51 pour 5 cas sur 6, dont 1 cas dont le score est = à 40-31 montrant une altération franche et sévère du fonctionnement global.

Il existe une comorbidité anxieuse pour 3 cas sur 6.

Le risque suicidaire est moyen (RUD entre 6 et 9) pour 2 cas sur 6 et élevé (RUD ≥ 10) pour 4 cas sur 6.

Enfin, 5 cas sur 6 bénéficient d'un traitement psychotrope :

- par thymorégulateur en bithérapie avec antidépresseur ou antipsychotique de seconde génération pour 3 cas ;
- et par antidépresseurs en monothérapie pour 2 cas sur 6.

Tableau 3 : Diagnostics – Comorbidités – Échelles cliniques

N°	Age / Sexe	Diagnostic K-SADS	Comorbidité K-SADS	Traitement	MADRS	YMRS	RUD	ARI S / R	C-GAS
3	17 / F	TB - NS Cycles rapides	TCA Tb personnalité	Depakote® Zoloft®	9	11	12	0,66 / 1	80-71
6	13 / F	Cyclothymie	Absence	Zoloft®	12	7	7	1,33 / 1	60-51
8	13 / F	Dysthymie	Tb anxieux	Aucun	21	0	19	0,66 / 1	50-41
14	14 / F	TB type 2	Tb anxieux PTSD passé	Abilify® Depakote® Tercian®	22	2	19	NC	50-41
17	17 / M	TB - NS	Tb anxieux Dorsalgies chroniques	Laroxyl® Tramadol®	22	16	9	1,33 / 2	70-61
26	12 / M	DMDD	Tb des conduites	Depamide® Tercian® Xeroquel®	22	20	19	2 / 2	40-31

Légendes : F : Féminin ; M : Masculin ; **DMDD** : Disruptive Mood Dysregulation Disorder ; **PTSD** : Post Traumatic Syndrom Disorder ; **TCA** : Trouble du Comportement Alimentaire ; **TB NS** : Trouble Bipolaire Non Spécifique

2. *Comparaison des échelles cliniques entre bipolaires et non bipolaires* (tableau 4)

Nous avons comparé les résultats aux échelles cliniques (MADRS, YMRS, ARI, RUD et C-GAS) entre le groupe bipolaire (N =6) et le groupe non bipolaire (N= 20).
Nous n'avons pas réalisé de tests statistiques pour comparer les résultats des échelles entre bipolaires et non bipolaires du fait du nombre de données manquantes et de la faiblesse de la taille de l'échantillon.

Nous remarquons une concordance entre les diagnostics K-SADS posés et les résultats aux échelles cliniques pour les bipolaires.

Les scores de dépression à la MADRS ≥ 15 sont plus fréquents chez les bipolaires (4 / 6 cas soit 66%) que chez les non bipolaires (11 / 20 cas soit 55%).
Nous ne retrouvons qu'un seul cas de score YMRS de manie ≥ 20 : chez les bipolaires (1 / 6 soit 16%). Il n'y aucun cas de score YMRS ≥ 26 qui mettrait en évidence un épisode maniaque moyen à sévère. L'évaluation standardisée par la K-SADS-PL ne retrouve également pas d'épisode maniaque.
Les scores d'irritabilité montrent une intensité plus sévère chez les bipolaires (S ≥ 1 dans 3 / 6 cas soit 60%) que chez les non bipolaires (1 / 20 cas soit 5%). Le retentissement est également plus sévère chez les bipolaires (R2 = 2 / 6 cas soit 40%) que chez les non bipolaires (1 / 20 cas soit 5%).
Le risque suicidaire évalué par le RUD grâce à l'algorithme de la K-SADS montre un risque suicidaire plus important chez les bipolaires (RUD ≥ 10 = 4 / 6 cas soit 6§%) que chez les non bipolaires (8 / 20 cas soit 40%).
Enfin, l'échelle de fonctionnement montre une altération plus marquée chez les bipolaires (C- GAS ≤ 60-51 = 4 / 6 cas soit 66%) que chez les non bipolaires (5 / 20 cas soit 25%).

Tous ces résultats montrent : une **concordance entre l'évaluation standardisée et les échelles cliniques ; une symptomatologie thymique plus intense et une irritabilité plus sévère chez les bipolaires comparativement aux non bipolaires ; un risque suicidaire majoré chez les bipolaires et une altération du fonctionnement globale plus importante chez les bipolaires**.

Tableau 4 : Comparaison des échelles cliniques entre les bipolaires et les non bipolaires

	BIPOLAIRES N=6	**NON BIPOLAIRES N=20**	**POPULATION TOTALE N=26**
Échelle de dépression			
MADRS < 15, n (%) :	2 / 6 (33)	9 / 20 (45)	11 / 26 (42,3)
MADRS ≥ 15, n (%) :	4 / 6 (66)	11 / 20 (55)	15 / 26 (57,7)
Échelle de manie			
YMRS ≥ 20, n (%) :	1 / 6 (16)	0 / 20	1 / 26 (3,8)
YMRS 10-20, n (%) :	3 / 6 (50)	0 / 20	3 / 26 (11,5)
YMRS < 10, n (%) :	2 / 6 (33)	20 / 20 (100)	22 / 26 (84,6)
Données manquantes, n :	0 / 6	0 / 20	0 / 26
Échelle de risque suicidaire			
RUD 1 – 5, n (%) :	0 / 6	4 / 20 (20)	4 / 26 (15,4)
RUD 6 – 9, n (%) :	2 / 6 (33)	6 / 20 (30)	8 / 26 (30,8)
RUD ≥ 10, n (%) :	4 / 6 (66)	8 / 20 (40)	12 / 26 (46,1)
Données manquantes, n :	0 / 6	2 / 20	2 / 26 (7,7)
Échelle d'irritabilité			
ARI S = 0, n (%) :	0 / 6	6 / 20 (30)	6 / 26 (23,1)
ARI S = 0,16 – 1, n (%):	2 / 6 (40)	1 / 20 (5)	3 / 26 (11,5)
S ≥ 1, n (%):	3 / 6 (60)	1 / 20 (5)	4 / 26 (15,4)
R 0 – 1, n (%):	0 / 6	5 / 20 (25)	5 / 26 (19,2)
R 1, n (%):	3 / 6 (60)	2 / 20 (10)	5 / 26 (19,2)
R 2, n (%) :	2 / 6 (40)	1 / 20 (5)	3 / 26 (11,5)
Données manquantes, n :	1 / 6	12 / 20	13 / 26 (50,0)
Échelle de fonctionnement			
C-GAS > 60-51, n (%) :	2 / 6 (33)	15 / 20 (75)	17 / 26 (65,4)
C- GAS ≤ 60-51, n (%) :	4 / 6 (66)	5 / 20 (25)	9 / 26 (34,6)

3. *Comparaison des antécédents familiaux entre bipolaires et non bipolaires* (tableau 5)

Nous avons comparé les antécédents psychiatriques familiaux de trouble de l'humeur, de suicide et de tentative de suicide dans les deux groupes.
4 données manquent pour les antécédents familiaux de trouble de l'humeur chez les non bipolaires. Comme précédemment, nous n'avons pu effectuer de tests statistiques compte tenu des données manquantes et du fait effectif. Nous réalisons donc une analyse descriptive des résultats obtenus en prenant en compte ces données manquantes dans le calcul des pourcentages.

Au sein du **groupe total de suicidants**, nous remarquons que l'antécédent familial psychiatrique le plus fréquent est la tentative de suicide : 11 / 26 cas soit 42, 3% dont 3 / 26 cas (11,5%) chez les bipolaires et 8 / 26 cas chez les non bipolaires (30,80%). Ensuite vient l'antécédent de dépression avec au total 10 / 26 cas de dépression, dont 7 / 26 cas (26,9%) chez les non bipolaires et 3 / 26 cas (11,5%) chez les bipolaires.
Concernant les antécédents familiaux de suicide : nous trouvons 6 / 26 cas (23,1%) au total dont 2 / 26 cas chez les bipolaires (7,7%) et 4 / 26 cas (15,4%) chez les non bipolaires.
Enfin concernant les antécédents de trouble bipolaire familiaux : nous trouvons 3 / 26 cas au total (11,5%). Il existe davantage d'antécédents de trouble bipolaire familiaux chez les bipolaires (2 / 26 = 7,7%) que chez les non bipolaires (1 / 26 = 3,8%).

Nous précisons les **antécédents familiaux psychiatriques chez les bipolaires**, dans l'ordre chronologique d'inclusion :

- pour le cas n° 3 = TB NS à cycles rapides : il existe un antécédent de trouble de l'humeur chez le père ; un antécédent de TS chez l'oncle paternel et un décès par suicide (grand-mère paternelle) ;
- pour le cas n° 6 = Cyclothymie : il existe plusieurs antécédents dépressifs chez la mère et le père ; un antécédent de psychose maniaco-dépressive chez l'oncle paternel et un antécédent de schizophrénie chez un grand

oncle ;

- pour le cas n° 8 = Dysthymie : il existe plusieurs antécédents dépressifs chez la mère dont certains compliqués de TS ; un décès par suicide (oncle maternel) ;
- pour le cas n° 14 = TB type 2 : il existe un antécédent de TS chez la mère ayant nécessité une hospitalisation en psychiatrie ;
- pour le cas n° 17 = TB NS nous n'avons pas trouvé d'antécédents psychiatriques familiaux ;
- enfin pour le cas n° 26 = DMDD : il n'existe pas d'antécédent psychiatrique familial en dehors d'un alcoolisme sevré chez le père.

Tableau 5 : Comparaison des antécédents familiaux entre bipolaires et Non bipolaires

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX	**BIPOLAIRES** N=6	**NON BIPOLAIRES** N=20
DÉPRESSION, n (%) :		
- père	2 / 26 (7,7)	0 / 26
- mère	0 / 26	6 / 26 (23,1)
- oncle / tante	0 / 26	0 / 26
- grands parents	1 / 26 (3,8)	1 / 26 (3,8)
Total =	**3** / 26 **(11,5)**	**7** / 26 **(26,9)**
TROUBLE BIPOLAIRE, n (%) :		
- père	1 / 26 (3,8)	1 / 26 (3,8)
- mère	0 / 26	0 / 26
- oncle / tante	1 / 26 (3,8)	0 / 26
- grands parents	0 / 26	0 / 26
Total =	**2** / 26 **(7,7)**	**1** / 26 **(3,8)**
SUICIDE		
- père	0 / 26	1 / 26 (3,8)
- mère	0 / 26	0 / 26
- oncle / tante	1 / 26 (3,8)	2 / 26 (7,7)
- grands parents	1 / 26 (3,8)	1 / 26 (3,8)
Total =	**2** / 26 **(7,7)**	**4** / 26 **(15,4)**
TENTATIVE DE SUICIDE		
- père	0 / 26	1 / 26 (3,8)
- mère	2 / 26 (7,7)	1 / 26 (3,8)
- oncle / tante	1 / 26 (3,8)	0 / 26
- grands parents	0 / 26	6 / 26 (23,1)
Total =	**3** / 26 **(11,5)**	**8** / 26 **(30,8)**

C. COMPARAISON DES DIAGNOSTICS CIM-10 ET DSM-5 (tableau 6)

Aucun diagnostic CIM-10 de Trouble Bipolaire n'a été posé clairement ; alors que nous avons 6 cas appartenant au spectre bipolaire à l'aide de la K-SADS. Deux diagnostics de bipolarité selon la CIM-10 ont été suggérés dans les conclusions de compte rendu hospitalier sous la forme *« Bipolarité? »* ; ils correspondent aux troubles bipolaires non spécifiés (n°3 – n°17) diagnostiqués selon la K-SADS.

Les **diagnostics de bipolarité (n° 3 – 6 – 8 – 14 – 17 – 26) retrouvés lors de l'évaluation standardisée** – correspondant au DSM-5 - **sont différents des diagnostics retrouvés lors de l'évaluation clinique** – correspondant à la CIM-10.
Concernant le cas de cyclothymie (n°6) : le diagnostic CIM-10 est la dysthymie ; concernant la cas de dysthymie (n°8) : le diagnostic CIM-10 est celui de trouble de personnalité émotionnellement labile et dysthymie ; concernant le cas de TB de type 2 (n°14) : le diagnostic CIM-10 est celui de trouble de personnalité sans précision et la dysthymie est suggérée ; enfin concernant le cas de DMDD (n°26), le diagnostic CIM-10 est celui de trouble des conduites avec dépression.

L'évaluation standardisée et l'évaluation clinique n'aboutissent pas aux mêmes résultats, en terme de quantité =

- 16 diagnostics DSM-5 (n° 1 – 2 – 3 – 5 – 6 – 8 – 9 – 10 – 11 – 12 – 13 – 14 – 16 – 17 – 19 – 23 – 26) ;
- 19 diagnostics CIM-10 (n° 1 – 3 – 4 – 5 – 6 – 8 – 9 – 10 – 12 – 13 – 14 – 16 – 17 – 18 – 19 – 23 – 24 – 25 – 26) ;

ni en terme de cotation, tous diagnostics confondus.

Pour **4 cas , les diagnostics DSM-5 et Cim-10 sont identiques** : n° 1 = EDM ; n° 5 = EDM ; n°19 = trouble anxieux ; n°23 = trouble des conduites.

Il existe **6 conclusions de sortie sans diagnostic CIM-10 posé** en dehors de celui de tentative de suicide (n° 2 – 7 – 11 – 20 – 21 – 22).

Pour les cas n° 7 – 20 – 21 – 22 : la KSADS ne retrouve également pas de diagnostic. Pour les 2 autres : elle met en évidence des diagnostics d'EDM et PTSD passé (n°2) et de TDAH passé (n°11).

Tableau 6: Comparaison des diagnostics DSM-5 et CIM-10

N° inclusion	DSM-5 : Diagnostics	DSM-5 : Comorbidités	CIM 10 : Diagnostics
1	EDM sévère	Tb panique avec agoraphobie	F32.9 EDM
2	EDM Moyen	PTSD passé	Pas de diagnostic
3	TB NS Cycles rapides	Trouble de personnalité	F60.9 Tb de personnalité sans précision F31 Tb Bipolaire?
4	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	F32 Tb Dépressif
5	EDM Moyen	Pas de diagnostic	F32.9 EDM F41.9 Anxiété sociale
6	Cyclothymie	Pas de diagnostic	F34.1 Dysthymie
7	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic
8	Dysthymie avec symptômes mélancoliques	Trouble anxieux	F60.30 Tb de personnalité émotionnellement labile F34.1 Dysthymie
9	EDM	Trouble anxieux actuel et passé	F41.9 Anxiété sociale
10	Dysthymie	Tb des conduites actuels et passé	F60.9 Tb de personnalité sans précision
11	TDAH passé	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic
12	Tb des conduites passé	Addiction tabac	F60.9 Tb de personnalité sans précision**?**
13	EDM	Pas de diagnostic	F60.9 Tb de personnalité sans précision
14	TB Type 2: épisode dépressif	Trouble anxieux actuel et PTSD passé	F60.9 Tb de personnalité sans précision F34.1 Dysthymie?
15	NC	NC	NC
16	Trouble anxieux	PTSD passé et addiction tabac	F32 Tb dépressif F60.9 Tb de personnalité sans précision?
17	TB NS: épisode mixte	Agoraphobie	F31 Tb Bipolaire?
18	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	F60.30 Tb de personnalité émotionnellement labile
19	Trouble anxieux	Pas de diagnostic	F41.2 Tb anxio dépressif
20	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic
21	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic
22	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic
23	Tb des conduites actuel et passé	Tb personnalité sans précision et PTSD passé - Addiction tabac	F60.30 Tb de personnalité émotionnellement labile F 91.9 Tb des conduites
24	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	F43.2 Tb adaptation
25	Pas de diagnostic	Pas de diagnostic	F32 Tb dépressif
26	DMDD	Dysthymie et troubles des conduites	F92 Tb des conduites avec dépression

Légende : en surligné les cas de bipolarité ; Tb : Trouble

D. RÉCIDIVES DE TENTATIVE DE SUICIDE À 3 MOIS

1. *Comparaison des taux de récidives dans les deux groupes : bipolaires et non bipolaires (tableau 7)*

Parmi les 26 sujets inclus, 25 ont été réévalués à trois mois : 12 ont été réévalués cliniquement en entretien semi-structuré, selon le procédé indiqué dans le protocole. Treize ont été réévalués lors d'un entretien téléphonique et un était injoignable (parents et adolescents). Les douze adolescents venus à la consultation se sont présentés seuls et avec leurs parents. Concernant le perdu de vue, nous n'avons trouvé aucune trace de passage par les urgences pédiatriques et adultes pour tentative de suicide et/ou idées suicidaires, ni de trace d'hospitalisation au CHU-Lenval. Nous avons décidé de l'exclure du groupe pour la réévaluation à 3 mois. Nous avons donc comparé les taux de récidives à 3 mois pour 25 patients, 6 cas bipolaires et 19 cas non bipolaires.

Au sein du groupe, nous avons répertorié **6 récidives de tentatives de suicide, soit 23,1% de la cohorte**.
Parmi les 6 récidives, 4 sujets ont été ré hospitalisés en pédiatrie au CHU-Lenval ; les deux autres n'en n'ont pas parlé en dehors de l'entretien de réévaluation à 3 mois.

Parmi les 6 récidivants : nous trouvons 1 cas bipolaire, le sujet *DMDD* et 5 non bipolaires.
Nous remarquons qu'il n'existe **pas de différence significative entre les deux groupes bipolaires – non bipolaires pour les récidives de tentative de suicide (p = 0,759 > 0,05) ; ni pour les récidives de lésions auto infligées (p = 0,346 > 0,05).**

Tableau 7: Comparaison des taux de récidives de suicide entre bipolaires et non bipolaires à 3 mois

Récidives à 3 mois	BIPOLAIRES N = 6	NON BIPOLAIRES N= 19	Total N=25	*p (test du Chi-2 de Pearson)*
TS, n (%) :	1 (3,8)	5 (19,2)	6 (23,1)	0,759
CAA, n (%) :	2 (7,7)	2 (7,7)	4 (15,4)	0,346

Légendes : TS : tentative de suicide ; CAA : Comportements auto agressifs

2. Comparaison des données cliniques et sociodémographiques entre les deux groupes : récidivants et non récidivants (tableaux 8 et 9)

Nous avons comparé les critères cliniques et socio démographiques pertinents selon les données de la littérature, entre les récidivants et les non récidivants. Les résultats portent sur 25 sujets du fait du perdu de vue : 6 cas de bipolaires et 19 cas de non bipolaires. Nous n'avons pas calculé de risque relatif du fait du faible effectif et du nombre de données manquantes, notamment dans le

groupe des non récidivants non bipolaires. Nous avons réalisé en tableau croisé entre récidives / non récidives et bipolaires / non bipolaires pour décrire et comparer ces résultats.

En observant les données, nous pouvons néanmoins mettre en <u>évidence dans le groupe bipolaire</u> que :

- le récidivant bipolaire est **le plus jeune** du groupe de sujets inclus, et qu'il est plus jeune que les bipolaires non récidivants ;
- la récidive **ne touche pas un sexe en particulier** : 1 garçon récidivant, 1 garçon non récidivant et 4 filles non récidivantes ;
- il y **autant d'antécédent de tentative de suicide** parmi les bipolaires récidivants et non récidivants à 3 mois (16,7% vs 15,8%) ;
- la **comorbidité anxieuse ne paraît pas corrélée à la récidive de TS** : les 2 cas (10,5%) de bipolaires anxieux n'ont pas récidivé ;
- **de même pour la comorbidité addictive** : pas de cas d'addiction retrouvé dans le groupe bipolaire.

Concernant les antécédents familiaux et les récidives de TS chez les bipolaires : il n'existe pas d'antécédent familial de TS, suicide, dépression ou trouble bipolaire chez le récidivant ; le seul antécédent existant est un alcoolisme sevré chez le père. Nous ne pouvons donc pas conclure.

Cependant, on peut remarquer au sein du groupe total, que :

- les récidivants sont en moyenne plus jeunes que les non récidivants : ±14,17 ans vs ±14,63 ans ;
- il y a plus de récidives chez les filles que chez les garçons ;
- les antécédents d'agressions physiques sont quantitativement similaire parmi les récidivants et les non récidivants : 4 et 5 cas sur 26 inclus ;
- les comorbidités anxieuses sont plus fréquentes que les addictives et ne semble pas être corrélées aux récidives ;
- les antécédents familiaux de dépression et de tentative de suicide sont légèrement plus fréquents chez les récidivants comparés aux non récidivants : 44% et 40 % respectivement mais sans différence significative ;
- et enfin, il y a plus d'antécédents familiaux de trouble bipolaire chez les bipolaires comparés aux non bipolaires : 10,5% vs 5,3%.

Au sein du groupe non bipolaire, nous pouvons noter que :

- il y a plus d'antécédents familiaux de TS et de suicide chez les récidivants : 33,3% vs 31,6% et 33,3% vs 10,5% respectivement ;
- les antécédents familiaux de dépression sont aussi fréquents que les antécédents familiaux de TS : 31,6%.

Tableau 8 : Comparaison des données socio démographiques et cliniques entre récidivants et non récidivants à 3 mois

	TOTAL N=25	**Récidivants N=6**		**Non récidivants N=19**	
		Bipolaire N = 1	Non Bipolaire N = 5	Bipolaire N = 5	Non Bipolaire N = 14
Âge (moyenne en années)	14,39	12	14,60	14,80	14,57
Sexe, *n (%)* : - filles : - garçons :	 22 / 25 (88) 3 / 25 (12)	 0 / 25 1 / 25 (5,3)	 5 / 25 (26,3) 0 / 25	 5 (26,3) 0 / 25	 12 / 25 (63,2) 2 / 25 (10,50)
ATCD personnel de TS, *n (%)* :	10 / 25 (40)	1 / 25 (16,7)	3 / 25 (50)	3 / 25 (15,8)	3 / 25 (15,8)
ATCD personnel - d'agressions physiques, *n (%)* : - d'abus sexuel, *n (%) :*	 9 / 25 (36) 3 / 25 (12)	 1 / 25 (16,7) 0 / 25	 3 / 25 (50) 1 / 25 (5,3)	 2 / 25 (10,5) 1 / 25 (5,3)	 3 / 25 (15,8) 1 / 25 (5,3)
Comorbidités : - anxieuse, *n % :* - addictive, *n % :*	 7 / 25 (28) 3 / 25 (12)	 0 / 25 0 / 25	 0 / 25 1 / 25 (16,7)	 3 / 25 (12) 0 / 25	 4 / 25 (16) 2 / 25 (10,5)
ATCD familiaux : - trouble bipolaire, *n % :* - dépression, *n % :* - TS, *n % :* - suicide, *n % :*	 3 / 25 (12) 11 / 25 (44) 10 / 25 (40) 6 / 25 (24)	 0 / 25 0 / 25 0 / 25 0 / 25	 0 / 25 2 / 25 (10,5) 2 / 25 (33,3) 2 / 25 (33,3)	 2 / 25 (10,5) 3 / 25 (15,8) 2 / 25 (15,8) 2 / 25 (10,5)	 1 / 25 (5,3) 6 / 25 (31,6) 6 / 25 (31,6) 2 / 25 (10,5)

Nous nous sommes intéressés en tant que cliniciens et thérapeutes aux différentes prises en charge et à leur impact possible sur les récidives.

Bien que cela ne soit pas indiqué dans le protocole initial, nous avons comparé à 3 mois les types de prise en charge spécialisée entre récidivants et non récidivants pour voir si les suivis et/ ou traitements sont protecteurs contre les récidives de tentatives de suicide en population pédiatrique.
Nous avons recueillis les données cliniques suivantes lors de l'entretien de réévaluation à 3 mois :

- existence ou non d'un suivi pédopsychiatrique depuis l'hospitalisation ;
- prise ou non de traitement psychotrope depuis l'hospitalisation ;
- antécédent ou non d'hospitalisation en pédopsychiatrie.

Dans le groupe total, nous remarquons que **15 / 25 patients soit 60% des cas sont suivis par un pédopsychiatre** depuis leur hospitalisation (principalement en CMP).
Sur les 8 / 25 cas non suivis à 3 mois, précisons que deux d'entre eux ont interrompu d'eux-mêmes le suivi après deux ou trois consultations.
Il y a eu **plus de récidives de TS chez les patients suivis** : 3 / 15 (20%) que chez les patients non suivis : 1 / 8 (12,5%).
La **majorité des cas ne bénéficient pas d'un traitement psychotrope : 16 / 25 cas soit 64%**.
Concernant les **patients traités** : 9 / 25 cas, il y a une **majorité de bipolaire** 4 / 6 soit 66,6% des bipolaires par rapport aux non bipolaires : 5 / 19 soit 26,3% des non bipolaires.
Les bipolaires traités bénéficient de thymorégulateurs en monothérapie ou en bithérapie avec des antipsychotiques de seconde génération ; les non bipolaires traités bénéficient de traitement anxiolytique par benzodiazépines principalement ; 1 cas est traités par bithérapie antipsychotique de seconde génération et neuroleptique.

Concernant les bipolaires :

- **tous sont suivis** ; l'un est suivi par une psychologue il n'apparaît donc

pas dans le tableau ;

- la **majorité** bénéficie d'un **traitement psychotrope mais pas la totalité** : 4 / 6 cas ;
- la **majorité a déjà été hospitalisée au moins une fois en pédopsychiatrie : 4 / 6 cas et ces 4 cas sont traités**.

Un seul bipolaire a récidivé ; il bénéficiait d'un suivi, d'un traitement thymorégulateur associé à un antipsychotique de seconde génération et été hospitalisé en pédopsychiatrie. Il s'agit du cas de DMDD qui est resté hospitalisé 4 mois en service spécialisé ; il était hospitalisé à l'inclusion et à la réévaluation à 3 mois.

Tableau 9: Comparaison des suivis, traitements et antécédents d'hospitalisation en pédopsychiatrie entre bipolaires et non bipolaires à 3 mois

	Récidivants N = 6		Non récidivants N = 19		POPULATION TOTALE N = 25
	Bipolaire N = 1 / 6	**Non Bipolaire N= 5 / 6**	Bipolaire N = 5 / 19	Non Bipolaire N = 14 / 19	
Suivi Pédopsychiatrique, n (%) :	1 / 25 (16,7)	3 / 25 (50,0)	4 / 25 (21,1)	7 / 25 (36,8)	15 / 25 (60)
Absence de suivi, n (%) :	0 / 25	1 / 25 (16,7)	0 / 25	7 / 25 (36,8)	8 / 25 (32)
Traitement psychotrope, n (%) :	1 / 25 (16,7)	4 / 25 (66,7)	3 / 25 (15,8)	1 / 25 (5,3)	9 / 25 (36)
Absence de traitement, n (%) :	0 / 25	1 / 25 (16,7)	2 / 25 (10,5)	13 / 25 (68,4)	16 / 25 (64)
ATCD d'hospit. en pédopsychiatrie, n (%) :	1 / 25 (16,7)	2 / 25 (33,3)	3 / 25 (15,8)	0 / 25	6 / 25 (24)
Pas d'ATCD d'hospit. en pédopsychiatrie, n (%) :	0 / 25	3 / 25 (50,0)	2 / 25 (10,5)	14 / 25 (73,7)	19 / 25 (76)

DISCUSSION

VI. DISCUSSION

A. Discussion des résultats

1. Description du groupe de patients

Sur l'année 2013, 146 enfants et adolescents ont été hospitalisés et pris en charge par l'Unité de Prévention des Récidives de Tentative de Suicide (UPRTS) dont 71 pour tentative de suicide. Les autres motifs d'hospitalisation et de prises en charge par l'UPRTS concernaient : des comportements auto agressifs ou des idéations suicidaires. Sur une période de 17 semaines, nous avons sélectionné et inclus de façon consécutive 26 patients, soit un près d'un tiers de la population de suicidants à l'année si l'on se base sur les chiffres de l'année 2013.
Notre groupe était représentatif de la population pédiatrique de suicidants admis aux urgences de Lenval, car tous les patients hospitalisés pour tentative de suicide pendant ces 17 semaines ont été inclus de façon consécutive.

Les urgences du CHU-Lenval sont les seules urgences à la fois pédiatriques et pédopsychiatriques de Nice et du département. Tous les enfants et adolescents qui se présentent aux urgences pour des idées suicidaires ou des comportements suicidaires sont systématiquement hospitalisés ; sauf opposition des parents mais cela ne s'est pas produit pendant la période d'inclusion.
Si l'on s'appuie sur les données de l'ARS de 2011 [62], nous trouvons une prévalence approximative de 0,06% de TS pour les 10 à 19 ans (124 250 enfants de 10 à 19 ans dans le département des Alpes Maritimes).
De Tournemire fait état de 7,7% de tentative de suicide vie entière [63] chez les 12-18 ans, ce qui correspond aux données nord-américaines : 8% aux mêmes âges [64].
Nous avons trouvé un taux de tentative de suicide pendant cette période de 0,06%, ce qui paraît plus faible que les données nationales qui retrouvent 0,8% et 3,5% de tentative de suicide chez les garçons et filles de 12 à 14 ans ; et 1,8% et 6,9% chez les garçons et filles de 15 à 19 ans. Il est fort probable que tous les

enfants et adolescents suicidants du département ne consultent pas uniquement à Lenval. L'accessibilité à l'hôpital n'est pas aisée pour les habitants de l'arrière-pays ; une proportion non négligeable de tentative de suicide reste n'est pas vue ou n'a pas accès à un avis spécialisé. Au niveau national, moins d'un sur trois suicidants est hospitalisé au moins une nuit à l'hôpital [43].

L'âge moyen de notre groupe était de 14,54 ans avec un pic entre 13 et 16 ans (21 / 26) soit 80% du groupe total, ce qui correspond aux données de la littérature. Les études françaises montrent que le geste suicidaire est rare avant 10 ans mais plus létal ; il apparaît vers 12 ans pour atteindre un pic entre 15 et 18 ans [43;65].
Notons que deux adolescentes de 13 ans ont présenté une puberté précoce (diagnostiquée et traitée pour l'une d'elles) à 8 et 9 ans respectivement. Le lien puberté précoce et tentative de suicide n'est pas clairement établi ; mais Wichström suggère que plus que le décalage pubertaire (précocité pour la fille et retard pour le garçon) ; c'est le vécu négatif du décalage pubertaire par le sujet qui est lié aux comportements suicidaires [66].

Concernant les facteurs environnementaux, nos données sont différentes de résultats en population clinique française.
Dans notre étude, une majorité d'enfants et adolescents ne vit pas avec ses deux parents (73%). Nous trouvons 61,5% de familles recomposées et 15,4% de familles monoparentales. L'étude rétrospective de Strodeur [11] portant sur 232 enfants et adolescents suicidants âgés de 8 à 17ans retrouvaient 38% de famille nucléaire et 49% de famille recomposée. Les études longitudinales communautaires montrent que le fait de ne pas vivre avec ses deux parents est significativement associé à un risque de tentative de suicide en population pédiatrique : risque multiplié par deux chez les 12 – 20 ans [66] et risque multiplié par 3,1 dans la population de 14 – 15 ans [67].
Les perturbations du fonctionnement familial et la psychopathologie familiale sont des facteurs connus de tentative de suicide.

Toutes les catégories socio – professionnelles sont représentées dans notre étude; le suicide et les tentatives de suicide touchent toutes les classes sociales.

Nous avons corrélé les structures familiales aux niveaux socioprofessionnels. Nous remarquons que les enfants et adolescents vivants avec leur père font partie des catégories socio – professionnelles moyennes et hautes ; et que le fait de ne pas vivre avec son père est plus fréquent dans les catégories basses. Les différents articles étudiés ne montrent pas de corrélation significative entre catégories socio – professionnelles et tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent mais le dysfonctionnement familial et les carences affectives et éducatives sont associés aux comportements suicidaires chez les adolescents [64;68;69].

En ce qui concerne les antécédents familiaux psychiatriques, nous constatons un fort taux d'antécédents retrouvés dans notre échantillon. Dans 61,5% des cas il y avait au moins un antécédent familial ; dont une majorité d'antécédent de dépression (61,5%) et de tentative de suicide (46%). Nous avons répertorié 23,1% d'antécédent de suicide. Halayem retrouve 10,5% d'antécédents familiaux de dépression et de suicide dans son échantillon de 57 patients âgés de 13,74 ans en moyenne [10].

La recherche d'antécédent psychiatrique familial doit être systématique dans la prise en charge de suicidants selon les recommandations nationales et internationales [1;42;43].

Le fait de recueillir les antécédents familiaux simplement en questionnant la famille et d'avoir répertorié les antécédents au premier (parents – fratrie) et second degré (grands parents – oncles et tantes) a probablement conduit à un biais d'information en augmentant le taux d'antécédents familiaux.

Les études génétiques sur la transmission des comportements suicidaires sont contradictoires. L'héritabilité de comportements suicidaires serait due à la transmission familiale d'une tendance à l'impulsivité et à l'agir [70] au-delà de la transmission de pathologie psychiatrique . Pour Steele, la transmission familiale de comportements suicidaires est presque toujours associée à la transmission des troubles de l'humeur [71].

Nous avons trouvé un cas de suicide paternel dans notre groupe de patient. Brent souligne que plus que l'antécédent de suicide c'est l'expérience précoce de

la perte d'un parent qui augmente le risque suicidaire [70].

S'agissant des antécédents personnels de tentative de suicide, nos données sont également supérieures à celle de la littérature. Dans 42,4% des cas il s'agissait d'une récidive ; dans leur population clinique d'enfants et adolescents, Halayem et son équipe retrouve 15,8% d'antécédents de tentative de suicide [10] ; Strodeur retrouve 28,9% chez les 8 – 17 ans accueillis à l'hôpital Robert Debré [11] et Cherif 30% [72].

Le fait d'être le seul service d'urgences pédiatriques de Nice et le seul service d'urgences pédopsychiatriques du département doit créer un biais de recrutement qui peut être augmente ce taux.
Nous pouvons recevoir des patients adressés par le SAMU, les urgences adultes, les écoles, les CMP ou d'autres hôpitaux de la région (Antibes, Cannes, Grasse) pour évaluation pédopsychiatrique en urgence. Si l'enfant ou l'adolescent a été hospitalisé pour une tentative de suicide au CHU-Lenval, il est réorienté sur le service de médecine pédiatrique lors d'une récidive.

Nous pouvons également faire l'hypothèse d'une prévalence plus élevée de comportements suicidaires en population pédiatrique dans notre département.

Enfin, concernant les antécédents personnels traumatiques, nous avons retrouvé 4 / 26 cas d'agressions sexuelles dont deux cas d'inceste de second degré.
Les études montrent une forte association entre antécédent d'agression sexuelle et comportements suicidaires ; chez les 15 – 19 ans, le risque serait multiplié par 6,8 [43].
Les antécédents de comportements auto agressifs étaient fréquents 12 / 26 cas soit 46,15% ; ils augmentent de façon significative le risque de tentative de suicide [69;73].
Les comportements auto agressifs à type de scarifications superficielles sont un phénomène récent, en augmentation depuis une dizaine d'années.
Certaines formes ont une valeur pronostique en terme de risque suicidaire en fonction de leur topographie (face antérieure des cuisses, abdomen, poitrine) leur taille et leur profondeur (profondeur nécessitant un geste chirurgical) et le moyen

utilisé (couteaux ; brûlures de cigarettes associées) [73].
Elles imposent une évaluation psychiatrique approfondie à la recherche d'une comorbidité. Les adolescentes sont les plus touchées [43;73].
Ces conduites sont le plus souvent banalisées par l'adolescent et l'entourage ; pourtant elles manifestent une situation de mal être pouvant aller jusqu'à la crise suicidaire [34;65;73].

2. Récidives de tentative de suicide

Pour tenter de répondre à la question : quelle part aurait la bipolarité dans les récidives de tentative de suicide en population pédiatrique, nous avons comparé les taux de récidives de tentative de suicide entre les deux groupes.

Nous n'avons pas observé de différences significatives entre ces deux groupes bipolaires et non bipolaires (3,8% vs 19,2%, p = 0,759). Plusieurs biais peuvent expliquer ces résultats.
Premièrement, nous n'avons pas diagnostiqué d'état maniaque ni hypomaniaque au sein de notre groupe de bipolaire ; les symptômes dépressifs lors de l'hospitalisation n'étaient pas sévères et les patients étaient traités tant sur le plan pharmacologique que psychothérapeutique. Par conséquent, les risques de récidive pouvaient être diminués.

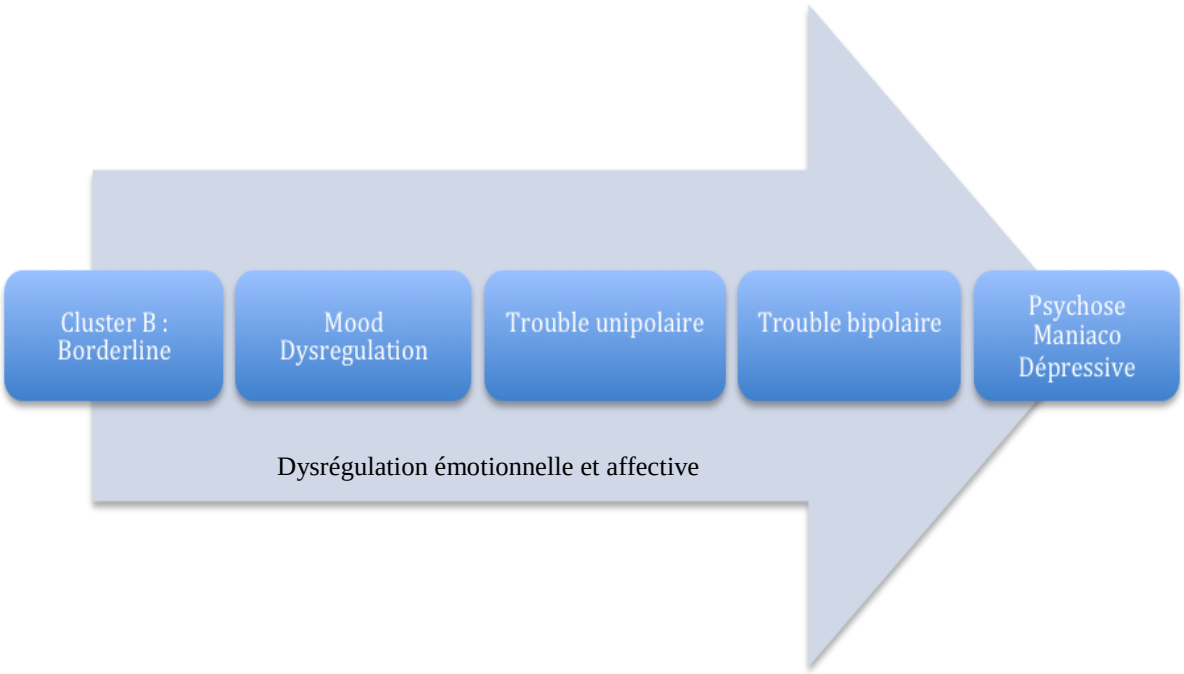
De plus, l'échantillon était faible, ainsi que le nombre de patients bipolaires.
Enfin, les récidives de tentative de suicide sont fréquentes dans l'année qui suit la tentative; nous manquons certainement de recul pour conclure et devons poursuivre notre étude pour voir si ces taux diffèrent.

Les jeunes bipolaires aux antécédents de tentative de suicide ont quatre fois plus de risque de récidive de tentative que ceux sans antécédent de tentative de suicide [7]. Sur les 6 cas du groupe bipolaire, 3 avaient des antécédents de tentative de suicide et seulement l'un d'eux a récidivé, il s'agit du cas de DMDD. Il est le plus jeune du groupe total (12 ans) et aussi celui dont les comportements

suicidaires ont commencé le plus tôt (avant l'âge de 10 ans). Les récidives de tentative de suicide ont eu lieu au cours de son hospitalisation en pédopsychiatrie ; au sein du service et lors de permissions en famille.

Les études chez les enfants et adolescents bipolaires montrent que les tentatives de suicide et les récidives de tentative de suicide sont significativement corrélées à l'âge de début des troubles plus précoce des troubles [46;48].
La maladie semble plus sévère chez l'enfant et l'adolescent, la désinhibition comportementale est plus importante chez les jeunes et expose à un risque plus élevé de comportements et de récidives suicidaires [29;45].

L'hypothèse de Tina Goldstein et son équipe pour expliquer la fréquence des tentatives de suicide et les récidives suicidaires chez les bipolaires est celle d'une dysrégulation émotionnelle et affective comme on le retrouve chez la personnalité limites.



C’est un argument en faveur d’un continuum entre trouble de personnalité du cluster B et psychose maniaco-dépressive, dans l’esprit du DSM 5 qui propose une vision développementale des troubles, schématisé dans la figure ci-dessus.

Nous n’avons pas pu explorer avec précisions les facteurs psychologiques associés aux récidives de tentative de suicide : estime de soi, niveau d’espoir et de désespoir et stratégies de coping face au stress. L’évaluation à trois mois était prévue dans le protocole ; mais nous n’avons pas inclus les résultats dans ce travail. En effet, nous avons revu en consultation moins de la moitié du groupe total (12 / 26); et sur ces douze patients : 9 ont répondu à ces questionnaires, dont un seul du groupe bipolaire.

Le rôle des stratégies de coping dans les conduites suicidaires chez les patients présentant un trouble de l’humeur dont dépression et trouble bipolaire ; font l’objet de récentes publications. Les adolescents suicidaires utilisent davantage des stratégies dysfonctionnelles comme les stratégies centrées sur les émotions et les conduites déviantes auto agressives que les non suicidaires [54]. Les stratégies centrées sur les émotions et les adaptations évitantes sont liées à des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs alors que les stratégies centrées sur les résolutions de problèmes sont négativement associées à la dépression et aux comportements suicidaires [74]. L’évaluation à distance du geste suicidaire et de l’épisode thymique paraît intéressante pour éviter les biais de réponses aux échelles. Les réponses aux auto évaluations pourraient être influencées par les situations de stress, de rupture, l’état clinique et le fait d’être en milieu hospitalier.

B. ÉVALUATION STANDARDISÉE ET ÉVALUATION CLINIQUE

Nos résultats montrent une différence de diagnostic en fonction du type d’évaluation et de classification.
L’évaluation clinique a été réalisée par l’équipe de pédopsychiatrie de l’UPRTS prenant en charge les patients lors de leur hospitalisation; ainsi que la cotation

des échelles cliniques de dépression, de manie et d'évaluation des comportements suicidaires. La durée d'hospitalisation variait entre 3 et 8 jours. L'évaluation standardisée a été réalisée en parallèle de la prise en charge par l'équipe de terrain ; et au minimum après les quarante-huit premières heures d'hospitalisation pour limiter les interférences avec l'équipe de terrain et procéder à l'entretien semi – structuré dans les meilleures conditions. Nous avons pu réaliser une évaluation à l'aide de la K-SADS pour 25 cas sur 26 ; les parents d'une adolescente (n° inclusion : 5) ont refusé l'entretien et la passation de la K-SADS a été interrompu par l'adolescente.

La réalisation des entretiens n'a pas été facile pour tous les cas. L'intervention de plusieurs soignants et évaluateurs au cours de l'hospitalisation a été vécue de manière intrusive pour certaine famille. La réalisation de la K-SADS était compliquée dans ces cas-là du fait de la durée de la passation de la K-SADS (1h30 en moyenne).
De plus interroger de façon exhaustive les antécédents familiaux, personnels, les modalités de fonctionnement de l'adolescent avec sa famille et ses pairs, explorer les aspects développementaux n'était pas sans rappeler aux patients et leurs parents des situations de ruptures, de pertes et d'échecs.
Enfin, pour des raisons d'organisation de service, nous avons dû prendre en charge au sein de l'UPRTS (réaliser l'évaluation clinique) et évaluer (réaliser l'évaluation standardisée) trois patients.
La prise en charge clinique a rendu difficile la réalisation de l'évaluation standardisée. Être à la fois investigateur et clinicien représentait une gêne dans la relation médecin – malade entraînant une cotation plus rapide de la K-SADS.

Les <u>résultats diagnostics obtenus selon les critères de la CIM-10 et le DSM-5 sont différents</u>.
L'utilisation de la K-SADS a permis d'identifier <u>6 cas de bipolarité selon les critères du DSM-5</u>.
<u>Aucun diagnostic de bipolarité n'a été identifié par la CIM-10</u> ; deux ont été suggéré et ils correspondaient aux diagnostics de trouble bipolaire non spécifié – DSM-5.
Cette différence soulève la question d'un biais d'évaluation du côté du DSM-5.

En effet, le pourcentage de bipolaire au sein du groupe de suicidant est largement plus important que les données de la littérature européenne pour des populations cliniques similaires.
Une récente méta-analyse fait état d'une stabilité de la prévalence du trouble bipolaire de l'enfant et de l'adolescent de 1% [75].
Nous trouvons 6 / 26 soit 23% de bipolaires selon la DSM-5 alors que Strodeur et son équipe trouvent autour de 1 % de manie / état mixte dans une population d'enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans et hospitalisé à Robert Debré [11].
Dans son étude portant sur 30 suicidants âgés de 13 à 20 ans, Cherif retrouve 3% de trouble bipolaire, en utilisant la K-SADS [72].

Si nous considérons uniquement le trouble bipolaire de type 2, nos chiffres sont alors similaires : 1/ 26 soit 3,8%.

Avoir inclus les troubles bipolaires non spécifiés, la cyclothymie, la dysthymie et le DMDD dans le groupe bipolaire est un biais d'information à discuter.
Deux questions sont à soulever : Devons-nous considérer et traiter de la même façon les 6 cas ? L'évaluation standardisée adaptée au DSM-5 a-t-elle tendance à augmenter le nombre de bipolaires comme pourrait le suggérer certains auteurs ? [5;76].

Arguments pour une inclusion des TB Ns / Cyclothymie et Dysthymie

Les arguments forts pour un diagnostic de bipolarité chez l'enfant et l'adolescent retrouvés dans la littérature sont les antécédents familiaux de bipolarité au premier degré [30;77;78] ; les traits de tempérament irritable [24] et impulsif – agressif [27]; un abus de substance et une atmosphère conflictuelle familiale [26].

Nous avons 3 cas sur 6 d'antécédents familiaux de trouble de l'humeur incluant premier et second degré dans le groupe bipolaire et 1 cas sur 6 en incluant les parents uniquement. Othman retrouve 16 % d'antécédents de trouble bipolaire dans son groupe de 50 sujets bipolaires [4]. Nous trouvons des antécédents familiaux de tentative de suicide et de suicide chez 3 / 6 cas de bipolarité.

En ce qui concerne les traits de tempérament irritable, nous avons mis en évidence que l'irritabilité était plus sévère tant par l'intensité et le retentissement au sein du groupe bipolaire comparativement au groupe non bipolaire.
Wozniak suggère que l'irritabilité chronique et sévère est la première expression d'une perturbation de l'humeur, et que l'élation de l'humeur n'est pas constante [22]. D'autres suggèrent que l'irritabilité et l'agressivité sont au premier plan de la manie, en présence d'idées de grandiosité et d'augmentation de l'énergie [24;27].

Concernant les addictions, nos résultats sont différents des données de la littérature. Nous n'avons pas trouvé de comorbidité addictive dans notre groupe de bipolaire, alors qu'elles sont fréquemment associées [79]. Cela peut s'explique par le fait que nous n'ayons inclus aucun bipolaire de type 1 au sein de notre groupe.

Néanmoins, le suivi est nécessaire pour prévenir la survenue d'addiction car près de 60% d'adolescents bipolaires vont développer des abus de substances au cours de l'évolution de leur maladie [26].

Les cas de TB NS, de cyclothymie et de dysthymie ne répondent pas aux critères de manie juvénile, ni d'hypomanie.
Ils présentent pourtant des signes de bipolarité :

- tant dans la clinique : intensité de l'irritabilité, labilité émotionnelle, comportements suicidaires répétés, agressivité – impulsivité, désinhibition sexuelle, retentissement sur le fonctionnement global marqué ;
- que dans l'histoire familiale : fréquence importante d'antécédents psychiatriques familiaux de trouble de l'humeur et de suicide ;
- et la réponse au traitement thymorégulateurs.

Les études de suivis montrent que le risque de conversion de trouble bipolaire non spécifié en trouble bipolaire de type 1 ou 2 existe [32] ainsi que pour la cyclothymie [80] et qu'il sont non négligeables.

Diagnostic psychiatrique et tentative de suicide

Enfin, nos résultats diagnostics montrent que la tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent n'est pas égale à un diagnostic psychiatrique comme le suggèrent plusieurs auteurs [10;11;72].
Pour 8 cas sur 26 soit 30, 8% nous n'avons pas mis en évidence de pathologie psychiatrique, ce qui concordent avec les données de la littérature. Strodeur et son équipe n'en trouvait pas dans 25 à 47% des cas [11] ; Halayem dans 38% des cas [10] et Cherif 26,7% comparativement à un groupe témoin [72].
Nous trouvons un diagnostic psychiatrique dans 69,2% des cas, ce qui concorde avec les données de la récente méta- analyse d'Hauser et ses collègues qui trouve un diagnostic psychiatrique dans 70% des cas d'enfants et adolescents suicidants âgés de 14,4 ans en moyenne, en particulier le trouble de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles des conduites et les abus de substances [46].

Le diagnostic en psychiatrie est dynamique et changeant ; en particulier en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent où il est susceptible d'évoluer. Les observations longitudinales sur la durée nous renseignent davantage sur le diagnostic ; un nombre non négligeable de jeunes ayant présenté des troubles parfois très graves peut parvenir à une complète guérison [81].
D'où l'intérêt de ne pas figer l'enfant ou l'adolescent dans un diagnostic psychiatrique et de tenir compte de l'évolution dans une perspective développementale.

C. PERSPECTIVES THÉRAPEUTIQUES

1. Prévention des récidives de tentative de suicide

L'hospitalisation peut représenter le premier facteur de prévention des récidives des tentatives de suicide chez l'adolescent [82]. Elle permet une triple évaluation somatique, psychologique et sociale qui doit être réalisée systématiquement.

Une étude française rapporte que 75% des récidivants à trois mois n'ont pas bénéficié d'une hospitalisation lors de leur première tentative de suicide [82].
Les recommandations françaises, bien qu'anciennes, préconisent un suivi systématique des enfants et adolescents suicidants après leur hospitalisation [1].
Le suivi ultérieur doit être soigneusement préparé et adapté à chaque cas. Les modalités de suivi sont les suivantes :

- le rendez-vous post hospitalisation doit être planifié et structuré par l'équipe hospitalière ;
- avec des intervenants connus et acceptés par le patient ;
- les coordonnées du médecin et de l'hôpital l'ayant pris en charge doivent lui être données ;
- s'il ne se présente pas au rendez-vous, il est utile de le recontacter par téléphone pour lui proposer un nouveau rendez-vous et aider à l'intégration d'un nouveau schéma de soins.

L'intervention à domicile doit être envisagée sur « des signes de détresse persistent ».

Au CHU – Lenval, nous proposons une hospitalisation systématique aux enfants et adolescents suicidants. Ils sont revus dans le mois suivant leur hospitalisation par l'équipe hospitalière ; un rendez-vous en ambulatoire sur le secteur ou en libéral est systématiquement organisé avec l'adolescent et sa famille. Nous organisons un rappel téléphonique systématique à trois mois et un an.
Devant des « signes de détresse » relevés au téléphone : idéations suicidaires, comportements auto agressifs, récidive de tentative de suicide non hospitalisée, situation socio familiale défavorable qui persiste ; un rendez-vous spécialisé est proposé.

Nous n'avons pas de possibilité de visite à domicile au sein de l'UPRTS mais nous travaillons étroitement avec l'équipe mobile du service, qui peut se déplacer au domicile et travailler avec les différents partenaires : famille, services sociaux, scolaires et éducatifs.
Dans notre étude, bien que les rendez-vous post hospitalisations ont été organisés, seuls 15 sur 25 avaient un suivi spécialisé à trois mois ; montrant bien que l'adhésion à un schéma de soins et une psychothérapie est difficile à

l'adolescence. Sur les 15 suivis, 3 ont récidivé ; et sur les 8 non suivis, seul un a récidivé. Nous ne pouvons conclure quant à l'effet protecteur du suivi ; la réévaluation à un an pourrait compléter cette observation.

Chez les sujets bipolaires, l'absence de traitement est fortement associée au suicide et aux tentatives de suicide [83]. Les résultats sont contradictoires concernant le lien entre antidépresseurs et risque de comportements suicidaires : le risque serait maximal le premier mois après l'instauration du traitement [84] et diminuerait à long terme. La prescription d'antidépresseur réduirait les comportements suicidaires chez les sujets déprimés non bipolaires de 12 – 18 ans à six mois par rapport à huit semaines [85].
Concernant les thymorégulateurs chez les sujets jeunes, les études montrent que le retard à l'instauration d'un traitement stabilisateur de l'humeur augmente le risque de comportements suicidaires, l'adaptation sociale et la sévérité de la maladie (nombre d'hospitalisation) à l'âge adulte [86]. Le retard diagnostic et d'instauration de traitement serait de 8 ans en moyenne.

2. Prise en charge du trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent

Les études longitudinales montrent un retentissement médico-psycho-social significatif à l'âge adulte : chômage, arrêt de travail, hospitalisations itératives, troubles des conduites en particulier addictives.
Les enjeux autour des traitements médicamenteux sont majeurs, le risque étant la prescription de traitement pharmacologique chez des patients de plus en plus jeunes [5]. Les effets secondaires des thymorégulateurs et des antipsychotiques ne sont pas anodins en population pédiatrique [87;88].
Le débat sur les prescriptions médicamenteuses dans le trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent rappelle qu'il est nécessaire de garder une perspective développementale en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent [39].

Recommandations pour le trouble bipolaire

Les recommandations préconisent de limiter le diagnostic de bipolarité aux tableaux cliniques répondants aux critères stricts du trouble bipolaire de type 1 et 2 (phénotype étroit) avec une rupture par rapport à l'état antérieur [89].
Le dépistage du trouble bipolaire doit s'imposer devant un état dépressif atypique, des comportements suicidaires répétés et l'existence d'un abus de substance.

Chez l'enfant et l'adolescent, avant de poser le diagnostic de bipolarité, les recommandations suggèrent [90] :

- de réaliser un entretien avec la famille ;
- de rechercher un TDAH comorbide ;
- d'éliminer une organicité par un avis pédiatrique ;
- et d'évaluer de façon détaillée le développement de l'enfant.

Les thymorégulateurs sont indiqués en première intention dans le trouble bipolaire de l'enfant et l'adolescent, notamment les anticonvulsivants type sels de valproate [90].
Les prescriptions de thymorégulateurs et / ou d'antipsychotiques sont réservés aux spécialistes ; les posologies doivent être adaptées au poids ; l'initiation du traitement doit être progressive et nécessite un suivi médical et biologique.
Une contraception doit être systématiquement envisagée pour les jeunes filles.
Le tableau ci-dessous résume les recommandations pharmacologiques [90].

	1er intention	2ème intention
EDM	Monothérapie : AC	Bithérapie : AC + AD
Manie	Monothérapie : AC ou AP2G	Lithium ± AC ou AP2G

Légende : AC : anti convulsivant ; AP2G : antipsychotique de seconde génération ; AD : antidépresseurs.

Recommandations pour le DMDD

Les premières études pharmacologiques montrent une efficacité des antipsychotiques de seconde génération sur la composante comportementale du trouble, en particulier la risperidone entre 0,5 et 3mg/j [91]. Les thymorégulateurs comme les sels de valproate sont également efficaces, s'ils sont associés à des programmes éducatifs spécifiques [40].

Pour la prise en charge de ces patients, Carlson propose :

- de poser le bon diagnostic ;
- d'affirmer ou d'infirmer un trouble comorbide ;
- d'adapter le traitement pharmacologique à la clinique et à dose minimale efficace en surveillant les effets secondaires (gain de poids – somnolence);
- de proposer en parallèle des programmes éducatifs spécifiques aux enfants et à leurs parents ;
- et d'identifier et traiter les troubles psychiatriques chez les parents s'ils existent.

L'objectif de ces programmes est d'identifier les « *triggers* » des crises de colères, c'est à dire les facteurs déclenchants, d'apprendre à identifier les difficultés de gestion des émotions et des affects et les corriger [40].

La prise en charge pluridisciplinaire de ces enfants doit être pluridisciplinaire et intégrer traitement médicamenteux et psychothérapie.

L'objectif des psychothérapies est de permettre au sujet de mieux appréhender les angoisses et les évènements de vie. Elles permettent aussi d'améliorer la dynamique familiale et les relations sociales qui jouent un rôle déterminant sur la trajectoire développementale du sujet [92].

Les thérapies éducatives ont leur place dans la prise en charge du trouble bipolaire pédiatrique ; elles s'adressent aux enfants et à leurs parents. Les thèmes abordées et travaillés sont les causes de la maladie, les symptômes, l'évolution, les différents traitements et les risques notamment suicidaires. Ces thérapies ont pour but de restaurer de l'espoir et diminuer la stigmatisation de ces enfants et leur famille [78].

VII. CONCLUSION

Les tentatives de suicide en population pédiatrique sont un vrai problème de santé publique, en particulier chez les adolescents car elles peuvent être banalisées, dissimulées. Lors d'un passage à l'acte suicidaire, moins d'un adolescent sur trois est hospitalisé ne serait-ce qu'au moins une nuit [43]. Alors que les recommandations de l'HAS préconisent qu'en cas de tentative de suicide, tout adolescent doit être adressé aux urgences d'un établissement de soins, où une triple évaluation somatique, psychologique et sociale doit être réalisée systématiquement [1].

Les comportements suicidaires sont l'expression de difficultés multiples : difficulté d'adaptation en situation aigüe, comportement impulsif témoignant d'une agressivité retournée sur soi, survenant le plus souvent dans une dynamique familiale perturbée ; ils peuvent également révéler une entrée dans une pathologie psychiatrique, et plus particulier un trouble de l'humeur.

Les jeunes patients présentant un ou plusieurs antécédents de comportements suicidaires, de comportements auto agressifs, des antécédents familiaux de trouble de humeur ou de suicide, une utilisation du système de santé importante (nombre d'hospitalisation, de consultations médicales) doivent bénéficier d'une attention particulière dans une perspective de prévention. Ces jeunes présentent un risque plus élevé de récidive de comportements suicidaires. Ils sont plus à risque de récidive de comportements suicidaires [73].

Une hospitalisation doit être systématiquement, elle peut constituer chez l'adolescent un premier facteur de prévention des récidives [82]. Elle apporte un espace d'échange et de verbalisation nécessaire pour appréhender et mentaliser la gravité du geste. Elle peut permettre également une rupture avec l'environnement qui s'impose parfois dans des contextes familiaux défavorables.

Sur le plan diagnostic, l'évaluation clinique et l'évaluation standardisée ont toutes deux leur place. Il paraît illusoire de proposer une évaluation standardisée pour tous les patients suicidants ; la temporalité des prises en charge est variable, les

situations socio familiales sont diversifiées, la possibilité d'accueil en service de pédiatrie sur plus d'une semaine difficile.

L'évaluation clinique est le premier acte thérapeutique ; elle permet d'explorer le champ familial, scolaire et relationnel de l'enfant et l'adolescent. L'objectif est d'obtenir l'alliance du patient et de sa famille pour le projet thérapeutique ultérieur.

L'évaluation standardisée nous semble adaptée ou complémentaire en présence de signes cliniques thymiques atypiques, de récidives de comportements suicidaires, d'antécédents familiaux de trouble de l'humeur et/ou de suicide, de récurrences dépressives et de conduites addictives.

Nos résultats montrent que tous les patients suicidants ne présentent pas un diagnostic psychiatrique. Les troubles de l'humeur, dépression et trouble bipolaire, sont les diagnostics les plus fréquents et nécessitent un suivi spécialisé, dont la première étape peut être l'hospitalisation.
Nous n'avons pas diagnostiqué de manie ni d'hypomanie au décours des inclusions. Le geste suicidaire survient principalement lors d'épisodes dépressifs ou mixtes. Leur détection est d'une importance capitale pour le suivi ultérieur, notamment en termes de thérapeutique pharmacologique. Le choix du traitement médicamenteux dépendra du caractère bipolaire ou réactionnel de l'épisode dépressif ; l'utilisation d'outils standardisés comme la K-SADS-PL permettrait une évaluation plus précise et sensible que les échelles cliniques, comme nous l'a montré ce travail.

Le diagnostic de bipolarité chez l'enfant et l'adolescent doit rester réservé aux états maniaques et hypomaniaques, spontanés ou induits par antidépresseurs. Néanmoins, les patients présentant une forme atténuée du trouble, une dysthymie ou une cyclothymie sont à risque de conversion en trouble bipolaire de type 1 ou 2 et doivent retenir toute notre attention dans la prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique.
Concernant les cas de DMDD, les études longitudinales montrent une évolution préférentielle vers les troubles unipolaires et les troubles de personnalité ; la

psychopathologie clinique et la réalité diagnostique du trouble est encore peu connue. Pourtant il s'agit d'une population traitée dans la majorité des cas par antipsychotiques et/ou thymorégulateurs. Des perspectives thérapeutiques notamment des mesures éducatives associées sont encore à développer.

Ce travail est une première étape à une recherche clinique plus approfondie des suicidants bipolaires. Nous poursuivons notre travail de réévaluation à un an pour la totalité des patients et un suivi longitudinal des six patients bipolaires sur une période de deux ans au sein du Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent (SUPEA) du Pr Askenazy du CHU Lenval.

VIII. BIBLIOGRAPHIE

** Importance majeure

[1] ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Texte de recommandations, novembre 1998. Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf. Consulté le 9.01.2014.

[2] MORENO C, LAJE G, SCHMIDT AB, OLFSON M et al. National Trends in the Outpatient Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorder in Youth FREE. *Arch Gen Psychiatry*, 2007, 64 (9) : 1032-1039. DOI: 10.1001/archpsyc.64.9.1032.

[3] COHEN D, GUILÉ JM, CONSOLI A et al. Bipolar episodes in adolescents: diagnostic issues and follow-up in adulthood. *L'Encéphale*, 2009, 35 (6) : S224-S230.

[4] OTHMAN S, BAILY D, BOUDEN A, RUFO M, HALAYEM MB. Trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent. Une étude clinique à partir de 50 cas. *Annales médico psychol,* 2005, 163 : 138-146.

[5] CONSOLI A. Trouble bipolaire pédiatrique : controverse. eChapitre 2, pedopsyeurope.lavoisier.fr, 2013.

[6] HAS. Guide Médecin. Affection Longue Durée . Troubles Bipolaires, mai 2009. Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires. Consulté le 9.01.2014.

[7] MARRANGELL LB, BAUER MS, DENNEHY EB, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1556 patients with bipolar disorder followed for up to 2 years. *Bipolar Disorder*, 2006, 8 : 566-575.

[8] STRÖBER M, SCHMIDT LACKNER S, FREEMAN R, et al. Recovery and relapse in adolescent with bipolar affective illness: a five-year naturalistic, prospective follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 1995, 34: 724-731.

[9] LEWINSOHN PM, SEELEY JR, KLEIN DN. Bipolar Disorder in adolescents: Epidemiology and suicidal behavior. In: Geller B, DelBello MP, editors. *Bipolar Disorder in Childhood and Early Adolescence*. New York: Guilford Press, 2003, pp 7-24.

[10] HALAYEM S, BOUDEN A, OTHMAN S, HALAYEM MB. Profil du suicidant en population clinique : une expérience tunisienne. *Neuropsy de l'enfant et l'adolesc*. 2010, 58 : 120-125.

[11] STRODEUR C. Prévalence et caractéristiques cliniques des tentatives de suicide chez l'enfant. *Journée de Formation Médicale Continue Hôpital Robert Debré*. Novembre 2012. Disponible à l'URL : http://robertdebre.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/23/files/2012/12/C-Stordeur.pdf. Consulté le 16.08.2014.

[12] KRAEPELIN E. La Folie Maniaco-dépressive. Traduit de Marc Géraud. Réimpression à la demande des Laboratoire Lilly France, 2008. pp 156-157.

[13] AZORIN JM. Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? *L'encéphale*, 2006, 32 (2) : 489-496.

[14] MANZANO J, PALACIO ESPASA F. Le syndrome hypomaniaque du jeune enfant. Psychologie médicale, 1984, 16 (4) : 729-731.

[15] FAKRA E, KALADJIAN A, DA FONSECA D, PRINGUEY D, AZORIN JM et al. Prodromal phase in bipolar disorder. *L'encéphale,* 2010, supplément 1 : S8-S12.

[16] CORRELL CU, PENZNER JB, LENCZ T et al. Early identification and high-risk strategies for bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2007, 9 (4) : 324-338.

[17] AMSLEN KIPMAN A, THURIN M, KIPMAN SD, TORRENTE J. Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. Doin : Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine), 2005, p308.

[18] NIMH. Research roundtable on prepubertal bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 40: 871-878.

[19] LEIBENLUFT E, CHARNEY DS, TOWBIN KE, BHANGOO RK, PINE DS. Defining Clinical Phenotypes of Juvenile Mania. *Am J Psychiatry*, 2003, 160 : 430-437.

[20] **** AACAP. CARLSON GA et al. Research Forum: Advancing research in Early Onset Bipolar Disorder = Barriers and suggestions. 2006, pp3-11.

[21] MASI G, PERUGI G, AKISKAL HS et al. The clinical phenotypes of juvenile bipolar disorder: toward a validation of the episodic-chronic-distinction. *Biol Psychiatry*, 2006, 59 : 603-610. DOI: 10.1016/j.biopsyh.2005.08.034

[22] WOZNIAK J, BIEDERMAN J, KIELY K et al. Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1995, 34 : 867-876.

[23] WOZNIAK J, SPENCER T, BIEDERMAN J et al. The clinical characteristics of unipolar vs. bipolar major depression in ADHD youth. *J Affect Disord*, 2004, 82 : S59-S69.

[24] ** GELLER B, ZIMERMAN B, WILLIAMS M, DELBELLO MP, FRAZIER J, BERINGER L. Phenomenology of prepubertal and early adolescent bipolar disorder: examples of eletad mood, grandiose behaviors, decreased need for sleep, racing thoughts and hypersexuality. *J Clin Adolesc Psychopharmacol*, 2002, 12 (1) : 3-9. DOI: 10.1089/10445460252943524.

[25] SWANN AC, MOELLER FG, STEINBERG JL, BARRATT ES, DOUGHERTY DM. Manic symptoms and impulsivity during bipolar depressive episodes. *Bipolar Disorder*, 2007, 9 (3): 206-212. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2007.00357.x.

[26] LECARDEUR L, BENAROUS X, MILHIET V, CONSOLI A, COHEN D. Prise en charge du trouble bipolaire de type 1 chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*, 2014, 40 : 43-153. Disponible à l'URL :http://dx.doi.org/10.1016 /j.encep.2014. 02.006.

[27] CORCOS M, CONSOLI A, JEAMMET P et al. Troubles maniaco-dépressifs à l'adolescence. *EMC (Elsevier, SAS Paris) Psychiatrie/ Pédopsychiatrie*, 2006, 37-214-A-50: 1-14.

[28] CARLSON GA, BROMET EJ, SIEVERS S. Phenomenology and outcome of subjects with early-and adult onset psychotic mania. *Am J Psychiatry*, 2000, 157 : 213-219.

[29] PERLIS RH, MIYAHARA S, MARANGELL LB et al. Long term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) *Biol Psychiatry*, 2004, 64: 875-881.

[30] ** PAVULURI MN, BIRMAHER N, NAYLOR MW. Pediatric bipolar disorder: a review of the 10 past years. *J Am Acad Chil Adolesc Psychiatry*. 2005, 44 (9) : 846-871.

[31] AXELSON D, BIRMAHER B, STROBER M, KELLER M et al. Phenomenology of children and adolescents with bipolar spectrum disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63 : 1139-1148.

[32] BIRMAHER B, AXELSON D, STROBER M et al. Clinical courses of children and adolescents with bipolar spectrum disordes. *Arch Gen Psychiatry,* 2006, 63 (2) : 175-183.

[33] STINGARIS A, MIKITA N. Mood Dysregulation. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2012, 22 (1): S11-S16. DOI: 10.1007/s00787-012-0355-9.

[34] GICQUEL L, CORCOS M, RICHARD B, GUELFI JD. Automutilations à l'adolescence. *EMC (Elsevier, SAS Paris), Psychiatrie / Pédopsychiatrie*, 2007, 37-216-J-10.

[35] ****** LEIBENLUFT E. Severe Mood Dysregulation, Irritability, and the Diagnostic Boundaries of Bipolar Disorder in Youths. *Am J Psychiatry*, 2011, 168 : 129-142. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.10050766.

[36] AXELSON D, FINDLING RL, FRISTAD MA, ROWLES BM, BIRMAHER B et al. Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. J Clin Psychiatry. 2012, 73 (10): 1342-50. DOI: 10.4088/JCP.12m07674.

[37] COPELAND WE, ANGOLD A, COSTELLO EJ, EGGER H. Prevalence, comorbidity and correlates of DSM-5 proposed Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *Am J Psychiatry*, 2013, 170 (2) : 173-179. DOI: 10.1176/appi.ajp.2012.12010132.

[38] D'AMBROGIO T, SPERANZA M. Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsy de l'enfant et l'adolesc,* 2012, 60 : 52-61.

[39] CONSOLI A, COHEN D. Symptomatologie d'allure maniaque chez l'enfant : problèmes diagnostiques et controverse actuelle. *Neuropsy de l'enfance et l'adolesc*, 2013, 61 : 154-159.

[40] CARLSON GA. DSM-5 and Disruptive Mood Dysregulation Disorder*, AACAP,* 2013.

[41] MARGULIES DM, WEINTRAUB S, BASILE J, GROVER PJ, CARLSON GA. Will disruptive-mood dysregulation disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? Bipolar Disorder, 2012, 14 (5) : 488-496.

[42] OMS Santé Mentale. Prévention du suicide plan SUPRE. Disponible à l'URL : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/. Consulté le 05/04/2014.

[43] BECK F, RICHARD JB et al. Les comportements de santé des jeunes - Analyses du Baromètre santé 2010 - Tentatives de suicide et pensées suicidaires parmi les 15-30 ans, 2010. Disponible à l'URL : http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/comportement-sante-jeunes/pdf/Tentatives-suicide-pensees-suicidaires-15-30-ans.pdf. Consulté le 9.01.2014.

[44] BALÄZS J, LECRUBIER Y, CSISZÉR N, KOSZTAK J, BITTER I. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnosis. *J Affect Disord*, 2003, 76 (1-3) : 113-119

[45] ****** GOLDSTEIN TR, BIRMAHER B, BRENT DA, KELLER M et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder: factors associated with increased risk. *Bipolar Disorder*, 2005, 7 (6) : 525-535. DOI: 10.1111/j.1399-5618.2005.00263.x.

[46] ****** HAUSER M, GALLING B, CORREL CU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disorder*, 2013, 15: 507-523. DOI: 10.1111/bdi.12094.

[47] HAWTON K, SUTTON L, HAW C et al. Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *J Clin Psychiatry*, 2005, 66 (6): 693-704.

[48] JOLIN EM, WELLER EB, WELLER RA. Suicide risk factors in children and adolescents with bipolar disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2007, 9 : 122-128.

[49] GOLDSTEIN TR, HA W, STROBER M, BIRMAHER MD et al. Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry,* 2012, 69 (11) : 1113-1122. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2012.650.

[50] KOWATCH RA, YOUNGSTROM EA, DANIELYAN A et al. Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorder*, 2005, 7: 483-496.

[51] CAETANO SC, OLIVERA RL, HUNTER K, SOARES JC et al. Association of psychosis with suicidality in pediatric bipolar I, II and NOS patients. *J Affect Disorder*, 2006, 91 (1) : 33-37.

[52] OQUINDO MA, WATERNAUX C, BRODSKY B, MALONE KM, MANN J et al. Suicidal behavior in bipolar mood disorder: clinical characteristics of attempters and non attempters. *J Affect Disorder*, 2000, 59 : 107-117.

[53] LEVERICH GS, ALTSHULER LL, FRYE MA, POST RM et al. Factors associated with suicide attempts in 648 patients with bipolar disorder in the Stanley Foundation Bipolar Network. *J Clin Psychiatry,* 2003, 64 : 506-515.

[54] GOULDS MS, VELTING D, CHUNG M et al. Teenagers' attitude about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004, 43 (9): 1124-1133. DOI: 10.1097 /01.chi.0000132811.06547.31.

[55] LAZARUS R, FOLKMAN S. Stress apparaisal and coping. New York: Springer, 1984, p19.

[56] BRUCHON-SCHWEITZER M. Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *Recherche en soins infirmiers*, 2001,67.

[57] RENOU S, HEGUETA T, FLAMENT M, MOUREN-SIMEONI MC, LECRUBIER Y. Entretiens diagnostiques structurés en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *L'Encéphale*, 2004, XXX: 122-134.

[58] FAVRE S, AUBRY JM, GEX FABRY M, BERTSCHY G et al. Translation and validation of a French version of the Young Mania Rating Scale (YMRS). *L'Encéphale*, 2003, 29 (6) : 499-505. Article in French.

[59] POSNER K, BROWN GK, STANLEY B, SHEN S, MANN JJ *et al*. The Columbia–Suicide Severity Rating Scale: Initial Validity and Internal Consistency Findings From Three Multisite Studies With Adolescents and Adults. *Am J Psychiatry*, 2011, 168 : 1266-1277.

[60] BOUVARD M, COTTRAUX J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie. 2005. Masson : Paris, 4ème Edition.

[61] VALLIÈRES EF, VALLERAND RJ. Traduction de l'échelle « Rosenberg's Self-Esteem Scale, 1965 ». *International Journal of Psychology*, 1990, 25 : 305-316.

[62] ARS PACA – Département Observatoire et Santé. Statistiques et indicateurs de la santé et du social. Mémento STATISS 2011. http://www.paca.drjscs.gouv.fr/IMG/pdf/Panorama_statistique_Paca_2011.pdf.

[63] de TOURNEMIRE R. Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data. *Archives de Pédiatrie*, 2010, 17 (8) : 1202-1209. DOI: 10.1016/j.arcped.2010.05.011.

[64] KING RA, SCHWAB-STONE M, FLISHER AJ, GREENWALD S, KRAMER RA, GOODMAN SH et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2001, 40: 837–846.

[65] MARCELLI D, HUMEAU M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC (Elsevier SAS, Paris) Psychiatrie / Pédopsychiatrie*, 2006, 37-216-H-10.

[66] WICHSTRÖM L. Predictors of adolescent suicide attempts : a nationnaly representative longitudinal study of Norwegian adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000, 39 (5) : 603-620.

[67] NRUGHAM L, LARSSON B, SUND AM. Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors. *J Affect Disord*, 2008, 109 (1-2) : 35-45.

[68] ANDREWS JA, LEWINSOHN PM. Suicidal Attempts among Older Adolescents: Prevalence and Co-occurrence with Psychiatric Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1992, 31 (4) : 655-662.

[69] GOLDMAN-MELLOR SJ, CASPI A, POULTON R, MOFFIT TE et al. Suicide attempt in young people: a signal for long-term health care and social needs. *JAMA Psychiatry*, 2014, 71 (2) : 119-27. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.2803.

[70] BRENT DA, MANN JJ. Family genetic studies, suicide and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet,* 2005, 133C (1) : 13-24.

[71] STEELE MM, DOEY T. Suicidal behavior in children and adolescents. Part 1: etiology and risk factors. *Can J Psychiatry*, 2007, 52 (6): 21S-33S.

[72] CHERIF L, AYEDI H, REKIK N, GHRIBI F et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsy de l'enfant et l'adolesc*. 2012, 60 (6) : 454–460.

[73] POMMEREAU X. Comprendre l'adolescent suicidaire et le reconnaître à temps, dans Dépression de l'adolescent. Parcours de soins. *Le concours médical*, 2013, 136 (1) : 32 – 36.

[74] LI Z, ZHANG Z. Coping skills, mental disorders, and suicide among rural youths in China. *J Nerv Ment Dis,* 2012, 200: 885-890.

[75] ****** VAN METER AR, MOREIRA AL, YOUGSTROM EA. Meta-analysis of epidemiological studies of pediatric bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2011,72 (9): 1250-1256. DOI: 10.4088/JCP.10m06290.

[76] ****** CARLSON GA. Early onset bipolar disorder: clinical and research considerations. *J Clin Child Adolesc Psychol*, 2005, 34 (2) : 333-443. DOI: 10.1207/s15374424jccp3402_13.

[77] GELLER B, TILLMAN R, BOLHOFNER K, ZIMERMAN B, STRAUSS NA, KAUFMANN P. Controlled, blindly rated, direct-interview family study of prepubertal and early-adolescent bipolar I disorder phenotype : Morbid risk, age at onset, and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63 : 1130-1138.

[78] DILER RS, BIRMAHER B. Bipolar Disorder in Children and Adolescents. In Rey Jm Éd. *IACAPAP, TextBook of Child and Adolescent Mental Health*, 2012, E2: 1-29.

[79] GOLDSTEIN TR. Suicidality in Pediatric Bipolar Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2009, 18 (2): 339-346. DOI : 10.1016/j.chc.2008.11.005.

[80] KOCHMAN FJ, HANTOUCHE EG, FERRARI P, LANCRENON S, BAYART D, AKISKAL HS. Cyclothymic temperament as a prospective predictor of bipolarity and suicidality in children and adolescents with major depressive disorder. *J Affect Disorder*, 2005, 85 (1-2) : 181-189. DOI: 10.1016/j.jad.2003.09.009.

[81] BUISSON JR. La Pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. *Avis et Rapport du Conseil Économique, Social et Environnemental*, 2010. Avis présenté et rapporté par Jean René Buisson au nom de la section des affaires familiales. p14.

[82] HAS. Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, avec le soutien de la Direction Générale de la Santé, 2000. Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf. Consulté le 9.01.2014.

[83] MIRKOVIC B, BELLONCLE V, ROUSSEAU C, KNAFO A, GUILÉ JM, GÉRARDIN P. Prevention strategies of suicide and suicidal behavior in adolescents: A systematic review. Neuropsych de l'Enfance et de l'Adolescence. 2014, 62 (1) : 33–46.

[84] HAMAD TA, LAUGHREN J, RACOOSIN J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*, 2006, 63 (3) : 332-339.

[85] VALUCK RJ, LIBBY AM, SILLS MR, GIESE AA, ALLEN RR. Antidepressant treatment and risk of suicide attempt by adolescents with major depressive disorder: a propensity-adjusted retrospective cohort study. *CNS Drugs*, 2004, 18 (15) : 1119–1132.

[86] GOLDBERG JF, ERNST CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 2002, 63 (11) : 985-991.

[87] CORRELL CU, SHERIDAN EM, DELBELLO MP. Antipsychotic and mood stabilizer efficacy and tolerability in pediatric and adult patients with bipolar I mania: a comparative analysis of acute, randomized, placebo-controlled trials. *Bipolar Disord*, 2010, 12 (2) : 116-141.

[88] GRAMOND A, CONSOLI A, MAURY M, PURPER-OUAKIL D. Les thymorégulateurs chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsy de l'enfance et l'adolesc*, 2012, 60 : 5-11.

[89] NICE. Bipolar disorder: The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. Juillet 2006. Disponible à l'URL : www.nice.org.uk/guidance/cg38/chapter/guidance. Consulté le 6.09.2014.

[90]LLORCA PM, COURTET P, MARTIN P, LANCRENON S, GUILLAUME S, SAMALIN L er al. Recommandations formalisées d'experts (RFE): Dépistage et prise en charge du trouble bipolaire : Résultats. *L'Encéphale*, 2010, supplément 4, S86 – S102.

[91] KRIEGER FV, PHEULA GF, COELHO R, ZENI CP, ROHDE LA et al. An open-label trial of risperidone in children and adolescents with severe mood dysregulation. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2011, 21 (3) : 237-243.

[92] DA FONSECA D, BAT F, AZORIN JM, FAKRA E, ADIDA M et al. Troubles bipolaires : continuité enfant – adulte ? *L'encéphale*, 2010, supplément 6 : S173-S177.

IX. TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 DÉFINITION SELON L'OMS DE SUICIDE ET TENTATIVE DE SUICIDE

ANNEXE 2 CRITÈRES CLINIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE SELON LA CIM-10

ANNEXE 3 ÉCHELLE DE FONCTIONNEMENT GLOBAL : *C-GAS*

ANNEXE 4 ÉCHELLE D'IRRITABILITÉ DE L'ENFANT: *ARI*

ANNEXE 1 DÉFINITIONS DE SUICIDE – TENTATIVE DE SUICIDE SELON L'OMS

Suicide:

Le suicide est un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale.

Tentative de suicide:

Tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues ainsi que les auto-mutilations répétées et les refus de s'alimenter.

ANNEXE 2 CRITÈRES CLINIQUES DU TROUBLE BIPOLAIRE SELON LA CIM-10

Troubles de l'humeur [affectifs]
(F30-F39)

Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité, et la plupart des autres symptômes sont soit secondaires à ces changements de l'humeur et de l'activité, soit facilement compréhensibles dans leur contexte. La plupart de ces troubles ont tendance à être récurrents et la survenue des épisodes individuels peut souvent être mise en relation avec des situations ou des événements stressants.

a) F30 Episode maniaque

Toutes les subdivisions de cette catégorie s'appliquent exclusivement à un épisode isolé. Un épisode hypomaniaque ou maniaque survenant chez un sujet ayant présenté un ou plusieurs épisodes affectifs dans le passé (dépressif, hypomaniaque, maniaque, ou mixte) doit conduire à un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-).

(1) F30.0 Hypomanie

Trouble caractérisé par la présence d'une élévation légère, mais persistante, de l'humeur, de l'énergie et de l'activité, associée habituellement à un sentiment intense de bien-être et d'efficacité physique et psychique. Il existe souvent une augmentation de la sociabilité, du désir de parler, de la familiarité, ou de l'énergie sexuelle et une réduction du besoin de sommeil; ces symptômes ne sont toutefois pas assez marqués pour entraver le fonctionnement professionnel ou pour entraîner un rejet social. L'euphorie et la sociabilité sont parfois remplacées par une irritabilité ou des attitudes vaniteuses ou grossières. Les perturbations de l'humeur et du comportement ne sont pas accompagnées d'hallucinations ou d'idées délirantes.

(2) F30.1 Manie sans symptômes psychotiques

Présence d'une élévation de l'humeur hors de proportion avec la situation du sujet, pouvant aller d'une jovialité insouciante à une agitation pratiquement incontrôlable. Cette élation s'accompagne d'une augmentation d'énergie, entraînant une hyperactivité, un désir de parler, et une réduction du besoin de sommeil. L'attention ne peut être soutenue et il existe souvent une distractibilité importante. Le sujet présente souvent une augmentation de l'estime de soi avec idées de grandeur et surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales normales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées.

(3) F30.2 Manie avec symptômes psychotiques

Présence, associée au tableau clinique décrit en F30.1, d'idées délirantes (habituellement de grandeur) ou d'hallucinations (habituellement à type de voix parlant directement au sujet), ou d'une agitation, d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées d'une gravité telle que le sujet devient incompréhensible ou hors d'état de communiquer normalement.

Les symptômes psychotiques sont décrits comme congruents ou non à l'humeur.

(4) F30.9 Episode maniaque, sans précision

b) F31 Trouble affectif bipolaire

Trouble caractérisé par deux ou plusieurs épisodes au cours desquels l'humeur et le niveau d'activité du sujet sont profondément perturbés, tantôt dans le sens d'une élévation de l'humeur et d'une augmentation de l'énergie et de l'activité (hypomanie ou manie), tantôt dans le sens d'un abaissement de l'humeur et d'une réduction de l'énergie et de l'activité (dépression). Les épisodes récurrents d'hypomanie ou de manie sont classés comme bipolaires.

(1) F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque

(2) F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques

(3) F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques

(4) F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne

(5) F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère sans symptômes psychotiques

(6) F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère avec symptômes psychotiques

(7) F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte

(8) F31.7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission

Le sujet a eu, dans le passé, au moins un épisode hypomaniaque, maniaque ou mixte bien documenté, et au moins un autre épisode affectif (hypomaniaque, maniaque, dépressif ou mixte), mais sans aucune perturbation significative de l'humeur, ni actuellement, ni au cours des derniers mois. Les rémissions sous traitement prophylactique doivent être classées ici.

(9) F31.8 Autres troubles affectifs bipolaires

(10) F31.9 Trouble affectif bipolaire, sans précision

c) F32 Episodes dépressifs

Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression: léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères. L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques", par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido. Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif: léger, moyen et sévère.

Inclus: les episodes idolés de depression psychogène - réactionnelle
Exclus: les episodes dépressifs associés à un trouble des conduites en F91.- (F92.0) et les troubles de l'adaptation (F43.2) et les dépressif récurrent (F33.-)

(1) F32.0 Episode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes

(2) F32.1 Episode dépressif moyen

(3) F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

(4) F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques

(5) F32.8 Autres épisodes dépressifs

(6) F32.9 Episode dépressif, sans précision

d) F33 Trouble dépressif récurrent

e) F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic

d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger. Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant.

(1) F34.0 Cyclothymie

Instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire (F31.-) ou de trouble dépressif récurrent (F33.-). Le trouble se rencontre fréquemment dans la famille de sujets ayant un trouble affectif bipolaire et certains sujets cyclothymiques sont eux-mêmes atteints ultérieurement d'un trouble affectif bipolaire.

Inclus les personnalité : affective – cycloid - cyclothymique

(2) F34.1 Dysthymie

Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger (F33.).

Exclus les dépressions anxieuses (légères ou non persistantes) (F41.2)

(3) F34.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants

(4) F34.9 Trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision

f) F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]

ANNEXE 3 ÉCHELE DE FONCTIONNNEMENT GLOBAL, issue du DSM-IV-R

Utiliser des codes intermédiaires lorsque cela est justifié : p. ex : 45, 68, 72.

100-91
Niveau supérieur de fonctionnement dans une grande variété d'activités. N'est jamais débordé par les problèmes rencontrés. Est recherché par autrui en raison de ses nombreuses qualités. Absence de symptômes.

90-81
Symptômes absents ou minimes (p. ex., anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de tous les jours (p. ex., conflit occasionnel avec des membres de la famille).

80-71
Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex., des difficultés de concentration après une dispute familiale) ; pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., retard temporaire du travail scolaire).

70-61
Quelques symptômes légers (p. ex., humeur dépressive et insomnie légère) ou une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., école buissonnière épisodique ou vol en famille) mais fonctionne assez bien de façon générale et entretient plusieurs relations interpersonnelles positives.

60-51
Symptômes d'intensité moyenne (p. ex., émoussement affectif, prolixité circonlocutoire, attaques de panique épisodiques) ou difficultés d'intensité moyenne dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex., peu d'amis, conflits avec les camarades de classe ou les collègues de travail).

50-41
Symptômes importants (p. ex., idéation suicidaire, rituels obsessionnels sévères, vols répétés dans les grands magasins) ou altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

40-31
Existence d'une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex., discours par moments illogique, obscur ou inadapté) ou déficience majeure dans plusieurs domaines, p. ex., le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex., un homme déprimé évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provocant à la maison et échoue à l'école).

30-21
Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations ou troubles graves de la communication ou du jugement (p.ex., parfois incohérent, actes grossièrement inadaptés, préoccupation suicidaire) ou incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex., reste au lit toute la journée, absence de travail, de foyer ou d'amis).

20-11
Existence d'un certain danger d'auto ou d'hétéro-agression (p. ex., tentative de suicide sans attente précise de la mort, violence fréquente, excitation maniaque) ou incapacité temporaire à maintenir une hygiène corporelle minimale (p. ex., se barbouille d'excréments) ou altération massive de la communication (p. ex., incohérence indiscutable ou mutisme).

10-1
Danger persistant d'auto ou d'hétéro-agression grave (p. ex., accès répétés de violence) ou incapacité durable à maintenir une hygiène corporelle minimale ou geste suicidaire avec attente précise de la mort.

0
Information inadéquate.

ANNEXE 6 ÉCHELLE D'IRRITABILITÉ DE L'ENFANT : *ARI*

ARI – ***P***

Nom du participant : Age :

Pour chaque énoncé, merci de cocher PAS VRAI, ASSEZ VRAI ou TOTALEMENT VRAI.
Au cours des *six derniers mois* et par rapport à d'autres enfants du même âge, comment évaluez-vous les affirmations suivantes à propos de l'attitude et des émotions de votre enfant ?
Merci d'essayer de répondre à toutes les questions.

	PAS VRAI	ASSEZ VRAI	TOTALEMENT VRAI
Facilement agacé(e) par les autres	☐	☐	☐
S'énerve souvent	☐	☐	☐
Reste longtemps en colère	☐	☐	☐
En colère la plupart du temps	☐	☐	☐
Se met souvent en colère	☐	☐	☐
S'énerve facilement	☐	☐	☐
D'une façon générale, son *irritabilité* lui cause des problèmes	☐	☐	☐

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE AIDE.

© 2012 Stringaris A (King's College London), Goodman R (King's College London), Ferdinando S (King's College London), Razdan V (National Institutes of Health), Muhrer E (National Institutes of Health), Leibenluft E (National Institutes of Health), Brotman MA (National Institutes of Health).
Ce document peut être reproduit sans autorisation par des cliniciens pour utilisation avec leurs propres patients. Toute autre utilisation, y compris électronique, doit faire l'objet d'une autorisation écrite préalable des Auteurs.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.
Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.
Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Nous avons choisi d'explorer le trouble bipolaire pédiatrique au sein d'un groupe d'enfants et d'adolescents âgés de 12 à 18 ans hospitalisés au CHU – Lenval de Nice pour tentative de suicide.
Nous savons que la maladie bipolaire expose au suicide et aux tentatives de suicide; et que la gravité de la maladie augmente avec la précocité des troubles. Nous avons donc choisi d'étudier les taux de récidives de tentatives de suicide à 3 mois et d'explorer les facteurs associés aux récidives de tentative de suicide.
Dernièrement, les études ont montré une augmentation de la prévalence du trouble bipolaire pédiatrique ; l'irritabilité et la dysrégulation sévère de l'humeur et du comportement semblent avoir été au centre du problème. Récemment le DSM-5 a introduit une nouvelle entité, le DMDD pour distinguer les patients présentant une irritabilité chronique pathologique des bipolaires.
Nous avons identifié et décris 6 cas appartenant au spectre bipolaire, sans pouvoir identifier de facteurs de risques de récidives compte tenu du faible effectif. Notre étude a montré que les tentatives de suicide de l'enfant et l'adolescent ne sont pas égales à un diagnostic psychiatrique.
Nous n'avons pas observé de différences de taux de récidives entre les bipolaires et non bipolaires à 3 mois et nous poursuivons le suivi à 12 mois.
L'identification d'un trouble psychiatrique est en enjeu majeur dans un contexte de tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent afin de mettre en œuvre les traitements et suivis adaptés.

Mots clés:

- trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent
- tentative de suicide
- récidive