
*EXPLORATION DES FACTEURS
DE RISQUES SUICIDAIRES DANS
UNE POPULATION
D'ADOLESCENTS PRIS EN
CHARGE EN SERVICE DE
PEDOPSYCHIATRIE DANS LE VAR*

Thèse d'exercice en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 23 septembre 2020 à Nice

Par

LESAULNIER Justine

Née le 28 janvier 1990 à Hyères (83)

En vue de l'obtention du diplôme d'état de Docteur en médecine

Président du jury : Pr BENOIT Michel

Pr GITTARD-ASKENAZY Florence

Dr THUMMLER Suzanne

Dr DUGAND Nathalie

Directeur de thèse : Dr FOURNEL Vincent

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice**Doyen Pr. BAQUÉ Patrick****Vice-doyens**

Pédagogie	Pr. ALUNNI Véronique
Recherche	Pr DELLAMONICA jean
Etudiants	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

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)

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-Vénéréologie (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)

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)

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)

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)

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. HOFLOGGER 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	

REMERCIEMENT

Merci à tous les membres du jury de thèse pour votre enseignement, votre présence aujourd'hui et votre dévouement.

Merci au Dr Thummler et au Dr Dugand qui m'ont guidé dans le choix de mon sujet et son protocole ;

Merci à mes maitres de stages,

Dr Fournel, mon premier et dernier maître de stage, merci pour ta pédagogie et ton investissement ;

Dr Lathoumétique, merci pour ta gentillesse, l'équipe du CSAPA m'aura appris à apprécier l'addictologie ;

Pr Benoit, Dr Gughemhein et au Dr Barré, aux équipes de Pasteur. Merci pour votre pédagogie mais aussi pour votre écoute.

Dr Fournier-Rolland, Dr Guichard, Dr Pinna et Dr Garcia ainsi que les différentes équipes de pédopsychiatrie, merci pour votre aide sur mon travail de thèse et pour tout ce que vous avez pu m'apprendre.

Un grand merci à ma famille et mes amis,

Mon amour, pour ton soutien et ta patience tout au long de mon internat ;

Mon grand garçon, ma fierté, à toi qui es venu bouleverser ma vie (et mon internat) et à mon bébé qui partage ma soutenance bien au chaud au creux de mon ventre ;

Ma maman, toi qui as toujours cru en moi et qui me soutien depuis le premier jour ;

Domi, pour ton attention et ton soutien envers moi ;

Ma sœur d'amour, mon modèle de toujours ! Même avec un océan entre nous, tu es toujours là pour moi (notamment pour me donner un coup de main en anglais).

Merci à tous ceux qui ont partagé cette superbe aventure avec moi depuis la PCEM 1 jusqu'à ce jour.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	10
MATERIEL ET METHODES	14
Plan	14
Définition des outils	14
Objectifs	15
Population étudiée	15
Méthodologie	16
RESULTATS	17
DISCUSSION	23
RESUME	32
BIBLIOGRAPHIE	33
ANNEXES	37

Liste d'abréviations

CARE : Care, Assess, Respond, Empower

CAST : Coping and Support Training

CEOA : Centre d'Evaluation et d'Orientation des Adolescents

CépiDic : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès

CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal Toulon- la Seyne

CMPEA : Centre Médico-Psychologique pour Enfants et Adolescents

EDM : Episode Dépressif Majeur

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

IMV : Intoxication Médicamenteuse Volontaire

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

L'échelle Columbia de Posner C-SSRS : Columbia-Suicide Severily Rating Scale Children Lifetime/ Recent.

La MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

Le programme YAM : Youth Aware of Mental health

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ONS : Observatoire National du Suicide

PMSI-MCO : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information en Médecine, Chirurgie et Obstétrique

TS : Tentative de Suicide

« Avec l'émergence de l'adolescence, l'ancienne unité et l'harmonie avec la nature sont rompues ; l'enfant est banni de son paradis et doit commencer un long et pénible chemin d'ascension » (Hall, 1904, vol. 2, p. 71).

INTRODUCTION

Les comportements suicidaires chez les jeunes sont une préoccupation majeure de santé publique. Selon le troisième rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) publié en février 2018, 8 885 décès par suicide ont été enregistrés par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDic) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) en métropole en 2014, soit un suicide toutes les heures, vingt-quatre décès par jour (1).

On estime que pour chaque suicide complet, il y aurait jusqu'à 20 tentatives de suicide (TS) (Organisation Mondiale de la Santé 2015). En 2015, 78 128 patients ont été hospitalisés dans un service de médecine ou de chirurgie après une tentative de suicide (2, 3).

En 2017, le Baromètre de Santé publique France a interrogé 25 319 personnes de 18 à 75 ans sur les pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, ainsi que les tentatives de suicide au cours de la vie et des 12 derniers mois. 7,2% des personnes interrogées ont tenté de se suicider au cours de leur vie et 4,7% ont déclaré avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Le facteur le plus associé aux pensées suicidaires étant d'avoir vécu un épisode dépressif caractérisé au cours de l'année (4).

Selon l'enquête épidémiologique multicentrique en milieu scolaire « Portraits d'adolescents » de 2013 : les tentatives de suicide semblent être plus fréquentes qu'auparavant chez les adolescents : 7,8% des jeunes en ont déjà effectuée une, 3,7% plus d'une (5).

Le comportement suicidaire est multifactoriel. Il rentre dans un contexte psychopathologique singulier où les facteurs individuels, familiaux et sociaux interagissent les uns avec les autres.

La conférence de consensus « crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge » d'octobre 2000, reprend la classification proposée par Rihmer (1996) des facteurs de risques suicidaires en facteurs primaires, secondaires et tertiaires (6).

- Les facteurs primaires : les troubles psychiatriques, les antécédents personnels et familiaux de suicide, la communication d'une intention suicidaire ou une impulsivité facilitant un passage à l'acte. Ils sont en interaction, ont une valeur d'alerte importante au niveau individuel et surtout pourront être influencés par les traitements.

- Les facteurs secondaires : les pertes parentales précoces, l'isolement social, le chômage, les difficultés financières et professionnelles, les événements de vie négatifs. Ils sont observables dans l'ensemble de la population, faiblement modifiables par la prise en charge et n'ont qu'une faible valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires. Les relations intrafamiliales médiocres sont fréquemment mises en évidence dans les études sur les comportements suicidaires des adolescents. L'existence d'un conflit interpersonnel dans la semaine précédant une tentative de suicide est fréquemment retrouvée.

- Les facteurs tertiaires : appartenant au sexe (masculin), à l'âge (grand âge et jeune âge), à une période de vulnérabilité (phase prémenstruelle chez la femme, la période estivale). Ils ne peuvent être modifiés et n'ont de valeur prédictive qu'en présence de facteurs primaires et secondaires. Être une fille augmente le risque de tentative de suicide (le sexe ratio fille/garçon des passages à l'acte suicidaire se situe entre 1.5 et 2.1 à l'adolescence) ; alors qu'être un garçon augmente le risque de décès par suicide (le sexe ratio garçon/fille des décès par suicide est égal à 3.5).

Les données scientifiques, notamment celles issues des études post-mortem de type autopsies psychologiques, confirment l'association des événements de vie récents et difficiles et du suicide : il s'agit en premier lieu des conflits interpersonnels, suivis de la séparation, des problèmes légaux, de la perte d'un être cher, des difficultés financières, de la perte d'emploi, et de la maladie physique. Plus spécifiquement chez l'adolescent, on retrouve aussi le harcèlement scolaire. Mais ces événements de vie, ce stress ne suffisent pas à expliquer le passage à l'acte suicidaire. Il en va d'une confrontation de ce stress avec des facteurs de vulnérabilité individuels (7).

L'OMS estime qu'une personne sur six dans le monde est un adolescent, soit 1.2 milliard de jeunes de 10 à 19 ans en 2015. La mortalité des ces adolescents, contrairement à celles des enfants n'a pas pour première cause des raisons médicales. Leurs décès, au niveau mondial, sont principalement dus à des accidents évitables. Bien que le suicide interroge l'ensemble de la société lorsqu'il est perpétré par un jeune censé avoir « l'avenir devant lui », il est pourtant la seconde cause de mortalité chez les 15-24 ans après les accidents de la voie publique.

Les données issues du programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) confirment l'importance des tentatives de

suicide, avec des taux standardisés annuels d'hospitalisations pour TS chez les filles de 15 à 19 ans particulièrement élevés : en moyenne 39 pour 10 000, contre des taux inférieurs à 20 pour 10 000 dans le reste de la population (8).

Selon l'Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD) 2017 « Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans », près de 3% des jeunes de 17 ans ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide ayant nécessité une hospitalisation, avec un âge moyen pour la première tentative de 13,6 ans, et un jeune sur dix dit avoir déjà eu des idées suicidaires dans les 12 mois précédant l'enquête (9).

Bien que l'étiologie soit complexe et multifactorielle, le passage à l'acte suicidaire et d'autant plus sa récurrence pourrait-il s'expliquer, au moins en partie, par un trouble de l'humeur encore sous diagnostiqué à l'adolescence ?

Chez les adolescents suicidants, plusieurs études, citées dans les ouvrages de Pommereau (10) et Védrine (11) montrent, elles-aussi, une fréquence élevée de troubles dépressifs :

- Brent et al. (1998) mettent en évidence 75 % d'épisode dépressif majeur (EDM) et 20 % de dysthymie dans la population des adolescents suicidants ;
- Chabrol et Moron (1992) trouvent 81 % d'EDM et 10 % de dysthymie ;
- Moutia et al. (1995), sur une population d'adolescents suicidants âgés de 15 à 19 ans évalués au moment de leur geste suicidaire, ont trouvé 68 % d'EDM, 5 % de dysthymie et 1 % de troubles bipolaires (soit au total 74 % de pathologies thymiques).

Une meilleure connaissance épidémiologique et étiologique semble indispensable à la prévention des comportements suicidaires des adolescents.

L'antécédent personnel de tentative de suicide est reconnu aujourd'hui comme étant le facteur de risque le plus prédictif d'un geste suicidaire chez l'adolescent. Un tiers des adolescents suicidant récidivent, le plus fréquemment dans l'année suivant la première TS. (12)

L'étude de Goldston et al. (13) a suivi sur cinq ans 180 adolescents suicidants hospitalisés. Elle retrouve un taux de récurrence de 20,6 % avec une période à risque entre six et

douze mois après la première consultation. Une étude française de Davidson et Choquet montre, elle, un taux d'environ 30 % avec un maximum dans les cinq premiers mois.

MATERIEL ET METHODES

Ces données épidémiologiques viennent corroborer nos constatations dans notre clinique quotidienne quant à l'importance de l'évaluation d'un trouble psychiatrique chez les jeunes présentant des conduites suicidaires.

Nous avons réalisé une étude observationnelle basée sur le protocole déjà établi et effectué « Bipolarité- Suicide » financé par la FONDATION DE FRANCE.

Plan

Dans un premier temps, une réflexion a été menée autour de chaque comportement suicidaire ainsi que la prise en charge apportée au décours. Les données ont été comparées à celles d'autres études. Dans un second temps, des pistes d'amélioration de la prévention des gestes suicidaires, issues de recommandations et adaptées à l'établissement, ont été proposées.

Définition des outils

LA MINI-KID : Mini International Neuropsychiatric Interview

Il s'agit d'un instrument d'entretien diagnostique structuré pour les troubles psychiatriques chez les enfants et les adolescents. La version standard utilisée ici évalue les trente troubles ou sous-types de troubles les plus courants et les plus pertinents sur le plan clinique en santé mentale pédiatrique.

La K-SADS-PL

Il s'agit d'un instrument diagnostique semi-structuré permettant d'explorer plus de trente diagnostics différents chez les enfants d'âge scolaire de 6 à 18 ans. Il comporte une évaluation dimensionnelle et catégorielle des symptômes des épisodes actuels et passés de psychopathologie, afin de poser un ou plusieurs diagnostics selon les critères DSM-5. La validé de la K-SADS-PL est largement établie ; elle présente la meilleure fiabilité test-retest concernant les troubles anxieux et les troubles de l'humeur.

La MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale

Il s'agit d'une échelle d'évaluation de l'épisode dépressif pour les adolescents de plus de 12 ans. Le score peut aller de 0 à 60. Plus le score est élevé, plus la dépression est sévère.

L'échelle Columbia de Posner C-SSRS : Columbia-Suicide Severily Rating Scale Children Lifetime/ Recent.

Le risque suicidaire a été calculé systématiquement par l'algorithme de la MINI-Kid pour le calcul du RUD (Risque, Urgence, Dangerosité).

Objectifs

Ce travail n'a pas de vocation statistique mais une valeur potentiellement indicative.

L'objectif de l'étude est de décrire les troubles psychiatriques comorbide des conduites suicidaires selon les critères du DSM-5.

L'objectif secondaire est d'améliorer la prévention du suicide afin notamment, d'atténuer les conséquences psycho-sociales chez ces adolescents.

Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective, de soins courants, qui porte sur une population pédiatrique de suicidant (ayant fait une tentative de suicide) et de suicidaires (présentant des idées suicidaires avec planification) hospitalisés sur l'unité temps plein pédopsychiatrique Villa Nova ou pris en charge en ambulatoire au centre médico-psychologique pour enfants et adolescents (CMPEA) de Hyères.

Population étudiée

Les critères d'inclusions sont : 1) adolescent de 11 à 18 ans ; 2) pris en charge au CMPEA de Hyères ou hospitalisés à la Villa Nova au décours d'une tentative de suicide ou d'idées suicidaires avec planification ; 3) patients francophones ; 4) parents francophones ; 5) affiliation au régime de sécurité social.

Le critère de non-inclusion est le refus ou l'impossibilité de réaliser la K-SADS-PL avec le sujet et/ou les parents.

Nous proposons une étude de cohorte observationnelle, mono centrique, sur une durée de 6 mois après inclusion.

Méthodologie

Après éviction des critères de non-inclusion, chaque adolescent suivi ou hospitalisé dans le cadre d'un comportement suicidaire est évalué.

Lors de l'évaluation, le patient est reçu seul puis avec ses parents. Dans un premier temps, l'étude leur a été présentée, des explications quant à l'entretien semi-structuré ont été données ainsi que la possibilité d'interrompre l'entretien mais aussi la participation à l'étude à chaque instant. Une évaluation de l'état psychique du patient a été réalisée avec le recueil des données sociodémographique, des antécédents personnels et familiaux. La passation de la Mini-kid, de la K-SADS-PL, du C-SSRS et de la MADRS a été faite dans un second temps.

Les sujets inclus sont réévalués à 6 mois : survenue d'un premier geste suicidaire, d'une récurrence de tentative de suicide ou d'idées suicidaires avec planification ; fonctionnement global ; état clinique ; réévaluation standardisée du diagnostic avec la K-SADS-PL, évaluation de la sévérité de la symptomatologie dépressive par la MADRS et du risque suicidaire par le C-SSRS.

Les patients sont répartis en trois groupes : les adolescents n'ayant pas fait de TS « ≠ TS » ; les adolescents ayant fait une TS sans récurrence « TS-R » et les adolescents ayant récidivé leur TS « TS+R ».

Le critère de jugement principal de l'étude est le taux de récurrence.

RESULTATS

Nous avons inclus 17 patients sur la période de novembre 2018 à novembre 2019 au décours de leur suivi en CMPEA ou sur l'unité d'hospitalisation. Trois ont été perdu de vue. Notre groupe est composé exclusivement d'adolescentes entre 13 et 17 ans avec une moyenne d'âge de 15.71 ans.

Cinq patientes ont été incluses durant leur hospitalisation en unité psychiatrique, neuf au cours de leur suivi ambulatoire en CMPEA. Trois patientes sur les neuf incluses en ambulatoire avaient été hospitalisées antérieurement dont une sur la villa nova. Soit huit patientes sur quatorze (57.1%) qui ont eu recours à une hospitalisation dans le cadre d'idées suicidaires.

Cinq patientes n'avaient pas eu de suivi psychologique ou psychiatrique antérieur à la prise en charge étudiée (35,7% non suivi contre 64,3% ayant eu un suivi antérieurement à l'épisode actuel). Parmi les cinq patientes incluses sur la Villa Nova, quatre avaient été hospitalisé précédemment au Centre d'Evaluation et d'Orientation pour Adolescents (CEOA) du centre hospitalier intercommunale Toulon- la Seyne et une sur l'unité pour adolescents Arobase à Fréjus

Caractéristiques de la population d'adolescents suicidants inclus.

L'environnement familial des patients inclus. (Tableau 1, annexes)

Huit couples parentaux étaient séparés, cinq mariés et un veuf. La répartition des statuts familiaux était homogène dans les groupes « ≠TS » et « TS+R ». Dans le groupe « TS-R », les parents étaient séparés pour la majorité (66.7%), sans différence notable dans le mode de garde (50% en garde alterné, 50% à la garde d'un parent). On déplorait l'absence d'un parent dans trois familles, par abandon dans deux situations et secondaire à un décès pour la troisième famille.

Les patientes étaient majoritairement les aînées ou les cadettes de leur fratrie. Plus spécifiquement, dans le groupe « ≠TS » les cadettes étaient sur-représentées (66.7%) alors que les aînées étaient sur-représentées dans le groupe « TS+R » (60%). La position dans la fratrie était équitablement représentée dans le groupe « TS-R ». Les fratries d'au moins trois enfants étaient les plus représentés parmi les trois groupes (71.4% des patients).

64,3% des patientes avaient des antécédents familiaux psychiatriques. Parmi le groupe « ≠TS », on en a retrouvé pour deux patientes sur trois : un éthylisme chronique du père et un trouble du spectre autistique chez un frère. Parmi le groupe « TS-R », on a retrouvé des antécédents familiaux psychiatriques pour la moitié des patientes. Un éthylisme chronique a été retrouvé pour ces trois patientes (un chez les deux parents, un éthylisme maternel dans un contexte de dépression et un éthylisme paternel). On a également retrouvé un antécédent de trouble anxieux généralisé chez la mère d'une patiente, un antécédent de schizophrénie chez une tante et un trouble du spectre autistique chez le frère d'une patiente. Dans le dernier groupe « TS+R », 80% des patientes avaient des antécédents familiaux psychiatriques. On a retrouvé deux situations d'éthylisme paternel ainsi qu'un éthylisme maternel associé à une schizophrénie. Une des mères de patiente avait un antécédent de dépression et une autre de trouble anxieux généralisé. Dans les fratries, un frère présentait un trouble du spectre autistique et un autre était suivi pour un trouble des conduites. La tante maternelle d'une patiente ainsi que sa fille étaient diagnostiquées schizophrènes. Un seul antécédent familial de suicide a été mis en évidence. Il s'agissait du suicide du grand-père maternel d'une patiente incluse dans le groupe « TS+R ».

Sur le plan socio-professionnel, la catégorie moyenne est largement représentée. Dans le groupe « ≠TS », deux mères étaient femme au foyer. Aucune catégorie n'était sur-représentée dans le groupe « TS-R ». La catégorie *Artisans, commerçants et chefs d'entreprise* était majoritaire dans le groupe « TS+R » (50% des parents) et tous avaient un emploi.

Leurs antécédents personnels. (Tableau 2, annexes)

Ont été cherché lors de l'entretien avec les parents et les patients, des évènements négatifs de vie classés ensuite selon l'âge de survenue en « périnataux » (durant la grossesse et jusqu'au trois ans de l'enfant) et dans « l'enfance ». Les pathologies psychiatriques maternelles dans la période périnatale, l'abandon parental, maladie grave dans l'entourage proche, les violences physiques, psychologiques et/ou sexuelles subies, ou des violences dont

le patient a été témoin (violence conjugale, décès soudain et violent dans l'entourage proche, dont les suicides ou leur tentative) ont été inclus.

42.9% d'évènements négatifs périnataux (« ≠TS » 33.3%, « TS-R » 50%, « TS+R » 40%) et 78.6% d'évènements négatifs dans l'enfance (« ≠TS » 66.7%, « TS-R » 83%, « TS+R » 80%) ont été mis en évidence. Les situations de maltraitances et d'exposition à des violences conjugales sont les plus représentées.

Seule une patiente, incluse dans le groupe « ≠TS », n'avait pas d'antécédents personnels psychiatriques.

Pour la majorité des patientes, une comorbidité était présente (57.1%). On retrouvait huit antécédents de troubles anxieux (trouble anxieux généralisé, refus scolaire anxieux), quatre antécédents de dépression, trois de trouble du comportement alimentaire, trois troubles de l'identité sexuel, trois d'addiction, deux troubles des apprentissages, un trouble de stress post traumatique et un antécédent de schizophrénie.

L'antécédent de dépression était principalement représenté dans le groupe « TS+R » (75%). Le trouble anxieux était l'antécédent le plus représenté dans les deux autres groupes.

Seules six patientes étaient scolarisées durant la période de suivi, dont deux en scolarité adaptée. Les patientes scolarisées étaient majoritairement représentées dans le groupe « TS-R » (66.7%) alors qu'elles étaient déscolarisées pour 66.7% d'entre-elles dans le groupe « ≠TS » et pour 80% d'entre-elles dans le groupe « TS+R ».

100% des patientes du groupe « TS+R » et 66.7% de celle du groupe « ≠TS » rapportaient un harcèlement scolaire contre seulement 16.7% dans le groupe « TS-R ». Sept patientes sur quatorze déclaraient un isolement social dont 100% des patientes dans le groupe « ≠TS ». L'isolement social ne semblait pas corrélé avec la déscolarisation des patientes, 42.8% des patientes ayant déclarées un isolement social étaient scolarisées.

Les échelles cliniques et diagnostics.

MADRS et RUD (Tableau 3, annexes)

A l'inclusion, sept patientes cotaient à la MADRS pour une dépression sévère et sept autres pour une dépression très sévère. Respectivement dans les différents groupes, on a

retrouvé 33.3% de dépression sévère et 66.7% de dépression très sévère dans le groupe « ≠TS », 66.7% de dépression sévère et 33.3% de dépression très sévère dans le groupe « TS-R » et enfin 40% de dépression sévère et 60% de dépression très sévère dans le groupe « TS+R ».

A six mois, le groupe « sans TS » a été celui qui avait connu la meilleure évolution clinique avec une moyenne de -21.7 points à la cotation de la MADRS. Dans le groupe « TS-R », les résultats ont été plus hétérogène avec trois évolutions cliniques favorables, deux patientes cliniquement stables et une évolution défavorable. En moyenne, la cotation avait diminué de 8.7 points. Dans le groupe « TS+R », les résultats à six mois ont été semblables à ceux de l'inclusion. On observait une diminution de deux points en moyenne à la cotation de la MADRS à six mois.

Concernant le RUD, il était moyen pour une patiente du groupe « ≠TS » et élevé pour l'ensemble des autres patientes à l'inclusion.

A six mois, le RUD était faible pour cinq patientes (les trois patientes du groupe « ≠TS » et deux du groupe « TS-R ») et était moyen pour trois patientes du groupe « TS-R ». Le RUD restait élevé pour six patientes : une du groupe « TS-R » et pour les cinq patientes du groupe « TS+R ».

Les résultats obtenus aux échelles dimensionnelles étaient concordant avec la clinique observée.

MINI KID et K-SADS-PL (Tableau 4, annexes)

Les diagnostics les plus retrouvés à la passation de la Mini Kid, à l'inclusion, ont été la dysthymie (50%), l'anxiété généralisée (28.6%) et l'épisode dépressif majeur (28.6%). Une partie de ces diagnostics différaient à la passation de la K-SADS-PL à l'inclusion. On a bien retrouvé 28.6% d'épisodes dépressifs caractérisés et 28.6% trouble anxieux généralisé mais le diagnostic de dysthymie n'était ici représenté qu'à une proportion de 14.3% au profit des diagnostics de trouble schizo-affectif (14.3%), de trouble bipolaire de type 1 (14.3%) et de dépression persistante (14.3%).

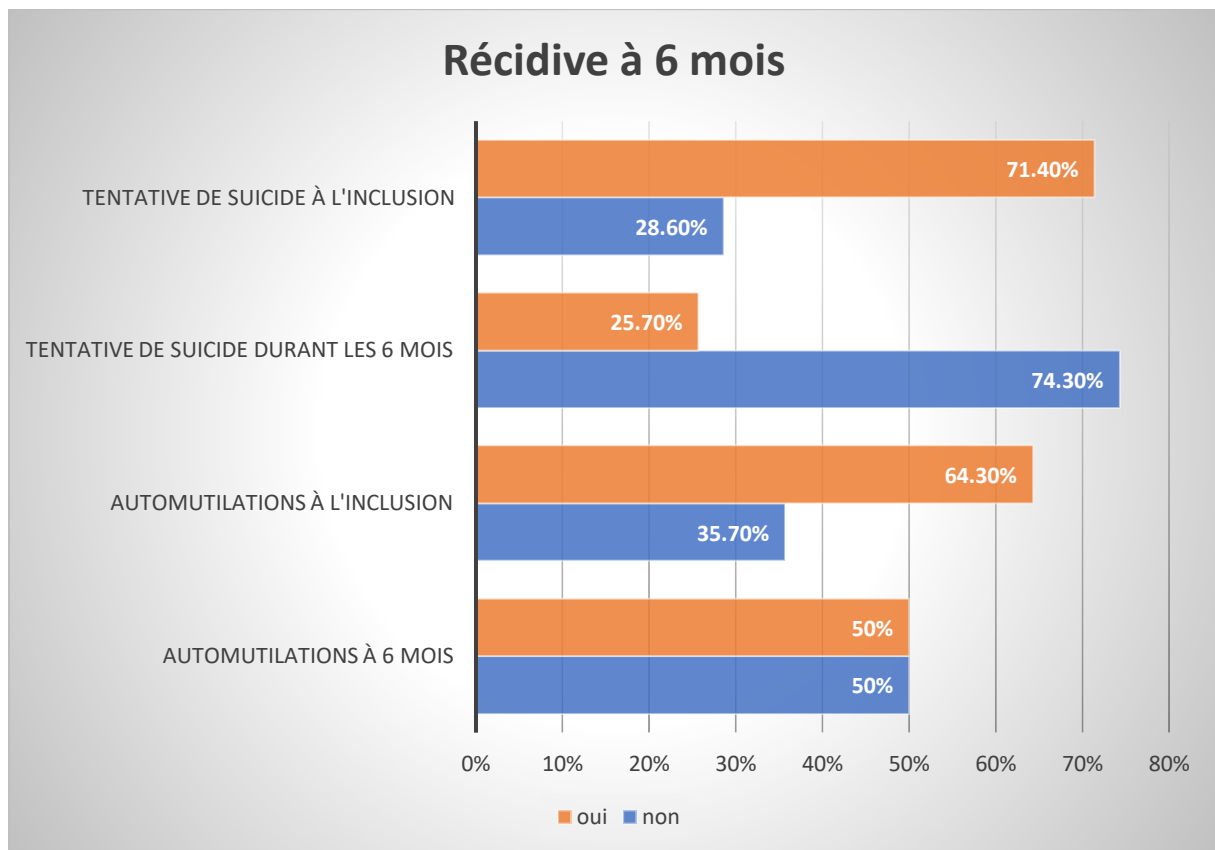
Aucun trouble psychiatrique n'a été mis en évidence pour une patiente appartenant au groupe « ≠TS ».

On a retrouvé une co-morbidité du trouble de l'humeur et du trouble anxieux pour quatre patientes : une parmi le groupe « TS+R », deux parmi le groupe « TS-R » et une parmi le groupe « ≠TS ».

Confrontation des données cliniques avec les passages à l'acte

(Tableau 4 et 5, annexes)

Graphique 1 : Récidive à 6 mois de suivi.



Six patientes ont fait une TS au cours des six mois de suivi (42.8%), parmi ces six patientes, il s'agissait d'une récidive pour cinq d'entre elles et d'un primo-geste pour la sixième.

L'âge moyen de la première TS était de 13.1 ans et le moyen le plus utilisé était l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) (neuf patientes). Trois IMV avaient nécessité une prise en charge en unité de réanimation médicale.

Des facteurs précipitants ont été retrouvés pour chaque première TS : il s'agissait de situations de ruptures affectives, de pertes affectives et traumatiques. Dans deux situations de multi-récidive de TS, des facteurs précipitants ont pu être mis en évidence pour les TS suivant la TS inaugurale (décès dans l'entourage, une séparation/ déception amoureuse). Pour la troisième patiente, un facteur précipitant n'a été retrouvé que pour la TS inaugurale.

Parmi les patientes ayant récidivées leurs gestes suicidaires, les antécédents familiaux mis en évidence étaient principalement la dépression maternelle, l'éthylisme paternel et la schizophrénie. La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était la deuxième : les artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Elles étaient majoritairement les aînées de la fratrie, avec des fratries d'au moins de trois enfants pour 60% d'entre elles.

Concernant leurs antécédents personnels, on a retrouvé un trouble du comportement alimentaire pour deux patientes, un trouble des apprentissages pour deux autres et un refus scolaire anxieux pour la cinquième patiente. Trois patientes sur les cinq ont subi des violences (maltraitance, attouchement) et une d'entre elle a été confrontée à un décès brutal. Un harcèlement scolaire a été mis en évidence pour toutes les patientes récidivistes avec un fort taux de déscolarisation (80%).

Des comportements auto-agressifs étaient présents à l'inclusion et ont persisté à six mois pour ces cinq patientes.

A six mois, les cinq patientes avaient un RUD élevé, trois patientes cotées pour une dépression très sévère à la MADRS et les deux autres pour une dépression sévère malgré la prise en charge proposée. A la passation de la K-SADS-PL, un trouble thymique a été mis en évidence pour les cinq patientes : deux diagnostics de dépression persistante, deux de trouble schizo-affectif et un diagnostic de trouble bipolaire.

Les résultats des échelles d'évaluation concordaient avec la clinique observée.

DISCUSSION

Le nombre de patient inclus dans l'étude était faible. Concernant l'unité d'hospitalisation villa nova, il s'agissait, au moment des inclusions d'une unité de dix lits d'hospitalisation à temps pleins pour adolescents de 11 à 18 ans. Sa file active était de 14 patients en 2018 et 14 en 2019. Il y était pris en charge toutes les pathologies psychiatriques confondues, hormis les pathologies addictives et les hospitalisations y étaient de longue durée (>1 an). On comprend alors la faible proportion d'adolescents répondant aux critères d'inclusion. Cette unité a connu des modifications dans son fonctionnement avec une évolution progressive vers un fonctionnement d'hôpital de semaine (effectif après l'arrêt de l'étude). Sur le CMPEA, la file active était de 464 patients en 2018 et 426 patients en 2019. Plusieurs patients ou leur famille ont refusé la participation à l'étude. Le motif invoqué venant fréquemment d'un déni des difficultés de l'adolescent tant par l'adolescent lui-même que par sa famille, mais également pour les adolescents du temps à consacrer à l'étude (deux entretiens distincts d'1h30 à l'inclusion et un entretien d'1h30 à six mois) venant s'ajouter à leur prise en charge. Dans d'autres cas, l'inclusion était rendue impossible par l'absence des parents ou la barrière de la langue (population migrante notamment).

La faible proportion de patient ne permet pas de faire des statistiques concernant l'épidémiologie et les étiologies des adolescents suicidaires mais donne un aperçu des situations rencontrées dans les unités dépendant d'un centre hospitalier spécialisé de périphérie, dans un département dépourvu de centre hospitalier universitaire, ne proposant pas d'unité spécifique pour la prise en charge des adolescents suicidaires. L'objectif était ici d'améliorer la prévention du suicide et de faire progresser la pratique.

La population représentée est exclusivement féminine. Bien que les TS soit plus fréquentes chez les adolescentes, cette forte représentation tient aussi à un refus plus important des adolescents à participer à l'étude.

Nous avons malgré cela trouvé des données assez représentatives des statistiques de la littérature internationale en ce qui concerne les facteurs de risques de suicide et les étiologies à risques.

Les études françaises montrent que le geste suicidaire est rare avant 10 ans, il apparaît vers 12 ans avec un pic entre 15 et 18 ans. L'âge moyen de la première TS dans notre groupe était de 13.1 ans pour une moyenne de 13.6 ans selon données de la littérature (15, 16).

La majorité des patientes ne vivaient pas avec leurs deux parents (64.2%) : 42.8% vivaient dans une famille recomposée, 28.6% dans une famille nucléaire, 21.4% dans une famille monoparentale et une adolescente était placée en foyer. Ces données concordent avec celle de l'étude rétrospective de Stodeur (17) portant sur 232 enfants et adolescents suicidants âgés de 8 à 17 ans qui retrouvait 38% de famille nucléaire et 49% de famille recomposée. On considère qu'un patient suicidant sur 10 à un parent décédé. Nous avons une patiente sur les 14 inclus dans cette situation. Le risque suicidaire semble ainsi plus élevé chez les enfants et adolescents ne vivant pas avec leurs deux parents tant par la perturbation du fonctionnement familial que par la psychopathologie familiale.

Les antécédents familiaux psychiatriques doivent être recherché systématiquement dans la prise en charge des suicidants selon les recommandations nationales et internationales (6, 15, 18). Bien que les études génétiques sur la transmission des comportements suicidaires soient contradictoires, des antécédents familiaux psychiatriques sont retrouvés pour 50% des patients suicidants avec une majorité d'antécédent d'éthylisme paternel et de dépression maternelle (19, 20). Des antécédents que l'on a également retrouvés avec 37.5% d'éthylisme paternel et 14.2% de dépression maternelle.

Des antécédents personnels traumatiques sont fréquemment rapportées chez les suicidants dans notre étude comme dans la littérature. Il peut s'agir de maltraitance parentale, d'abus sexuel et de harcèlement scolaire (21, 22, 23). Les comportement auto-agressifs mais aussi les antécédents de fugue précédent souvent les passages à l'acte (24). Outre tout diagnostic psychiatrique, l'anxiété et l'impulsivité sont souvent retrouvées chez les adolescents suicidaires (25).

Concernant les pathologies psychiatriques, elles étaient présentes pour 92.8% des patientes de notre étude pour des taux de 50 à 90% dans la littérature. Chez les adolescents suicidants, plusieurs études montrent une fréquence élevée de troubles dépressifs (26, 27). Les proportions des pathologies mises en évidence dans notre étude diffèrent avec la littérature avec 28.6% d'épisode dépressif caractérisé, 28.6% de dysthymie et 14.3% de trouble bipolaire. La prévalence du trouble schizoaffectif était également importante ici, 21.4%.

Si la sévérité de la dépression selon les résultats de la MADRS était similaire dans les trois groupes de patientes à l'inclusion, on remarquait cependant une stabilité des résultats à six mois malgré la prise en charge chez les patientes ayant récidivées leur TS. L'étude « *Bipolarité- Suicide* » (28) corrobore ces résultats avec une amélioration de la symptomatologie aux alentours des huit mois post passage à l'acte suicidaire. Le risque suicidaire à six mois était également plus stable dans ce groupe. Cette chronicité des idées suicidaires, leurs planifications et l'accès aux moyens létaux étant des facteurs de risques de passage à l'acte suicidaire (29).

La récurrence suicidaire était fortement représentée dans notre groupe de patientes avec un taux de 35.7%, pour des taux entre 20 et 30% dans la littérature. Le délai moyen entre deux passages à l'acte était d'environ 4 mois et demi pour une période à risque dans la littérature entre six et douze mois avec un pic à cinq mois (13, 28).

Bien que non codifié, une hospitalisation d'une semaine est préconisée après une triple évaluation aux urgences lors d'un passage à l'acte suicide dans les recommandations pour la pratique clinique de novembre 1998 sur la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Pour les patientes de notre étude, 68% des gestes suicidaires ont menés à une hospitalisation après une évaluation aux urgences.

CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Malgré la pluralité des facteurs de risques suicidaires chez les adolescents, certains ont attirés plus particulièrement notre attention lors de cette étude : l'antécédent de TS et l'existence d'un trouble de l'humeur (EDM, trouble bipolaire, dysthymie mais également le trouble schizo-affectif), par leurs fréquences, le risque de passage à l'acte mais aussi le risque de récurrence du geste suicidaire qu'ils sous-tendent. Des facteurs de risques importants donc, mais modulable par une prise en charge adéquate.

Cependant de nombreux adolescents échappent encore aux soins. Selon l'étude ESCAPAD de 2008 (29), seulement 25 % des adolescents ayant des antécédents de TS ont été hospitalisés à la suite d'une TS. La fréquence des ruptures thérapeutiques après la sortie de l'hôpital chez les jeunes suicidants a fait l'objet d'études et est maintenant bien établie, les

taux se situant entre 30 % à 70 %. On estime le taux d'absence à la première consultation de suivi ambulatoire de 17,5 % à 41,6 % selon les études (12, 30).

De plus, porter un diagnostic psychiatrique à l'adolescence n'est pas une chose aisée, les manifestations cliniques ne s'exprimant pas aussi clairement que chez l'adulte. Les symptômes fluctuants et parfois trompeurs (irritabilité ou agressivité par exemple) peuvent aussi être sujet à confusion entre un trouble de l'humeur et la « crise d'adolescence » (31, 32, 33). On observe, par exemple pour le diagnostic de trouble bipolaire, un retard diagnostic entre 9.4 et 9.8 ans entre l'apparition des premiers symptômes et le premier traitement thymorégulateur (34), avec une moyenne de 4 cliniciens consultés avant d'établir le diagnostic et 3.5 autres diagnostics posés avant celui de trouble bipolaire.

Diagnostiquer plus tôt et ainsi instaurer le traitement adéquat permettrait de réduire le risque suicidaire (35, 36, 37, 38, 39). Cependant la prise en charge médicamenteuse, notamment par antidépresseur, ne suffit pas à prévenir le suicide (40). Les psychothérapies sont à privilégier à l'adolescence. Le manque de relations avec ses pairs est un facteur de risque de TS tout comme le sont les relations conflictuelles avec les parents montrent l'intérêt de la thérapie interpersonnelle du suicide. Dans ce contexte, les thérapies familiales ont tout autant d'importance. Les thérapies comportementales et cognitives sont proposées aujourd'hui aux patients bipolaires sous forme de programmes spécifiques dont le but est d'améliorer la prise en charge des fluctuations de l'humeur, particulièrement les états dépressifs et de diminuer le risque suicidaire (41).

La prévention du suicide repose également sur l'information et d'éducation de la population. Elle peut se faire des campagnes d'information au public mais aussi par des dispositifs d'intervention dans les établissements scolaires. Parmi les dispositifs d'intervention ayant fait preuve de leur efficacité, on retrouve l'utilisation de programmes de développement des compétences telle que CARE (Care, Assess, Respond, Empower) programme de dépistage des jeunes à risques/ CAST (Coping and Support Training) « formation en habilités d'adaptation et soutien » qui ont montré des effets positifs sur les idées suicidaires, une diminution de la dépression et du désespoir. Et plus récemment, le projet SEYLE avec le programme YAM (Youth Aware of Mental health) a montré une réduction significative des comportements et des idéations suicidaires. Ce programme vise à augmenter la confiance en soi et les connaissances sur la santé mentale, aborder la stigmatisation des

troubles mentaux, augmenter les stratégies d'adaptation, cultiver l'empathie et enseigner comment et quand demander de l'aide (42, 43).

Les médecins généralistes mais également les médecins et infirmiers scolaires jouent un rôle primordial dans la prévention primaire. On sait en effet qu'un grand nombre de jeunes qui décèdent par suicide consultent un médecin généraliste au cours du mois qui précède leur suicide, de 20 à 34 % selon les études (Hawton, Houston et Shepperd, 1999 ; Vassilas et Morgan, 1993). Ces professions sont souvent en première ligne pour dépister des troubles susceptibles d'induire un passage à l'acte suicidaire, notamment des troubles de l'humeur. L'utilisation d'instruments auto rapportés ou d'entretiens structurées permettrait d'identifier les jeunes à risques et d'intervenir. D'autant plus qu'on sait aujourd'hui que poser des questions sur le risque suicidaire à des adolescents n'augmentent pas les idées et comportements suicidaires (44).

Une méthode de prévention tertiaire est le maintien du contact avec les suicidants. Les dispositifs utilisant le re-contact téléphonique ou postal ont montré leur efficacité sur la réduction de la récurrence suicidaire. Ces outils de prévention ont connu depuis 2015 un essor très important sous l'impulsion du Programme « Algos » développé par Guillaume Vaiva (université de Lille), Michel Walter (université de Brest) et Philippe Courtet (université de Montpellier). Il s'agit d'un algorithme de veille qui permet de contacter à différents moments les suicidants pris en charge à l'hôpital. En France, 6 régions (Languedoc-Roussillon, Bretagne, Normandie [haute et basse], Hauts de France, Jura) proposent systématiquement depuis le début de l'année 2018 aux patients suicidants quittant les urgences le dispositif Vigilans, une combinaison de dispositifs de veille ayant montré leur efficacité sur la réduction de la récurrence ou de la mortalité par suicide (45).

L'étude MEDIACO concerne plus particulièrement les adolescents. Elle a évalué l'utilisation du téléphone portable en soutien social et sur l'amélioration de la qualité de vie des adolescents suicidaires. Cette étude soulignait l'intérêt d'utiliser le vecteur SMS pour rester en lien avec les adolescents suicidants, en France. A partir de cette étude, un dispositif de veille par SMS a été proposé aux adolescents suicidaires (Etude MEDIACONNEX). Il proposait alors des phrases liées au soutien de l'autre « J'espère que tu te sens mieux chaque jour » ou des phrases conseils « N'oublie pas que tu as des personnes sur lesquelles tu peux compter autour de toi (parents, amis, enseignants, infirmières scolaires...), n'hésite pas à les solliciter » selon les délais d'envoi après le passage à l'acte (46, 47).

L'essor des nouvelles technologies présente un intérêt particulier chez cette génération « connectée ». La réalité virtuelle et les programmes de remédiation cognitive pourraient être envisagés pour améliorer des habiletés cognitives, les compétences sociales et la gestion de l'impulsivité (48, 49, 50). Le développement de la santé connectée (eHealth) donne désormais accès en temps réel à des informations sur l'état de santé d'un patient entre deux séjours en centre de soins. Ce dispositif pourrait être une aide précieuse dans la prévention de la récurrence.

Comportement suicidaire à l'adolescence

Abstract.

Introduction. In 2014, in France, there was an average of one suicide every hour. Psychiatric disorders can be found in up to 90% of teenagers who committed suicide. Therefore, it might be hypothesized that a suicide attempt and especially repeated suicide attempts could partly be explained by an undiagnosed mental illness in adolescence. The main objective of the study is to describe comorbid psychiatric disorders of suicidal behaviour in accordance with the DSM-5 disruptive behavior criteria. The secondary objective is to enhance suicide prevention.

Methods. We propose an observational cohort study over a 6 months period. This study included adolescents from 11 to 18 years old admitted for attempted suicide or for having active suicidal ideation at the CMPEA in Hyères or at the Villa Nova. The exclusion criteria was the impossibility to administer the K-SADS-PL by interviewing the parent(s) and/or the child involved. Socio-demographic data, and personal and family history have been collected to assess patients' psychological condition. Secondly, the Mini-kiddie, the K-SADS-PL, the RUD and the MADRS have been conducted. The patients were distributed into three groups: « No suicide attempts », « suicide attempts » and « repeat suicide attempts ». The primary endpoint of the study is the recidivism rate.

Results. From November 2018 to November 2019, we included 17 patients. Three of them were lost to follow up. We performed this study with 14 teenagers, exclusively girls, aged between 13 and 17 years. The K-SADS-PL showed that mood disorders were present : 28.6% had major depressive episode; 28.6% had dysthymic disorder; and 14.3% had bipolar disorder. The prevalence of schizoaffective disorder was also significant with 21.4% of cases.

Discussion. In our study, a psychiatric disorder was diagnosed in 92.8% of cases. Repeated suicide attempts were strongly represented with a rate of 35.7%. The mean time between two suicide attempts was approximately four and a half months. The small proportion of patients does not allow us to provide data regarding the epidemiology and the etiologies of the suicidal adolescents. Data were fairly representative of the international literature. Improvement of the diagnostic procedures is essential, in particular through the use of standardized assessments and appropriate treatment. The development of new technologies is of particular interest with this "connected generation".

Introduction.

En 2014, en France métropolitaine, on recense un suicide toutes les heures, soit vingt-quatre décès par jour. On estime que pour chaque suicide complet, il y aurait jusqu'à 20 tentatives de suicide.

Les tentatives de suicide semblent être plus fréquentes qu'auparavant chez les adolescents : 7,8% en ont déjà effectuée une et plus d'une pour 3,7% d'entre eux et le suicide reste la seconde cause de mortalité dans cette population.

Des troubles psychiatriques sont retrouvés chez près de 90.0% des adolescents qui se sont suicidés. Parmi ces troubles, on note une fréquence élevée de troubles dépressifs. Bien que le comportement suicidaire soit multifactoriel, on peut alors émettre l'hypothèse que le passage à l'acte suicidaire et d'autant plus sa récurrence pourrait, au moins en partie, s'expliquer par un trouble de l'humeur, encore sous diagnostiqué à l'adolescence.

Une meilleure connaissance épidémiologique et étiologique semble indispensable à la prévention des comportements suicidaires des adolescents.

Matériel et méthodes.

L'objectif principal de l'étude est de décrire le nombre de troubles psychiatriques comorbide des conduites suicidaires selon les critères du DSM-5. L'objectif secondaire est d'améliorer la prévention du suicide.

Nous proposons une étude de cohorte observationnelle sur une durée de 6 mois après inclusion et basée sur le protocole déjà établi et effectué « Bipolarité- Suicide » financé par la Fondation de France. On était inclus les adolescent de 11 à 18 ans pris en charge au CMPEA de Hyères ou hospitalisés à la Villa Nova au décours d'une tentative de suicide ou d'idées suicidaires avec planification. Le critère de non-inclusion était le refus ou l'impossibilité de réaliser la K-SADS avec le sujet et/ou les parents.

Une évaluation de l'état psychique du patient a été réalisé avec le recueil des données sociodémographique, des antécédents personnels et familiaux. La passation de la Mini-kid, de la K-SADS-PL, du RUD et de la MADRS a été faite dans un second temps. Les patients ont été répartis en trois groupes en fonction du nombre de passage à l'acte suicidaire : « ≠TS », « TS-R » et « TS+R ».

Les facteurs de risques de récurrence sont évalués dans les trois groupes. Le critère de jugement principal de l'étude est le taux de récurrence.

Résultats.

Nous avons inclus 17 patients sur la période de novembre 2018 à novembre 2019 au décours de leur suivi en CMPEA ou sur l'unité d'hospitalisation. 3 ont été perdu de vue. Notre groupe était composé exclusivement de filles entre 13 et 17 ans. La moyenne d'âge était

de 15,71 ans. 57.1% avaient eu recours à une hospitalisation pour la prise en charge d'idées suicidaires.

64.3% des patientes avaient des antécédents familiaux psychiatriques dans le groupe « ≠TS », 50% dans le groupe « TS-R » et 80% dans le groupe « TS+R ». Il s'agissait pour la majorité d'éthylisme chronique paternel et de dépression maternelle.

On recensait 42.9% d'évènements négatifs périnataux et 78.6% d'évènements négatifs dans l'enfance. Les situations de maltraitances et d'expositions à des violences conjugales étaient les plus représentées.

La majorité des patientes étaient déscolarisées avec des proportions plus importantes dans le groupe « TS+R ».

La K-SADS-PL montrait des résultats en faveur des troubles thymique avec 28.6% d'épisodes dépressifs caractérisés et 28.6% trouble anxieux généralisé, 14.3% de dysthymie ainsi que de trouble schizo-affectif, de trouble bipolaire de type 1 et de dépression persistante.

42.8% des patientes avaient fait une TS au cours des six mois d'inclusion. Le moyen le plus utilisé était l'intoxication médicamenteuse volontaire.

Un facteur précipitant a été retrouvé pour la totalité des premières TS. Il s'agissait pour la majorité de rupture sentiment ou de conflits familiaux.

Discussion.

La faible proportion de patient ne permet pas de faire des statistiques concernant l'épidémiologie et les étiologies des adolescents suicidaires. Les données étaient assez représentatives des statistiques de la littérature internationale.

L'âge moyen de la première TS était de 13.1 ans dans notre groupe pour une moyenne de 13.6 ans dans la littérature.

64.2% de nos patientes ne vivaient pas avec leurs deux parents. Ces données concordent avec l'étude rétrospective de Stodeur et attestent d'un risque suicidaire plus élevé chez ces adolescents tant par les perturbations du fonctionnement familial que par la psychopathologie familiale.

Un trouble psychiatrique était présent pour 92.8% des patientes de notre groupe.

Si la sévérité des troubles dépressifs à la MADRS et l'évaluation du RUD étaient similaires dans les trois groupes à l'inclusion, on note cependant des résultats stables dans le groupe « TS+R » malgré la prise en charge proposée tandis que le groupe « ≠TS » avait l'évolution la plus positive.

La récurrence suicidaire était fortement représentée avec un taux de 35.7% pour des taux entre 20 et 30% dans la littérature.

On considère que la période à risque de récurrence se situe entre six à douze mois après le premier geste avec un pic à cinq mois. La moyenne entre deux passages à l'acte était d'environ 4 mois et demi dans notre étude.

Conclusion et perspectives.

Porter un diagnostic psychiatrique à l'adolescence n'est pas une chose aisée. L'amélioration des procédures de diagnostic notamment par des évaluations standardisées et des traitements est indispensable.

L'essor des nouvelles technologies présente un intérêt particulier chez cette génération « connectée » autant par l'amélioration des habilités cognitives, des compétences sociales et de la gestion de l'impulsivité grâce à la réalité virtuelle et à la remédiation cognitive que par la prévention de la récurrence suicidaire grâce au maintien du contact par SMS avec les adolescents suicidants et au développement de la santé connectée.

Mots clés : « suicide » « adolescent » « récurrence suicidaire » « facteur de risque » « trouble de l'humeur » « dépression »

BIBLIOGRAPHIE

1. Suicide : enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence - 3e rapport / février 2018 - Ministère des Solidarités et de la Santé <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/suicide-enjeux-ethiques-prevention-singularites-suicide-adolescence>
2. Interroger les données de mortalité | CépiDc. <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/interroger-les-donnees-de-mortalite>
3. ons2016_fiche4.pdf https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ons2016_fiche4.pdf
4. Léon C. BAROMÈTRE DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE 2017 : TENTATIVES DE SUICIDE ET PENSÉES SUICIDAIRES CHEZ LES 18-75 ANS / SANTÉ PUBLIQUE FRANCE HEALTH BAROMETER 2017: SUICIDAL ATTEMPTS AND SUICIDAL IDEATION AMONG THE 18-75 YEARS-OLD. :10.
5. Portraits-d'adolescents-mars-2015-1.pdf <https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2015/03/Portraits-d'adolescents-mars-2015-1.pdf>
6. suicilong.pdf <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
7. Clainche CL, Courtet P, Montpellier C. Facteurs de risque de suicide et de vulnérabilité au suicide. :39.
8. rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf
9. Janssen 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 / SUICIDE ATTEMPTS, SUICIDAL THOUGHTS AND USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG 17-YEAR-OLD FRENCH ADOLESCENTS. FIRST RESULTS OF THE ESCAPAD 2017 SURVEY AND CHANGES SINCE 2011. :9.
10. POMMERAU X. L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod, 2001
11. Védrine (VÉDRINE J, QUÉNARD O, WEBER D. Suicide et conduites suicidaires. Tome I : Aspects socioculturels, épidémiologiques, prévention et traitement. Paris : Masson, 1982.)
12. Chan-Chee C. LES HOSPITALISATIONS POUR TENTATIVE DE SUICIDE DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DURÉE : ÉVOLUTION ENTRE 2008 ET 2017 / HOSPITALIZATIONS FOR ATTEMPTED SUICIDE IN ACUTE CARE FACILITIES IN FRANCE: TRENDS BETWEEN 2008 AND 2017. :7.
13. GOLDSTON DB., SERGENT DANIEL S. et al. Suicide attempts among formerly hospitalized adolescents : a prospective naturalistic study of risk during the first 5 years

- after discharge. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 ; 58(6)
14. CHOQUET M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques. *Médecine thérapeutique/Pédiatrie*. 1998 ; 1(4):337-343
 15. Beck - Tentatives de suicide et pensées suicidaires en Fr.pdf
https://www.researchgate.net/profile/Beck_Francois/publication/285359868_Tentatives_de_suicide_et_pensees_suicidaires_en_France_en_2010/links/566011cd08aefe619b28c11c/Tentatives-de-suicide-et-pensees-suicidaires-en-France-en-2010.pdf
 16. Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. /data/traites/ps/37-43521/ 8 déc 2006 ; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/55201>
 17. Stordeur C. Prévalence et caractéristiques cliniques des tentatives de suicide chez l'enfant. Journée de formation médicale continue hôpital Robert Debré. Disponible à l'URL : <https://ribertdebre.aphp.fr/wp-content/blogs.dir/23/files/2012/12/C-Storpeur.pdf>
 18. <https://www.who.int/fr>
 19. Araquistain S. L'enfant face à la maladie mentale de ses parents. *Le Journal des psychologues*. 2008;n° 258(5):52-5.
 20. Duret I. Psychose, suicide, secret et transmission. *Cahiers de psychologie clinique*. 6 avr 2009;n° 32(1):139-52.
 21. de Becker E. L'enfant victime d'abus sexuel et sa famille : évaluation et traitement. Vingt ans après ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. juin 2017;175(5):415-21.
 22. Dewulf M-C, Stilhart C. Le vécu des victimes de harcèlement scolaire. In 2005.
 23. Périssé D, Cohen D. Suicide des jeunes : un point sur les facteurs de risque. *Le Carnet PSY*. 2003;n° 85(8):29-31.
 24. Luca M de, Bonnichon D, Marty F. Les scarifications à l'adolescence : un équivalent suicidaire ? *La psychiatrie de l'enfant*. 2012;Vol. 55(2):637-78.
 25. Askénazy FL, Sorci K, Benoit M, Lestideau K, Myquel M, Lecrubier Y. Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *J Affect Disord*. mai 2003;74(3):219-27.
 26. 10-Year Research Update Review: The Epidemiology of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: II. Developmental Epidemiology – ScienceDirect.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0890856709622565>
 27. Facy F, Choquet M, Lechevallier Y. Recherche d'une typologie des adolescents suicidants. *Soc Psychiatry*. 1 juin 1979;14(2):75-84.
 28. Dugand N, Thümmler S, Pradier C, Askenazy F. Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent et bipolarité. *L'Encéphale*. 1 juin 2018;44(3):215-23.

29. Peyre H, Hatteea H, Rivollier F, Consoli A. Tentatives de suicide chez les adolescents français de 17ans : données de l'étude ESCAPAD 2008. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 1 janv 2014;62(1):22-7.
30. Choquet M, Granboulan V. Jeunes suicidants à l'hôpital. *Le Carnet PSY*. 2003;n° 85(8):14-9.
31. Haute Autorité de Santé - Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
32. Les particularités de la dépression à l'adolescence - *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2003/RMS-2425/22784>
33. Diagnostic précoce du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent (TBEA) - *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2007/RMS-113/32068>
34. Goldberg JF, Ernst CL "Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder" *J Clin Psychiatry*, 2002 Nov ; 63(11):985-91.
35. Troubles bipolaires : diagnostiquer plus tôt pour réduire le risque suicidaire. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2560925/fr/troubles-bipolaires-diagnostiquer-plus-tot-pour-reduire-le-risque-suicidaire
36. Bailly D. Traitement pharmacologique du trouble bipolaire chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*. 1 mai 2017;43(3):254-8.
37. Lecardeur L, Benarous X, Milhiet V, Consoli A, Cohen D. Prise en charge du trouble bipolaire de type 1 chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*. 1 avr 2014;40(2):143-53.
38. Bourgeois M-L. Lithium et suicide : effet préventif dans les troubles bipolaires. *L'information psychiatrique*. 2007;Volume 83(9):781-6.
39. Courtet P, Guillaume S, Sénèque M, Olié É. Les indications actuelles du lithium : la prévention du risque suicidaire. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mai 2014;172(3):182-5.
40. Courtet P, Olié É. Les antidépresseurs préviennent le suicide... en attendant mieux ! *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. avr 2014;198(4-5):881-92.
41. Elloumi H, Mirabel-Sarron C, Zalila H, Boussetta A, Cheour M. Suicide et bipolarité : les approches cognitives et comportementales. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*. 1 mars 2012;22(1):5-11.
42. Kahn J-P, Cohen RF, Tubiana A, Legrand K, Wasserman C, Carli V, et al. Influence of coping strategies on the efficacy of YAM (Youth Aware of Mental Health): a universal school-based suicide preventive program. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 5 févr 2020;
43. Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised,

- controlled trial. *Lancet*. 18 avr 2015;385(9977):1536-44.
44. Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. *JAMA*. 6 avr 2005;293(13):1635-43.
 45. Vaiva G, Vaiva G, Ducrocq F, Meyer P, Mathieu D, Philippe A, et al. Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*. 25 mai 2006;332(7552):1241-5.
 46. Rolling J, Ligier F. L'adolescent suicidaire et la société actuelle, réflexions psychopathologiques et prévention suicidaire. *Cliniques*. 5 oct 2015;N° 10(2):122-38.
 47. Ligier F, Guillemain F, Kabuth B. Prévention de la récurrence suicidaire à l'adolescence par SMS ou autre media. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 juin 2017;175(5):446-50.
 48. Dickstein DP, Cushman GK, Kim KL, Weissman AB, Wegbreit E. Cognitive remediation: potential novel brain-based treatment for bipolar disorder in children and adolescents. *CNS Spectrums*. août 2015;20(4):382-90.
 49. Berrouiguet S, Moal VL, Guillodo É, Floch AL, Lenca P, Billot R, et al. Prévention du suicide et santé connectée - Vers la personnalisation des soins ? *Med Sci (Paris)*. 1 août 2018;34(8-9):730-4.
 50. Bioulac S, de Sevin E, Sagaspe P, Claret A, Philip P, Micoulaud-Franchi JA, et al. Qu'apportent les outils de réalité virtuelle en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent ? *L'Encéphale*. 1 juin 2018;44(3):280-5.

ANNEXES

Tableau 1 : Les caractéristiques familiales.

Patients	Situation familiale	Fratrie	Profession des parents	Antécédents familiaux psychiatriques
"sans TS"				
3	S, père absent	Cadette, 2 frères	Mère : 5	Oui
10	M	Cadette, 1/2 sœur paternelle, 1 frère	Mère : sans emploi, père : 2	Non
15	M	1 frère aîné, 2 frères cadets	Mère : sans emploi, père : 3	Oui
"TS, Sans récidive"				
4	M, placée au CDE	Aînée d'une fratrie de 8	Mère : sans emploi, père : ALD	Oui
8	S, G : alternée	Cadette, une sœur	Mère : sans emploi, père : 2	Non
9	S, G : mère	Cadette, 1 sœur et 1 frère	Mère : 3, père : 2	Oui
11	Mère décédée	Fille unique	Père : 3	Non
12	S, G : mère	Cadette, 2 sœurs	Mère : 5, père : 2	Oui
17	S, G : alternée	Aînée, 2 sœurs	Mère : 5, père : 4	Non
"TS, Récidive"				
1	M	Aînée, 1 frère	Mère : 1, père : 4	Oui
2	S, mère absente	Cadette, 3 frères	Père : 2	Oui

5	S, G : mère	1 frère ainé, une 1/2 sœur paternelle et 1/2 frère maternel	Mère : 3, père : 2	Oui
7	S, G : père	Ainée, 1 sœur et un demi-frère paternel	Mère : 2, père : 5	Oui
13	M	Ainée, 1 sœur	Mère : 2, père : 2	Non

Situation familiale : M : mariés ; S : séparés ; V : veuf ; G : garde

Catégories socio-professionnelles : 1. Agriculteurs exploitants ; 2. Artisans, commerçants et chefs d'entreprise ; 3. Cadres et professions intellectuelles supérieures ; 4. Professions Intermédiaires ; 5. Employés ; 6. Ouvriers

Tableau 2 : Evolution à six mois de la MADRS et du RUD

Patients "Non-TS"	MADRS initial	MADRS à 6 mois	RUD initial	RUD à 6 mois
3	42	14	Elevé	Faible
10	46	30	Elevé	Faible
15	28	7	Moyen	Faible
Patients "TS, Sans récidive »				
4	44	42	Elevé	Moyen
8	30	12	Élevé	Faible
9	30	26	Élevé	Moyen
11	32	14	Élevé	Faible
12	42	28	Élevé	Moyen
17	34	38	Élevé	Élevé
Patients "TS, Récidive"				
1	32	30	Élevé	Elevé
2	44	44	Élevé	Élevé
5	42	36	Élevé	Élevé
7	34	30	Élevé	Élevé
13	38	40	Élevé	Élevé
<10 : rémission	RUD faible : 0 à 5			
11 : dépression légère	RUD moyen : 6 à 9			

12 à 19 : dépression moyenne	RUD élevé : 10 ou plus
20 à 34 : dépression sévère	
35 à 60 : dépression très sévère	

Tableau 3 : Résultats de la mini Kids et le la K-SADS-PL à l'inclusion

Patients	Mini Kids initial	K-SADS-PL initial
"sans TS"		
3	Episode dépressif majeur/ anxiété généralisée	Episode dépressif caractérisé avec caractéristique psychotique non congruente à l'humeur
10	Dysthymie/ phobie sociale/ agoraphobie sans trouble panique	Dépression persistante secondaire, anxiété sociale
15		
"TS, Sans Récidive "		
4	Dysthymie	Trouble schizo-affectif type dépressif
8	Episode dépressif majeur/ anxiété généralisée	Episode dépressif caractérisé, phobie spécifique, anxiété généralisée
9	Dysthymie	Dysthymie secondaire, trouble stress post traumatique passé
11	Episode dépressif majeur	Episode dépressif caractérisé, anxiété généralisée, trouble stress post traumatique passé
12	Episode hypomaniaque/ abus de substance	Trouble bipolaire de type 1, épisode mixte le plus récent
17	Episode dépressif majeur/ anxiété généralisée	Episode dépressif caractérisé, anxiété généralisée

"TS, Récidive "		
1	Dysthymie/ anxiété généralisée	Dépression persistante avec caractéristique psychotique non congruente à l'humeur, trouble anxieux généralisé
2	Dysthymie	Dysthymie avec caractéristique atypique/ trouble stress post traumatique passé
5	Dysthymie/ épisode hypomaniaque passé	Trouble bipolaire de type 1, épisode dépressif le plus récent
7	Episode hypomaniaque passé/ trouble des conduites	Episode dépressif caractérisé passé, trouble schizo-affectif
13	Dysthymie/ phobie spécifique scolaire	Trouble schizo-affectif type bipolaire

Tableau 4. Récidive suicidaire et des comportements auto-agressifs à 6 mois de suivi.

Patients	Nombre de tentative de suicide		Automutilations	
	A l'inclusion	A 6 mois	A l'inclusion	A 6 mois
"sans TS"				
3	0	0	Oui	Non
10	0	0	Oui	Non
15	0	0	Non	Non
"TS sans récidive"				
4	1	0	Oui	Oui
8	1	0	Non	Non
9	1	0	Oui	Oui
11	1	0	Non	Non
12	1	0	Non	Non
17	0	1	Non	Non

"TS avec récurrence"				
1	2	2	Oui	Oui
2	2	2	Oui	Oui
5	6	1	Oui	Oui
7	2	0	Oui	Oui
13	1	1	Oui	Oui
	71.40%	25.70%	64.30%	50%

Tableau 5 : Comparaison des données des patientes ayant récidivé leur TS

Patients	1	2	5	7	13
Nombres de TS	4	4	7	2	2
Moyen	IMV	IMV+ arme blanche	IMV+ phlébotomie	IMV	IMV
Facteurs précipitants	Oui	Pour la 1ère TS	Oui	Oui	Oui
Diagnostic	Dépression persistante, comorbidité anxieuse	Dépression persistante	Trouble bipolaire	Trouble schizo-affectif	Trouble schizo-affectif
MADRS à 6 mois	Dépression sévère	Dépression très sévère	Dépression très sévère	Dépression sévère	Dépression très sévère
RS à 6 mois	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé	Elevé
Evènement périnataux	Non	Maltraitance/ bébé secoué	Dépression maternelle	Non	Non
Evènement enfance	Maltraitance	Maltraitance	Attouchement	Décès brutal	Non
Harcèlement scolaire	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Scolarité	Déscolarisée	Déscolarisée	Déscolarisée	Scolarité adapté	Déscolarisée
Antécédents personnels	TCA	TCA	Trouble des apprentissages	Trouble des apprentissages	Refus scolaire anxieux
Isolement social	Non	Oui	Non	Non	Oui
Situation parentale	Marié	Séparé, garde: père	Séparé, garde: mère	Séparé, garde: père	Marié
Profession parents	1 et 4	2	3 et 2	2 et 5	2 et 2
Fratricie	Aînée, 2 enfants	Cadette, 4 enfants	Milieu, 4 enfants	Aînée, 3 enfants	Aînée, 2 enfants

Antécédents familiaux	Dépression et TAG (mère)/ OH (père)	Schizophrénie (mère)	Dépression (mère)/ schizophrénie (tante)	OH (père)/ suicide (GPP)	Aucun
------------------------------	-------------------------------------	----------------------	--	--------------------------	-------



16-HPNCL-01

Bipolarité – Dépression chez l'enfant et l'adolescent suicidants : mieux diagnostiquer pour prévenir la récurrence

N° interne : 16-HPNCL-01 Numéro ID RCB : 2016-A00219-42

Version 0.1 du 28/01/2016

Gestionnaire de la recherche : Fondation LÉNVAL

Fondation Lénval Hôpitaux Pédiatriques de Nice CHU-LÉNVAL
57 Avenue de la Californie
06 200 Nice
Tel : 04 92 03 03 92
Fax : 04 92 03 03 44
Courrier électronique : fondation@lenval.com

Médecin responsable de la recherche

Docteur DUGAND Nathalie
Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - SUPEA
Hôpitaux Pédiatriques de Nice, CHU-LÉNVAL
57 avenue de la Californie, 06200 Nice
Tel : 04 92 03 03 26 Fax : 04 92 03 04 43
Courrier électronique : dugand.n@pediatrie-chulénval-nice.fr

Les signataires suivants confirment qu'ils sont en accord pour mener l'étude dans les conditions décrites dans ce protocole

Docteur DUGAND Nathalie –
Médecin responsable de la recherche

Monsieur Arnaud POUILLART
Directeur de la Fondation Lénval-Hôpitaux
Pédiatriques de Nice CHU-LÉNVAL



Hôpitaux pédiatriques de NICE CHU-LÉNVAL
Dr Nathalie DUGAND
PEDOPSYCHIATRE INTERSECTEUR 06104
N° RPPS 10100679900
57, Avenue de la Californie - 06200 NICE



FONDATION LÉNVAL POUR ENFANTS
57, Avenue de la Californie - 06200 NICE
TEL 04 92 03 03 00 Fax 0492 03 03 44

RESUME

Il s'agit d'une étude prospective, de soins courants, qui porte sur une population pédiatrique de suicidants (ayant fait une tentative de suicide) et de suicidaires (présentant des idées suicidaires avec planification) hospitalisés dans l'hôpital pédiatrique de Nice-CHU Lenval.

L'objectif principal de l'étude est de décrire le nombre de diagnostic de trouble bipolaire et dépressif comorbide des conduites suicidaires selon les critères diagnostiques du DSM-5. Les objectifs secondaires sont : 1) la comparaison des taux de récurrence de tentative de suicide à 6 mois et 12 mois entre les sujets porteurs d'un diagnostic de trouble de l'humeur (bipolarité ou dépression) et les sujets non porteurs de diagnostic de trouble de l'humeur ; 2) la mise en évidence de facteurs de risques de récurrence suicidaire spécifique au diagnostic de trouble de l'humeur ; 3) la comparaison des évaluations diagnostiques de terrain (critères CIM-10) vs évaluation standardisée (critères DSM-5).

Pour cela nous proposons une étude de cohorte observationnelle, monocentrique, sur une durée de suivi de 12 mois après inclusion.

Les sujets sont sélectionnés et inclus de façon consécutive sur une période de 12 mois.

Les critères d'inclusions sont : 1) enfants – adolescents âge : 6 - 18 ans inclus ; 2) hospitalisation pour tentative de suicide ou idées suicidaires avec planification au sein de l'Hôpital Pédiatrique de Nice-CHU Lenval ; 3) patients francophone ; 4) parents francophone ; 5) affiliation au régime de la sécurité sociale .

Le critère de non inclusion est le refus ou l'impossibilité de réaliser la Kiddie - SADS avec le sujet et/ou ses parents.

Le nombre de sujets à inclure est estimé à 100.

À l'inclusion : évaluation standardisée du diagnostic psychiatrique comorbide selon les critères du DSM-5 pour les troubles de l'humeur et selon les critères du DSM-IV R pour les autres diagnostics. Nous utiliserons la KIDDIE-SADS, entretien semi-structuré à visée diagnostique adapté au DSM pour cette évaluation.

Les patients sont ainsi répartis en deux groupes : groupe trouble de l'humeur - groupe sans trouble de l'humeur.

En parallèle, l'équipe de terrain évalue en aveugle le diagnostic psychiatrique selon les critères CIM-10.

La population de sujets inclus est décrite : caractéristiques cliniques - socio démographiques - fonctionnement global - antécédents psychiatriques individuels et familiaux.

Les sujets inclus sont réévalués à 6 mois et 12 mois.

À 6 mois : survenue d'une récurrence de tentative de suicide ou d'idées suicidaires avec planification - fonctionnement global - état clinique. À 12 mois : ré évaluation standardisée du diagnostic avec la KIDDIE-SADS et ré évaluation clinique identique à 6 mois.

Les facteurs de risques de récurrence sont évalués dans les deux groupes ainsi que les taux de récurrence.

Le critère de jugement principal de l'étude est le taux de récurrence de tentative de suicide.

Formulaire de recueil de consentement

Titre du projet :

Comportements suicidaires chez les adolescents : des étiologies à risques ?

Directeur du projet

Lesaulnier Justine, interne en psychiatrie, CH Henri Guérin

Je, soussigné(e) (Prénom et NOM)..... demeurant
à..... né(e) le, certifie que j'ai bien reçu une
information écrite et orale, que j'ai pu poser toutes les questions que je souhaitais, que j'ai obtenu
une réponse à chacune d'elles et que je pourrai demander tout complément d'information, si
nécessaire, au Docteur, au numéro de téléphone suivant :

J'ai bien compris les objectifs et modalités de cette étude de recherche en soins courants et je donne
mon accord pour y participer. Mon autorisation ne décharge pas les organisateurs de la recherche de
leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Les données qui me concernent, ainsi que le présent accord, resteront strictement confidentielles. Je
n'autorise leurs consultations que par les personnes collaborant à cette étude, astreintes au secret
professionnel et désignées par le promoteur, le médecin sus cité, ou par un représentant des
Autorités de Santé.

A l'occasion de cette étude, les données me concernant feront l'objet d'un traitement informatisé
par le promoteur. Le droit d'accès à l'information prévu par la loi "Informatique et Liberté" du
06.01.1978 (Article 40) s'exerce à tout moment auprès du Docteur Je pourrai exercer
mon droit de rectification auprès de ce même médecin pendant la durée de la recherche.

Je comprends que je suis libre d'accepter de participer ou non à cette étude, et que je peux
demander à tout moment de m'en retirer sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre
la qualité des soins qui continueront à m'être prodigués.

Ce formulaire de consentement de participation est établi conformément à la directive européenne
2001/20/CE.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette étude.

Signature du patient : Date :

Nom et signature du psychiatre : Date :

.....

Lettre d'information aux patients

Titre du projet :

Comportements suicidaires chez les adolescents : des étiologies à risques ?

Directeur du projet

Lesaulnier Justine, interne en psychiatrie, CH Henri Guérin

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à notre étude. Il s'agit d'une étude de soins courants dont l'objectif est d'évaluer le diagnostic chez les adolescents suicidants. Ce document a pour but de fournir les informations nécessaires à votre décision. Vous pouvez poser toutes les questions que vous souhaitez avant et pendant l'étude par écrit ou par oral à Lesaulnier justine.

Résumé :

Il s'agit d'une étude prospective, de soins courants, qui porte sur une population pédiatrique de suicidant (ayant fait une tentative de suicide) et de suicidaires (présentant des idées suicidaires avec planification) hospitalisés en unité temps plein pédopsychiatrique villa nova et pris en charge en ambulatoire en CMPEA.

L'objectif principal de l'étude est de décrire le nombre de trouble bipolaire et dépressif comorbide des conduites suicidaires selon les critères du DSM-5.

Pour cela, nous proposons une étude de cohorte observationnelle sur une durée de 6 mois après inclusion.

Les sujets sont inclus sur une période de 12 mois.

Les critères d'inclusions sont :

1) adolescent de 11 à 18 ans ; 2) pris en charge au CMPEA de Hyères ou hospitalisés à la Villa Nova au décours d'une tentative de suicide ou d'idées suicidaires avec planification ; 3) patients francophones ; 4) parents francophones ; 5) affiliation au régime de sécurité social.

Le critère de non-inclusion est le refus ou l'impossibilité de réaliser la Kiddie-SADS avec le sujet et/ou les parents.

A l'inclusion : évaluation standardisée du diagnostic psychiatrique comorbide selon les critères du DSM-5 pour les troubles de l'humeur et selon les critères du DSM-4 R pour les autres diagnostics. La Kiddie-SADS, entretien semi-structuré à visé diagnostique sera utilisée.

Les patients seront, dans chaque unité de soins, répartis en deux groupes : groupe trouble de l'humeur – groupe sans trouble de l'humeur.

La population des sujets inclus est décrite : caractéristiques cliniques, sociodémographiques, fonctionnement global, antécédents psychiatriques individuels et familiaux.

Les sujets inclus sont réévalués à 3 mois : survenue d'une récurrence de tentative de suicide ou d'idées suicidaires avec planification ; fonctionnement global ; état clinique ; ré évaluation standardisé du diagnostic avec la Kiddie- SADS.

Les facteurs de risques de récurrence sont évalués dans les deux groupes ainsi que les taux de récurrence. Le critère de jugement principal de l'étude est le taux de récurrence.

Objectif de l'étude :

Cette étude a pour objectif d'évaluer chez les adolescents suicidants ou ayant eu une intentionnalité suicidaire, le diagnostic clinique et les modalités de la prise en charge afin d'améliorer la prise en charge.

Déroulement de l'étude :

L'étude vous propose d'être reçu :

- en consultation ou on vous proposera de participer à l'étude de soins courants et après un délai de réflexion suffisant et si vous êtes d'accord vous signerez un formulaire de consentement.
- à la suite de votre inclusion dans l'étude, on proposera un entretien avec les parents et avec l'adolescent durant lequel nous réaliserons une kiddie-SADS.
- un nouvel entretien sera réalisé à 3 mois.

Bénéfices de l'étude :

Cette étude a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la tentative de suicide chez l'adolescent.

Contraintes liées à l'étude :

Votre prise en charge en CMP/ à la villa nova ne sera pas modifier en participant à l'étude. Vous vous engagez à venir aux 2 entretiens stipulés ci-dessus.

Participation volontaire :

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire. Vous pourrez vous retirer à tout moment de l'étude sans justification et sans conséquence pour la suite de votre traitement ni sur la qualité des soins qui vous seront prodigués. Cette décision ne modifiera en rien vos relations avec votre médecin.

Interruption de votre participation à l'étude :

L'étude peut être interrompu à tout moment pour diverses raisons :

- Du fait du promoteur, de l'investigateur ou des autorités de santé.
- Vous gardez, même après avoir signé l'attestation de consentement éclairé, le droit d'interrompre à tout moment votre participation à l'étude sans avoir à vous justifier et sans que cela ne change votre prise en charge, ni votre relation avec votre médecin.

Protection des personnes :

La loi française nous demande de recueillir votre consentement, c'est pourquoi, si vous êtes d'accord pour participer, nous vous demandons de signer le consentement, ce qui n'enlève en aucun cas la responsabilité médicale des médecins qui vous soignent.

Les données qui vous concernent, ainsi que le présent accord, resteront strictement confidentielles. Vous n'autorisez leur consultation que par les personnes collaborant à cette étude, astreintes au secret professionnel et désignées par le promoteur, le médecin sus cité, ou par un représentant des Autorités de Santé.

Le fichier informatique utilisé pour réaliser la présente recherche a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL en application des articles 40-1 et suivants de la loi "Informatique & Libertés" du 6 janvier 1978. Les données médicales vous concernant, ainsi que celles relatives à vos habitudes de vie, nécessaires compte tenu de l'objet de la recherche, font l'objet d'un traitement informatique et ne seront transmises qu'au promoteur ainsi que le cas échéant aux autorités sanitaires habilitées dans des conditions garantissant leur confidentialité. Vous pouvez exercer vos droits d'accès, de rectification et d'opposition, auprès du Dr Tél :, conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée le 6 août 2004 pendant toute la durée de la recherche.

Selon les dispositions de la loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, vous serez informée, si vous le souhaitez, des résultats globaux de l'étude par l'interne en psychiatrie. Toute information nouvelle survenant en cours d'essai et pouvant modifier la décision vous sera donnée. Vous êtes libre d'accepter de participer ou non à cette étude, et vous pouvez demander à tout moment de vous en retirer sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui continueront à vous être prodigués.

Nom et signature du psychiatre :

Date :

Critères DSM-V, troubles de l'humeur
(Traduction HAS, Juin 2014)

1. Critères diagnostiques Episode dépressif majeur

A. Au moins 5 symptômes pendant au moins 2 semaines, changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins soit humeur dépressive, soit perte d'intérêt ou de plaisir.

Humeur dépressive

Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir

Perte ou gain de poids significatif

Insomnie ou hypersomnie

Agitation ou ralentissement psychomoteur

Fatigue ou perte d'énergie

Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée

Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision

Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères de l'épisode mixte

C. Souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale

2. Critères diagnostiques trouble dépressif persistant

A. Humeur dépressive présente pendant la plupart de la journée, pendant la majorité des jours pendant au moins 2 ans, comme cela est rapporté par le sujet ou l'entourage.

Note : Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur peut être irritable et la durée doit être supérieure à 1 an.

B. Lorsque le sujet est déprimé, il doit présenter 2 (ou plus) des éléments suivants :

Perte de l'appétit ou hyperphagie

Insomnie ou hypersomnie

Baisse de l'énergie ou fatigue

Faible estime de soi

Difficultés de concentration ou difficulté à prendre des décisions

Sentiment de désespoir

C. Durant la période de 2 ans (1 an pour les adolescents) de perturbation de l'humeur, le sujet n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Les critères d'un épisode dépressif majeur (EDM) peuvent être présents de façon continue depuis 2 ans.

E. La personne n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie et ne remplit pas non plus les critères d'un trouble cyclothymique.

F. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres trouble psychotiques spécifiés ou non spécifiés.

G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue ou un médicament), ou à une autre pathologie médicale (p.ex. hypothyroïdisme).

H. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance significative ou d'une déficience dans les domaines sociaux, professionnels ou un autre champ de fonctionnement important.

3. Critères diagnostiques Trouble bipolaire de type I

- A. Les critères (critères A à D de l'épisode maniaque) ont été respectés pour au moins un épisode maniaque.
- B. L'occurrence d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique. L'épisode maniaque peut avoir été précédé et suivi par un épisode hypomaniaque ou par un épisode dépressif caractérisé.

4. Critères diagnostiques Trouble bipolaire de type II

- A. Les critères (A à F) ont été respectés pour au moins un épisode hypomaniaque et pour au moins un épisode dépressif.
- B. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque.
- C. L'occurrence d'un épisode hypomaniaque et d'un épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou par un autre trouble psychotique. Les symptômes de dépression ou le caractère imprévisible provoqué par l'alternance fréquente des périodes de dépression et des périodes d'hypomanie entraînent une détresse cliniquement significative ou une détérioration des activités sociales, du fonctionnement professionnel, ou dans d'autres domaines importants de fonctionnement.

5. Critères diagnostiques d'un épisode maniaque

- A. Un épisode maniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable ou d'une augmentation de l'activité ou de l'énergie orientée vers un but. Cette période doit durer au moins une semaine, être présente tout le long de la journée presque tous les jours ou moins si une hospitalisation est nécessaire.
- B. Au moins 3 des symptômes suivants doivent être présents à un degré significatif et constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable).
 Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
 Réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).
 Plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment.
 Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
 Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).
 Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
 Engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
 Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, ou des relations interpersonnelles, ou, pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir les conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui ou bien, s'il existe des caractéristiques psychotiques.

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament) ou d'une affection médicale généralisée (hyperthyroïdie).

Les critères A à D constituent un épisode maniaque. La présence d'au moins un épisode maniaque est nécessaire pour le diagnostic d'un épisode bipolaire de type I.

6. Critères diagnostiques d'un épisode hypomaniaque

A. Un épisode hypomaniaque est défini comme une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable et d'une augmentation persistante de l'activité ou de l'énergie. Cette période doit durer au moins 4 jours consécutifs et être présente toute la journée, presque tous les jours.

B. Durant la période de trouble de l'humeur et d'augmentation de l'énergie et de l'activité au moins 3 des symptômes suivants ont persisté, constituent un changement notable du comportement habituel (4 symptômes si l'humeur est seulement irritable) et ont été présents à un degré significatif. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.

Réduction du besoin de sommeil (se sentir reposé après seulement 3 heures de sommeil).

Plus grande communicabilité que l'habitude ou le désir de parler constamment.

Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.

Distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants).

Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

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

L'épisode est associé sans équivoque à un fonctionnement qui est inhabituel chez l'individu quand il n'est pas symptomatique. La perturbation de l'humeur et le changement du fonctionnement sont perceptibles par autrui.

C. La perturbation de l'humeur n'est pas assez sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales, ou des relations interpersonnelles, ou, pour nécessiter l'hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques l'épisode est par définition considéré comme maniaque.

D. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (donnant lieu à un abus, médicament). Les critères A à F constituent un épisode hypomaniaque. Les épisodes hypomaniaques sont courants dans le trouble bipolaire de type I mais ne sont pas nécessaires pour établir un diagnostic du trouble bipolaire de type I.

Serment D'Hippocrate

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

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

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

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

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

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

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