



HAL
open science

**Analyse descriptive d'adolescents en crise suicidaire.
Harcèlement scolaire : la vulnérabilité interpersonnelle
au cœur de la crise ? Étude ancillaire du protocole
"Bipolarité-dépression chez l'enfant et l'adolescent
suicidant : mieux diagnostiquer pour prévenir la
récidive"**

Cecilia Faurie

► **To cite this version:**

Cecilia Faurie. Analyse descriptive d'adolescents en crise suicidaire. Harcèlement scolaire : la vulnérabilité interpersonnelle au cœur de la crise ? Étude ancillaire du protocole "Bipolarité-dépression chez l'enfant et l'adolescent suicidant : mieux diagnostiquer pour prévenir la récidive". Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02961477

HAL Id: dumas-02961477

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961477v1>

Submitted on 8 Oct 2020

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.

THÈSE D'EXERCICE EN MÉDECINE

ANALYSE DESCRIPTIVE D'ADOLESCENTS EN CRISE SUICIDAIRE HARCÈLEMENT SCOLAIRE : LA VULNÉRABILITÉ INTERPERSONNELLE AU CŒUR DE LA CRISE ?

Étude ancillaire du protocole « *Bipolarité-Dépression chez l'enfant et l'adolescent suicidant : mieux diagnostiquer pour prévenir la récurrence* »

Soutenu par la Fondation de France – Programme Santé des Jeunes (2015)

Présentée et soutenue publiquement le 28 Septembre 2020 à Nice

Par

Cecilia FAURIE

Née le 18 juin 1991 à Downers-Grove (Illinois, États-Unis)

Pour l'obtention du **DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

SPÉCIALITÉ : PSYCHIATRIE

JURY :

Présidente du jury : Madame la Professeure Florence ASKENAZY-GITTARD

Assesseur : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseur : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

Assesseur : Madame le Docteur Magalie ORLOWSKI

Directrice de thèse : Madame le Docteur Nathalie DUGAND

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

**Pédagogie
Recherche
Etudiants**

**Pr. ALUNNI Véronique
Pr DELLAMONICA Jean
M. JOUAN Robin**

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick
M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)
Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)
M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GASTAUD Pierre
M ALBERTINI Marc	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TOUBOL Jacques
M. FENICHEL Patrick	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	

Remerciements

Au Professeur Florence ASKENAZY, je vous adresse mes sincères remerciements pour votre guidance et votre intérêt pour mes projets professionnels, ainsi que pour votre rigueur clinique qui a su guider ma pratique. Vous me faites l'honneur de juger cette thèse et de présider ce jury.

Au Professeur Michel BENOIT, je vous adresse mes remerciements profonds pour votre disponibilité au cours de ma formation et pour l'intérêt que vous avez porté pour mes sujets de prédilection et projets professionnels. Vous me faites l'honneur d'accepter d'évaluer ce travail.

Au Professeur Guy DAR COURT, je vous adresse mon appréciation sincère pour l'intérêt que vous portez à ce sujet et pour les enseignements que vous m'avez prodigués. Vous me faites l'honneur de participer à ce jury.

Au Docteur Nathalie Dugand, ma directrice de thèse, merci d'avoir non seulement accepté de diriger ce travail lorsque je suis venue à toi avec toutes mes idées foisonnantes, arborescentes, sans queue ni tête, mais surtout d'y avoir toujours vu un potentiel. Je t'adresse mes remerciements sincères pour ton accompagnement précieux tout au long de ce processus, pour tes nombreuses relectures, pour ta disponibilité même à l'autre bout de la France, pour tes sessions de supervision par Skype même en fin de grossesse ! Et enfin je te remercie d'avoir toujours encouragé mes perspectives biculturelles et multidisciplinaires et d'avoir toujours cru en mon travail, sur le terrain ou en recherche.

Au Docteur Magalie ORLOWSKI, je t'adresse mes remerciements sincères d'avoir accepté de participer à ce jury, ainsi que pour ta guidance et tes encouragements sans faille. Quel bonheur de t'avoir croisée sur mon chemin et de te côtoyer, non seulement sur le terrain de stage mais aussi dans l'amitié dont tu me fais cadeau. Je te témoigne toute mon affection et j'espère que nous saurons garder cette relation dans la vie professionnelle et personnelle quels que soient nos chemins respectifs.

Aux équipes que j'ai pu côtoyer au cours de mon internat : celles des CMP de Notre-Dame et du Bellagio, de Sainte-Marie, de Pasteur et de Lenval (l'UPRTS, le CPJA, l'HDJ la Caravelle, la MDA). Merci de m'avoir accompagnée tout le long de ce parcours long, ardu, et si enrichissant ! Parmi les médecins que j'ai connus, j'adresse mon affection tout particulièrement à Renée Joussemet pour son partage, à Élodie Pascal qui m'a accompagnée pendant mon premier semestre d'internat, à

Delphine Desjardins pour sa bienveillance, à la douce Simona Mudava que j'ai été bien triste de voir partir à l'autre bout de la France, à Arnaud Fernandez pour son accessibilité et dynamisme, à Marie-Line Ménard pour sa supervision bienveillante, et à Bruno Giordana dont la curiosité éclectique sans limites m'inspire depuis l'externat: j'espère un jour collaborer avec toi sur un projet sortant des sentiers battus tels que nous les aimons !

À l'équipe de psychiatrie de liaison de l'Archet : Magalie, Laetitia et Charlotte, pour vos encouragements, votre soutien au travail et dans la vie, et surtout pour une belle amitié qui transcende les horaires et lieu de travail et qui m'apporte tant de bonheur à travers nos moments de rire et de complicité. Je me sens si chanceuse de vous avoir rencontrées et de vous avoir comme confidentes dans les bonnes et mauvaises journées. J'espère conserver cette amitié encore longtemps avec vous, mes trois fées marraines. Laetitia, tu pétilles d'une joie inégalée, et Charlotte, tu es la douceur incarnée ; merci à vous deux d'illuminer chaque journée.

À l'équipe d'addictologie : Faredj Cherikh, Guillaume Ceruti, Coralie Bel, Alain Philippe, Julie, Corinne P, Thierry, Karl, Carine, Paulo, et ceux qui sont partis, Audrey, Sandrine, Camille, pour votre bonne humeur, votre accueil chaleureux, et les moments de partage qui ont égayé mes journées de travail. Il est rare de retrouver et de quitter le travail avec le sourire, et je vous remercie de m'avoir fait découvrir cette richesse et de m'avoir transmis votre goût pour l'addiction (cette phrase prête à confusion !)

À l'équipe du BIDMC à Boston, surtout à Richard Wolfe (aussi baptisé Tonton) : merci d'avoir cru en mes capacités lors de ce stage si mémorable à vos côtés ; je suis heureuse de vous compter dans mon parcours, même si vous vous attristiez de mon choix de la psychiatrie !

À l'équipe du Austen Riggs Center, pour une des expériences les plus formidables et inoubliables que j'ai eu la chance de vivre, aux côtés de toutes ces personnes fascinantes par leur expertise et ténacité et qui m'ont accueillie chaleureusement. *A huge thank you to Andrew for his time, enthusiasm and generosity. Thank you to Charles (Rain) for this unexpected friendship and our precious discussions.*

À Amel Chaarana pour ses analyses, son temps et sa disponibilité dans les moments de précipitation malgré le fait que l'étude initiale était terminée depuis pourtant longtemps.

À mes co-internes et amis pour nos moments de solidarité et de partage : Julia, Kevin, Marion, Léonor et bien d'autres encore !

À Johann et Anne pour leur amitié et leur accueil chaleureux, et à Anne pour ses relectures et conseils pour cette thèse.

À Clémence, ma bichette, pour notre amitié fraternelle depuis tant d'années. Je suis heureuse que, malgré nos spécialités différentes, nous ayons su garder ce lien précieux. Tu es ma plus belle rencontre amicale de mes études de médecine. Merci de toujours me défendre bec et ongles, merci pour ta compréhension, ton empathie, tes conseils, ta complicité ; et merci évidemment pour nos sessions de travail entrecoupées de moments de partage et de plaisir depuis l'ECN !

À Laura, mon amie et co-interne pétillante et adorable, je ressens beaucoup de reconnaissance pour notre amitié, je trouve en toi toujours une oreille attentive qui m'est précieuse et à laquelle je tâcherai de rendre la pareille. Merci pour nos moments de partage, plaisir qui n'a pas changé depuis 5 ans.

Aux amies et amis qui ont marqué mon enfance et mon adolescence et qui restent dans mon cœur malgré la distance.

À Sophie, ma sœur d'une autre famille, sœur de cœur et non de sang ; c'est la meilleure manière que j'ai de décrire notre belle amitié de 15 ans.

À tous ces écrivains et artistes qu'on ne nomme pas dans ce type de travail de recherche, dont certains ont pourtant été parmi les premiers à évoquer certaines notions et qui nourrissent mon esprit depuis ma tendre enfance.

À Céline, pour tes nombreuses relectures, pour tes conseils, pour ton expertise méthodologique, pour ton regard à la fois scientifique et philosophique, pour ta présence, pour ton soutien et surtout pour ton amour si précieux qui me grandit, me réchauffe et m'enrichit de jour en jour. Que d'énumérations qui ne suffisent pourtant pas à traduire mes sentiments envers toi. Je me sens si chanceuse de t'avoir trouvée sur mon chemin et de partager un foyer avec toi. Merci d'être ma partenaire en tout point.

À ma famille que j'aime de tout mon cœur. Merci pour votre relecture, vos encouragements, votre soutien et votre amour indéfectibles.

Maman, tu es mon phare lorsque je suis perdue, la Lorelai de ma Rory. Papa, tu es mon pilier et mon ancre. Marie, ma *sestra* et confidente adorée, Sébastien, mon complice et beau sapin que je « touboute ». Vous êtes mes anges gardiens ; toujours.

Dédié à David,

Que nous n'avons pas pu sauver et dont la beauté d'âme continue d'égayer mes souvenirs d'années
de lycée même en son absence.

« Je voulais parler de la mort, mais la vie a fait irruption, comme d'habitude. »

Virginia Woolf (journal, 1922)

Table des matières

INTRODUCTION.....	17
I. Le harcèlement scolaire : un facteur interpersonnel majeur des conduites suicidaires à l'adolescence	19
A. La crise suicidaire à l'adolescence	19
1. Définitions	19
2. Épidémiologie du risque suicidaire à l'adolescence.....	20
3. Phénomène sociétal actuel	21
4. Facteurs internes et vulnérabilité individuelle.....	22
B. Facteurs interpersonnels à l'adolescence	24
1. Enjeux interpersonnels de l'adolescent dans sa construction	24
2. Le besoin d'appartenance sociale	24
3. L'adolescent dans son environnement socio-affectif	25
4. Le rôle des pairs dans la construction de l'adolescent	25
5. La dépendance au regard d'autrui pour l'estime de soi.....	26
C. L'exclusion sociale au cœur de la crise suicidaire.....	27
1. Facteurs de risque interpersonnels des conduites suicidaires	27
2. La théorie interpersonnelle du suicide	28
3. L'exclusion sociale et le risque suicidaire	29
4. Vulnérabilité individuelle aux événements interpersonnels	30
D. Le harcèlement scolaire	32
1. Définition.....	32
2. Épidémiologie.....	32
3. Psychopathologie des victimes.....	33
4. Conséquences du harcèlement scolaire	34
5. Harcèlement scolaire et risque suicidaire.....	36
II. Hypothèses et objectifs	38
A. Hypothèses.....	38
1. Hypothèse principale.....	38
2. Hypothèse secondaire.....	38
B. Objectifs de l'étude ancillaire : travail de thèse	38
1. Objectif principal	38
2. Objectif secondaire	38
C. Critères de jugement.....	38
III. Méthode	39
A. Présentation de l'étude initiale	39
B. Matériels et méthodes	39
1. Critères d'inclusion et de non-inclusion.....	39
2. Recrutement.....	40
3. Critères et échelles d'évaluation	40
4. Modalités du suivi	41
5. Traitement des données.....	41
IV. Résultats	42
A. Résultats principaux de l'étude initiale « Bipolarité-Dépression ».....	42
1. Description de la cohorte	42
2. Suivi de la population sur 12 mois.....	44
B. Résultats de l'étude ancillaire : harcèlement et crise suicidaire	45
1. Description de la population d'adolescents harcelés à l'inclusion	45

2.	<i>Objectif principal : taux de récurrence suicidaire chez les adolescents harcelés</i>	57
3.	<i>Résultat non attendu : taux de suivi sur 12 mois</i>	62
V.	Discussion	64
A.	Résultats principaux de l'étude ancillaire	64
1.	<i>Caractéristiques des adolescents harcelés à l'inclusion</i>	64
2.	<i>Taux de récurrence (objectif principal) et suivi sur 12 mois</i>	66
B.	Focus : le harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus dans l'enfance	66
1.	<i>Constatacion de l'association dans l'étude</i>	66
2.	<i>Facteurs potentiellement impliqués dans cette association</i>	67
C.	Considérations méthodologiques et limites de l'étude	71
1.	<i>Forces et limites liées au suivi longitudinal et à la durée du suivi</i>	71
2.	<i>Limites liées aux critères d'inclusion</i>	72
3.	<i>Limites liées au travail de pédopsychiatrie de liaison</i>	73
4.	<i>Caractéristiques liées à la subjectivité de l'adolescent</i>	73
5.	<i>Limites liées aux échelles</i>	73
D.	Perspectives préventives et thérapeutiques : le rôle majeur du soutien socio-affectif dans la crise suicidaire	74
1.	<i>Prévention primaire et secondaire : éviter le risque suicidaire lié aux troubles interpersonnels</i>	74
2.	<i>Prévention tertiaire : éviter la récurrence après une crise suicidaire</i>	75
	Conclusion	77
	Annexes	89
	Serment d'Hippocrate	97
	Résumé	99
	Abstract	100

Liste des abréviations

ACE : *Adverse Childhood Experiences* / Expériences négatives de l'enfance

ADRS : *Adolescent Depression Rating Scale* / Échelle de Dépression pour Adolescents

AEMO : Action Éducative en Milieu Ouvert

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARS : Agence Régionale de Santé

ATCD : Antécédent(s)

BIS : *Barratt Impulsiveness Scale* / Échelle d'Impulsivité de Barratt

CDRS : *Child Depression Rating Scale* / Échelle de Dépression pour Enfants

C-GAS ou S-GAS : *Children's Global Assessment Scale* / Échelle d'Évaluation Globale du Fonctionnement

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM : Classification Internationale des Maladies

CS : Crise Suicidaire

DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* / Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

EDC : Épisode Dépressif Caractérisé

FDR : Facteurs De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

HPNCL : Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-Lenval

IACAPAP : *Internation Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions* / Association Internationale pour la Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Professions Alliées

IDS : Idées Suicidaires

K-SADS-PL (ou Kiddie-SADS-PL) : *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children – Present and Lifetime Version* / Évaluation des Troubles Affectifs et de la Schizophrénie pour Enfant d'Âge Scolaire – Version Vie Entière

MINI : *Mini International Neuropsychiatric Interview* / Mini-Entrevue Internationale en Neuropsychiatrie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

PTSD : *Post-Traumatic Stress Disorder* / TSPT : Trouble de Stress Post-Traumatique

SUPEA : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent

TAG : Trouble d'Anxiété Généralisée

TC : Trouble des Conduites

TCA : Trouble du Comportement Alimentaire

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TOP : Trouble Opposition-Provocation

TS : Tentative de Suicide

UNESCO : *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* / Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture

UPRTS : Unité de Prévention de Récidive des Tentatives de Suicide

YMRS : *Young Mania Rating Scale* / Échelle d'Évaluation de la Manie de Young

INTRODUCTION

Dans notre société contemporaine, la crise suicidaire à l'adolescence est un enjeu majeur de santé publique de par sa fréquence, sa gravité potentielle et sa signification psychique en tant qu'expression d'une souffrance majeure.

L'adolescence est particulièrement propice à l'apparition de difficultés psychologiques voire de pathologies psychiatriques, avec, comme le précise l'ANAES, « *une imprévisibilité ou une impulsivité des conduites, une tendance préférentielle à l'agir et à utiliser le corps comme moyen d'expression des difficultés* » ce qui peut se traduire par des comportements à risque ou par des attaques du corps. ^[1]

Cela s'explique en partie par le fait qu'il s'agisse d'une période charnière faite de nombreux remaniements, autant physiques que psychiques et relationnels. Par la théorie et l'observation clinique, nous savons à quel point l'équilibre psychique des adolescents est dépendant de leur environnement socio-affectif et culturel, en particulier de leur entourage familial et socio-amical.

Notre expérience sur le terrain illustre en partie cette réalité, notamment à travers la crise suicidaire : la grande majorité des facteurs déclenchants d'idées suicidaires ou de tentatives de suicide chez les adolescents correspond à des facteurs externes, en particulier à des difficultés interpersonnelles (situation de conflit ou de perte de lien telle que la rupture sentimentale et le conflit familial). Cette observation clinique a par ailleurs été confirmée par des études épidémiologiques françaises et internationales. ^{[2] [3]}

Cependant, si de nombreuses études ont porté sur l'importance du milieu familial, moins d'études ont porté sur l'exclusion des adolescents par leurs pairs. Dans des travaux récents, l'exclusion sociale a été associée à un risque majeur de désespoir voire à un risque suicidaire. ^{[4] [5]} La théorie interpersonnelle du suicide, quant à elle, met l'accent sur le rôle du lien social dans le processus suicidaire : si la présence d'un soutien socio-affectif stable agit comme facteur protecteur, sa perte perçue, menacée ou réelle agit quant à elle comme un facteur de risque suicidaire majeur. ^{[6] [7]}

À l'adolescence, les situations d'exclusion sociale diffèrent de celles des adultes et des enfants. L'entourage social, en dehors du milieu familial, correspond principalement au milieu scolaire et à la communauté au sens plus large. On peut ainsi citer les situations de déracinement culturel et de migration, les cas de déscolarisation, ainsi que les situations de rejet par les pairs. Ces situations d'exclusion par les pairs atteignent leur acmé en **situation de harcèlement scolaire**, phénomène majeur de par sa fréquence (1 enfant ou adolescent sur 3 dans le monde selon l'UNESCO) et ses conséquences potentielles sur les adolescents qui en sont victimes. ^[8]

Dans un premier temps nous explorerons le lien entre la perte de lien social et la crise suicidaire à l'adolescence à travers l'étude des conséquences du harcèlement scolaire comme exemple d'exclusion sociale. Puis notre étude portera sur l'analyse du risque de récurrence suicidaire à l'adolescence en fonction de leur exposition au harcèlement scolaire, ainsi que les spécificités des adolescents harcelés en crise suicidaire. Enfin, nous aborderons les implications potentielles de ces résultats sur le plan thérapeutique et préventif.

I. Le harcèlement scolaire : un facteur interpersonnel majeur des conduites suicidaires à l'adolescence

« *La plus délicate des transitions, l'adolescence, les deux crépuscules mêlés [...]* »

Victor Hugo, Les Travailleurs de la mer (1866) ^[9]

A. La crise suicidaire à l'adolescence

1. Définitions

Avant de développer la problématique de la crise suicidaire chez l'adolescent, rappelons quelques distinctions entre les différents termes apparentés au suicide. L'APA ^[10] précise la terminologie utilisée dans les études et en clinique courante :

- *Idéation suicidaire* : envisager le suicide comme le moyen de sa propre mort
- *Tentative de suicide interrompue (ou avortée)* : comportement auto-agressant avec intention de mourir mais que le sujet a arrêté avant un dommage corporel
- *Tentative de suicide* : comportement auto-dirigé et potentiellement préjudiciable entrepris par un individu avec intention de mourir, avec une issue non fatale
- *Suicide* : décès auto-infligé et volontaire, causé par un comportement préjudiciable avec la preuve (explicite ou implicite) que la personne avait l'intention de décéder
- *Suicidé* : individu qui s'est donné la mort volontairement
- *Suicidant* : individu qui a réalisé une tentative de suicide
- *Suicidaire* : individu ayant des idées suicidaires ou exprimant des menaces de suicide.

Nous utiliserons le terme de « **crise suicidaire** » pour décrire un état de crise caractérisé par des idéations suicidaires (IDS) avec intentionnalité forte et risque léthal et/ou une tentative de suicide (TS) quel que soit le moyen léthal utilisé.

2. Épidémiologie du risque suicidaire à l'adolescence

a) *Morbi-mortalité nationale et internationale :*

Dans notre société, les comportements suicidaires chez les adolescents constituent un véritable enjeu de santé publique par :

- leur fréquence : 26.5 pour 100 000 selon l'Observatoire National du Suicide ^[11]
- leur gravité potentielle : deuxième cause de décès (16%) chez les 15-24 ans ^{[11] [12]} avec un taux annuel de suicide proche de 350 décès chez les 15-24 ans ^[13] ;
- leur caractère récidivant (que nous explorerons dans la partie « gravité individuelle »).

Cet enjeu est tel que la Haute Autorité de Santé a intégré l'amélioration de la prévention et de la prise en charge des tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent dans les objectifs du programme de santé mentale de 2018-2023. ^[14]

En effet, le taux de suicide chez les adolescents est en telle augmentation qu'il s'agit désormais du groupe à plus haut risque dans un tiers des pays du monde. ^{[15] [16]}

En 2018, le rapport américain *Pain in the Nation : Education Brief* rapporte une augmentation catastrophique des taux de suicides chez les moins de 17 ans aux États-Unis : il aurait presque doublé entre 2007 et 2016 et aurait plus que triplé chez les jeunes filles entre 10 et 14 ans (augmentation de 231%). ^[17]

Quant au taux de tentatives de suicide, il est plus difficile à évaluer – généralement sous-estimé – et 10 à 20 fois plus fréquent que les suicides chez les 15-19 ans. ^{[18] [11]}

En 2017, environ 3% des TS (4,3% des filles de 17 ans et 1,5% des garçons) ont présenté une gravité au point de nécessiter une hospitalisation. ^[19] En 2018, 13,9 % des lycéens (soit plus d'un lycéen sur dix) ont déclaré avoir fait au moins une tentative de suicide dans leur vie, et un garçon sur dix et une fille sur cinq ont pensé au moins une fois au suicide au cours de la dernière année. ^[19]

L'âge moyen de la première tentative est de 13,6 ans. ^[20]

Enfin, on observe également une différence au niveau du sexe puisque c'est dans la population des filles de 15 à 19 ans que le taux annuel de TS le plus élevé est systématiquement observé. ^[21] En effet, les jeunes filles rapportent deux fois plus souvent de pensées suicidaires que les garçons du même âge, et on observerait une augmentation des pensées suicidaires et des tentatives de suicide chez les jeunes filles depuis 2011 (39 pour 10 000 en moyenne contre des taux inférieurs à 20 pour 10000 dans le reste de la population). ^{[19] [11]} La surreprésentation féminine augmente par ailleurs avec l'âge, avec

un sex-ratio de quatre filles pour un garçon au-delà de 13 ans (contre deux filles pour un garçon avant l'âge de 12 ans).^[22]

b) Gravité individuelle :

Comme l'explique l'ANAES, la tentative de suicide d'un adolescent « *n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une « crise d'adolescence »* » et ne devrait jamais être banalisée, quelle que soit la dangerosité du geste.^[1] Hormis la question non négligeable des complications somatiques potentiellement létales à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui pourrait perdurer sous la forme de récurrences suicidaires si elle n'est pas traitée.

En effet, l'existence d'une TS antérieure est le premier facteur de risque de récurrence de TS.^{[23] [24]} 30% des jeunes ayant effectué au moins une tentative de suicide dans leur vie récidivent^[25], le plus souvent au cours de la première année voire dans le premier mois à la sortie d'hospitalisation.^{[26] [27]}

3. Phénomène sociétal actuel

Dans la lignée des travaux de Durkheim^[28] qui expliquaient l'augmentation du taux de suicide par un manque d'intégration sociale à la fin du XIX^{ème} siècle, des travaux plus récents se sont focalisés sur d'éventuelles raisons **sociétales** à l'augmentation du mal-être chez les adolescents, c'est-à-dire des facteurs qui seraient externes au fonctionnement psychique.

- Changement de dynamique et de structure familiale :

Selon certains auteurs, nous assistons à un bouleversement des valeurs de transmission, avec une perte du sens de communauté et des traditions familiales dans notre société actuelle, avec en conséquence une diminution de la fonction protectrice de la famille.^{[29] [11]}

- Augmentation des cas de placement d'enfants :

Selon le rapport *Pain in the Nation : Education Brief*, l'augmentation des cas de placements d'enfants (décès parental, situation précaire ou toxique pour l'enfant) pourrait expliquer cette augmentation alarmante de taux de suicides chez les adolescents, des « *despair deaths* » (décès de désespoir).^[17]

- Développement et mésusage des réseaux sociaux :

Certains auteurs questionnent également l'essor des outils technologiques de communication et d'internet, en particulier les réseaux sociaux, comme responsable du mal-être croissant des adolescents par le biais de certains phénomènes : addiction aux outils numériques conduisant à une dépression, hyperexposition au contenu non filtré sur internet (contenu fictif tel que les séries, diffusion en direct de suicides ou de TS par « *video streaming* »), phénomène de contagion des comportements suicidaires (effet Werther), pactes de suicide, etc. ^{[18] [12]}

- Violence des expériences adolescentes

On assiste à une prévalence importante de mises en danger ou de conduites à risque, voire de comportements ordaliques (consistant à défier la mort) : jeux dangereux par défi, tels que les jeux de non-oxygénation. ^[11]

4. Facteurs internes et vulnérabilité individuelle

a) Comorbidités psychiatriques des tentatives de suicide

Dans 20 à 30 % des TS, il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente qui favorise le passage à l'acte. ^{[1] [19]} Les pathologies les plus souvent retrouvées dans les crises suicidaires sont :

- Le trouble de l'humeur, notamment le trouble bipolaire ainsi que l'épisode dépressif caractérisé, dont la prévalence est de 8% dans la population générale en 2014 ^[30], et qui multiplie par 40 le risque suicidaire ^{[18] [31]}
- L'abus de substances ^[32]
- Les troubles de personnalité, notamment le trouble de personnalité de type borderline ^[32]

L'évaluation standardisée diagnostique est donc un enjeu majeur afin de dépister et traiter ces troubles précocement et de prévenir le risque suicidaire.

Cependant, il s'agit de préciser le diagnostic dans une période particulière de transition, d'adaptation, et de profonds bouleversements qu'est l'adolescence. ^{[1] [33]} La symptomatologie clinique est donc variable, transitoire ^{[34] [35] [36]} et certains troubles qui se manifestent à l'adolescence sont l'expression d'une identité en formation. ^{[37] [38]}

C'est également le cas des TS qui sont parfois le fait de pathologies sous-tendues par le problème de la dépendance affective (personnalité état-limite, troubles du comportement alimentaire) mais qui peuvent aussi être **une manifestation d'une identité instable et en construction.** ^[38]

D'ailleurs, s'il est évident que les troubles psychiatriques sont quasi constants dans le suicide, ils ne sont pas aussi présents dans le cas des TS. ^{[1] [3] [39]}

Plutôt que considérer les conduites suicidaires comme un symptôme d'une pathologie, le DSM-5 propose de les considérer comme un diagnostic à part entière sous l'appellation de « Trouble Conduites Suicidaires ». (cf annexe 1)

b) Facteurs de risque des conduites suicidaires dans la littérature

Le passage à l'acte suicidaire est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs : biologiques, psychologiques et environnementaux. ^[14]

De nombreux facteurs de risque (FDR) ont été analysés :

- Les antécédents de TS ^{[12] [18] [40]}
- Le sexe féminin ^{[12] [18] [19]}
- Les diagnostics psychiatriques, notamment la dépression ^{[12] [18] [19]}
- Les difficultés scolaires, notamment le redoublement ou la déscolarisation ^{[11] [12] [19]}
- L'insécurité familiale (précarité socio-économique, abus) ^[18], les familles monoparentales ^[11] ^{[12] [19]} et les familles recomposées ^[19]
- L'influence néfaste des réseaux sociaux avec risque de cyberharcèlement ^[41]
- Les conduites violentes et comportements à risque ^{[1] [18]} prise de drogues ou d'alcool, rapports sexuels non protégés, comportements ordaliques (recherche de sensations pour « se sentir vivant », souvent retrouvés chez des adolescents avec une faible estime de soi et/ou dans un contexte dépressif ou d'isolement social ^[42])

La transition entre des idées suicidaires et une TS risque de se produire lorsqu'apparaît un facteur de stress, ou facteur déclenchant tel qu'une situation de tensions individuelles, relationnelles, ou socioéconomiques. ^[43]

RÉSUMÉ

Les comportements suicidaires chez les adolescents représentent un enjeu majeur en termes de santé publique mais aussi sur le plan individuel.

Parmi les facteurs psychopathologiques décrits, nous retenons comme objet d'analyse le lien entre l'adolescent et son environnement proche, en particulier la rupture de ce lien.

Nous nous focaliserons notamment sur les relations interpersonnelles, les principaux facteurs interpersonnels, et détaillerons leur rôle dans les conduites suicidaires à l'adolescence en tant que facteurs de risque.

B. Facteurs interpersonnels à l'adolescence

1. Enjeux interpersonnels de l'adolescent dans sa construction

Dans son origine étymologique, l'adolescence se définit comme un moment de transition entre l'enfance et le statut d'adulte qui est caractérisé par de nombreux remaniements à la fois biologiques et psychiques, autant sur le plan relationnel que sur le plan identitaire. Si les adolescents étaient auparavant dépendants de leurs parents dans leur enfance, l'adolescence s'impose comme un stade crucial dans le processus d'autonomisation. On assiste à un dilemme entre attachement et éloignement par la mise à distance des parents ^[44], qui correspondrait à une recherche d'un statut adulte. ^[45] Cette étape de différenciation entre soi et l'autre permet ensuite à l'adolescent d'accéder à la subjectivation. ^[46] En rejetant le regard des parents, l'adolescent se retrouve à la recherche d'une image de lui-même qui serait capable de lui apporter un soutien narcissique, ainsi qu'une « place et une identité distinctes et différenciées » de ses parents. ^[47]

L'adolescent est dans un paradoxe entre dépendance et recherche d'individuation, mais qui reste solvable, voire qui participe à la construction de son identité : « *c'est parce qu'on a pu accepter de se nourrir des autres qu'on peut s'en détacher et se sentir davantage soi-même.* » ^[48]

2. Le besoin d'appartenance sociale

L'être humain est un animal social : il est bien établi que l'appartenance sociale est un besoin humain fondamental et ancien, théorie datant de l'antiquité et réexplicitée plus récemment par Claude Lévi-Strauss. ^[49] Baumeister et Leary ^[50] parlent également du désir d'attachement interpersonnel comme une motivation humaine fondamentale, notion également soutenue par les théoriciens de la

psychologie sociale tels que Maslow, Sullivan et Horney, qui décrivent l'appartenance sociale comme un besoin nécessaire pour l'être humain à tout âge, et surtout à l'adolescence. Par exemple, la pyramide des besoins de Maslow comporte le soutien social et l'appartenance comme besoins fondamentaux.

3. L'adolescent dans son environnement socio-affectif

Erikson a développé le concept de « *Umwelt* » pour parler d'identité psychosociale à l'instar de Bateson ^[51] ^[52] : le monde ambiant est non pas extérieur au sujet mais est comme une seconde nature qui existe à l'intérieur de l'individu et qui est acquise au fil des années d'apprentissage. ^[53] L'individu n'existe pas sans « une histoire, une inscription dans un milieu social, culturel. » ^[54]

Selon Carl G. Jung : « *lorsqu'un organisme vivant est coupé de ses racines, il perd un lien avec le fondement de son existence et doit nécessairement périr.* » ^[55] Ici, le fondement de l'existence est le lien avec l'histoire, l'inconscient collectif, et donc les autres.

Si l'individu ne peut exister séparément de son milieu, il dépend également de son environnement social pour son équilibre psychique. À l'adolescence, l'environnement social consiste en deux acteurs essentiels : la famille et les pairs. ^[56] Or, dans le processus de distanciation par rapport aux parents, les relations principales à l'adolescence deviennent celles qu'ils entretiennent avec leurs pairs.

4. Le rôle des pairs dans la construction de l'adolescent

Le groupe de pairs joue plusieurs rôles dans la construction identitaire de l'adolescent :

- le développement moral ^[57]
- la construction de la personnalité ^[58] par le biais de :
 - o l'autonomisation par rapport aux parents ^[37]
 - o la différenciation avec l'autre ^[48] ^[59], mécanisme de comparaison sociale
- l'appartenance sociale ^[60] ^[61] : par l'adoption de normes et le sentiment d'avoir trouvé un « autre-comme-moi » ^[59]

Par la relation avec ses pairs, l'adolescent va tenter de se dégager de la culture familiale, de se séparer psychologiquement des parents afin de se construire et de se comprendre lui-même, et de faire l'apprentissage des normes adolescentes. ^[62] Il s'agit d'un apprentissage « horizontal » qui passe par l'imitation (codes esthétiques, langage, style vestimentaire) et qui remplace la verticalisation de la transmission (par les aînés et parents). ^[29] Afin d'intégrer le groupe de pairs et ses normes, l'adolescent peut même se montrer influençable et participer à des activités risquées voire dangereuses. ^[42] ^[63]

Ainsi, des enjeux identitaires majeurs s'étaient sur l'appartenance au groupe et à la subculture des pairs. ^[64]

5. La dépendance au regard d'autrui pour l'estime de soi

Rosenberg considère l'estime de soi comme une composante du concept de soi et le définit comme étant l'ensemble des pensées et sentiments détenus par un individu à son propre sujet, de sa propre valeur, et de son importance. ^[65]

À l'adolescence, l'estime de soi a tendance à être fragile : « dire adieu à l'enfance entraîne une perte de statut et laisse le jeune adolescent face à la perplexité du "qui suis-je ?" ». ^[66] Par sa fragilité identitaire, l'adolescent est vulnérable voire dépendant de l'opinion d'autrui et il cherche la validation pour se rassurer. ^[67]

Ces autres sont, en général, non pas la famille mais les pairs, extérieurs aux parents dont l'amour est déjà acquis. L'estime de soi trouve donc en partie sa source dans l'intégration au groupe de pairs, en particulier par le biais de la popularité ^[68] et de l'appartenance au groupe qui apportent une certaine valorisation. ^[69] Or, la popularité et donc la valorisation par les pairs est une négociation quotidienne pour les adolescents. ^[61] Dans un but d'appartenance, l'adolescent est pris par l'enjeu d'être à la hauteur de ses pairs. Dans la mesure où la dépendance angoissante au regard de l'autre et l'estime de soi sont intriquées, **l'estime de soi ne peut donc pas se dissocier des enjeux interpersonnels qui concernent l'adolescent.**

RÉSUMÉ

À tout âge de la vie mais plus particulièrement à l'adolescence, l'être humain a besoin de l'autre (pour la socialisation, la comparaison, le partage, la valorisation, etc) afin de se construire sur le plan identitaire et de nourrir son estime de soi.

Que se passe-t-il donc lorsque cet autre est absent ou lorsque le lien est rompu ou menacé ?

Nous allons explorer dans la prochaine partie comment la perte ou menace de ce lien social peut favoriser l'émergence d'idées et de conduites suicidaires.

C. L'exclusion sociale au cœur de la crise suicidaire

1. Facteurs de risque interpersonnels des conduites suicidaires

Les événements de vie négatifs sont des facteurs prédictifs puissants de tentatives de suicide, dont l'impact persiste même après ajustement d'autres facteurs de risque connus et de pathologies psychiatriques. ^[2] Chez les adolescents, les problèmes interpersonnels font partie des facteurs de risque suicidaire les plus retrouvés. ^{[12] [70] [71] [72]}

On distingue plusieurs catégories de ces facteurs de risque **interpersonnels** :

- Événements de vie en lien avec le milieu familial ^[2] :
 - o conflit familial et intergénérationnel ^[25]
 - o dysfonction familiale ^[72]
 - o perte d'un parent (décès, rupture, divorce parental) notamment dans la transition entre IDS et TS chez les adolescents ^[3]
- Rupture d'une relation affective (rupture sentimentale, conflits amicaux, éloignement d'un proche) ^{[2] [73]}
- Situation de migration et de déracinement ^[12]
- Harcèlement scolaire ou cyberharcèlement ^{[12] [63] [74]}
- Isolement social : perte du sentiment d'appartenance et de lien à l'autre ^{[75] [76]}
- Problèmes légaux ou disciplinaires ^[2]

La prédominance des facteurs interpersonnels est corroborée par les autopsies psychologiques post-suicide d'adolescents. ^[77] Dans une étude américaine portant sur les décès par suicide de jeunes de 10 à 17 ans, environ 1 suicidé sur 5 avait fait l'expérience de problèmes relationnels familiaux récents, et 1 sur 10 avait eu des problèmes sentimentaux. ^[78]

Alors que les décès par suicide sont davantage sous-tendus par des pathologies psychiatriques, **les tentatives de suicide sont le plus souvent sous-tendues par des situations de conflit ou de rupture** ^[79] qui ne trouvent aucune autre voie de résolution que l'attaque corporelle ^{[1] [72] [80]}

D'ailleurs, si les situations de perte de liens augmentent le risque de comportement suicidaire, la présence de liens socio-affectifs stables agit, quant à elle, comme facteur protecteur, surtout chez les adolescents qui sont particulièrement « dépendants » des relations sociales. ^[12]

Les liens socio-affectifs permettent de :

- Renforcer la résilience individuelle ;
- Amortir l'impact des facteurs de stress extérieurs ;
- Soutenir l'individu en période de crise ;
- Atténuer le risque de suicide associé aux traumatismes dans l'enfance.

Ainsi, parmi les liens protecteurs, on trouve :

- Le soutien apporté par la famille et les relations sociales ;
- La présence d'un proche ayant le rôle de confident ;
- Les liens communautaires au sens plus large (l'intégration au sein de la communauté et de la société, les croyances religieuses, etc.) [12]

2. La théorie interpersonnelle du suicide

Développée par Thomas Joiner dans les années 2000, la théorie interpersonnelle du suicide consiste à reconnaître en quoi les expériences sociales et relationnelles douloureuses peuvent contribuer à des idées et à des comportements suicidaires. [6] Selon cette théorie, la crise suicidaire survient chez les sujets présentant un sentiment d'appartenance contrariée (ou « *thwarted belongingness* ») et/ou une perception d'être un poids pour l'autre (ou « *perceived burdensomeness* ») au sein de leurs relations interpersonnelles. [7] Ces deux dimensions « *low belongingness* » et « *perceived burdensomeness* » sont corrélées aux idées et comportements suicidaires. [81] [82]

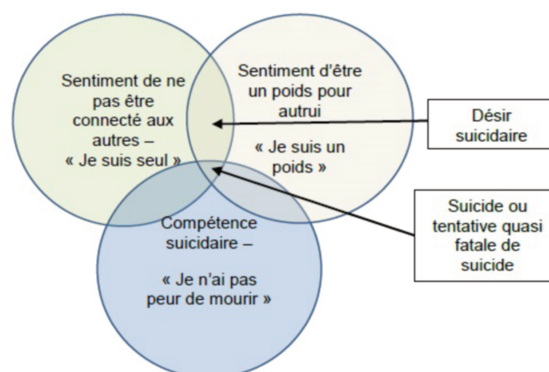


Figure 1 : Théorie interpersonnelle du suicide selon le site du ministère de la défense nationale au Canada pour le Plan d'Action pour la prévention du suicide

- La perception réduite de son appartenance (« thwarted belongingness ») :

Le sentiment de non-appartenance, ou une perception réduite de son appartenance repose sur une solitude réelle ou ressentie de l'individu. Elle dépend ainsi de la qualité de son réseau socio-affectif (soutien des proches, liens amicaux ou sociaux) mais aussi des schémas interpersonnels de l'individu (sensibilité au rejet, interprétation des comportements d'autrui).^[5]

- Sentiment d'être un poids (« Perceived burdensomeness ») :

Outre l'appartenance sociale, un autre besoin humain fondamental est le sentiment d'utilité aux autres et la valorisation à travers autrui. La conviction d'être un poids ou de représenter une « charge » pour les autres peut donner à une personne l'impression d'être « de trop » et de croire que ses proches seraient « mieux sans elle » : cette croyance est d'autant plus exacerbée qu'il existerait des facteurs de stress concomitants (tensions familiales par exemple) et repose sur une faible estime de soi.

Plusieurs études ont démontré l'applicabilité de la théorie interpersonnelle du suicide aux adolescents.^[83] Elle serait valable d'une part par le biais du sentiment de non-appartenance (particulièrement saillant à l'adolescence, surtout par rapport au groupe de pairs auquel l'appartenance est essentielle^[29]^[59] ; et d'autre part, par le biais du sentiment d'être un poids pour les autres, qui peut se traduire par l'absence de valorisation par les pairs ou la difficulté à trouver sa place dans la constellation familiale, jusqu'à se sentir par exemple « remplaçable » (syndrome du *expendable child*).^[84] La présence de ces deux sentiments pourrait donc mener à la crise suicidaire.

3. L'exclusion sociale et le risque suicidaire

L'exclusion sociale correspond au fait d'être seul ou isolé, et peut être soit réelle et explicite de la part d'un groupe ou d'un tiers, soit subjective et ressentie par le sujet.^[85] Elle est responsable d'une souffrance provenant d'un besoin non satisfait d'appartenance, d'estime de soi, de sens donné à la vie, et de sentiment de contrôle.^[86]

Le sentiment d'isolement, qu'il soit perçu ou réel, apparaît fréquemment dans les discours d'individus suicidaires^[39] et plus particulièrement chez les adolescents.^[87]

Des études neuro-bio-anatomiques chez les adolescents ont mis en évidence plusieurs régions cérébrales impliquées dans l'exclusion sociale, telles que le cortex cingulaire antérieur, l'insula, le gyrus supramarginal, et le cortex pré-frontal dorsolatéral. Or, ces régions cérébrales étant également impliquées dans la dépression et la vulnérabilité suicidaire, cela suggère une corrélation entre le vécu

d'exclusion sociale et la vulnérabilité suicidaire. ^{[4] [88]} La réaction à l'exclusion sociale et son impact seraient en partie liés à une perception erronée des intentions d'autrui. ^[5]

4. Vulnérabilité individuelle aux événements interpersonnels

a) *Vulnérabilité contextuelle*

Si les gestes suicidaires surviennent en réaction à des situations interpersonnelles actuelles, ils sont également fortement associés à l'histoire personnelle de l'individu. ^[89] Selon Baumeister, les récits de patients suicidaires reflètent de nombreux événements de vie négatifs et obstacles dans leur parcours, ce qui entraîne des attitudes négatives envers soi-même comme la culpabilité ou l'auto-dévalorisation. ^[90]

La vulnérabilité aux situations de rejet a également été décrite par certains théoriciens systémiques dans certains contextes familiaux, tels que les familles enchevêtrées et les cas de rigidité parentale ^[91]. Dans celles-ci, la structure de l'existence de l'adolescent est si fragile que son « *pouvoir être* » est relié à l'attention de l'autre ; le rejet subi de la part des autres peut entraîner des réactions exagérées voire dramatiques, jusqu'à l'auto-agressivité et les conduites suicidaires. ^[92]

b) *Traits individuels de vulnérabilité à la sensibilité au rejet*

Les facteurs protecteurs contre le suicide dépendent des traits de personnalité du patient, ce qui détermine « *la vulnérabilité et la résistance d'une personne au stress et aux traumatismes.* » ^[12] Ainsi, certains traits individuels peuvent prédisposer un adolescent à être plus sensible au rejet.

- La faible estime de soi :

Les conduites suicidaires à l'adolescence sont étroitement liées à la problématique de l'abandon et à une estime de soi fragile : la fréquence de TS dans les suites de ruptures sentimentales en est un exemple. Cela est d'autant plus caractéristique à l'adolescence que cette période est source d'une grande fragilité narcissique, où l'adolescent n'existe plus qu'à travers le regard de l'autre. ^[93] Son estime de soi étant intriquée au regard d'autrui, le sentiment d'être rejeté et la perception d'une menace d'abandon peuvent être vécus de manière catastrophique, voire intolérable car ils réactivent une « *débâcle narcissique* » ancienne. ^[93] La crise suicidaire s'intègre donc dans un contexte d'effondrement narcissique lié à un manque d'étanchéité des mécanismes de défense.

- Le phénotype de personnalité réactive face aux situations de stress ^[94] (figure 2)

Cette réactivité a notamment été décrite dans les événements traumatiques dans l'enfance dont l'abus sexuel ; ces événements sont associés à une faible régulation des affects et à des conduites agressives envers les autres ou soi-même. ^[95]

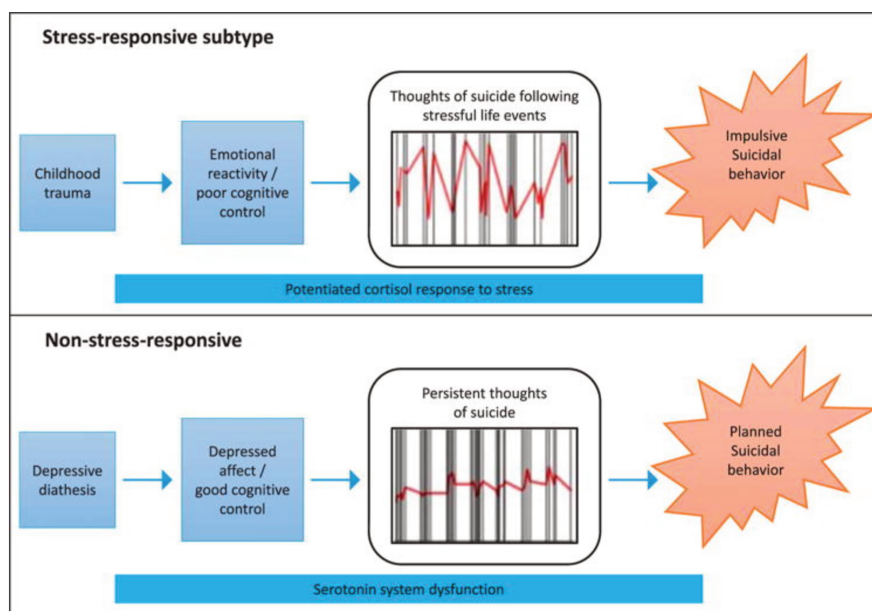


Figure 2 : Sous-types de phénotypes suicidaires selon la personnalité (Bernanke et al, 2017)

RÉSUMÉ

Plusieurs théories ont souligné le rôle clé du stress interpersonnel dans le processus de transition de l'idéation suicidaire à l'acte suicidaire, telles que la théorie interpersonnelle du suicide (par le biais de la perception d'être un poids pour l'autre et le sentiment contrarié d'appartenance sociale) ainsi que les travaux neurobiologiques étudiant l'impact de l'exclusion sociale réelle ou ressentie sur la vulnérabilité suicidaire dans la population générale et chez les adolescents.

Pris dans leur ensemble, les processus de ruptures interpersonnelles sont catalyseurs d'une crise suicidaire chez des adolescents vulnérables.

Un de ces processus interpersonnels significatifs à l'adolescence par sa fréquence et par sa gravité potentielle est le harcèlement par les pairs, exemple majeur d'exclusion sociale. Dans la prochaine partie, nous allons aborder les caractéristiques de ce phénomène et son rôle potentiel dans les conduites suicidaires.

D. Le harcèlement scolaire

1. Définition

On doit à Olweus la définition la plus connue du harcèlement scolaire, ou « *bullying* » pour les anglo-saxons. ^[96] Selon lui, trois conditions sont nécessaires pour parler de harcèlement scolaire :

- une conduite agressive avec une intention de nuire ;
- à caractère répétitif ;
- traduisant une relation sociale asymétrique entre l'agresseur et la victime, soit par une différence de statut ou de popularité au sein des pairs, soit par une incapacité de la victime à se défendre ^[97]

Plusieurs situations peuvent relever du harcèlement : ^{[63] [98]}

- le harcèlement moral ou verbal : surnoms méchants, insultes, menaces ou moqueries pouvant concerner la religion, l'origine ethnique, le physique ou la manière de parler
- le harcèlement physique : violence physique, frapper, donner un coup de poing
- le harcèlement d'appropriation : racket, vol de biens (argent, objets)
- le harcèlement sexuel : lorsqu'un adolescent cherche à embrasser, déshabiller ou toucher un autre adolescent contre sa volonté et de manière répétée ; faire des blagues, commentaires ou gestes sexuels
- les techniques d'exclusion : rejet, exclusion des groupes de jeu ou de travail, répandre des rumeurs ou des mensonges malveillants au sujet d'un adolescent pour l'isoler
- le cyberharcèlement : harcèlement par les moyens technologiques, internet, réseaux sociaux

2. Épidémiologie

Le taux de harcèlement scolaire dans la population générale mondiale et française varie selon les sources et les auteurs. Selon une revue de littérature américaine, plus de 25 % des jeunes au primaire et au collège rapportent avoir été victimes de harcèlement au moins une fois, et 10 à 14 % en auraient souffert régulièrement pendant plus de six mois. ^[99] En France, un tiers des collégiens et lycéens en seraient victimes selon un rapport récent de l'UNESCO. ^[8]

Quant aux types de harcèlement, les plus retrouvés sont le harcèlement verbal (36%), le harcèlement relationnel (33%), puis le harcèlement physique (9%). ^[100] Le harcèlement physique est plus fréquent chez les enfants et pré-adolescents et chez les garçons tandis que le harcèlement verbal et relationnel concerne davantage les lycéens et les filles. ^{[99] [100] [101]}

3. Psychopathologie des victimes

*« La dérision est peut-être un rempart contre la solitude.
En effet, les moqueurs veulent un public, et celui qui en est la victime est toujours seul. »*
Amos Oz, « Soudain dans la forêt profonde » (2006) ^[102]

a) Profil psychologique des victimes

Si bien des études ont porté sur le profil psychopathologique des agresseurs ^[103], certains auteurs ont également étudié et catégorisé les profils psychologiques des adolescents harcelés.

L'adolescent qui en est victime ne possède pas les ressources physiques ou relationnelles pour « faire face » à son agresseur. ^[97] On peut donc émettre l'hypothèse que les agresseurs choisissent des individus parmi leurs pairs qui correspondraient à un certain profil.

Olweus distingue ainsi deux catégories de victimes : ^{[103] [104]}

- les victimes « passives » : adolescents timides, solitaires, avec une faible estime d'eux-mêmes, et donc considérés comme des « proies » faciles pour les agresseurs.
- les victimes actives, qui tirent des bénéfices secondaires de leur statut de victime, mettant parfois en place des stratégies pour provoquer leur harcèlement (souvent de manière inconsciente).

b) Facteurs de risque de harcèlement scolaire

Les facteurs de risque d'être victime de harcèlement scolaire sont :

- L'isolement social : l'adolescent isolé est une « cible facile » ^[59]
- La moindre avec le groupe : le niveau scolaire, l'origine culturelle, géographique ^[63], ou simplement le fait de « sortir du lot » ^[101]
- Les traits de personnalité plus ou moins marqués : timidité excessive ^[103] ou adolescent agité, « fanfaron » ^[63]
- Le décalage dans le développement psychoaffectif, le handicap (surtout psychique) ^[63]
- La faible estime de soi ^[63]
- Le déficit de compétences psychosociales ^[105]
- Les tentatives d'intégration de groupe : l'adolescent exclu ou menacé d'exclusion adapte son comportement afin de favoriser un retour à l'inclusion ^[106] ce qui peut renforcer son rejet ^[61]

Les jeunes exclus et rejetés par leurs pairs peuvent présenter plus de comportements sociaux dysfonctionnels, ce qui aggrave leur exclusion :

- Réduction des comportements pro-sociaux ^[107]
- Augmentation de l'agressivité et de la colère ^{[108] [109]}

c) Facteurs protecteurs du harcèlement scolaire

Enfin, il existe aussi la catégorie « neutre », soit les enfants ou adolescents dits « rescapés » du harcèlement scolaire.

Ces jeunes présenteraient des facteurs protecteurs tels que :

- Facteurs externes : les liens amicaux ; ils réduisent le risque d'être victime et la durée du harcèlement ^[59] et atténuent les conséquences psychologiques négatives de l'exclusion ^[110] ;
- Facteurs internes : caractéristiques psychologiques telles que :
 - o les compétences d'intégration à un groupe de pairs ^[56]
 - o les stratégies d'ajustement social avec leurs pairs ^[111]
 - o la facilité à intérioriser les normes du groupe ^[112]
 - o la capacité à tisser des liens d'amitié ^[113], leur conférant des capacités psychosociales applicables aux relations avec les pairs

Ces stratégies participent, entre autres, à protéger ces adolescents des problèmes internalisés. ^[114]

4. Conséquences du harcèlement scolaire

Les conséquences négatives du harcèlement scolaire sur la victime ne sont pas anodines. **L'OMS** les a d'ailleurs classées comme **problème majeur de santé publique**, par leur gravité potentielle (conséquences psychiques et scolaires) et par leur banalisation (agresseurs et adultes plus ou moins conscients de l'impact). ^[56]

Il existe plusieurs types de conséquences possibles.

a) Conséquences psychiatriques et scolaires

Le harcèlement présente plusieurs conséquences sur la qualité de vie :

- Conséquences scolaires :
 - o baisse des résultats scolaires^{[115] [116]}
 - o évitement de l'école jusqu'à l'absentéisme voire jusqu'au décrochage scolaire ou la déscolarisation^[98]
- Conséquences comportementales et psychiatriques :
 - o symptomatologie dépressive^{[56] [96] [98] [117]}
 - o altération de la prise de décision avec prises de risque et abus de substances^{[106] [118]}
 - o troubles anxieux : phobie scolaire^[56], anxiété généralisée^[117]
 - o conduites auto-agressives^[63]
 - o retentissement traumatique : conséquences biologiques et inflammatoires similaires à celles des traumatismes dans l'enfance^[99]

b) Conséquences psychologiques : isolement, faible estime de soi

Impact d'une situation d'agressivité et de rejet répétée :

- Sentiment d'isolement^[63]
- Inhibition ou retrait social^{[59] [63]}
- Perte de confiance en soi, sentiment d'infériorité ou de ne pas être « à la hauteur », surtout si le harcèlement verbal porte sur des éléments que l'adolescent ne peut pas modifier^[101]
- Faible estime de soi pouvant perdurer jusqu'à l'âge adulte^[119]

Le harcèlement scolaire a également des conséquences psychologiques majeures par son contenu. Dans la psychopathologie des agresseurs, on retrouve une intention de nuire, de « *rabaisser le sujet au corps qu'il a* »^[119] et de cibler les individus qui seraient isolés, différents, ou hors normes. De plus, la différence étant souvent difficile à accepter chez les adolescents, l'agresseur passerait à l'acte sur la victime, prenant pour objet une faiblesse, un défaut physique ou une différence, avec l'objectif de « *réduire à néant ce qui en l'autre fait « tâche »* ». ^[119] Ainsi le harcèlement peut concerner le physique de l'adolescent victime (son corps, sa couleur de peau, sa taille) mais aussi certains comportements ou ses origines.

Dans le cas d'adolescents ayant une instabilité et une faible cohérence de leur identité, des remarques négatives voire agressives de la part de camarades de classe ont un potentiel destructeur majeur, d'autant plus si ce harcèlement concerne des facettes d'eux-mêmes :

- Non modifiables (telles que leurs origines ou des caractéristiques physiques) ^[101]
- Difficiles à accepter ou à assumer par le sujet lui-même ^[119]

5. Harcèlement scolaire et risque suicidaire

Le harcèlement scolaire est donc un facteur de risque de conduites suicidaires connu et documenté. ^{[56] [98] [104] [116] [117] [120] [122]} Il existe d'ailleurs dans les faits divers de nombreux cas d'adolescents ayant mis fin à leurs jours et ayant décrit un harcèlement par leurs pairs dans leurs lettres d'adieu. Des cas de suicide en lien avec du cyberharcèlement ont également été décrits dans la presse.

Il existe des facteurs de risque intermédiaires entre le harcèlement scolaire et les conduites suicidaires :

- Le sexe : risque de TS voire de suicide plus élevé chez les filles même après la stabilisation d'une symptomatologie dépressive ^[120] alors que le risque suicidaire en cas de harcèlement chez les garçons ne perdure pas après stabilisation de la dépression.
- Type de harcèlement : les agressions physiques sont associées à des idées suicidaires, l'exclusion sociale est davantage associée à des tentatives de suicide ^{[100] [121]}

Toutefois, d'autres études suggèrent que le risque suicidaire serait associé au harcèlement scolaire sans en être une conséquence : des adolescents ayant subi du harcèlement scolaire seraient plus à risque d'avoir des conduites suicidaires comme conséquence de harcèlement s'ils avaient déjà des idées suicidaires auparavant. ^[122] L'ONS postule que le harcèlement scolaire serait plutôt comorbide aux comportements suicidaires et partagerait les mêmes facteurs de risque, sans être un facteur de risque à proprement parler. ^[11]

Les études portant sur cette corrélation entre harcèlement scolaire et risque suicidaire présentent donc des résultats contradictoires. Il est à ce jour peu évident que le harcèlement scolaire soit un facteur de risque suicidaire direct ou indirect (potentiellement médié par d'autres facteurs).

De plus, plusieurs études ont mis en évidence une association bi-directionnelle entre harcèlement et dépression et risque suicidaire : non seulement les adolescents victimes de harcèlement scolaire seraient plus à risque de manifester des symptômes dépressifs et suicidaires, mais la dépression et la vulnérabilité suicidaire pourraient également les rendre davantage vulnérables au risque d'être exclus ou rejetés par leurs pairs. ^[121]

RÉSUMÉ

En abordant l'importance des facteurs interpersonnels dans l'équilibre psychique et dans le risque suicidaire chez les adolescents, nous avons décrit comment le harcèlement scolaire représente un facteur de risque majeur chez les adolescents par le biais de la théorie interpersonnelle du suicide (par la mise à mal du sentiment d'appartenance sociale) et de l'impact de l'exclusion sociale.

Dans l'étude initiale « *Bipolarité-Dépression* » que nous présenterons ultérieurement, menée sur une population pédiatrique suicidante et suicidaire à Nice, l'une des caractéristiques les plus retrouvées était justement la prévalence de harcèlement scolaire (> 50%), plus importante même que la prévalence d'épisode dépressif (40%) ou d'abus dans l'enfance (24%).

Ceci nous amène à la problématique suivante :

Comment expliquer une telle prévalence ?

Qu'est-ce qui caractérise cette population d'adolescents harcelés et en crise suicidaire ?

Ce travail de thèse correspond ainsi à une étude ancillaire de l'étude initiale « *Bipolarité-Dépression* » et vise à :

- **Évaluer le risque de récurrence suicidaire chez ces sujets harcelés**
- **Déterminer les facteurs de vulnérabilité spécifiques à cette population**

II. Hypothèses et objectifs

A. Hypothèses

1. Hypothèse principale

L'hypothèse principale est : les adolescents harcelés sont plus à risque de récurrence suicidaire que les adolescents non-harcelés.

2. Hypothèse secondaire

L'hypothèse secondaire de cette étude est : les adolescents harcelés présentent une vulnérabilité interpersonnelle spécifique.

B. Objectifs de l'étude ancillaire : travail de thèse

1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est la comparaison des taux de récurrence suicidaire entre les adolescents harcelés et les non-harcelés.

2. Objectif secondaire

L'objectif secondaire de cette étude est l'analyse des facteurs de vulnérabilité des adolescents harcelés à l'inclusion.

C. Critères de jugement

Critère de jugement principal : taux de récurrence de crise suicidaire

Critère secondaire : comparaison des données socio-démographiques, dimensionnelles, cliniques et diagnostiques entre les adolescents harcelés et les adolescents non-harcelés à l'inclusion.

III. Méthode

A. Présentation de l'étude initiale

Ce travail de thèse correspond à une étude ancillaire du projet « *Bipolarité – dépression chez l'enfant et l'adolescent suicidant : mieux diagnostiquer pour prévenir la récurrence* », ou « *Bipolarité-Dépression* » coordonnée par le Docteur Nathalie DUGAND, et soutenue par la Fondation de France au sein du Programme Santé Jeunes (2015).

L'étude initiale est une étude de cohorte, interventionnelle, de soins courants, prospective, monocentrique (au sein de la Fondation Lenval – CHU de Nice), portant sur une population pédiatrique (enfants et adolescents) de patients suicidaires (idées suicidaires) et suicidants (tentatives de suicide). Elle est de type longitudinale, avec un suivi des patients sur 12 mois après leur hospitalisation pour crise suicidaire (visites à 6 et à 12 mois).

(cf annexe 2 pour le protocole détaillé)

B. Matériels et méthodes

1. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Étaient inclus :

- Les sujets avec un âge supérieur à 6 ans et un âge inférieur à 18 ans
- Les sujets ayant présenté une tentative de suicide ou des idées suicidaires sévères et ayant nécessité une hospitalisation en pédiatrie
- Les sujets francophones
- Les sujets pour lesquels a été recueilli un consentement éclairé signé
- Les sujets affiliés / bénéficiaires de la Sécurité Sociale

Étaient non-inclus :

- Les sujets non francophones
- Les sujets avec des parents non francophones (échelles destinées aux parents)
- Les sujets pour lesquels la passation de la K-SADS était impossible (refus ou autre)
- Les patients incapables de coopérer durant toute la durée de l'étude

2. Recrutement

Les sujets ont été sélectionnés et inclus de manière consécutive parmi les enfants et adolescents hospitalisés au sein de l'UPRTS (Unité de Prévention de Récidive des Tentatives de Suicide – équipe de liaison intervenant dans les unités d'hospitalisation complète pédiatrique à la Fondation Lenval – CHU Nice) pour une crise suicidaire aiguë (idées suicidaires ou tentative de suicide).

La sélection et l'inclusion se déroulaient dans les 48 heures suivant l'hospitalisation.

Les patients bénéficiaient d'un protocole de soin basé sur les recommandations de l'ANAES et de la HAS, consistant en une hospitalisation de 48 à 72h minimum en pédiatrie générale. ^{[1] [123]}

3. Critères et échelles d'évaluation

a) Évaluation diagnostique

L'évaluation standardisée DSM des diagnostics à l'inclusion et à T2 a été réalisée grâce à :

- la KIDDIE-SADS 2013 adaptée au DSM-5 pour les diagnostics de trouble de l'humeur
- la MINI-Kid 2004 adaptée au DSM-IV-R pour les autres diagnostics

Ces passations d'échelles recherchaient notamment des éventuels :

- diagnostics dépressifs (cause de rupture du lien à soi, à l'autre et au monde)
- diagnostics anxieux : en particulier l'anxiété de séparation (reflet de troubles d'attachement), l'anxiété sociale, l'anxiété scolaire
- troubles de l'ajustement (avec humeur dépressive)
- abus de substances : exemple de conduites à risque
- TSPT : lien entre antécédents traumatiques et facteurs interpersonnels

b) Évaluation dimensionnelle

- Évaluation de traits de personnalité : impulsivité (*Barratt Impulsivity Scale* ou BIS version 11)
- Évaluation du fonctionnement global dans le quotidien (C-GAS)
- Évaluation des troubles de l'humeur : symptômes dépressifs (ADRS et CDRS) et symptômes hypomanes ou maniaques (YMRS)
- Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck en cas de TS

c) Analyse qualitative des harcelés

- **Facteurs de vulnérabilité interpersonnels :**
 - Facteurs déclenchants interpersonnels de la crise suicidaire
 - Contextes et difficultés interpersonnels sous-jacents : situation familiale et sociale, antécédents traumatiques et d'abus
- Lien avec caractéristiques psychologiques telles que l'estime de soi, la sensibilité au rejet, la peur d'abandon et le sentiment d'isolement ou de non-appartenance, en accord avec les données de la littérature décrites précédemment ^[6] ^[5]

4. Modalités du suivi

Le suivi des patients inclus s'est déroulé sur 12 mois avec 3 visites :

- visite d'inclusion à temps 0 (ou T0)
- visite 1 à 6 mois (ou T1)
- visite 2 à 12 mois (ou T2)

L'administration des échelles à chaque temps de l'étude est décrite dans le protocole. (*cf annexe 2*)

5. Traitement des données

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS.

Les analyses univariées ont été réalisées à partir du test de Chi² et les analyses multivariées ont été réalisées par régression logistique.

Le seuil de significativité statistique a été fixé à 5% ($p \leq 0.05$).

IV. Résultats

A. Résultats principaux de l'étude initiale « Bipolarité-Dépression »

1. Description de la cohorte

a) Sélection et inclusion (figure 3)

L'étude a porté sur une **population source de 110 enfants et adolescents hospitalisés pour crise suicidaire** (71 pour tentative de suicide et 39 pour idées suicidaires sévères sans passage à l'acte).

Nous avons pu **sélectionner 91 patients**, c'est-à-dire près de 83% de la population source.

Les inclusions ont été faites entre le 23.09.2016 et le 18.09.2017 au sein des services de pédiatrie et de pédopsychiatrie des Hôpitaux Pédiatriques de Nice-CHU Lival (HPNCL).

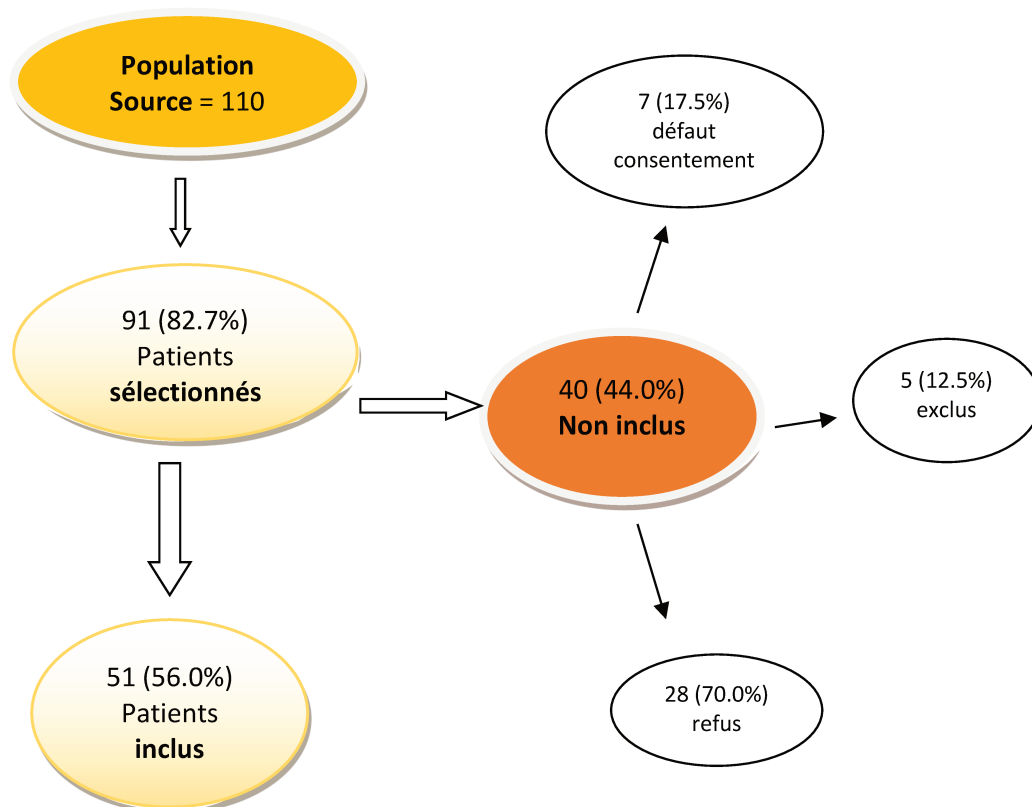


Figure 3 : Diagramme de flux de l'étude initiale « Bipolarité-Dépression »

Sur 91 patients sélectionnés, 5 patients ont été exclus : 2 mineurs non accompagnés ; un par défaut de couverture sociale ; un patient migrant placé à l'aide sociale à l'enfance (parents non francophones ou analphabètes) ; un pour fugue du service et rupture du consentement oral par un parent.

b) Caractéristiques socio-démographiques

Les patients inclus sont en grande majorité des filles (80%) et sont âgés de 10 à 17 ans, en accord avec la définition de l'OMS qui situe l'adolescence entre 10 et 19 ans. ^[124]

Ils vivent pour la majorité au domicile de leurs parents (88%) ; 6 d'entre eux sont placés soit en famille d'accueil ou en foyer, soit dans leur famille (grands parents, oncle et/ou tante).

Sur le plan de la scolarité, la majorité poursuit un cursus dit normal et 10% sont déscolarisés : 3 dans un contexte d'isolement et/ou de symptômes dépressifs, 2 en soins-études.

Les examens somatiques étaient majoritairement anormaux (55%) car nous avons relevé à la fois les antécédents personnels somatiques mais aussi toute conséquence du geste suicidaire : scarifications, effets secondaires médicamenteux, ou autres.

Le réseau amical semble fréquemment soutenant.

Enfin, le « harcèlement scolaire » rapporté par les patients et leur famille est très fréquent (54.9%).

c) Caractéristiques cliniques de la cohorte

Les antécédents psychiatriques familiaux sont fréquents et sont majoritairement des troubles de l'humeur et des antécédents suicidaires.

Beaucoup d'adolescents ont des antécédents de TS à l'inclusion (43%) et plus de la moitié de ces adolescents sont multi récidivants (> 2 TS).

La **moitié des adolescents en crise suicidaire** (51%) présente **un antécédent traumatique**.

Environ **un tiers des adolescents en crise suicidaire ont un antécédent d'abus intra-familial** (maltraitance ou inceste).

Les situations conflictuelles intra familiales et extra familiales (amis ; relation amoureuse) sont les facteurs déclenchants et précipitants les plus fréquents (90%).

2. Suivi de la population sur 12 mois

a) Taux de suivi et de perdus de vue

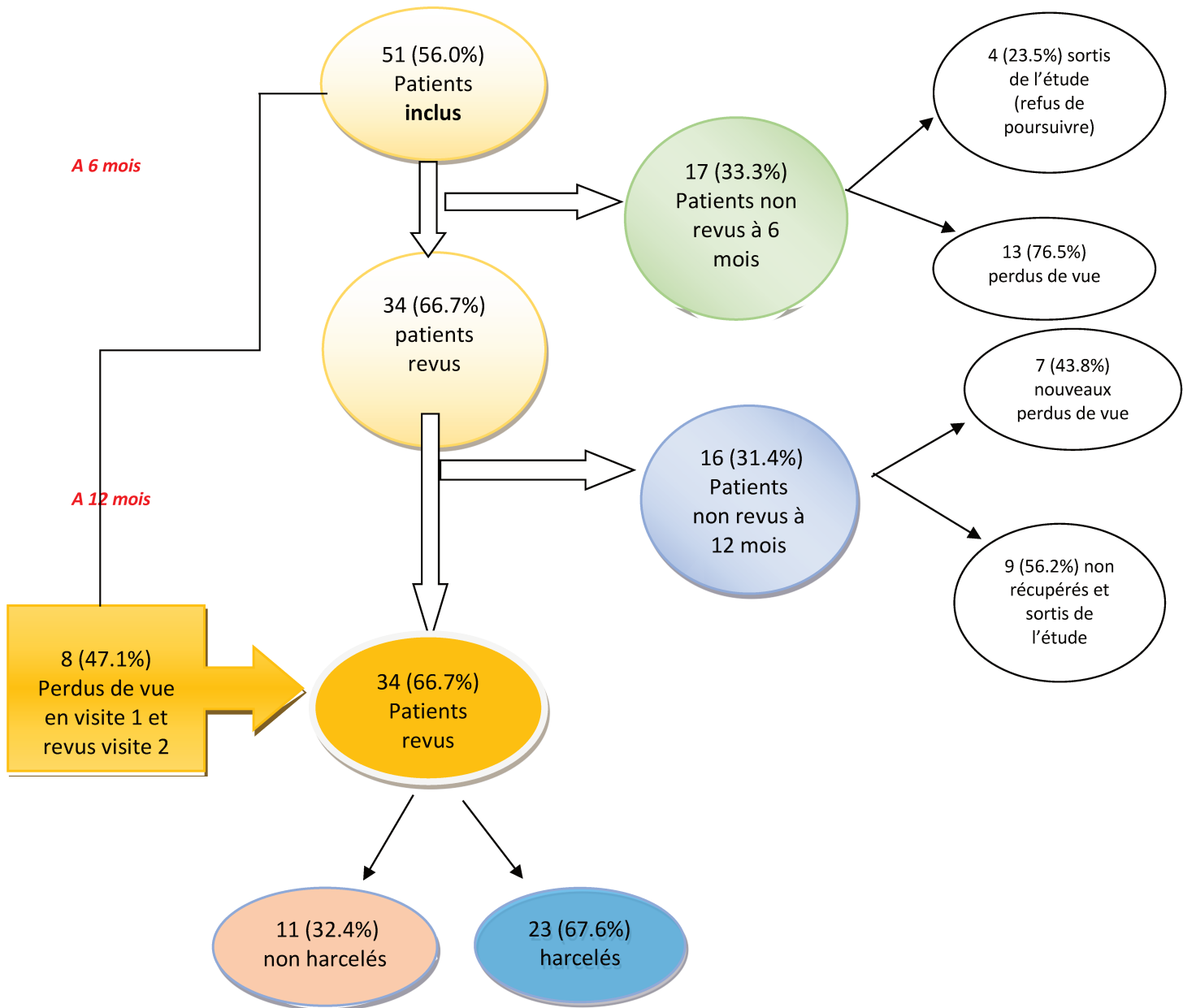


Figure 4 : Suite du diagramme de flux avec taux de suivi et de perdus de vue

Nous avons **revu les deux tiers des patients** (34 sur 51) à **6 mois** et les **deux tiers** (34 patients sur 51) à **12 mois**. 47% des patients que nous avons perdus de vue à 6 mois ont pu être revus lors du suivi à 12 mois et de nouveaux patients (20.6% des patients vus à 6 mois) ont été perdus de vue à 12 mois. En tout, 42 patients ont été revus à 6 mois et /ou à 12 mois.

L'étude a été menée à terme, avec un taux de suivi positif (64.7%) compte tenu de sa durée (les études françaises longitudinales similaires ayant un taux de suivi autour de 50%).^[27]

b) Taux de récurrence suicidaire

Parmi les patients revus, 62% ont récidivé, et plus des **trois quarts (77%) des récurrences suicidaires** ont eu lieu **dans les six premiers mois suivant l'hospitalisation.**

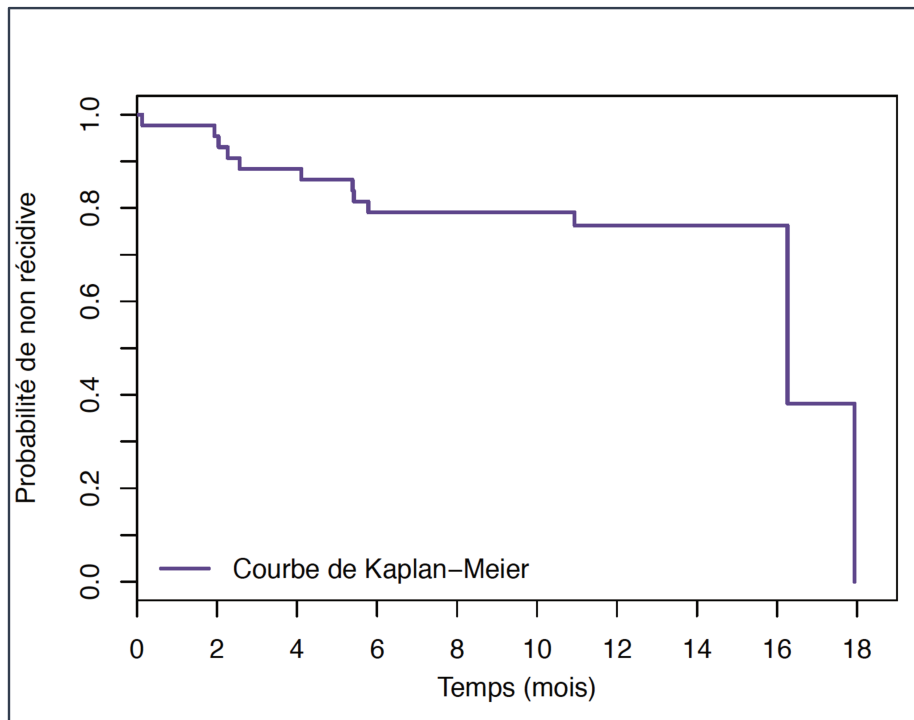


Figure 5 : Courbe de survie globale sur 12 mois

B. Résultats de l'étude ancillaire : harcèlement et crise suicidaire

1. Description de la population d'adolescents harcelés à l'inclusion

Le harcèlement scolaire rapporté par les jeunes en crise suicidaire **est très fréquent (28 sur 51, soit 55%)**. Ce taux est bien supérieur à la prévalence de harcèlement scolaire dans la population générale française : près de 9,5% selon Nicole Catheline^[63] et 33% selon le rapport de 2019 de l'UNESCO.^[8]

a) Types de harcèlement scolaire (tableau 1)

Parmi les sujets nous ayant rapporté une notion de harcèlement scolaire, 61% décrivaient un harcèlement en cours au moment de la crise et 39% décrivaient un harcèlement passé.

Les sous-types de harcèlement scolaire décrits ci-dessous ne sont pas exclusifs entre eux, en particulier le cyberharcèlement qui peut être moral, sexuel et à type de rumeurs visant à exclure le sujet.

Nous constatons qu'un quart des adolescents a rapporté un harcèlement sur internet ou sur les réseaux sociaux, phénomène très fréquent chez les adolescents à l'heure actuelle selon des auteurs [74] : 1 sur 10 selon l'UNESCO [8] voire 25% selon des données européennes de 2020. [125]

Les taux des autres types de harcèlement sont : moral et verbal dans presque la moitié des cas (42%), relationnel dans plus du tiers des cas (36%), et physique dans 14% des cas ; ces taux sont en concordance avec d'autres études sur le harcèlement scolaire. [100] [101] Toutefois l'analyse reste limitée compte tenu du taux important de sujets pour lesquels les données sont non précisées (35.7%).

Tableau 1 : Types de harcèlement scolaire (HS) à l'inclusion

	HS actuel	HS passé	Total
Moral ou verbal (moqueries, remarques)	9 (52.9%)	3 (27.3%)	12 (42.3%)
Relationnel (rumeurs et exclusion sociale)	8 (47.1%)	2 (18.2%)	10 (35.7%)
Sexuel (remarques, photos, rumeurs)	5 (29.4%)	1 (9.1%)	6 (21.4%)
Agression physique, menaces	3 (17.6%)	1 (9.1%)	4 (14.3%)
Racisme	1 (5.9%)	0 (0.0%)	1 (3.6%)
Cyberharcèlement (diffusion de rumeurs, de photos ou vidéos, menaces, commentaires négatifs)	6 (35.3%)	1 (9.1%)	7 (25.0%)
Non précisé	3 (17.6%)	7 (63.7%)	10 (35.7%)
Total	17 (60.7%)	11 (39.3%)	28

b) Caractéristiques sociodémographiques des harcelés (tableau 2)

Les adolescents harcelés sont majoritairement des filles (79%), ce qui semble lié à leur prédominance numérique dans la cohorte (80%) ; toutefois les garçons en crise suicidaire sont plus nombreux à rapporter un antécédent de harcèlement (60% contre 54% des filles).

Au niveau de la situation familiale : **les harcelés sont quasiment deux fois plus nombreux à avoir des parents séparés** (74% contre 42%), résultat qui est **statistiquement significatif ($p=0.01$)**.

Par rapport aux adolescents non-harcelés, ceux harcelés ont tendance à être davantage **isolés** (39%) ou au contraire à rapporter un **nombre important d'amis** (32%) ; ils sont quasiment deux fois plus nombreux à rapporter un nombre d'amis supérieur à 8.

Enfin, **les harcelés sont 2,5 fois plus nombreux à rapporter une précarité socio-économique et à avoir un antécédent de placement** (21% contre 8%). Ils sont aussi quasiment deux fois plus nombreux à avoir une AEMO et **plus d'un quart a bénéficié d'une information préoccupante** par des services de santé ou socio-éducatifs en lien avec un contexte familial précaire (29% contre 0%).

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion

	H+	H-	Total	p
SEXE				0.8
• Masculin	6 (21.4%)	4 (17.4%)	10 (19.6%)	
• Féminin	22 (78.6%)	19 (82.6%)	41 (80.4%)	
Parents séparés				0.01
• Oui	20 (74.1%)	10 (41.7%)	30 (58.8%)	
• Non	7 (25.9%)	14 (58.3%)	21 (41.2%)	
Nombre d'amis				0.5
• Aucun	1 (3.6%)	0 (0.0%)	1 (2.0%)	
• 1-2 ami(s)	10 (35.7%)	7 (30.4%)	17 (33.3%)	
• ≥ 3 amis	8 (28.6%)	11 (47.9%)	19 (37.3%)	
• ≥ 5 amis	5 (17.9%)	3 (13.0%)	9 (17.6%)	
• ≥ 8 amis	4 (14.3%)	2 (8.7%)	5 (9.8%)	
Situation sociale				0.1
- Précarité socio-économique (chômage, logement social)	6 (21.4%)	2 (8.4%)	8 (15.7%)	
- Placement actuel ou passé	5 (18.5%)	1 (4.2%)	6 (11.8%)	
- AEMO	8 (28.6%)	0 (0.0%)	8 (15.7%)	
- Information préoccupante				
Total	28	23	51	

c) Crise suicidaire des adolescents harcelés

- Le harcèlement scolaire comme facteur déclenchant (*tableau 3*)

Tableau 3 : Proportion d'adolescents ayant identifié le harcèlement scolaire comme facteur déclenchant de leur crise suicidaire à l'inclusion

	Harcèlement actuel (en cours)	Harcèlement passé	Total harcèlement (actuel et/ou passé)
Cité comme FD*	15 (88.2%)	2 (18.2%)	17 (60.7%)
Non cité comme FD*	2 (11.8%)	9 (81.8%)	11 (39.3%)
Total	17 (60.7%)	11 (39.3%)	28

*FD = facteur déclenchant

88% des sujets ayant rapporté un contexte de harcèlement scolaire actuel l'ont identifié comme un voire le facteur déclenchant de leur crise suicidaire.

2 sujets victimes de harcèlement actuel ne l'ont pas identifié comme facteur déclenchant :

- Pour l'un d'eux, la crise suicidaire est survenue dans un contexte d'inceste par le père et d'insécurité du milieu familial (a reçu message de son père) ;
- Pour l'autre, il s'agissait d'un contexte de vécu abandonnique surtout par le père et de recherche d'attention auprès de ses parents.

Ainsi, les **adolescents victimes de harcèlement en cours l'identifient généralement comme facteur déclenchant de leur crise suicidaire.**

18% des sujets victimes d'un harcèlement qui n'est plus en cours l'identifient tout de même comme facteur responsable de leur mal-être et de leur tentative de suicide. Le harcèlement scolaire aurait donc un **effet négatif potentiellement durable** sur l'équilibre psychique même une fois terminé.

- Type de crise suicidaire : (*tableau 4*)

On observe une plus **grande fréquence d'idées suicidaires que de TS chez les adolescents harcelés** : 43% des harcelés ont fait une TS (41% de ceux avec un harcèlement en cours, 45% de ceux avec ATCD de harcèlement passé) contre 87% des adolescents non-harcelés.

La majorité des sujets non-harcelés faisaient des TS à intentionnalité moyenne tandis que les sujets victimes d'un harcèlement en cours avaient davantage tendance à faire soit des TS à intentionnalité faible (17% contre 10%), soit des TS à intentionnalité élevée (25% contre 10%).

Quant aux adolescents avec un ATCD passé de harcèlement, ils étaient une grande majorité à faire des TS avec **intentionnalité moyenne (80%) ou élevée (20%)** et aucun à faire des TS à faible intentionnalité.

Tableau 4 : Type de crise suicidaire à l'inclusion selon antécédent et type de harcèlement scolaire

	H+			H-	Total
	HS en cours	HS passé	HS (total)		
IDS	10 (58.8%)	6 (54.5%)	16 (57.1%)	3 (13.0%)	19
TS	7 (41.2%)	5 (45.5%)	12 (42.9%)	20 (87.0%)	32
Moyen légal de la TS :					
- IMV	6 (85.7%)	5 (100%)	11 (91.7%)	17 (85.0%)	28
- Précipitation	1 (14.3%)	0 (0.0%)	1 (8.3%)	2 (10.0%)	3
- Strangulation	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (5.0%)	1
Intentionnalité de la TS :					
- Faible	2 (28.6%)	0 (0.0%)	2 (16.7%)	2 (10.0%)	4
- Moyenne	3 (42.9%)	4 (80.0%)	7 (58.3%)	12 (60.0%)	19
- Élevée	2 (28.6%)	1 (20.0%)	3 (25.0%)	2 (10.0%)	5
- Non précisée	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (20.0%)	4
Total	17	11	28	23	51

d) Antécédents traumatiques (tableau 5)

Les résultats à l'inclusion montrent :

- Une **association significative** ($p=0.05$) entre **harcèlement scolaire** et **antécédent d'abus sexuel** : 75% des patients avec antécédent d'abus sexuel ont été harcelés, et un tiers des adolescents victimes de harcèlement scolaire présente un antécédent d'abus sexuel. Il s'agissait d'un abus sexuel à type d'**inceste** dans **plus des trois quarts des cas** (78 %).
- Une **association** entre **harcèlement scolaire** et **antécédent de maltraitance** ($p=0.1$) : 78% des sujets ayant un antécédent de maltraitance ont été harcelés, et un quart des sujets harcelés ont un antécédent de maltraitance.
- Une association entre **harcèlement scolaire** et **ACE** (*Adverse Childhood Experiences*, ou expériences négatives dans l'enfance) : 64% des adolescents avec ACE ont été harcelés et la moitié des harcelés ont un antécédent d'ACE.

Enfin, les harcelés ont été sujets à moins de traumatismes autres que de l'abus intra-familial (11% contre 17%). Dans les **deux tiers des cas**, le traumatisme était une **agression physique par un pair**.

Tableau 5 : Antécédents traumatiques selon harcèlement ou non

	H+	H-	Total	p
Maltraitance	7 (25.0%)	2 (8.7%)	9 (17.6%)	0.1
Abus sexuel	9 (32.1%)	3 (13.0%)	12 (23.5%)	0.05
- Inceste	7 (25.0%)	3 (13.0%)	10 (19.6%)	0.1
- Extra-familial	2 (7.1%)	0 (0.0%)	2 (3.9%)	
Autre traumatisme :	3 (10.7%)	4 (17.4%)	7 (13.7%)	Analyses statistiques non réalisables car catégories non présentes dans l'étude initiale
- Attentat	1 (33.3%)	1 (25.0%)		
- Agression physique par un pair	2 (66.7%)	0 (0.0%)		
- Violence conjugale	0 (0.0%)	2 (50.0%)		
- Non précisé	0 (0.0%)	1 (25.0%)		
Tout psychotraumatisme (abus + maltraitance + traumatisme autre)	16 (57.1%)	8 (34.8%)	24 (47.1%)	
Adverse Childhood Experiences (ACE) (abus + exposition à des violences + placement)	14 (50.0%)	8 (34.8%)	22 (43.1%)	
Total	28	23	51	

e) Échelles dimensionnelles (tableau 6)

Nous ne retrouvons **pas de différence significative** entre les adolescents harcelés et les adolescents non-harcelés concernant les analyses dimensionnelles à l'inclusion, que ce soit pour l'impulsivité (BIS-11), les symptômes dépressifs et hypomanes (ADRS et YRMS) ou le fonctionnement global (S-GAS). Toutefois, la cotation à la BIS-11 est significative chez la majorité des harcelés (54%) contre moins d'un tiers des non-harcelés (30%) ($p=0.1$) : **les harcelés seraient davantage sujets à de l'impulsivité.**

Tableau 6 : Résultats aux échelles dimensionnelles à l'inclusion

	H+	H-	p
S-GAS			
Fonctionnement normal	21 (75.0%)	15 (65.2%)	0.4
Fonctionnement altéré	7 (25.0%)	8 (34.8%)	
BIS-11			
Négative	10 (35.7%)	13 (56.5%)	0.1
Significative	15 (53.6%)	7 (30.4%)	
NF	2 (7.1%)	3 (13.1%)	
YMRS			
Euthymie	18 (64.3%)	13 (56.5%)	0.8
Hypomanie	10 (35.7%)	5 (21.7%)	
NF	0 (0.0%)	5 (21.7%)	
ADRS			
Significative	11 (40.7%)	10 (41.7%)	0.7
Négative	12 (44.3%)	9 (37.5%)	
NF	4 (14.8%)	5 (20.8%)	
Total	28	23	51

f) Comorbidités psychiatriques (figure 6)

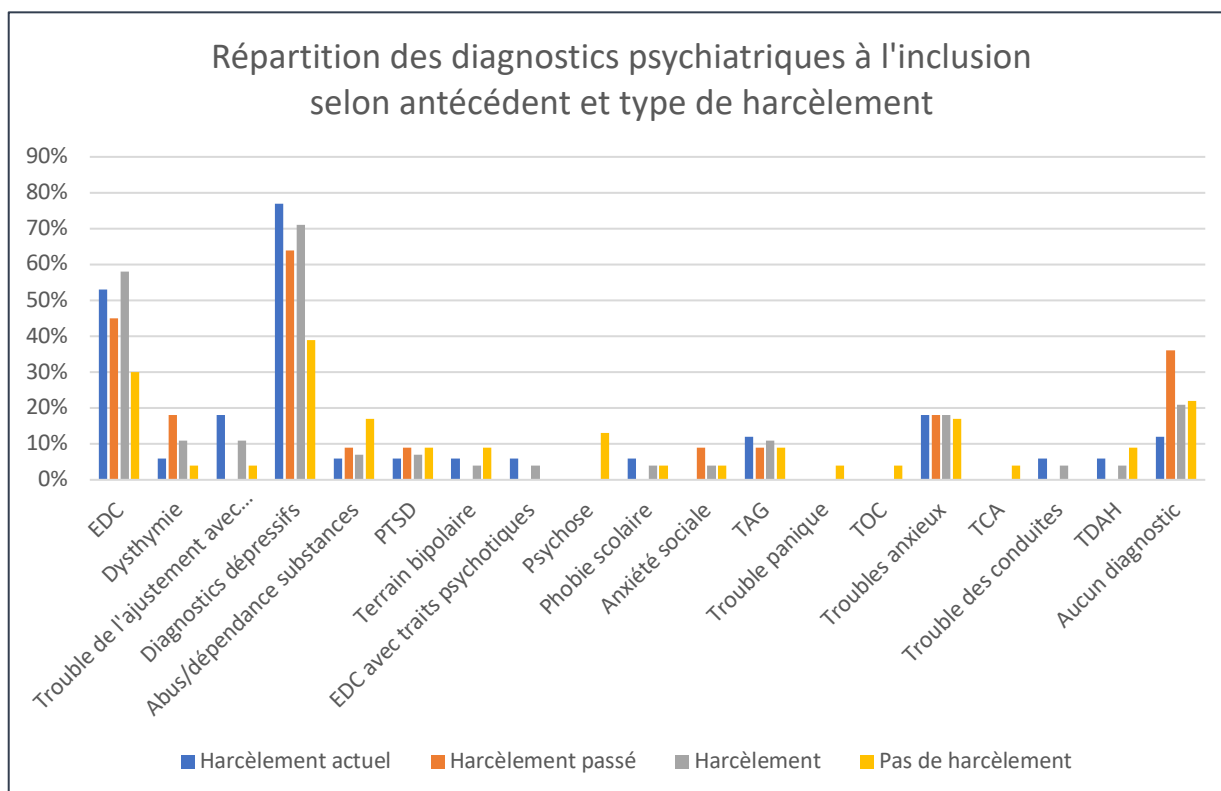


Figure 6 : Répartition des diagnostics psychiatriques à l'inclusion selon harcèlement ou non

Nous ne retrouvons pas de différence significative car beaucoup de diagnostics ont été explorés et les effectifs de chacun d'eux sont faibles ; néanmoins nous pouvons observer des tendances.

À l'inclusion, la catégorie de diagnostics la plus fréquemment retrouvée dans la cohorte est la catégorie des **troubles dépressifs** (EDC, dysthymie, trouble de l'ajustement avec humeur dépressive), en particulier les **épisodes dépressifs caractérisés**.

Toutefois on note **deux fois plus d'EDC et de diagnostics dépressifs en général chez les adolescents harcelés** que chez les adolescents non-harcelés (58% contre 30% et 71% contre 39% respectivement). Ils ont également **quatre fois plus de diagnostics de trouble de l'ajustement avec humeur dépressive** (11%) que ceux non-harcelés (4%), surtout avec un harcèlement en cours (18%).

Les adolescents harcelés sont également les seuls à avoir un **diagnostic de trouble des conduites** (6% chez ceux avec un harcèlement en cours).

On note également l'absence **de certains diagnostics chez les adolescents harcelés** :

- Diagnostics de type psychose (schizophrénie, trouble schizophréniforme, trouble schizo-affectif, psychose) (contre 13% des non-harcelés)
- Troubles du comportement alimentaire et certains troubles anxieux (trouble panique et TOC)

Globalement, **on observe majoritairement des diagnostics « névrotiques » de type anxio-dépressifs** chez les adolescents harcelés et **peu de pathologies chroniques telles que bipolarité ou psychose**, contrairement aux adolescents non-harcelés et suicidaires.

Ceux avec un antécédent de harcèlement passé sont plus nombreux à n'avoir aucun diagnostic à l'inclusion (36% contre 12% des harcèlement en cours et 22% des non-harcelés).

Enfin, on observe **davantage de diagnostics (tous types)** chez ceux ayant un **harcèlement en cours** que chez ceux non-harcelés (**88% vs 78%**).

g) Les vulnérabilités interpersonnelles des harcelés

- **Facteurs déclenchants de la crise suicidaire : (tableau 7)**

Le harcèlement est rarement l'unique facteur déclenchant et **les adolescents harcelés accumulent les situations interpersonnelles complexes**.

Pour un quart des adolescents harcelés, la crise suicidaire était en partie déclenchée par une rupture sentimentale et 39% des harcelés rapportaient un conflit avec un parent comme facteur déclenchant. La concomitance de plusieurs facteurs déclenchants interpersonnels dans les crises suicidaires des adolescents harcelés suggère une **sensibilité particulière au rejet ou au sentiment de rejet par autrui**.

La situation de conflit voire de rupture de lien relationnel est au cœur de la crise suicidaire des adolescents, et notamment chez les adolescents harcelés.

Tableau 7 : Facteurs déclenchants interpersonnels de la crise suicidaire

		H+	H-	Total
Problèmes familiaux	Conflits avec famille ou parent	11 (39.3%)	7 (32.1%)	18 (35.3%)
	Décès ou deuil	4 (14.3%)	4 (17.4%)	8 (15.7%)
Rupture sentimentale		7 (25.0%)	5 (21.7%)	12 (23.5%)
Difficultés scolaires	Performance	6 (21.4%)	7 (32.1%)	11 (21.6%)
	Absentéisme ou déscolarisation	7 (25.0%)	5 (21.7%)	12 (23.5%)
	Problèmes de discipline	2 (7.1%)	2 (8.7%)	4 (7.8%)
Conflit avec un ami		2 (7.1%)	5 (21.7%)	7 (13.7%)
Total		28	23	51

NB : Ces catégories ne sont pas exclusives puisque chaque sujet pouvait identifier types de facteurs déclenchants différents dans leur crise suicidaire.

- **Difficultés interpersonnelles sous-jacentes : (tableau 8)**

Les adolescents harcelés peuvent aussi présenter des facteurs sous-jacents qu'ils n'ont pas identifiés comme des facteurs déclenchants mais qui restent néanmoins fragilisant (contexte de problèmes familiaux ou sociaux, comorbidités traumatiques).

Plus des trois quarts des adolescents harcelés (79%) présentaient une situation familiale complexe surtout **ceux avec un harcèlement en cours (82%)**. Il s'agissait de conflits familiaux pour un tiers d'entre eux (32% contre 4% de ceux non-harcelés) ou de difficultés relationnelles avec un parent pour quasiment la moitié (47%).

Pour 91% des sujets qui avaient identifié le harcèlement scolaire comme facteur déclenchant, la crise suicidaire était sous-tendue d'une situation familiale complexe.

On soulève ainsi l'hypothèse que les adolescents harcelés accumulant toutes ces situations de difficultés interpersonnelles sont des sujets en **difficulté dans la relation avec autrui** ; que ce soit dans leurs relations familiales, amicales ou sentimentales.

Tableau 8 : Facteurs de vulnérabilité interpersonnels

	H+	H-	Total
Situation familiale complexe	22 (78.6%)	18 (78.3%)	40 (78.4%)
- Insécurité	11 (39.3%)	5 (21.7%)	16 (31.4%)
- Conflits, communication difficile	9 (32.1%)	3 (4.3%)	12 (23.5%)
- Deuil	4 (14.3%)	4 (17.4%)	8 (15.7%)
- Pathologie psychiatrique parentale	8 (28.6%)	10 (43.5%)	18 (35.3%)
- Limites floues, inconstance parentale	5 (17.9%)	1 (4.3%)	6 (11.8%)
- Exposition à des violences	2 (7.1%)	2 (8.7%)	4 (7.8%)
Isolement social	11 (39.3%)	6 (26.1%)	17 (33.3%)
Nombre d'amis ≥ 5	9 (32.1%)	5 (21.7%)	14 (27.5%)
Difficultés relationnelles :			
- Pairs	19 (67.9%)	6 (26.1%)	25 (49.0%)
- Parent, famille	13 (46.4%)	7 (30.4%)	20 (39.2%)
Total	28	23	51

- **Caractéristiques psychologiques :** (tableau 9)

Certaines caractéristiques psychologiques n'ont pas été évaluées par des échelles dimensionnelles mais apparaissent dans le discours des patients et de leur famille. Nous les avons analysées de manière qualitative.

La moitié des harcelés a rapporté une faible estime de soi, qui était souvent marquée par de l'auto-dévalorisation, un sentiment de nullité ou d'inutilité.

De plus, **les sujets harcelés avaient deux fois plus tendance à présenter un vécu abandonnique que les non-harcelés** (50% contre 22%). Ils étaient également presque **trois fois plus enclins à avoir une relation fusionnelle avec un parent et/ou des troubles d'attachement** (25% contre 9%).

Ils sont également plus nombreux à rapporter **un sentiment de non-appartenance** (21% contre 4%) tel que décrit par la théorie interpersonnelle du suicide ^{[6] [126]}, ainsi qu'un sentiment de solitude et d'exclusion sociale (18% contre 4%), et enfin une tendance à recherche de l'affection et de la valorisation auprès des pairs ainsi qu'une sensibilité au rejet et au regard des pairs (29% contre 9%); ces résultats sont en accord avec les données dans la littérature. ^{[5] [127]}

Enfin, ils présentaient également **plus de conduites à risque** (18% contre 0%) et de **troubles du comportement** (25% contre 17%) que les adolescents non-harcelés, ainsi qu'une plus grande tendance à l'instabilité émotionnelle (dimension fortement associée à la vulnérabilité suicidaire.) ^[59]

Ainsi, le harcèlement scolaire entrerait en résonance avec une faible estime de soi, en particulier chez des adolescents ayant des stratégies de *coping* inefficaces ; c'est le cas des adolescents qui ont un antécédent d'abus dans l'enfance et qui montrent aux échelles des altérations de stratégies de *coping*.

Tableau 9 : Caractéristiques psychologiques à l'inclusion

Caractéristiques psychologiques	H+	H-	Total
Vécu abandonnique	14 (50.0%)	5 (21.7%)	19 (37.3%)
Troubles identitaires	2 (7.1%)	2 (8.7%)	4 (7.8%)
Instabilité émotionnelle	5 (17.9%)	0 (0.0%)	5 (9.8%)
Mal-être, tristesse	3 (10.7%)	8 (34.8%)	11 (21.6%)
Faible estime de soi	14 (50.0%)	6 (26.1%)	20 (39.2%)
Sentiment de non-appartenance	6 (21.4%)	1 (4.3%)	7 (13.7%)
Sentiment de solitude et d'exclusion sociale	5 (17.9%)	1 (4.3%)	6 (11.8%)
Usage excessif des réseaux sociaux	3 (10.7%)	0 (0.0%)	3 (5.9%)
Quête affective auprès des pairs, sensibilité au rejet et au regard des pairs	8 (28.6%)	2 (8.7%)	10 (19.6%)
Relation fusionnelle ou jalousie avec un parent, trouble de l'attachement	7 (25.0%)	2 (8.7%)	9 (17.7%)
Troubles du comportement	7 (25.0%)	4 (17.4%)	11 (21.6%)
Conduites à risque	5 (17.9%)	0 (0.0%)	5 (9.8%)
Total	28	23	51

Ainsi, compte tenu de la fréquence des situations de fragilité interpersonnelles à la crise suicidaire et la fréquence d'une faible estime de soi, nous soulevons l'hypothèse que **les situations de stress interpersonnel sont responsables d'une blessure narcissique chez ces adolescents harcelés**^[93], avec **une sensibilité au rejet et un vécu abandonnique**.

De ce fait, les situations de rupture de lien réelle ou menacée sont ainsi responsables d'un effondrement thymique, pouvant aller jusqu'à la crise suicidaire et la dépression.

La fréquence de vécu abandonnique serait un facteur intermédiaire dans l'association constatée entre le harcèlement scolaire et les expériences négatives dans l'enfance (placement, abus, etc.).

RÉSUMÉ

Facteurs associés au harcèlement à l'inclusion :

Les facteurs présentés ci-dessous ont été associés à la population d'adolescents harcelés à l'inclusion. Il est toutefois difficile de déterminer si ces facteurs sont des facteurs de vulnérabilité au harcèlement scolaire ou des conséquences potentielles du harcèlement.

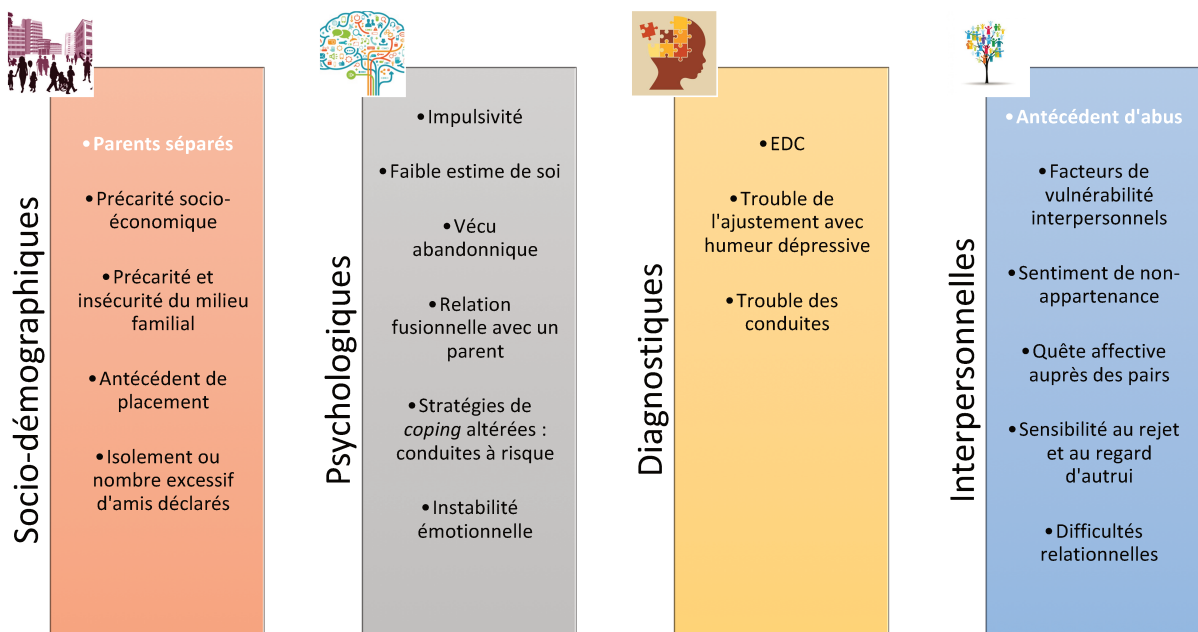


Figure 7 : Résumé des caractéristiques des harcelés à l'inclusion

En blanc : associations statistiquement significatives ($p \leq 0.05$)

2. Objectif principal : taux de récurrence suicidaire chez les adolescents harcelés

a) Taux de récurrence à 6 et 12 mois

Sur 12 mois, 65% des récidivants sont des adolescents harcelés et 68% de ceux harcelés qui ont été revus ont récidivé (contre 53% des non-harcelés).

Parmi les 28 adolescents harcelés à l'inclusion :

- 17 ont fait une récurrence de crise suicidaire (60.7%)
- 2 ont présenté des IDS mais sans crise suicidaire (7.1%)
- 6 n'ont pas fait de récurrence (21.4%)
- 2 ont été perdus de vue (7.1%)
- 1 a refusé de poursuivre l'étude (3.6%)

Donc sur **les 25 harcelés revus, 76% restent fragiles sur le plan suicidaire** à 12 mois.

Quant au délai de récurrence, **les trois quarts des récidivants ont récidivé dans les 6 premiers mois** après l'hospitalisation, **sans différence entre les adolescents harcelés et ceux non-harcelés** (77% contre 78%). Toutefois, les adolescents harcelés représentent 65% de ceux ayant récidivé dans les 6 mois. Cela confirme les données dans la littérature selon lesquelles les adolescents récidivent le plus souvent au cours de la première année voire dans le premier mois à la sortie d'hospitalisation. ^{[27] [128]}

Tableau 10 : Taux de récurrence à 6 et 12 mois

	Récurrence de crise suicidaire (R+)			Pas de récurrence (R-)	Total (patients revus)
	Entre T0 et T1	Entre T1 et T2	Total de sujets R+ sur 12 mois		
H+	13 (76.5%)	8 (47.1%)	17 (68.0%)	8 (32.0%)	25 (89.3%)
H-	7 (77.8%)	2 (22.2%)	9 (52.9%)	8 (47.1%)	17 (73.9%)
Total	20 (76.9%)	13 (50%)	26 (61.9%)	16 (38.1%)	42 (82.4%)

La différence de taux de récurrence entre les harcelés et non harcelés n'est pas significative (Log-rank $p=0.2$) (figure 8). Le taux de non-récurrence est similaire à 6 mois entre les harcelés et les non-harcelés (55% contre 50%). Toutefois, **à 12 mois, près de 80% des harcelés ont récidivé contre 50% des non-harcelés.**

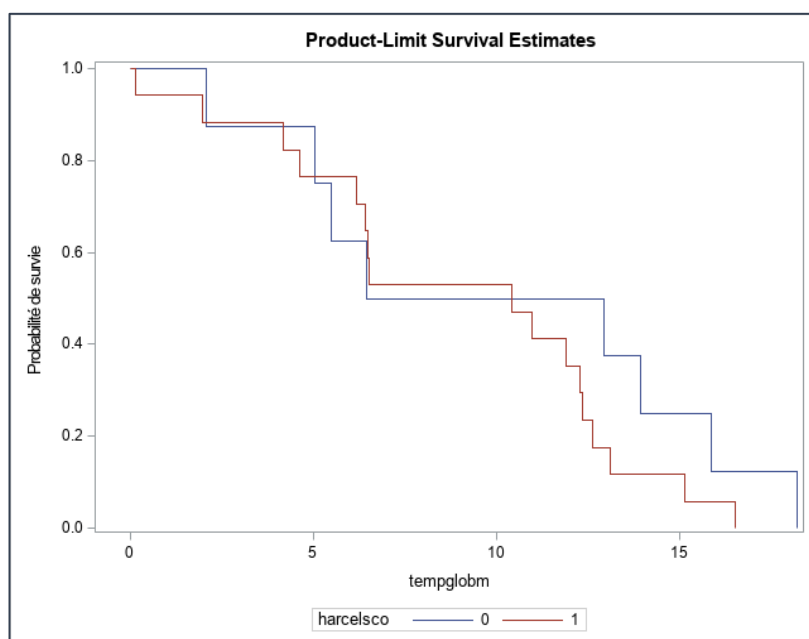


Figure 8 : Courbe de survie selon antécédent ou non de harcèlement

b) Différences selon harcèlement actuel ou passé

Le **taux de récurrence est plus élevé chez les sujets avec un antécédent passé de harcèlement** que chez ceux ayant un **harcèlement en cours** (75% contre 65%). (tableau 11)

Le harcèlement était toujours actif pour 45.5% des récidivants qui étaient harcelés à l'inclusion.

Il s'agissait d'ailleurs du principal facteur déclenchant identifié pour la totalité de ces patients.

La persistance du harcèlement scolaire serait un facteur de risque potentiel de récurrence suicidaire ; toutefois nous ne pouvons l'analyser ici en raison d'un grand nombre de données manquantes.

Tableau 11 : Taux de récurrence selon harcèlement passé ou actuel à T0

	R+	R-	Total patients revus
HS passé	6 (75.0%)	2 (25.0%)	8 (32.0%)
HS actuel	11 (64.7%)	6 (35.3%)	17 (68.0%)
- HS toujours actif	5 (45.5%)	0 (0.0%)	5 (29.4%)
- HS plus actif	0 (0.0%)	2 (33.3%)	2 (11.8%)
- Non spécifié	6 (54.5%)	4 (66.7%)	10 (58.8%)
Total H+	17 (68.0%)	8 (32.0%)	25 (100%)

Selon la courbe de survie : (figure 9)

- pour ceux avec harcèlement en cours à T0, le risque de récurrence augmente de 25% à 6 mois et double jusqu'à 12 mois.
- pour ceux avec harcèlement passé à T0, le risque de récurrence triple jusqu'à 4 mois après l'inclusion puis atteint un plateau.

Le risque de récurrence reste donc encore important même en cas d'arrêt du harcèlement scolaire.

Le **risque suicidaire** en cas de **harcèlement** est donc **prolongé**.

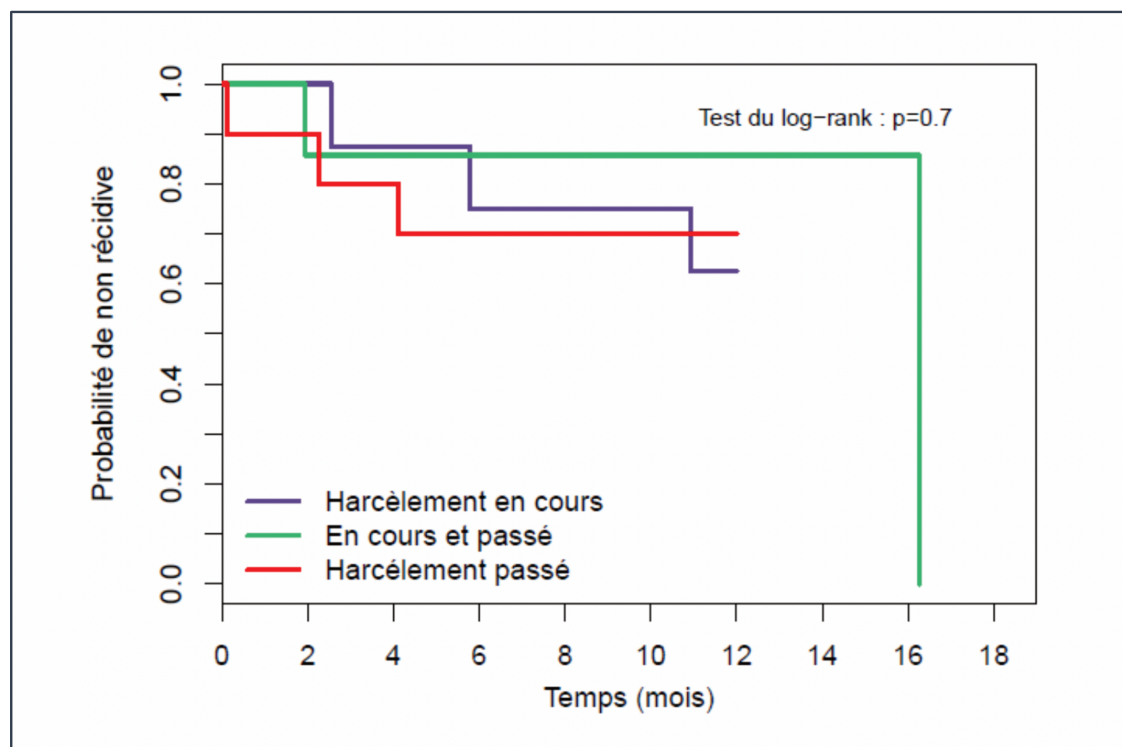


Figure 9 : Courbe de survie sur 12 mois selon harcèlement scolaire actuel ou passé

c) Taux de récurrence sur les 12 mois selon les antécédents traumatiques

Compte tenu de l'association significative entre harcèlement et abus dans l'enfance à l'inclusion, nous avons comparé les taux de récurrence entre ces populations.

Nous observons un taux de récurrence **deux fois plus élevé** chez les sujets ayant une **comorbidité maltraitance-harcèlement scolaire** que chez les sujets maltraités sans harcèlement (50% contre 25%).

De même, le taux de récurrence était **trois fois plus élevé** chez les sujets avec une **comorbidité abus**

sexuel-harcèlement scolaire que les sujets avec antécédent d'abus sexuel sans antécédent de harcèlement (55% contre 18%).

Les trois quarts des récidivants ayant un antécédent de maltraitance ou d'abus sexuel avaient un antécédent de harcèlement (75% et 73% respectivement). (*tableau 12*)

Tableau 12 : Comparaison du taux de récurrence sur 12 mois entre harcèlement scolaire et antécédents d'abus

	H+ (n=25)		H- (n=17)		Total revus	p
	Récidive	Pas récurrence	Récidive	Pas récurrence		
Maltraitance	4 (50.0%)	2 (25.0%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)	8 (88.9%)	0.2
Abus sexuel	6 (54.5%)	3 (27.3%)	2 (18.2%)	0 (0.0%)	11 (91.7%)	0.2
Total	17	8	9	8	42	

L'association « harcèlement et abus » (abus sexuel ou maltraitance) ne semble pas augmenter le taux de récurrence ; mais cela peut être dû aux effectifs faibles (*tableau 13*).

Tableau 13 : Taux de récurrence de crise suicidaire sur 12 mois en cas d'association harcèlement scolaire et antécédents d'abus

	R+	R-	Total de patients revus	p
Abus sexuel	8 (72.7%)	3 (27.3%)	11 (91.7%)	0.5
Maltraitance	6 (75.0%)	2 (25.0%)	8 (88.9%)	0.3
Harcèlement	17 (68.0%)	8 (32.0%)	25 (92.6%)	0.3
Harcèlement + abus sexuel	6 (66.7%)	3 (33.3%)	9 (100%)	0.9
Harcèlement + maltraitance	4 (57.1%)	3 (42.9%)	7 (85.7%)	0.7
Harcèlement + abus (sexuel ou maltraitance)	8 (66.7%)	4 (33.3%)	12 (92.3%)	0.8
Total	26	16	42	

d) Diagnostics des récidivants

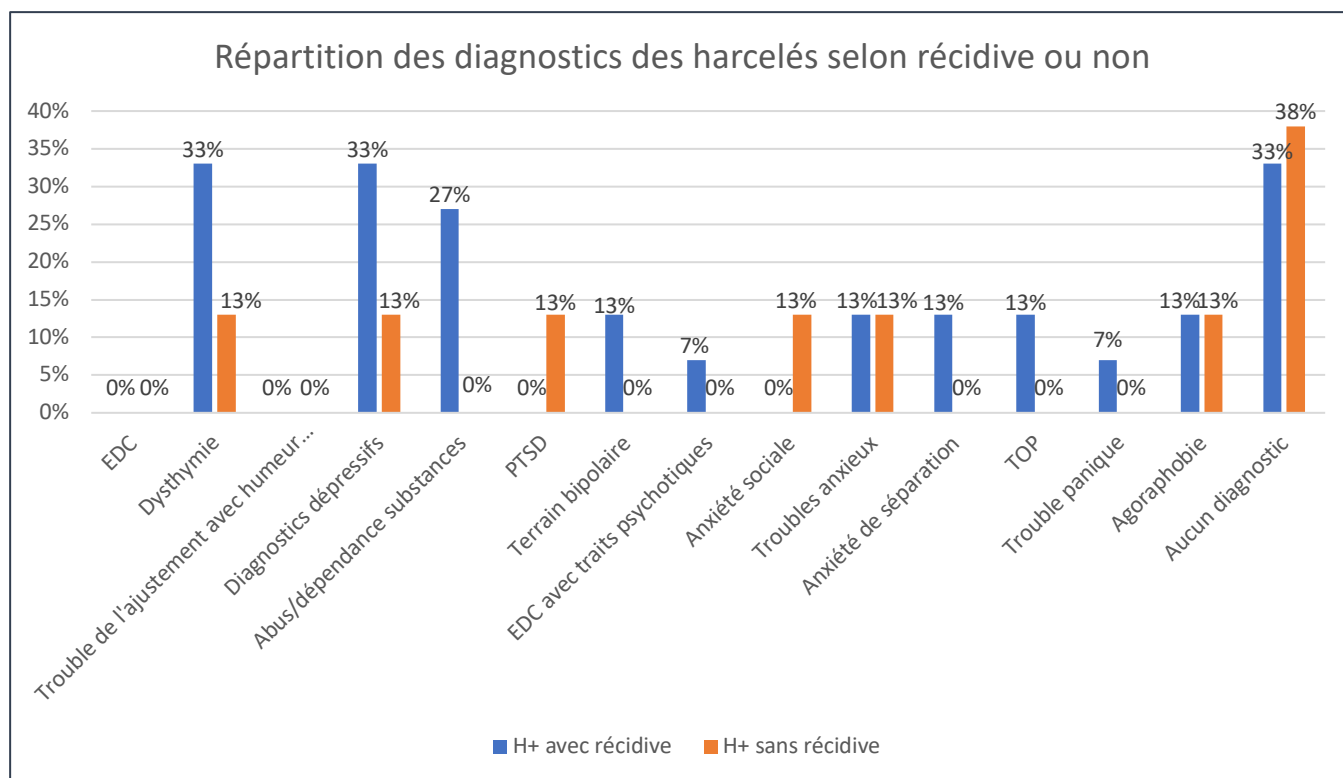


Figure 10 : Répartition des diagnostics des harcelés selon récidive ou non à 12 mois

Aucun adolescent harcelé revu à 12 mois n'avait de diagnostic d'EDC, de trouble de l'ajustement avec humeur dépressive, de psychose, de trouble des conduites, de TDAH, de TCA, de phobie scolaire, de TAG, de TOC, d'attaques de panique ou de phobie spécifique.

Les adolescents **harcelés et récidivants** ont quasiment **trois fois plus de diagnostics dépressifs et de dysthymie** que les adolescents harcelés non récidivants.

Environ un quart (27%) des harcelés récidivants avait un **diagnostic d'abus ou de dépendance à une substance** (contre 0% des harcelés non-récidivants).

13% des harcelés récidivants ont eu un diagnostic de type bipolarité (trouble bipolaire avéré, cyclothymie, épisode mixte) tandis qu'aucun harcelé non-récidivant n'en a eu. C'est également le cas pour le diagnostic d'anxiété de séparation (13% contre 0%) et le trouble opposition-provocation.

Aucun harcelé récidivant n'a eu un diagnostic de TSPT à 12 mois (contre 13% des harcelés n'ayant pas récidivé) ; il en est de même pour le diagnostic d'anxiété sociale.

3. Résultat non attendu : taux de suivi sur 12 mois

Le taux de suivi sur 12 mois n'était pas recherché au moment de l'analyse des objectifs présentés ; toutefois il nous a semblé pertinent de l'aborder dans cette partie.

En effet, **le taux de suivi des harcelés sur 12 mois est nettement supérieur à celui des non-harcelés (79% contre 48%)**. Le suivi s'est même amélioré chez les harcelés entre les deux visites (4 sujets perdus de vue à 6 mois ont été récupérés à 12 mois) tandis que nous avons continué à perdre de vue des adolescents non-harcelés.

Au total, nous avons réussi à revoir **93% des harcelés au moins une fois sur les 12 mois** (contre 74% des non-harcelés), et **100% de ceux qui étaient victimes d'un harcèlement en cours à l'inclusion**. (tableau 14)

Tableau 14 : Taux de suivi à 6 et 12 mois

	H+	HS actuel à T0	HS passé à T0	H-	Total
Total à T0	28	17	11	23	51
Suivi à 6 mois	21 (75.0%)	15 (88.2%)	5 (45.4%)	13 (56.5%)	34 (66.7%)
Suivi à 12 mois	23 (78.6%)	16 (94.2%)	8 (72.7%)	11 (47.8%)	34 (66.7%)
Revus au moins une fois sur 12 mois	25 (92.6%)	17 (100%)	8 (72.7%)	17 (73.9%)	42 (82.4%)

Face à cette constatation et compte tenu de l'association significative entre harcèlement scolaire et abus à l'inclusion, nous avons exploré le rôle potentiel de la comorbidité traumatique dans ce taux de suivi. (tableau 15) Le taux de suivi à 12 mois est très bon (71%) chez les sujets ayant subi un psychotraumatisme (tous types confondus), en particulier chez ceux avec antécédent d'abus sexuel (83%) et chez ceux avec antécédent de maltraitance.

Globalement, le taux de suivi à 12 mois est encore meilleur dans un contexte d'antécédent de harcèlement scolaire avec comorbidité d'abus :

- 88% de suivi des adolescents harcelés avec antécédent traumatique en général contre 37% des non harcelés avec antécédent traumatique
- 100% de suivi des adolescents harcelés avec antécédent d'abus sexuel contre un tiers de ceux non-harcelés abusés
- 67% de suivi des adolescents harcelés avec autres traumatismes (attentat, agression physique extra-familiale, etc) contre un quart de ceux non-harcelés abusés

Sauf pour ceux avec antécédent de maltraitance : 86% des harcelés avec maltraitance contre 100% des non harcelés avec maltraitance.

Nous soulevons l'hypothèse que **les sujets avec antécédents de harcèlement scolaire et d'abus présentent une pathologie du lien** (difficulté à entrer en relation, sentiment d'isolement social) et leur taux de suivi favorable pourrait suggérer une **recherche de lien à travers l'alliance thérapeutique**.

À l'opposé, les sujets avec antécédent d'un traumatisme de type événement unique (tel qu'être témoin d'un attentat) seraient davantage dans l'évitement de l'évocation du trauma, ce qui explique le faible taux de suivi (57% à 6 mois et 43% à 12 mois) ; un des sujets a d'ailleurs explicitement dit ne pas vouloir venir à la deuxième visite de suivi par « peur de revivre le trauma ».

Tableau 15 : Taux de suivi à 6 et 12 mois selon antécédents traumatiques et antécédent de harcèlement

	Abus sexuel	Maltraitance	Autres traumas	Traumatisme (tous types confondus)
Total à T0	12	9	7	24
- H+	9	7	3	16
- H-	3	2	4	8
Suivi à 6 mois	7 (58.3%)	6 (66.7%)	4 (57.1%)	15 (62.5%)
- H+	6 (66.7%)	5 (71.4%)	3 (100%)	12 (75%)
- H-	1 (33.3%)	1 (50%)	1 (25%)	3 (37.5%)
Suivi à 12 mois	10 (83.3%)	8 (88.9%)	3 (42.9%)	17 (70.8%)
- H+	9 (100%)	6 (85.7%)	2 (66.7%)	14 (87.5%)
- H-	1 (33.3%)	2 (100%)	1 (25%)	3 (37.5%)

V. Discussion

Les résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude ayant été présentés et discutés dans la partie précédente, nous confronterons dans une première partie les résultats principaux qui émergent de cette étude aux données de littérature, nous aborderons dans une deuxième partie la méthodologie et ses limites, puis nous terminerons par les perspectives que nous apporte ce travail.

A. Résultats principaux de l'étude ancillaire

1. Caractéristiques des adolescents harcelés à l'inclusion

Cette étude a montré un taux important de harcèlement scolaire dans la cohorte d'adolescents en crise suicidaire : en effet, **plus de la moitié des patients hospitalisés** (55%) nous ont rapporté une situation de harcèlement scolaire passée ou actuelle. Les adolescents en situation de harcèlement scolaire contemporain de la crise suicidaire représentaient le tiers des patients inclus dans l'étude, correspondant au taux de harcèlement scolaire dans la population générale selon l'UNESCO. ^[8]

Nous nous sommes donc posé la question suivante : **qui sont ces adolescents harcelés en crise suicidaire ?**

Le harcèlement scolaire a été identifié comme facteur déclenchant par 61% de ceux avec des antécédents de harcèlement (actuel et passé), et dans 88% des cas de harcèlement actuel. L'impact du harcèlement, même passé, est donc conscientisé et élaboré par les adolescents lorsqu'ils évoquent leur crise suicidaire, ce qui rejoint certaines études mesurant l'impact du harcèlement directement à partir du vécu subjectif des adolescents. ^[101]

Nous retrouvons différentes caractéristiques chez les adolescents harcelés à l'inclusion.

Tout d'abord, le harcèlement scolaire était rarement l'unique facteur impliqué dans les crises suicidaires : il était accompagné d'autres situations interpersonnelles difficiles dans environ 80% des cas, telles que des contextes familiaux complexes voire pathologiques ou des difficultés relationnelles. Ils étaient plus nombreux à présenter une précarité sociale et économique, des antécédents de placement, et à avoir été l'objet d'une information préoccupante par des services de santé ou socio-éducatifs. Ils étaient également deux fois plus nombreux que les adolescents non-harcelés à avoir des parents séparés (donnée significative).

Contrairement aux non-harcelés qui avaient une moyenne de 3-4 amis, les harcelés semblaient être majoritairement dans des extrêmes : ils étaient nombreux à rapporter soit un faible nombre d'amis (0 à 2), soit un nombre important d'amis (supérieur à 5 voire même à 10 dans certains cas).

À l'adolescence, les jeunes font l'expérience de relations sociales à la fois sous la forme de la popularité et sous la forme des relations amicales plus intimes.^[59] Sachant que le nombre d'amis rapporté par les sujets de l'étude relève de la subjectivité des adolescents, nous formulons l'hypothèse que les adolescents harcelés qui rapportent un nombre important d'amis peuvent avoir des difficultés à faire cette distinction entre amis et camarades. En effet, l'étymologie du mot « *bullying* » (du vieux néerlandais « *boele* ») ayant évolué de « camarade » à « fanfaron » à « agresseur », la distinction entre amis et agresseurs semble ambiguë.^[63] Cette constatation pourrait également souligner une tendance des jeunes harcelés à sur-investir les relations sociales et à présenter une quête affective excessive auprès des pairs.

Dans cette étude, les adolescents harcelés ont été plus nombreux que les non-harcelés à rapporter une faible estime de soi, qui peut être soit un trait pré-existant soit une conséquence du harcèlement. Nous postulons que le contenu du harcèlement pourrait faire résonance avec les propres angoisses de l'adolescent visé. En effet, nous avons constaté un grand nombre d'adolescents qui avaient subi du harcèlement verbal à type de remarques sur leurs corps et à thématique sexuelle, ainsi que des jeunes qui ont vu des photos ou vidéos d'eux-mêmes (réelles ou truquées) diffusées sur internet. Dans le cas d'adolescents avec une faible estime d'eux-mêmes, de telles attaques envers leur être pourraient, d'une certaine manière, donner « corps » à des angoisses internes ou à des complexes qu'ils possèdent déjà.^[119] Or, l'estime de soi est non seulement déjà très fragile à l'adolescence, mais elle est également dépendante du regard d'autrui et surtout des pairs, sur lequel s'étaient des enjeux d'appartenance et d'identité.^[62] Le sentiment de honte et l'auto-dévalorisation étant souvent associés aux conduites suicidaires, un sentiment de rejet qui se surajoute peut ainsi conduire à la crise suicidaire.

Enfin, une caractéristique majeure et statistiquement significative a émergé de cette étude : l'association entre harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus dans l'enfance. Du fait de son caractère inattendu, elle fera l'objet d'un chapitre dans cette discussion.

En conclusion, toutes ces caractéristiques confirment les données de multiples études décrivant le harcèlement scolaire non pas comme un facteur de risque suicidaire direct mais plutôt indirect.^{[11] [121]}

2. Taux de récurrence (objectif principal) et suivi sur 12 mois

Si aucune différence statistiquement significative de taux de récurrence n'a été constatée entre les adolescents harcelés et ceux non-harcelés qui ont été revus (68% contre 53%), nous constatons que le harcèlement scolaire a un impact **durable** dans le temps ; cela est visible à travers le risque de récurrence (presque 70% chez les adolescents) mais aussi dans le taux de récurrence plus élevé chez ceux dont le harcèlement n'était plus en cours à l'inclusion que chez ceux ayant un harcèlement en cours (75% contre 65%). On peut soulever l'hypothèse que le harcèlement scolaire a un impact durable en lien avec des conséquences psychologiques solidement ancrées telles qu'une faible estime de soi et des difficultés à se réintégrer.

Cette hypothèse est corroborée par des études suggérant que le risque suicidaire du harcèlement scolaire perdurerait à long terme et pourrait même être différé^[121] ; il faudrait toutefois des études longitudinales avec une durée supérieure à 12 mois pour l'explorer davantage.

Enfin, **les harcelés ont un meilleur taux de suivi que les non-harcelés** (79 contre 48%, soit quasiment deux fois plus, et 100% de ceux avec un harcèlement en cours à l'inclusion). De plus, l'antécédent de harcèlement scolaire semble même améliorer le taux de suivi pour ceux ayant un antécédent traumatique, en particulier ceux avec un antécédent d'abus sexuel.

B. Focus : le harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus dans l'enfance

1. Constatation de l'association dans l'étude

Une des principales caractéristiques constatées parmi les **adolescents harcelés en crise suicidaire** était la **comorbidité traumatique**, en particulier **l'abus dans l'enfance**. En effet, nous avons retrouvé une association significative entre le harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus sexuel, notamment **l'inceste** ; et leur association améliorait le taux de suivi à 12 mois.

Cela nous amène à deux interrogations :

- L'antécédent d'abus est-il un facteur de risque de harcèlement scolaire ?
- L'association antécédent d'abus – harcèlement scolaire augmente-t-elle le risque suicidaire ?

Pour répondre à la première interrogation, nous pouvons citer une étude suédoise de 2015 qui traite de la prévalence du harcèlement chez des jeunes ayant été exposés à de l'abus et à des violences au domicile (l'abus sexuel n'était toutefois pas compté).^[129] Cette étude portait non pas sur une population suicidaire mais sur la population générale (3000 adolescents) et a montré une association significative entre l'abus au domicile et le fait d'être victime de harcèlement scolaire. De plus, le risque de harcèlement augmentait significativement avec la fréquence et la sévérité de l'abus au domicile. Ces résultats suggèrent une association bi-directionnelle entre harcèlement et abus à domicile.

Pour répondre à la seconde question, citons cette étude canadienne de 2019^[130] dont l'analyse portait elle aussi sur une population différente de notre étude puisque son objectif était de rechercher le risque suicidaire chez des jeunes filles victimes d'abus sexuel avec ou sans harcèlement, et non d'évaluer une population en crise suicidaire. Dans cette étude, la comorbidité « harcèlement » augmentait de plus de deux fois le risque d'idées suicidaires chez des adolescentes abusées sexuellement. D'autres facteurs de risque étaient le TSPT et le manque de soutien maternel.

Dans notre étude, l'association harcèlement scolaire et antécédent d'abus sexuel ne semblait pas augmenter le taux de récurrence ; mais peut-être aurait-il fallu des effectifs plus élevés pour le constater.

Globalement, ces deux études viennent corroborer les résultats de notre travail concernant l'association entre harcèlement scolaire et abus (abus sexuel et maltraitance), en particulier dans le cas du risque suicidaire.

2. Facteurs potentiellement impliqués dans cette association

a) Définition du trauma et différences avec le TSPT

L'APA définit le traumatisme comme « *an emotional response to a terrible event* » (« une réponse émotionnelle à un événement terrible »).^[131] En effet, le traumatisme correspond à une réaction d'effroi dans une situation qui survient sans préparation^[132] et dont la soudaineté, l'intensité et la brutalité peuvent non seulement entraîner un choc psychique, mais aussi laisser des traces durables sur le psychisme et le fonctionnement d'un sujet.^[133] D'un point de vue phénoménologique, il s'agit d'une expérience qui bouleverse de manière profonde l'individu dans son rapport avec lui-même et avec les autres et le monde.^[134]

Le traumatisme est décrit dans les classifications officielles dans le cadre du syndrome post-traumatique (PTSD « *Post Traumatic Stress Disorder* », ou TSPT « *Trouble du Stress Post-*

Traumatique »). Toutefois, un traumatisme peut ne pas remplir les critères du syndrome post-traumatique tout en ayant un impact significatif sur le fonctionnement et la qualité de vie du sujet. ^[135]

^[131] En effet, certains auteurs distinguent plusieurs types de trauma :

- Trauma simple (ou « *Big T* ») : événement unique et typiquement majeur (désastre naturel, accident, attentat, agression) qui représente une menace vitale sur le moment
- Trauma complexe (« *complex trauma* ») : trauma répété ou prolongé de type abus dans l'enfance
- Répétition de traumas type « *little t* » : événements stressants sans menace vitale (conflits avec un proche, déménagement, perte de repères, moqueries ou reproches répétés) mais sources de détresse émotionnelle et dépassant les capacités de gestion de stress

Le DSM et la CIM s'appliquent plutôt aux traumas de type « *big T* », c'est-à-dire des traumatismes majeurs ayant menacé la vie du sujet avec une symptomatologie lourde et handicapante. Bien que les critères du DSM-5 prennent désormais en compte les « traumatismes répétés », ils ne comprennent pas les effets développementaux de l'exposition à un trauma complexe. Or, nombreuses sont les études ayant montré que les victimes de traumas complexes ou de l'accumulation de traumas « *little t* », même sans conduire à un syndrome pur de TSPT, pourraient présenter des symptômes de réponse traumatique, avec des signes de détresse psychique et des conséquences sur leur fonctionnement au quotidien. ^[135] Or, les sujets de notre cohorte étaient davantage concernés par des traumatismes de type trauma complexe (abus dans l'enfance, négligence, dysfonction familiale).

b) Traumatismes dans l'enfance

Les cas d'abus sur les enfants sont nombreux ; selon des données de la gendarmerie française en 2017, 73 000 enfants étaient victimes de maltraitance dont 20 000 violences sexuelles, incluant 7 000 viols sur mineur (1 par heure).

Toutefois, hormis les cas d'abus direct sur l'enfant ou l'adolescent, il existe d'autres situations familiales potentiellement traumatiques **dans la mesure où elles auraient un impact majeur sur le fonctionnement du sujet** : situations de négligence, exposition à des violences, enchevêtrement ou rigidité familiale ne laissant pas place à l'individuation, pathologie psychiatrique parentale, etc. Dans le cas de dynamiques familiales complexes (parent narcissique, abus, traumatisme cumulatif), le processus d'individuation et l'agencement de soi de l'adolescent sont inhibés ; cela peut se manifester par des symptômes de personnalité état-limite, un retrait socio-affectif, une fusion à l'autre, et enfin à des comportements auto-destructeurs. ^[136] Les théories de Minuchin sur l'enchevêtrement ou la

rigidité familiale décrivent d'ailleurs les comportements auto-destructeurs comme une tentative d'individuation. ^[91]

Or, nous avons constaté dans notre étude un **taux important d'adolescents ayant rapporté une situation familiale complexe (78%)** ; 35% d'entre eux avaient des parents porteurs d'une pathologie psychiatrique (psychose, bipolarité ou dépression) et 12% décrivaient une situation insécure avec des limites floues entre les parents et eux ou une ambivalence éducative, et 8% avaient été exposés à des violences familiales (violences conjugales par exemple). Les **adolescents harcelés** étaient d'ailleurs **plus exposés à une précarité familiale (39% contre 21% des adolescents non-harcelés)**.

c) Conséquences de l'abus dans l'enfance et lien avec une vulnérabilité au harcèlement scolaire

En quoi est-ce que le traumatisme dans l'enfance est un facteur de vulnérabilité au harcèlement scolaire ? Il existe plusieurs conséquences de l'abus pouvant expliquer cette association.

Plusieurs pathologies psychiatriques ont été associées à l'antécédent d'abus dans l'enfance, telles que les troubles anxio-dépressifs et les abus de substances, ^{[137] [138]} ainsi que des pathologies caractérisées par des difficultés relationnelles, telles que le trouble de personnalité état-limite. ^[139]

Quant à l'impact global, le NCTSN (*National Child Traumatic Stress Network*) distingue plusieurs catégories de conséquences psychologiques du trauma complexe de type abus. ^[135] (figure 11)

Domains of Impairment in Children Exposed to Complex Trauma		
I. Attachment Problems with boundaries Distrust and suspiciousness Social isolation Interpersonal difficulties Difficulty attuning to other people's emotional states Difficulty with perspective taking	IV. Dissociation Distinct alterations in states of consciousness Amnesia Depersonalization and derealization Two or more distinct states of consciousness Impaired memory for state-based events	VI. Cognition Difficulties in attention regulation and executive functioning Lack of sustained curiosity Problems with processing novel information Problems focusing on and completing tasks Problems with object constancy Difficulty planning and anticipating Problems understanding responsibility Learning difficulties Problems with language development Problems with orientation in time and space
II. Biology Sensorimotor developmental problems Analgesia Problems with coordination, balance, body tone Somatization Increased medical problems across a wide span (eg, pelvic pain, asthma, skin problems, autoimmune disorders, pseudoseizures)	V. Behavioral control Poor modulation of impulses Self-destructive behavior Aggression toward others Pathological self-soothing behaviors Sleep disturbances Eating disorders Substance abuse Excessive compliance Oppositional behavior Difficulty understanding and complying with rules Reenactment of trauma in behavior or play (eg, sexual, aggressive)	VII. Self-concept Lack of a continuous, predictable sense of self Poor sense of separateness Disturbances of body image Low self-esteem Shame and guilt
III. Affect regulation Difficulty with emotional self-regulation Difficulty labeling and expressing feelings Problems knowing and describing internal states Difficulty communicating wishes and needs		

Figure 11 : Catégories de conséquences du trauma complexe (NCTSN, 2005)

Parmi ces conséquences, nous en relevons plusieurs qui auraient un impact potentiel sur les relations interpersonnelles :

- Conséquences émotionnelles et identitaires : dysrégulation émotionnelle, gestion de colère, sensibilité accrue au rejet, faible estime de soi, défaut de cohésion identitaire
- Conséquences cognitives : difficultés de gestion des conflits et de résolution des problèmes, biais d'attribution, difficultés de permanence de l'objet
- Conséquences comportementales : trouble de l'attachement, quête affective, mimétisme des attitudes parentales, compliance excessive

De plus, les sujets ayant subi un traumatisme dans l'enfance peuvent adapter les réponses défensives qu'ils ont présentées au moment du traumatisme à d'autres situations. Hormis les réactions connues de *fight/flight/freeze* face à un événement traumatique, certains auteurs ont évoqué des réactions possibles de soumission (*submit*), ainsi que des réactions d'attachement excessif voire de fusion à l'autre (*attach*).^[140] Ces comportements automatiques ayant un rôle auto-protecteur, le sujet peut être amené à les répéter dans d'autres environnements stressants.^[141]

- Impact sur la relation avec les pairs

La famille et les pairs n'ont effectivement pas des rôles indépendants dans la construction de l'adolescent mais interagissent entre eux puis l'adolescent utilise les compétences relationnelles qu'il a acquises dans sa famille dans ses relations extra-familiales.^[59] Dans notre étude, plusieurs sujets qui exprimaient des difficultés relationnelles avec leurs pairs avaient d'ailleurs des difficultés relationnelles dans leur milieu familial, en particulier avec leurs parents. D'autres travaux ont montré que grandir dans un environnement familial insécure (ou avoir des relations difficiles avec les parents) peut être source de difficultés à gérer les conflits, à entrer en relation et en lien avec les pairs et des difficultés de communication.^[142] Ils citent pour exemple les cas de parents autoritaires, dénigrants ou maltraitants, qui exposent à un risque de **dysrégulation émotionnelle** et de mimétisme de l'agressivité, tandis que les cas de parents absents offrent peu d'opportunités d'apprentissage de la résolution des problèmes et de gestion des conflits.

De plus, l'antécédent d'abus dans l'enfance est associé aux **troubles de l'attachement** (Egeland et al, 1983), eux-mêmes corrélés aux faibles compétences psychosociales : un attachement insécure génèrerait une recherche désadaptée de lien ou une quête affective excessive tandis qu'un attachement évitant serait lié à de faibles compétences à s'intégrer dans un groupe.^{[143] [144]}

Or, de tels comportements dysfonctionnels dans la relation aux pairs peuvent exposer un adolescent au risque de rejet voire de harcèlement scolaire.^[63]

d) Lien avec le risque suicidaire

Enfin, les **expériences familiales négatives augmentent la sensibilité au rejet par autrui**. L'abus et la maltraitance étant des expériences majeures de rejet, elles prédisposent au développement d'un sentiment de non désirabilité sociale ainsi qu'à une sensibilité à la perception d'être critiqué ou rejeté par ses pairs. ^{[22] [145]}

Or, **la sensibilité au rejet est également un facteur de vulnérabilité suicidaire** ^[146] : elle est médiée par l'anomalie de prise de décision ^[4] qui est non seulement corrélée aux difficultés interpersonnelles ^[147] mais qui est également un facteur cognitif de vulnérabilité suicidaire complètement indépendant de la dépression. ^[148] Selon des études neurobiologiques et anatomiques à ce sujet, les **individus suicidants** sont à la fois **hypersensibles aux signaux d'exclusion et de rejet**, et **peu sensibles aux signaux positifs et de soutien** dans leur environnement (ou en difficulté pour les identifier).

L'antécédent d'abus dans l'enfance (responsable de remaniements épigénétiques) est une cause possible d'anomalie de prise de décision, ce qui rendrait l'adolescent d'autant plus sensible au rejet social par le biais d'altérations cognitives (interprétation erronée des intentions d'autrui). ^[5]

De plus, les sujets abusés dans l'enfance et les adolescents harcelés sont plus isolés, **moins enclins à demander de l'aide en cas d'idées suicidaires** et ont une propension accrue au désespoir, synonyme de risque de suicide à long terme. ^[149]

C. Considérations méthodologiques et limites de l'étude

1. Forces et limites liées au suivi longitudinal et à la durée du suivi

Le suivi longitudinal présente des avantages : **observation du taux de récurrences** sur 12 mois, **observation de l'évolution** clinique et diagnostique des patients.

Toutefois, ce type d'étude présente également l'inconvénient d'augmenter le **taux de perdus de vue**, qui est généralement élevé chez les adolescents et notamment dans un contexte post-suicidaire (faible taux de rétention de 30% dans d'autres études longitudinales). ^[150] De plus, l'observance du traitement ambulatoire est un réel défi à la sortie de l'hospitalisation : il est généralement refusé, ou bien arrêté prématurément. ^{[151] [152] [153]}

En effet, les adolescents que nous avons vus **sont en mouvement** :

- Certains ne répondaient pas au téléphone ou n'ont pas honoré les rendez-vous de suivi ; nous n'avons pas insisté sur les relances car ils étaient en droit de quitter l'étude à tout moment ;
- Impossibilité de déplacement par manque d'autonomie financière et de mobilité ;
- Nous n'avons pas réussi à revoir les adolescents devenus **majeurs**.

Le suivi longitudinal et prospectif implique également des **effectifs faibles**, ce qui était problématique pour nos analyses statistiques dans la mesure où elles étaient rarement significatives, en particulier pour l'analyse des diagnostics (nombreux diagnostics explorés avec un faible effectif pour chacun).

2. Limites liées aux critères d'inclusion

a) Non inclusion de patients en situation de précarité

Malgré leur caractère relativement classique et inclusifs, les critères d'inclusion ont l'inconvénient d'exclure les sujets en situation de précarité socio-familiale, par exemple de déracinement, de migration (pas de couverture sociale, pas de possibilité d'obtenir un consentement parental) ; or, ces patients que nous voyons sur le terrain sont pourtant **fragiles** justement de par cette précarité sociale, en particulier sur le plan suicidaire.

b) Limites intrinsèques à la clinique de l'adolescent en situation de vulnérabilité : refus ou évitement de l'aborder

Certains sujets n'ont pas été inclus à cause d'un refus des parents ou de l'adolescent de participer. Les motifs de refus étaient fréquemment liés à la clinique sous-jacente de l'adolescent en crise suicidaire : problématique familiale ou sociale (situation de migration ou placement, précarité socio-économique) faisant obstacle à la possibilité de revenir pour les visites de suivi (déménagements, impossibilité de transport). De plus, certains patients ou leur famille refusaient d'évoquer les difficultés personnelles ou familiales (situations d'abus entre autres).

Probablement que ces patients non-inclus ou leurs familles présentaient une **réticence à aborder ces difficultés interpersonnelles**, évitement certainement lié à un sentiment de honte ; il peut y avoir également un évitement à évoquer les traumatismes (expliquant le taux de perdus de vue chez ceux avec un événement traumatique unique, tel que l'attentat du 14/07/2016 à Nice).

Chez les patients inclus, le taux de perdus était fréquemment lié à **un évitement de se confronter à nouveau à la crise** : certains ont refusé de revenir après l'inclusion par refus de se remémorer la crise suicidaire et de « *penser à [leur] hospitalisation* » ou préférant « *passer à autre chose* ».

3. Limites liées au travail de pédopsychiatrie de liaison

Dans le cadre de ce travail, nous sommes intervenus dans les unités de médecine pédiatrique pour la sélection et l'inclusion des sujets.

Du fait de cette activité mobile, nous avons fait face à plusieurs obstacles :

- **Manque de formation et de sensibilisation aux études cliniques** : c'était la première étude de pédopsychiatrie menée sur un an en service de médecine pédiatrique ;
- **Perte de consentements écrits** : confiés aux infirmières et non transmis, perdus dans les services ou dans les dossiers médicaux de médecine.

4. Caractéristiques liées à la subjectivité de l'adolescent

Le recueil de nombreuses données à l'inclusion dépendait du discours de l'adolescent. Or, la clinique de l'adolescent implique un certain manque d'élaboration ou de mentalisation de certains mécanismes psychiques impliqués dans leur état de souffrance. Cela est d'autant plus le cas dans un état de crise, souvent caractérisé par un défaut de prise de recul ou de conscience en aigu. C'est donc potentiellement responsable d'un défaut d'introspection pouvant s'apparenter à un *biais de mémorisation*. Le suivi sur 12 mois a permis de palier partiellement à ce biais, en donnant l'opportunité aux adolescents de revenir sur les circonstances de leur crise suicidaire avec de meilleures capacités d'élaboration et une prise de distance psychique.

5. Limites liées aux échelles

a) Échelles manquantes dans l'étude initiale

Certaines échelles qui auraient été pertinentes dans ce travail ancillaire étaient absentes dans l'étude initiale, telles que des échelles permettant d'évaluer l'estime de soi ou la sensibilité au rejet. Nous avons donc étudié ces données d'un point de vue clinique et qualitatif à partir des discours des patients et de leurs familles.

b) Échelles utilisées : évaluation du TSPT

Nous retrouvons une faible proportion de TSPT malgré un taux élevé de traumatismes relevés (47%) En effet, sur 24 sujets avec antécédent de psychotraumatisme (victimes d'agressions physiques ou sexuelles, maltraitance, inceste, témoin ou victime de l'attentat du 14/07/2016, témoin d'un suicide parental, etc.), seuls 17% ont eu un diagnostic de TSPT vie entière. Seuls 25% des victimes d'inceste et 11% des victimes de maltraitance remplissent les critères de TSPT.

L'évaluation du TSPT par la MINI-KID (DSM-IV) et la K-SADS pourrait convenir au dépistage mais n'est pas l'échelle la plus adaptée au diagnostic de TSPT chez les adolescents inclus avec antécédents traumatiques. La question se pose donc d'utiliser soit une échelle basée sur les critères DSM-5 qui sont plus inclusifs en termes de catégories de traumatisme, soit une échelle non basée sur des critères diagnostiques mais plutôt fonctionnels, évaluant les conséquences générales du traumatisme, sans pour autant parler de TSPT.

D. Perspectives préventives et thérapeutiques : le rôle majeur du soutien socio-affectif dans la crise suicidaire

1. Prévention primaire et secondaire : éviter le risque suicidaire lié aux troubles interpersonnels

Certains travaux ont montré une association bi-directionnelle entre harcèlement scolaire et vulnérabilité suicidaire.^[121] Les interventions doivent donc non seulement veiller à dépister le risque de souffrance psychique en lien avec du harcèlement scolaire mais aussi à protéger les adolescents fragiles (en situation de dépression ou de vulnérabilité suicidaire) du risque de victimisation par leurs pairs.

L'association entre le harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus implique deux enjeux en termes de prévention : il est non seulement nécessaire d'être vigilant envers les enfants et adolescents victimes d'abus au domicile car ils sont plus à risque d'être harcelés, mais il est également nécessaire de prêter une attention particulière au harcèlement récurrent car il serait un indicateur potentiel de violence au domicile familial.^[129]

Dans les **facteurs intermédiaires potentiels** entre harcèlement scolaire et antécédent d'abus, nous avons évoqué des difficultés à être en relation avec autrui. Ces difficultés peuvent être sous-tendues par d'éventuels troubles de l'attachement, des angoisses abandonniques, et une sensibilité accrue au

rejet et au regard de l'autre. Le dépistage et la prise en charge précoce de ces difficultés interpersonnelles seraient donc au cœur de la prévention suicidaire.

À ce titre, **plusieurs pistes thérapeutiques** sont envisageables. En plus des thérapies traditionnelles d'inspiration psychodynamique, certaines thérapies traitent spécifiquement des difficultés relationnelles (telles que la thérapie interpersonnelle, la thérapie dialectique comportementale, ou les thérapies cognitivo-comportementales), en particulier pour aborder les symptômes liés aux antécédents d'abus.^[154] D'autres approches sont centrées sur les capacités de résolution de problème et les stratégies de *coping* et permettraient de prévenir le risque suicidaire chez ces jeunes^{[78] [155]} : dans une étude américaine, une thérapie de groupe centrée sur l'apprentissage des émotions réduisait le risque suicidaire de 50%.^[156]

Les facteurs interpersonnels jouent un rôle majeur dans la crise suicidaire à l'adolescence : si la perte ressentie ou réelle du lien social est centrale dans le passage à l'acte, l'existence d'un soutien socio-affectif stable s'impose comme un facteur protecteur.

Le suivi psychologique, par sa fonction de soutien, est à la base de la prévention primaire. En effet, la symptomatologie de l'adolescent, bien que potentiellement grave, peut céder « *avec une remarquable facilité à l'occasion d'une rencontre favorable, avec un thérapeute ou quelqu'un d'autre.* »^[35] L'optimisation d'un réseau de soutien socio-affectif serait donc garant d'une évolution favorable même dans des situations complexes. Plusieurs approches interventionnelles outre-Atlantique aux États-Unis ont montré l'efficacité du lien avec les pairs et l'intégration communautaire sur la prévention du risque suicidaire et sur la recherche d'aide auprès d'adultes.^{[155] [157]}

2. Prévention tertiaire : éviter la récurrence après une crise suicidaire

a) *Maintenir le lien*

Malgré son caractère inquiétant, la crise suicidaire est aussi « *un événement permettant la mise en route d'une prise en charge et de soins.* »^[1] Compte tenu du rôle majeur des événements interpersonnels dans la crise suicidaire à la fois comme facteur de risque et comme facteur protecteur, plusieurs interventions de suivi post-suicidaire sont basées sur le maintien du lien.

Plusieurs travaux internationaux et français ont suggéré l'efficacité de la connexion avec les adultes post-crise suicidaire, telle qu'une étude française^[158] qui utilisait des contacts postaux ou téléphoniques. D'autres études ont montré cette efficacité chez les adolescents par le biais de systèmes de rappel et de maintien d'un lien.^{[27] [159]}

b) Interventions avec des personnes ressources

Au-delà de sa nature de symptôme, la tentative de suicide a souvent été décrite comme un geste relationnel dans la mesure où elle serait adressée à autrui comme une fonction d'appel à l'aide ^[39] et peut représenter une tentative de renouer un lien. ^{[39] [160]} Cette fonction d'appel peut ainsi servir de levier thérapeutique en incitant l'entourage de l'adolescent à se mobiliser et offrir une « solution à un problème relationnel. » ^[145]

Plusieurs protocoles centrés sur l'entourage proche ont été étudiés. Dans une étude américaine récente, une intervention centrée sur des personnes ressources choisies par l'adolescent suicidaire permettait de réduire le taux de récurrence de tentatives de suicide, ainsi que d'améliorer le fonctionnement psychosocial de l'adolescent suicidaire ou suicidant et le recours à ses ressources personnelles. ^[161]

Enfin, notre étude montre une forte prévalence de situations familiales complexes voire pathologiques parmi les adolescents en crise suicidaire, en particulier chez les adolescents harcelés. Il s'agirait donc potentiellement d'une des clés du traitement pour un grand nombre d'adolescents. Cette constatation est en accord avec les observations dans d'autres études ^[72] : certains auteurs décrivent d'ailleurs la crise suicidaire d'un jeune comme un symptôme d'une « crise familiale » car elle signifierait des dysfonctionnements intra-familiaux. ^{[145] [162]}

Ainsi plusieurs travaux ont étudié des protocoles de prévention de récurrence basés sur la **thérapie familiale** dans la prévention de la récurrence. ^{[145] [163]}

Dans l'étude de Oualid et Monroy, le taux de récurrence était nettement inférieur pour les adolescents à qui on avait proposé un protocole de thérapie familiale, même si le protocole n'avait pas eu lieu (4.5% contre 20%). ^[164] La différence résiderait donc dans le fait que la famille ait eu la proposition, et qu'elle ait été impliquée dans la crise suicidaire.

Conclusion

« Je ne crois pas à la valeur des existences séparées. Aucun de nous n'est complet en lui seul. »

Virginia Woolf, *Les Vagues* (1931)

Cette étude ne visait non pas à démontrer le rôle du harcèlement scolaire comme un facteur de risque suicidaire (déjà connu dans la littérature) mais plutôt à étudier les caractéristiques d'adolescents suicidaires et suicidants ayant rapporté un antécédent de harcèlement scolaire, sachant qu'il s'agissait d'un des éléments socio-cliniques avec la plus forte prévalence dans le protocole initial « Bipolarité-Dépression ». Ce que nous montrent les résultats est plus complexe qu'une simple relation de facteur de risque entre harcèlement et comportements suicidaires. Cette association ne serait pas directe, mais potentiellement médiée par certains facteurs environnementaux (les relations avec les pairs et les dynamiques intra-familiales) et individuels (traits de personnalité tels que l'estime de soi, sensibilité au rejet, isolement social). L'analyse du taux de récurrence des adolescents harcelés sur 12 mois (objectif principal) n'a pas montré une différence significative avec celui des adolescents non-harcelés, mais le taux de récurrence restait important (de presque 70%).

Le résultat majeur qui se dégage de notre étude est la relation visible entre le harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus dans l'enfance chez les adolescents en crise suicidaire. Nous pouvons analyser cette relation sous l'angle des traits de personnalité, du fonctionnement psychique, de l'accumulation des facteurs de vulnérabilité, mais surtout sous l'angle du fonctionnement interpersonnel, étudié par la théorie interpersonnelle et plus spécifiquement celle du suicide. La crise suicidaire étant le moment d'effondrement des stratégies de *coping* et des défenses, elle est propice à l'étude de ces facteurs de vulnérabilité du fonctionnement psychique : chez les adolescents harcelés, ces vulnérabilités étaient de type interpersonnel et notamment en lien avec la dynamique et la psychopathologie familiale.

Notre étude n'étant pas initialement conçue dans cet objectif, il serait intéressant d'explorer davantage cette relation entre le harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus dans des travaux futurs, notamment dans la population générale. Cette relation pourrait s'étudier par le biais de plusieurs pistes, telles que l'évaluation des styles d'attachement et l'évaluation des traits de personnalité telles que l'estime de soi.

Enfin, les résultats de cette étude impliquent plusieurs pistes thérapeutiques et préventives, notamment par rapport aux capacités interpersonnelles et le maintien d'un lien social qui demeure, globalement, au cœur de la crise suicidaire.

Bibliographie

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Paris: ANAES; 1998. Disponible sur internet : https://www.has-sante.fr/jcms/c_271908/fr/prise-en-charge-hospitaliere-des-adolescents-apres-une-tentative-de-suicide
2. Olliac B, Benarous X, Revet A, Cohen D, Falissard B, Raynaud J. Life Events: Worries and Suicide Attempts Implications in Adolescents. *Neuropsychiatry*. 2018;08(01). Disponible sur: <http://www.jneuropsychiatry.org/peer-review/life-events-worries-and-suicide-attempts-implications-in-adolescents-12292.html>
3. Paul E. Proximally-occurring life events and the first transition from suicidal ideation to suicide attempt in adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 1 déc 2018;241:499-504.
4. Eisenberger NI, Lieberman MD, Williams KD. Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science*. 2003;302(5643):290.
5. Olié E. Douleur psychologique et exclusion sociale dans les conduites suicidaires. Thèse de doctorat, Biologie Santé. Université Montpellier 1; 2014. [Internet] Disponible sur: <https://ged.biu-montpellier.fr/florabium/jsp/nnt.jsp?nnt=2014MON1T023>.
6. Joiner TE Jr, Brown JS, Wingate LR. The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annu Rev Psychol*. 2005; 56:287-314.
7. Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE. The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. 2010;117(2):575-600.
8. UNESCO. Violence et harcèlement à l'école : rapport sur la situation dans le monde -UNESCO Bibliothèque Numérique ; 2019 [Internet]. Disponible sur : <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000246976>
9. Hugo V. Les Travailleurs de la mer. Bruxelles: Albert Lacroix et Cie; 1866.
10. APA. Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Patients With Suicidal Behaviors. *American Journal of Psychiatry* ; 2004.
11. Observatoire national du suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Paris ; 2018.
12. Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial. Genève: OMS; 2014. https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/
13. INSERM [Internet]. Disponible sur : <https://www.cepidc.inserm.fr/>

-
14. Muriel D, HAS. Tentatives de suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent : prévention, évaluation, prise en charge. 2020 [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/programme_pluriannuel_psy_sante_mentale_2018_2023.pdf
 15. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;53:1155-1162.
 16. World Health Organization Web site. Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. 2002. Available at: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.
 17. TFAH, Trust for America's Health. Pain in the Nation : Education Brief 2017. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.tfah.org/report-details/pain-in-the-nation-education-brief/>
 18. Jans T, Taneli Y, Warnke A. SUICIDE ET COMPORTEMENTS AUTO-AGRESSIFS. IACAPAP. 2012:39
 19. Janssen E, Stanislas S, du Roscoät E. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011. *Bull Epidemiol Hebd*. 2019;(3-4):74-82. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_6.html
 20. OFDT, Santé Publique France. Résultats de l'enquête ESPAD. 2015. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche3-10.pdf>
 21. Bulletin épidémiologique hebdomadaire Santé Publique France 2019 Suicide et tentative de suicides : données nationales et régionales
 22. de Becker E. Comprendre et prendre en charge la tentative de suicide chez l'enfant. *L'information psychiatrique*. 2014;90(2):141-8.
 23. Owens D, Horrocks J, House A. Fatal and non-fatal repetition of self-harm. Systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2002;181:193-9.
 24. De Moore GM, Robertson AR. Suicide in the 18 years after deliberate self-harm, a prospective study. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 1996;169:489-94.
 25. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 2012;60:454-460.
 26. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129-34.
 27. Notredame C-E, Medjkane F, Porte A, Desobry O, Ligier F. Pertinence et expérience des dispositifs de veille et de recontact dans la prévention suicidaire auprès des enfants et des adolescents. *L'Encéphale*. 1 janv 2019;45:S32-4.
 28. Durkheim E. Le suicide. Presse Universitaires de France ; 1897.
 29. Le Breton D. La scène adolescente : les signes d'identité. *Adolescence*. 2005;53(3):587-602.

-
30. Haute Autorité de Santé. Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? [Internet] 2014. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge
31. Breton J-J, Labelle R, Berthiaume C, Royer C, St-Georges M, Ricard D, et al. Protective factors against depression and suicidal behaviour in adolescence. *Can J Psychiatry*. févr 2015;60(2 Suppl 1):S5-15.
32. Garny de la Rivière S, Guilé J-M. Suicide et adolescence, défis d'accès et de prise en charge. *Perspectives Psy*. 2016;55(2):104-9.
33. Braconnier A, Marcelli D. L'adolescence aux mille visages. Paris, Odile Jacob ; 1998.
34. Ladame F, Jeammet P. Introduction. In: La psychiatrie de l'adolescence aujourd'hui Quels adolescents soigner et comment ? Presses Universitaires de France; 1986.
35. Kestemberg E. *L'adolescence à vif*. Paris, PUF ; 1999, p. 215.
36. da Conceição Taborda-Simões M. L'adolescence : une transition, une crise ou un changement ? *Bulletin de psychologie*. 2005;Numéro 479(5):521-34.
37. Erikson E. The problems of ego identity. *Journal of the American psychoanalytic association*, 4, 1956 p. 56-121.
38. Garel P. L'automutilation superficielle à l'adolescence : le corps dans tous ses états. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2008 ; 40(1):227-35.
39. Moron P. Le suicide [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2005. 128 p. (Que sais-je ? ; vol. 7e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-suicide--9782130549468.htm>
40. Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, et al. Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;215:37-48. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.03.035>
41. Mirkovic B, Podlipski MA, Gerardin P. Conduites suicidaires à l'adolescence. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*. 2019;37-216-H-10
42. Michel G, Garcia M, Aubron V, Bernadet S, Salla J, Purper-Ouakil D. Adolescent Mental Health and the Choking Game. *Pediatrics*. févr 2019;143(2):e20173963.
43. Thomas P. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable [éditorial]. *Bull Epidémiol Hebdo* 2019;(3-4):36-7. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/3-4/2019_3-4_0.html
44. Guédeney N, Guédeney A. *L'Attachement : approche théorique* (4e éd.), Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson ; 2016. 376p. Collection « Les âges de la vie ».
45. Marcelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie* (8e éd). Issy-les Moulineaux, France : Elsevier Masson ; 2018. Collection « Les âges de la vie ». 944p.
46. Blos P. The second individuation process of adolescence. in *Psychoanalytic Study of the Child*, 1967, pp.162-186.

-
47. Le Naour R. La question de l'identité et du narcissisme à l'adolescence. *L'information psychiatrique*. 2008;84(2):149-54.
48. Jeammet P. La violence à l'adolescence : une défense identitaire> Violence at adolescence: an identity crisis. 2002;8.
49. Levi-Strauss C. Race et Histoire. UNESCO ; 1973. 85p.
50. Baumeister RF, Leary MR. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychol Bull*. 1995 May;117(3):497-529.
51. Erikson EH. *Adolescence et crise : la quête de l'identité* [1968]. Paris : Flammarion, 1972.
52. Bateson G. Le moral des nations et le caractère national. [1942]. In : *Vers une écologie de l'esprit* [1972], Tome I, Seuil, 1977.
53. Descombes V. Les embarras de l'identité. *L'information psychiatrique*. 2015;91(1):61-5.
54. Le Breton D. In Chavaroche B, Chobeaux F. Entretien avec David Le Breton. *VST - Vie sociale et traitements*. 2008;99(3):46-52.
55. Jung CG. *Aïon. Études sur la phénoménologie du Soi*. Paris : Albin Michel ; 1951.
56. Fontaine R. Comprendre le harcèlement pour mieux le prévenir. *Enfance*. 2018;3(3):393-406.
57. Piaget J. La coopération et le développement de la notion de justice. In J. Piaget (Ed.) *Le Jugement moral chez l'enfant* (pp. 157-260). Neuchâtel : Delachaux & Niestlé, 1932.
58. Wallon H. Les étapes de la sociabilité chez l'enfant. *Enfance*. 1959;12(3-4):309-323.
59. Kindelberger C. La socialisation parmi les pairs comme facteur de développement. *Enfance*. 2018;3(3):455-69.
60. Pasquier D. *Cultures lycéennes. La tyrannie de la majorité*. Paris : Autrement, 2005, 183 p.
61. Balleys C, Poglia Mileti F, Glevarec H. « Je t'aime plus que tout au monde »: d'amitiés en amours, les processus de socialisation entre pairs adolescents.
62. Leroux Y. *Adolescence et réseaux sociaux. Un point de vue psychodynamique*. 2016.
63. Catheline N. Harcèlements en milieu scolaire. *Enfances & Psy*. 2009;45(4):82.
64. Pannetier T, Essadek A, Shadili G. Virtuel, écrans et adolescents. *Revue de l'enfance et de l'adolescence*. 2017;95(1):99.
65. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press; 2015.
66. Ladame F. Narcissisme, dépression et suicide à l'adolescence. *Perspectives Psy*. 2009;48(1):61-5.
67. Lachance J. L'adolescence hypermoderne à l'heure de l'accélération sociale. In: *@ la recherche du temps* [Internet]. Toulouse: ERES; 2018. p. 295-307. (Sociologie clinique). Disponible sur: <https://www.cairn.info/a-la-recherche-du-temps--9782749261768-p-295.htm>
68. Grünenfelder-Steiger AE, Harris MA, Fend HA. Subjective and objective peer approval evaluations and self-esteem development: A test of reciprocal, prospective, and long-term effects. *Developmental Psychology*. 2016;52(10), 1563-1577.

-
69. Leary MR. Sociometer theory and the pursuit of relational value: Getting to the root of self-esteem. *European Review of Social Psychology*. 2005;16(1),75-111.
70. Gould MS, Fisher P, Parides M, et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch. Gen. Psychiatry*. 1996;53(12):1155-1162.
71. Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ. Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychol Med*. 2000;30(1) :23-39.
72. Dieserud G, Gerhardsen RM, Van den Weghe H, Corbett K. Adolescent Suicide Attempts in Bærum, Norway, 1984–2006. *Crisis*. 1 sept 2010;31(5):255-64.
73. Liu RT, Miller I. Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. 1 avr 2014;34(3):181-92.
74. Blaya C. Le cyberharcèlement chez les jeunes. *Enfance*, 2018/3 (N°3), p. 421-439. DOI : 10.3917/enf2.183.0421.
75. Whitlock J, Wyman PA, Moore SR. Connectedness and suicide prevention in adolescents: pathways and implications. *Suicide Life Threat Behav* 2014;44:246–72.
76. Davidson CA, Willner CJ, van Noordt SJR, Banz BC, Wu J, Kenney JG, et al. One-Month Stability of Cyberball Post-Exclusion Ostracism Distress in Adolescents. *J Psychopathol Behav Assess*. sept 2019;41(3):400-8.
77. Leenaars A, De Wilde EJ, Wenckstern S, Kral M. Suicide Notes of Adolescents: A Life-span Comparison. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*. 1 janv 2001;33:47-57.
78. Annor F, Zwald M, Wilkinson A, Friedrichs M, Fondario A, Dunn A, et al. Characteristics of and Precipitating Circumstances Surrounding Suicide Among Persons Aged 10-17 Years - Utah, 2011-2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2018;67:329-32.
79. Klonsky ED, May AM. Differentiating suicide attempters from suicide ideators: a critical frontier for suicidology research. *Suicide Life Threat Behav*. 2014;44(1):1-5. doi:10.1111/sltb.12068
80. Périssé D. Conduites suicidaires à l'adolescence. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Traité de médecine Akos*. 2009;7-0352.
81. Van Orden KA, Witte TK, Gordon KH, Bender TW, Joiner TE, Jr. Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *J Consult Clin Psychol*. 2008; 76:72-83.
82. Joiner TE, Jr., Van Orden KA, Witte TK, Selby EA, Ribeiro JD, Lewis R, et al. Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118:634-46.
83. Stewart SM, Eaddy M, Horton SE, Hughes J, Kennard B. The Validity of the Interpersonal Theory of Suicide in Adolescence: A Review. *J Clin Child Adolesc Psychol*. juin 2017;46(3):437-49.

-
84. Woznica JG, Shapiro JR. An Analysis of Adolescent Suicide Attempts: The Expendable Child¹. *Journal of Pediatric Psychology*. 1 déc 1990;15(6):789-96.
85. Eisenberger NI. The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain. *Nat Rev Neurosci*. 2012; 13:421-34.
86. Shneidman E. Suicide as psychache. *J Nerv Ment Dis*. 1993; 181:145-7.
87. Twenge JM. Generational differences in mental health: are children and adolescents suffering more, or less? *Am J Orthopsychiatry*. 2011; 81:469-72
88. Masten CL, Eisenberger NI, Borofsky LA, McNealy K, Pfeifer JH, Dapretto M. Subgenual anterior cingulate responses to peer rejection: A marker of adolescents' risk for depression. *Dev Psychopathol*. févr 2011;23(1):283-92.
89. Leenaars A. *Suicide notes*. New York: Human Sciences Press; 1988.
90. Baumeister RF. Suicide as escape from self. *Psychol Rev*. 1990; 97:90-113.
91. Minuchin S, Rosman BL et al. *Psychosomatic Families. Anorexia Nervosa in Context*, Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1978.
92. Bernabé J. L'anorexie mentale : un rite de passage. *Communication Information Médias Théories*. 1984;6(2):126-38.
93. Ladame F, Ottino J. Les paradoxes du suicide. In: *Clinique de la honte*. 1993. p. 125-36. (Adolescence; vol. 11).
94. Bernanke J, Stanley B, Oquendo M. Toward fine-grained phenotyping of suicidal behavior: the role of suicidal subtypes. *Mol Psychiatry*. août 2017;22(8):1080-1.
95. van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. Childhood origin of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*. 1991;148, 1665-1671.
96. Olweus D. 13. Bullying Among School Children. In: *Health Hazards in Adolescence*. 1990. p. 259-98.
97. Smith PK, Cowie H, Olafsson RF, Liefoghe APD, Almeida A, Araki H, et al. Definitions of bullying: a comparison of terms used, and age and gender differences, in a fourteen-country international comparison. *Child Dev*. 2002;73(4):1119-33.
98. UNICEF. En France : le harcèlement scolaire. 2012. [En ligne] https://www.unicef.fr/sites/default/files/userfiles/06_HARCELEMENT_SCOLAIRE_EN_FRANCE.pdf
99. Zarate-Garza P, Biggs B, Croarkin P, Morath B, Leffler J, Cuellar-Barboza A, et al. How Well Do We Understand the Long-Term Health Implications of Childhood Bullying? *Harvard Review of Psychiatry*. 2017;25:89-95.
100. Barzilay S, Brunstein Klomek A, Apter A, Carli V, Wasserman C, Hadlaczky G, et al. Bullying Victimization and Suicide Ideation and Behavior Among Adolescents in Europe: A 10-Country Study. *Journal of Adolescent Health*. 2017;61(2):179-86.

-
101. Hellström L, Persson L, Hagquist C. Understanding and defining bullying – adolescents' own views. *Archives of Public Health* [Internet]. déc 2015 [cité 9 août 2019];73(1). Disponible sur: <https://archpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/2049-3258-73-4>
102. Oz A. *Soudain dans la forêt profonde*. Paris: Gallimard. 2006. 117 p.
103. Olweus D. *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys*. Washington, DC : Hemisphere Press (Wiley). 1978.
104. Olweus D. *Violences entre élèves, harcèlements et brutalités. Les faits, les solutions*, Paris : ESF. 1999.
105. Fink E, Begeer S, Peterson CC, Slaughter V, de Rosnay M. Friendlessness and theory of mind: A prospective longitudinal study. *British Journal of Developmental Psychology*. 2015;33(1), 1-17.
106. Williams KD. Ostracism. *Annu Rev Psychol*. 2007; 58:425-52.
107. Twenge JM, Baumeister RF, DeWall CN, Ciarocco NJ, Bartels JM. Social exclusion decreases prosocial behavior. *J Pers Soc Psychol*. 2007; 92:56-66.
108. Buckley KE, Winkel RE, Leary MR. Reactions to acceptance and rejection: Effects of level and sequence of relational evaluation. *Journal of Experimental Social Psychology*. 2004; 40:14-28.
109. Ettekal I, Ladd GW. Developmental pathways from childhood aggression-disruptiveness, chronic peer rejection, and deviant friendships to early-adolescent rule breaking. *Child Development*. 2015;86(2), 614-631.
110. Reavis RD, Donohue LJ, Upchurch MC. Friendship, negative peer experiences, and daily positive and negative mood. *Social Development*. 2015;24(4), 833-851.
111. Scholte R, Engels R, Overbeek G, Kemp R, Haselager G. Stability in Bullying and Victimization and its Association with Social Adjustment in Childhood and Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2007;35, 217-228.
112. Lodge J, Feldman S. Avoidant coping as a mediator between appearance-related victimization and self-esteem in young Australian. *British Journal of Developmental Psychology*. 2007;25, 633-642.
113. Hodges EV, Malone MJ, Perry DG. Individual risk and social risk as interacting determinants of victimization in the peer group. *Developmental Psychology*. 1997;33, 1032-1039.
114. Holt M, Espelage D. Peer victimization among adolescents: A preliminary perspective on the occurrence of sexual harassment, dating violence, and bullying victimization. *In* K. Kendall, S. Giacomini (Eds.), *Victimization of children and youth: Patterns of abuse, response strategy*. Kingston, NJ : Civic Research Institute. 2005;13-16.
115. Ma L, Phelps E, Lerner JV, Lerner RM. The development of academic competence among adolescents who bully and who are bullied. *Journal of Applied Developmental Psychology*. sept 2009;30(5):628-44.

-
116. Chi En Kwan G, Skoric M. Facebook bullying: An extension of battles in school. 2013;29:16-25.
117. Geoffroy M-C, Boivin M, Arseneault L, Renaud J, Perret L, Turecki G, et al. Childhood trajectories of peer victimization and prediction of mental health outcomes in midadolescence: a longitudinal population-based study. *Canadian Medical Association journal*. 1 sept 2017;190.
118. Jollant F, Guillaume S, Jaussent I, Castelnaud D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord*. 2007;99(1-3):59-62. doi:10.1016/j.jad.2006.07.022
119. Lacadée P, *In* Les nouvelles angoisses de l'enfant et l'adolescent. Conférence 2019. [En ligne] Disponible sur : https://www.franceculture.fr/conferences/bibliotheque-publique-dinformation/les-nouvelles-formes-de-langoisse-chez-lenfant-et-ladolescent?utm_medium=Social&utm_source=Facebook&fbclid=IwAR1uBErCqOEqa1cUuuHdQ_5r_hTLcotfjvEIapgaxO67jpS7mTzTqOlABo#Echobox=1572363876
120. Klomek AB, Sourander A, Niemelä S, Kumpulainen K, Piha J, Tamminen T, Almqvist F, Gould MS. Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009;48(3):254-261.
121. Brunstein Klomek A, Barzilay S, Apter A, Carli V, Hoven CW, Sarchiapone M, et al. Bi-directional longitudinal associations between different types of bullying victimization, suicide ideation/attempts, and depression among a large sample of European adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019;60(2):209-15.
122. Klomek AB, Kleinman M, Altschuler E, Marrocco F, Amakawa L, Gould MS. High School Bullying as a Risk for Later Depression and Suicidality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2011;41(5):501-16.
123. HAS, Haute Autorité de Santé. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la prise en charge hospitalière des personnes ayant fait une tentative de suicide 2006. [En ligne] Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/tsu_-_rapport_final.pdf
124. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents. [En ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
125. London School of Economics and Political Science. EU Kids Online 2020. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.lse.ac.uk/media-and-communications/research/researchprojects/eu-kids-online/eu-kids-online-2020/home.aspx> Consult. le 27 f.vrier 2020.
126. Vergara GA, Stewart JG, Cosby EA, Lincoln SH, Auerbach RP. Non-Suicidal self-injury and suicide in depressed Adolescents: Impact of peer victimization and bullying. *J Affect Disord*. 15 2019;245:744-9.
127. Juvonen J, Graham S, Schuster MA. Bullying among young adolescents: the strong, the weak, and the troubled. *Pediatrics*. 2003 Dec;112(6 Pt 1):1231-7. doi: 10.1542/peds.112.6.1231. PMID: 14654590.

-
128. Meehan J, Kapur N, Hunt IM, et al. Suicide in mental health in-patients and within 3 months of discharge National clinical survey. *Br J Psychiatry* 2006;188:129–34.
129. Lucas S, Jernbro C, Tindberg Y, Janson S. Bully, bullied and abused. Associations between violence at home and bullying in childhood. *Scand J Public Health*. févr 2016;44(1):27-35.
130. Buch-Frohlich A, Paradis A, Hébert M, Cyr M, Frappier J-Y. Bullying and sexual harassment as predictors of suicidality in sexually abused adolescent girls. 3 oct 2019;
131. APA, American Psychological Association. Trauma and Shock. [En ligne]. Disponible sur : <https://www.apa.org/topics/trauma>
132. Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris : PUF, 1951.
133. Bokanowski T. Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*. 2010 ;1(16):9-27.
134. Chidiac N. Ateliers d'écriture thérapeutiques. Elsevier Masson; 2010.
135. Spinazzola J, Cook A, Ford J, Lanktree C, Blaustein M, Cloitre M, et al. Complex Trauma in Children and Adolescents. *Psychiatric Annals*. 1 mai 2005;35:390-8.
136. Knox J. La peur d'aimer. Le déni de soi dans les relations. *Cahiers jungiens de psychanalyse*. 2009;130(3):63-84.
137. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*. 1 mai 1998;14(4):245-58.
138. De Venter M, Demyttenaere K, Bruffaerts R. The relationship between adverse childhood experiences and mental health in adulthood. A systematic literature review. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 18 avr 2013;55:259-68.
139. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1 janv 2020;141(1):6-20.
140. Van der Hart O, Nijenhuis E, Steele K, Brown D. Trauma-Related Dissociation: Conceptual Clarity Lost and Found. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*. 2004;38:906-14.
141. Fisher J. The Treatment of Structural Dissociation in Chronically Traumatized Patients. :35. In Anstorp & Benum (in press). *Trauma treatment in practice: complex trauma and dissociation*. Oslo: Universitetsforlaget
142. Dickson DJ, Laursen B, Valdes O, Stattin H. Derisive Parenting Fosters Dysregulated Anger in Adolescent Children and Subsequent Difficulties with Peers. *J Youth Adolescence*. 1 août 2019;48(8):1567-79.

-
143. Cook EC, Buehler C, Fletcher AC. A process model of parenting and adolescents' friendship competence. *Social Development*. 2012;21(3): 461-481.
144. Fransson M, Granqvist P, Marciszko C, Hagekull B, Bohlin G. Is middle childhood attachment related to social functioning in young adulthood? *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016;57(2):108-116.
145. Vallée D. Tentative de suicide et suicide, les tragédies de l'adolescence. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2008;40(1):237-52.
146. Harms MB, Casement MD, Teoh JY, Ruiz S, Scott H, Wedan R, et al. Adolescent suicide attempts and ideation are linked to brain function during peer interactions. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 30 juill 2019;289:1-9.
147. Jollant F, Guillaume S, Jausse I, Castelnaud D, Malafosse A, Courtet P. Impaired decision-making in suicide attempters may increase the risk of problems in affective relationships. *J Affect Disord*. 2007; 99:59-62.
148. Olié E, Ding Y, Le Bars E, de Champfleury NM, Mura T, Bonafé A, Courtet P, Jollant F. Processing of decision-making and social threat in patients with history of suicidal attempt: A neuroimaging replication study. *Psychiatry Res*. 2015;234(3):369-377.
149. Ehnvall A, Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Malhi G. Perception of rejecting and neglectful parenting in childhood relates to lifetime suicide attempts for females--but not for males. *Acta Psychiatr Scand*. 2008; 117:50-6.
150. Mirkovic B, Podlipski MA, Gerardin P. Conduites suicidaires à l'adolescence. *Encycl Méd Chir Psychiatrie*. 2019;37-216-H-10
151. ANAES. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Paris : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). 2000.
152. Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people : a systematic review : help-seeking for suicidal thoughts and self-harm. *Suicide Life Treat Behav* 2012;42(5):507–24.
153. Ligier F, Guillemin F, Angot C, et al. Recurrence of suicide attempt in adolescents lost to contact early by clinicians : the 10-year REPEATERS cohort of French adolescents. *J Adolesc* 2015;43:111–8.
154. van der Sande R, Buskens E, Allart E, van der Graaf Y, van Engeland H. Psychosocial intervention following suicide attempt : a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:43-50.
155. Stone DM, Holland KM, Bartholow B, Crosby AE, Davis S, Wilkins N. Preventing suicide: a technical package of policies, programs, and practices. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. Disponible sur : <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/suicideTechnicalPackage.pdf> pdf icon

-
156. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, et al. School-based suicide prevention programmes: The SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet*. 2014;385(9977):1536-1544.
157. Wyman PA, Brown CH, LoMurray M, et al. An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. *Am J Public Health*. 2010;100(9):1653-1661.
158. Vaiva G, Walter M, Al Arab AS, et al. ALGOS: the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry* 2011;11:1.
159. Czyz EK, Liu Z, King CA. Social Connectedness and One-Year Trajectories Among Suicidal Adolescents Following Psychiatric Hospitalization. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 1 mars 2012;41(2):214-26.
160. Morissette P. Hypothèse sur le comportement suicidaire en tant que communication interpersonnelle. *SMQ*. 5 juin 2006;12(1):14-9.
161. King CA, Arango A, Kramer A, et al. Association of the Youth-Nominated Support Team Intervention for Suicidal Adolescents With 11- to 14-Year Mortality Outcomes: Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(5):492-498.
162. Gutstein SE. Adolescent Suicide: The Loss of Reconciliation. In Walsh F. & McGoldrick M. (eds.) : *Living beyond loss - Death in the Family*. New York : W. W. Norton & Company. 1991.
163. Fontaine L. *Thérapie familiale de l'adolescent suicidant, perspectives théoriques et cliniques: à partir de 2 thérapies* [Thèse de médecine]. [Paris]: Université Paris Descartes; 2018.
164. Oualid J-C, Monroy M. La tentative de suicide : une urgence familiale. *Psychologie Médicale*. 1986;18(6) : 927-928.

Annexes

Annexe 1: Critères diagnostiques du « Trouble Conduites Suicidaires »	89
Annexe 2 : Protocole de l'étude « Bipolarité – dépression chez l'enfant et l'adolescent suicidant : mieux diagnostiquer pour prévenir la récurrence »	90
Annexe 3 : MINI-Kid DSM-IV (version 2000)	94
Annexe 4 : KIDDIE-SADS-PL section trouble de l'humeur DSM-5 (version 2013)	95
Annexe 5 : Index des figures	96
Annexe 6 : Index des tableaux	96

Annexe 1: Critères diagnostiques du « Trouble Conduites Suicidaires »

A – Durant les 24 derniers mois, l'individu a fait une tentative de suicide.

Note : Une tentative de suicide est une séquence comportementale auto-initiée par un individu qui, au moment de l'initiation, s'attend à ce que l'issue de ses actions le conduise à sa propre mort. Le « moment de l'initiation » est le moment où un comportement impliquant l'application de la méthode a lieu.

B – L'acte ne répond pas aux critères pour un comportement auto-dommageable non suicidaire – c'est-à-dire que ceci ne concerne pas un comportement auto-infligé dirigé à la surface du corps dans le but d'induire le soulagement d'un état cognitif/affectif ou d'aboutir à un état thymique agréable.

C - Le diagnostic ne s'applique pas aux idées suicidaires ou à la préparation de l'acte suicidaire.

D – L'acte n'a pas été initié durant un état confusionnel.

E – L'acte n'a pas été mis en place seulement pour un objectif politique ou religieux.

Annexe 2 : Protocole de l'étude « Bipolarité – dépression chez l'enfant et l'adolescent suicidant : mieux diagnostiquer pour prévenir la récurrence »

Déclaration CNIL 26/02/2016 N° : 1934196 v 0

Avis favorable CPP Sud Méditerranée V le 27/06/2017

Amendements 1 et 2 : 27/06/2017 et 26/11/2018

N° interne : 16-HPNCL-01

N° ID RCB : 2016-A00219-42

Gestionnaire de la recherche : Fondation LENVAL

Médecin Responsable de la recherche : Dr DUGAND Nathalie

1) Hypothèse :

Le diagnostic de trouble bipolaire et de trouble dépressif à l'adolescence est complexe et probablement sous-évalué. Il s'agit d'un facteur de risque de conduites suicidaires ; et les conduites suicidaires associés aux troubles de l'humeur sont plus graves et de mauvais pronostic. Mieux diagnostiquer ces troubles est alors un enjeu thérapeutique et pronostic pour les patients en pédopsychiatrie.

2) Objectifs :

PRINCIPAL

Décrire le nombre de diagnostic de trouble de l'humeur et de trouble dépressif comorbides des conduites suicidaires, selon les critères diagnostiques du DSM-5

SECONDAIRES

- a) Comparaison des taux de récurrences de tentative de suicide à 6 mois et 12 mois entre les sujets selon leur diagnostic DSM
- b) Mettre en évidence des facteurs de risques ou de vulnérabilité spécifique aux troubles de l'humeur (bipolaire / dépressif)
- c) Comparer les évaluations diagnostiques de terrain (CIM-10) aux évaluations diagnostiques standardisées de recherche (DSM)

3) Matériels et Méthode :

Étude interventionnelle de soins courants, prospective, sur une population pédiatrique de patients suicidants et suicidaires hospitalisés aux HPNCL.

Équipe : Dr DUGAND Nathalie, Investigateur principal et TORRES Catherine, neuropsychologue.

Sélection des patients de manière consécutive et inclusion dans les 48heure suivant l'hospitalisation aux HPNCL pour tentative de suicide ou crise suicidaire.

CRITERES D'INCLUSIONS	Oui	Non
Age > 6 ans et ≤ 18 ans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tentative de suicide Ou / Idéations suicidaires sévères / crise suicidaire*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Francophone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature d'un consentement éclairé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Affiliation ou bénéficiaire de la sécurité sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CRITERES DE NON-INCLUSION	Oui	Non
Non francophone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parent(s) non francophone(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Refus ou impossibilité de réaliser la K-SADS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Femme enceinte ou en cours d'allaitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patient incapable de coopérer pendant toute la durée de l'étude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suivis des patients sur 12 mois avec 3 visites :

- Visite 0 : d'inclusion
- Visite 1 : à 6 mois
- Visite 2 : à 12 mois

Description de la population initiale : caractéristiques cliniques et socio démographiques.

Evaluation standardisée DSM des diagnostics à l'inclusion et à la V2 avec la KIDDIE-SADS 2013 adaptée au DSM-5 pour les diagnostics de trouble de l'humeur ; et la KIDDIE-SADS 2004 adaptée au DSM-IV-R pour les autres diagnostics ; après dépistage par la MINI KIDDIE.

Evaluations dimensionnelles des troubles de l'humeur et de l'impulsivité avec les échelles CDRS – YMRS – ADRS – BIS11 à V0, V1, V2.

Evaluation du fonctionnement global avec l'échelle S-GAS à V0, V1, V2.

Échelles de dépression ADRS (Adolescent Depression Risk Scale) pour les 12-18 ans :

Réalisée en auto-questionnaire et en hétéro-questionnaire.

Objectif de recherche d'un épisode dépressif caractérisé chez un adolescent.

En auto-questionnaire, un score supérieur ou égal à 4 indique un épisode dépressif caractérisé. En hétéro-questionnaire, un score supérieur ou égal à 15 indique un épisode dépressif caractérisé.

Échelle de manie YMRS (Young Mania Risk Scale) (Young et al, 1978) :

Réalisée en auto-questionnaire.

Objectif de recherche de symptômes hypomanes ou maniaques regroupés en plusieurs facteurs :

- l'apparence, l'euphorie, l'intérêt sexuel, les troubles du sommeil
- le comportement agressif, l'irritabilité, le manque d'insight
- facteur structure : symptomatologie psychotique ou perturbation de la pensée

Normes : un score strictement inférieur à 6 indique une euthymie, un score supérieur ou égal à 6 indique une hypomanie, et un score supérieur ou égal à 10 indique une manie.

Échelle de fonctionnement global C-GAS (Shaffer et al, 1983) :

Réalisée en hétéro-questionnaire.

Objectif d'évaluation du fonctionnement global d'un enfant ou d'un adolescent (social et scolaire, domicile, école, pairs), surtout sur les deux dernières semaines. Elle mesure l'intensité d'un trouble d'adaptation sociale.

Cotation de 0 à 100 par tranches de 10 points.

Normes : un score supérieur à 70 indique un bon fonctionnement tandis qu'un score de 50 et moins indique un fonctionnement altéré.

Échelle d'impulsivité BIS-11 (Barratt Impulsivity Scale – version 11) :

Réalisée en hétéro-questionnaire.

Normes : un score supérieur ou égal à 75 indique une impulsivité.

Aspect multidimensionnel avec une structure en trois facteurs (ou 3 types d'impulsivité) (Patton et al., 1995) : motrice, attentionnelle ou cognitive, et non-planification.

Échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck en cas de TS :

Réalisée en hétéro-questionnaire.

Objectif : évaluation de l'intentionnalité létale d'un passage à l'acte suicidaire.

Normes : un score de 0 à 3 inclus indique une intentionnalité faible, un score entre 4 et 10 inclus indique une intentionnalité moyenne, et un score entre 11 et 25 indique une intentionnalité élevée.

Échelles diagnostiques DSM

- MINI-Kid (ou MINI-KIDDIE) version 2000, version parent, version enfant, version vie entière, en dépistage et exploration si dépistage positif pour certains troubles : diagnostics psychiatriques DSM-IV.
- KIDDIE-SADS-PL section 2004 adaptée au DSM-IV-R (version française validée) et section trouble de l'humeur de la K-SADS-PL adaptée au DSM-5 (version 2013), version parent, version enfant, version vie entière.

4) Fondation de France :

Cette étude s'intègre dans un appel à projet de la FONDATION de France sur le *Programme Santé Jeunes* « Réduire le risque suicidaire chez les jeunes en situation de grande vulnérabilité » déposé le 01/09/2015 et accepté le 3/12/2015 (N° enregistrement Fondation de France : 00061943).

Etude pilote antérieure intégrée dans un travail de thèse de médecine et publiée dans l'Encéphale en 2017: *Dugand, N et al. Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent et bipolarité. Encéphale (2017).*

Annexe 3 : MINI-Kid DSM-IV (version 2000)

- Épisode dépressif caractérisé
- Dysthymie
- Risque suicidaire
- Manie ou hypomanie
- Trouble panique
- Agoraphobie
- Phobie sociale
- Trouble anxiété de séparation
- Trouble obsessionnel compulsif
- État de stress post-traumatique
- Anorexie mentale
- Anxiété généralisée
- Substances : nicotine (dépendance), alcool (dépendance ou abus), drogues (dépendance ou abus)
- Tics et Gilles de la Tourette
- Psychose
- Trouble des conduites
- Trouble oppositionnel
- Trouble de l'attention/hyperactivité

Annexe 4 : KIDDIE-SADS-PL section trouble de l'humeur DSM-5 (version 2013)

Dépression :

- EDC
- EDC avec traits psychotiques
- Trouble schizo-affectif
- Trouble dépressif non spécifié
- Trouble de l'ajustement avec humeur dépressive
- EDC avec traits mélancoliques
- Critères d'un motif saisonnier
- Dépression atypique

Dépression persistante / dysthymie :

- Dysthymie
- Dépression persistante de type I
- Dépression persistante de type II

Manie/hypomanie :

- Épisode maniaque
- Épisode hypomaniaque
- Épisode mixte
- TBP type I : épisode hypomaniaque le plus récent
- TBP type I : épisode maniaque le plus récent
- TBP type I : épisode dépressif le plus récent
- TBP type I : épisode mixte le plus récent
- TBP type I avec psychose
- TBP type II
- TBP type II avec psychose
- TBP non spécifié
- Cyclothymie (6 critères)
- Trouble schizo-affectif de type bipolaire
- Trouble de l'humeur induit par la médication
- Trouble de l'humeur induit par l'abus de substance
- Trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle (11 critères)

Annexe 5 : Index des figures

Figure 1 : Théorie interpersonnelle du suicide selon le site du ministère de la défense nationale au Canada pour le Plan d'Action pour la prévention du suicide	28
Figure 2 : Sous-types de phénotypes suicidaires selon la personnalité (Bernanke et al, 2017)	31
Figure 3 : Diagramme de flux de l'étude initiale « Bipolarité-Dépression »	42
Figure 4 : Suite du diagramme de flux avec taux de suivi et de perdus de vue	44
Figure 5 : Courbe de survie globale sur 12 mois	45
Figure 6 : Répartition des diagnostics psychiatriques à l'inclusion selon harcèlement ou non	51
Figure 7 : Résumé des caractéristiques des harcelés à l'inclusion	56
Figure 8 : Courbe de survie selon antécédent ou non de harcèlement	58
Figure 9 : Courbe de survie sur 12 mois selon harcèlement scolaire actuel ou passé	59
Figure 10 : Répartition des diagnostics des harcelés selon récurrence ou non à 12 mois	61
Figure 11 : Catégories de conséquences du trauma complexe (NCTSN, 2005)	69

Annexe 6 : Index des tableaux

Tableau 1 : Types de harcèlement scolaire (HS) à l'inclusion	46
Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques à l'inclusion	47
Tableau 3 : Proportion d'adolescents ayant identifié le harcèlement scolaire comme facteur déclenchant de leur crise suicidaire à l'inclusion	48
Tableau 4 : Type de crise suicidaire à l'inclusion selon antécédent et type de harcèlement scolaire	49
Tableau 5 : Antécédents traumatiques selon harcèlement ou non	50
Tableau 6 : Résultats aux échelles dimensionnelles à l'inclusion	51
Tableau 7 : Facteurs déclenchants interpersonnels de la crise suicidaire	53
Tableau 8 : Facteurs de vulnérabilité interpersonnels	54
Tableau 9 : Caractéristiques psychologiques à l'inclusion	55
Tableau 10 : Taux de récurrence à 6 et 12 mois	57
Tableau 11 : Taux de récurrence selon harcèlement passé ou actuel à T0	58
Tableau 12 : Comparaison du taux de récurrence sur 12 mois entre harcèlement scolaire et antécédents d'abus	60
Tableau 13 : Taux de récurrence de crise suicidaire sur 12 mois en cas d'association harcèlement scolaire et antécédents d'abus	60
Tableau 14 : Taux de suivi à 6 et 12 mois	62
Tableau 15 : Taux de suivi à 6 et 12 mois selon antécédents traumatiques et antécédent de harcèlement	63
	96

Serment d'Hippocrate

Version du serment adoptée par la World Medical Association (WMA) à Genève en Septembre 1948, dernière révision à la WMA à Chicago, États-Unis d'Amérique en Octobre 2017.

En anglais :

AS A MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:

I SOLEMNLY PLEDGE to dedicate my life to the service of humanity;

THE HEALTH AND WELL-BEING OF MY PATIENT will be my first consideration;

I WILL RESPECT the autonomy and dignity of my patient;

I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life;

I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing, or any other factor to intervene between my duty and my patient;

I WILL RESPECT the secrets that are confided in me, even after the patient has died;

I WILL PRACTICE my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice;

I WILL FOSTER the honor and noble traditions of the medical profession;

I WILL GIVE to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due;

I WILL SHARE my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare;

I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard;

I WILL NOT USE my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;

I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely, and upon my honor.

En français :

En qualité de membre de la profession médicale :

Je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité ;

Je considérerai la santé et le bien-être de mon patient comme ma priorité ;

Je respecterai l'autonomie et la dignité de mon patient ;

Je veillerai au respect absolu de la vie humaine ;

Je ne permettrai pas que des considérations d'âge, de maladie ou d'infirmité, de croyance, d'origine ethnique, de genre, de nationalité, d'affiliation politique, de race, d'orientation sexuelle, de statut social ou tout autre facteur s'interposent entre mon devoir et mon patient ;

Je respecterai les secrets qui me seront confiés, même après la mort de mon patient ;

J'exercerai ma profession avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales ;

Je perpétuerai l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale ;

Je témoignerai à mes professeurs, à mes collègues et à mes étudiants le respect et la reconnaissance qui leur sont dus ;

Je partagerai mes connaissances médicales au bénéfice du patient et pour les progrès des soins de santé ;

Je veillerai à ma propre santé, à mon bien-être et au maintien de ma formation afin de prodiguer des soins irréprochables ;

Je n'utiliserai pas mes connaissances médicales pour enfreindre les droits humains et les libertés civiques, même sous la contrainte ;

Je fais ces promesses sur mon honneur, solennellement, librement.

Résumé

INTRODUCTION – La perte du lien social joue un rôle majeur dans les troubles psychiques des adolescents, en particulier dans la crise suicidaire, ce qui est soutenu par les travaux sur l'exclusion sociale et la théorie interpersonnelle du suicide. À l'adolescence, une situation fréquente d'exclusion et de perte du lien social est le harcèlement scolaire (un tiers des adolescents selon l'UNESCO) qui a des conséquences potentiellement graves.

OBJECTIFS – Cette étude vise à comparer le taux de récurrence suicidaire entre les adolescents ayant subi du harcèlement scolaire et les adolescents non-harcelés et à mettre en évidence des facteurs de vulnérabilité spécifiques aux adolescents harcelés par leurs pairs.

MÉTHODE – Cette étude s'intègre dans une étude initiale menée sur une population pédiatrique hospitalisée pour une crise suicidaire en service de médecine pédiatrique des hôpitaux de Nice. Il s'agit d'une étude de cohorte prospective et longitudinale sur 12 mois comprenant des évaluations sociodémographiques, cliniques, dimensionnelles et diagnostiques.

RÉSULTATS – L'analyse descriptive des adolescents harcelés à l'inclusion a montré une association significative ($p \leq 0.05$) entre l'antécédent de harcèlement scolaire et l'antécédent d'abus dans l'enfance. L'analyse qualitative des discours des adolescents et de leur famille a également montré plusieurs caractéristiques psychologiques spécifiques aux adolescents harcelés tels que le vécu abandonnique, la faible estime de soi et la sensibilité au rejet. Bien que similaire à celui des adolescents non-harcelés, le taux de récurrence des adolescents était élevé et semblait refléter le taux de récurrence des adolescents avec antécédent d'abus. Enfin, un résultat non attendu dans l'analyse était la qualité du taux de suivi sur 12 mois qui était deux fois plus important chez les adolescents harcelés.

DISCUSSION – L'association retrouvée entre harcèlement scolaire et abus dans l'enfance ainsi que le rôle constaté des facteurs interpersonnels offrent plusieurs pistes thérapeutiques et préventives du risque suicidaire, notamment celles qui sont basées sur le maintien du lien social et celles basées sur les relations interpersonnelles. Il serait intéressant d'explorer davantage cette association entre harcèlement scolaire et abus dans l'enfance dans la population générale afin de compléter les résultats de cette étude.

Mots-clés : adolescents, tentative de suicide, suicide, harcèlement, trauma, relations.

Abstract

INTRODUCTION – Loss of social connection is strongly involved in adolescent mental health issues, especially in suicidality, which is backed up by studies on social exclusion and the interpersonal theory of suicide. A common occurrence of social exclusion and loss of social connection in adolescent years is bullying (one third of adolescents according to UNESCO), which has potentially severe consequences.

OBJECTIVES – This study aims to compare suicide relapse rates between bullied adolescents and non-bullied adolescents as well as highlight some interpersonal vulnerability factors specific to bullying victims.

METHODS – This study is based on an initial protocol which was conducted on inpatient adolescent participants who were admitted to a pediatric ward unit for suicidal ideation or attempts at the Children’s Hospital in Nice. It is a prospective and longitudinal study over a 12-month span that includes sociodemographic, clinical, dimensional and diagnostic evaluations.

RESULTS – Description of bullied adolescents upon inclusion showed a statistically significant association ($p \leq 0.05$) between bullying and personal childhood abuse history. Qualitative analysis of adolescents’ and their parents’ viewpoints also revealed several psychological characteristics specific to bullied adolescents such as abandonment issues, low self-esteem and sensitivity to rejection. Although similar to those of non-bullied adolescents, bullied adolescents showed high suicidal relapse rates which seemed to parallel those of adolescents with a history of childhood abuse. Lastly, an unexpected result was the quality of the study adherence on a 12-month span which was twice as high in bullied adolescents as opposed to their non-bullied counterparts.

DISCUSSION – The strong link between bullying and childhood abuse history as well as the observed role of interpersonal factors both lead to several possibilities in suicide treatment and prevention, including those based on maintaining a social connection and those based on interpersonal relationships. Further research on this link between peer victimization and childhood trauma in the general population would help complete this study’s findings.

Keywords : adolescents, suicide attempts, suicide, bullying, trauma, relationships.