

ANNEE 2017

N°

**ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
ADOLESCENTS SUICIDANTS DANS LE BASSIN CHALONNAIS**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 décembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par François DEVILLARD

Né le 12 novembre 1987

à Le Creusot

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2017

N°

**ROLE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
ADOLESCENTS SUICIDANTS DANS LE BASSIN CHALONNAIS**

THESE
Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 15 décembre 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par François DEVILLARD
Né le 12 novembre 1987
à Le Creusot

Année Universitaire 2017-2018
au 1^{er} Septembre 2017

Doyen :
Assesseurs :

M. Frédéric HUET
M. Marc MAYNADIE
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
(Mise en disponibilité du 12 juin 2017 au 11 juin 2018)			
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénérologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Philippe	CAMUS (Surnombre jusqu'au 31/08/2019)	Pneumologie
Mme	Monique	DUMAS-MARION (Surnombre jusqu'au 31/08/2018)	Pharmacologie fondamentale
M.	Maurice	GIROUD (Surnombre jusqu'au 21/08/2018)	Neurologie

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Cardiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/03/2017 au 31/08/2019)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2017 au 31/08/2020)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président :

Monsieur le Professeur Bernard BONIN

Membres :

Monsieur le Docteur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER

Madame le Docteur Anne WALDNER-COMBERNOUX

Madame le Docteur Catherine KUCHARSKI

Madame le Docteur Olivia RABUT

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."

REMERCIEMENTS

**A notre Maître et Président de jury,
Monsieur le Professeur Bernard BONIN**

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'assurance de toute ma gratitude et de mon profond respect. Merci pour vos conseils et la disponibilité dont vous avez fait preuve pour m'accompagner.

**A notre Maître et membre du jury,
Monsieur le Docteur Jean-Christophe CHAUVET-GELINIER**

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté, avec enthousiasme, de participer à ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect et de mes sincères remerciements.

**A notre Maître et directrice de thèse,
Madame le Docteur Catherine KUCHARSKI**

Merci d'avoir accepté de diriger ce travail. Ton soutien, tes précieux conseils et tes relectures ont été indispensables à son aboutissement. Merci pour le temps que tu y as consacré.

**A notre Maître et membre du jury,
Madame le Docteur Anne WALDNER-COMBERNOUX**

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Tu m'as initié à la médecine générale et enseigné une belle approche de ce métier. Tes encouragements pour le mémoire et la thèse n'étaient pas vains.

**A notre Maître et membre du jury,
Madame le Docteur Olivia RABUT**

Je te remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse. Travailler à tes côtés a toujours été un réel plaisir et ta vision de la médecine générale est une source d'inspiration pour ma pratique future.

A ma famille,

Mes parents, merci pour tout l'amour et toutes les valeurs que vous m'avez donnés et vous me donnez encore. Merci pour votre soutien sans faille et votre totale confiance qui m'ont permis d'en être là aujourd'hui. Merci pour cette éducation qui a fait de moi le plus heureux des garçons et un homme épanoui aujourd'hui. Et puis, un grand Merci pour cette belle fratrie ! Merci pour tout !

A ma mère, merci pour ta relecture et ton œil avisé sur l'orthographe.

Elise, merci d'être là, de cette complicité et de ce soutien qui me sont précieux. Merci pour tous ces moments partagés, les vacances, les trajets pour Dijon le dimanche soir entassés dans la C2, et les innombrables moments passés dans vos différents chez vous.

Cla (Clarisse), merci d'être là. Treize ans de différence mais une totale relation de frère et sœur : des chamailleries mêlées à un amour fraternel sans faille. Si je n'avais pas soutenu cette année, à quelques jours près, on aurait été inscrit dans la même fac ! Un grand frère c'est probablement un peu pénible, mais tu peux toujours compter sur lui.

Rémi, mon beau mais surtout bien plus que ça car finalement je me suis construis avec toi à mes côtés. Tu m'as donné l'envie de venir au hand ce qui nous a permis de passer quelques années ensemble sur les terrains. Et maintenant direction les terrains de golf. Merci pour ces fou-rires réguliers, sans même se dire un mot, merci pour ces discussions jusqu'à pas d'heure, quelques fois en s'endormant une tasse de café (ou un digestif) dans les mains ! Merci d'être comme tu es.

Clélie et Louis, c'est une chance immense et une fierté pour moi d'être votre oncle. Vous êtes des boules d'amour à l'état pur. Votre énergie débordante, vos sourires sont pour moi source de sérénité et de bonheur. Je suis heureux de vous voir grandir mais gardez toujours dans un coin une part d'enfant en vous ! Peter Pan en est un excellent exemple mais surtout vous verrez, c'est important !

Mes grands-parents, un immense merci pour votre tendresse et votre bienveillance. Voir dans vos yeux une fierté à chaque fois que vous voyez vos petits-enfants (ou arrières-petits-enfants) est toujours très touchant. Votre amitié et votre solidarité nous ont permis de partager tous ces moments en famille, les meilleurs (et ils sont nombreux!), comme les plus difficiles. A mes grands-pères, j'aurais aimé que vous soyez près de moi aujourd'hui car, j'en suis intimement convaincu, si je fais ce métier et si je suis l'homme que je suis aujourd'hui, je vous le dois.

Un grand merci à toutes les personnes qui complètent cette petite famille. Mon oncle, tu es un peu mon Capitaine Haddock (bougon mais d'une profonde gentillesse). Ma tante, qui venait nous chercher les vendredis avec ta 4L afin de finir la semaine entre cousins ! Céline et Maryline, pour ces moments partagés jeunes justement mais aussi pour ce que nous continuons de partager. C'est toujours une joie de passer des moments avec vous et vos hommes Jean-Phi et Yohan. Il m'est essentiel d'avoir une attention toute particulière à vos p'tits loups Kyra, Gabriel et Romane ! La tata Jojo, une partie de la mémoire de la famille, toujours souriante, l'essentiel est que tout roule ! Bernard et Coco, votre accueil est toujours exceptionnel, de Paris au Lot, et votre épicurisme si agréable ! Audrey, avec ton calme et ta gentillesse, c'est toujours un plaisir de te voir. Sylvie, toujours présente dans les moments importants. Perrine et Pierre, pour tous ces moments partagés.

Michel, Amélia, Pauline et Pierre, votre place sur cette page a pour moi tout son sens. Il n'est pas possible d'énumérer les souvenirs tellement nous en avons partagés. Présents dans tous les moments, des vacances toujours au top et surtout un immense plaisir de partager, en toute simplicité. Quelle fierté d'être ton fillot !

A mes rencontres professionnelles,

A Frédéric CUBILLE et Catherine SUDRE, qui m'ont mis le pied à l'étrier et permis de découvrir tranquillement la médecine générale.

A Sylvestre LUCIANI, Catherine AUBRY, Bernard SPORTES, Dominique SABATIER ainsi qu'à tout le personnel de la maison de santé de Cluny qui m'ont chaleureusement accueilli et permis de prendre mes dernières marques en toute sécurité avant de me débrouiller comme un grand.

Aux équipes des urgences du CH de Joigny qui ont, par leur gentillesse et leur accueil, rendu mon stage icaunais inoubliable.

A mes chefs des différents services où j'ai effectué mon internat : Chantal NGNIE, Christian GERARD, Lofti FRIGUI, Luc LORGIS, Michel FRANCOISE.

A Dominique FOCAULT, Dominique CHAPUIS, Jean-Paul MATHIS ainsi qu'à Isabelle BADET qui m'ont chaleureusement accueilli et avec qui c'est toujours un plaisir de travailler.

A Catherine GIROUX-HALLOT, merci de cette gentillesse.

A Hélène BERTRAND et Florie BARAT, merci de votre confiance et de m'accueillir à Meursault. C'est un réel plaisir pour moi de venir travailler parmi vous.

A mes amis,

Benji, obligé de commencer par toi puisque je pense que tu es le premier à m'avoir vu ! Des heures et des heures passées ensemble, à dos de St Bernard, à la pêche, à faire le con en Ciao, en ski et j'en passe. Je crois que le point commun à tout ça c'est qu'on a toujours trouvé la bonne idée (enfin pour nous et pas forcément pour nos parents) pour en jouer une ! Camille, la petite touche parisienne au Québec ! Ton rire communicatif est dans la belle tradition des célèbres rires de fouines qui nous sont chers ! Vous retrouver, William et toi, au Canada, était vraiment parfait ! Un souvenir de plus parmi la multitude que nous avons ensemble. Romain, de la petite section à la terminale dans la même classe, ça pose les bases ! Le pote de la première heure et avec qui les délires sont toujours intacts dès qu'on se retrouve. Ton amitié m'est précieuse. Que ce soit le Canada ou la Louisiane ce n'est pas la porte à côté mais ça fait tellement plaisir de t'y voir heureux. Et puis ça fait des destinations sympa pour venir te voir et partager des moments avec Carmel et toi : vous êtes au top ! Elsa et Clé, je crois que ces vacances au Canada représentent totalement notre amitié : pleine de fun, complètement « fofou ». Une grande simplicité et des fou-rires. Sincèrement vous êtes « ça coche » !

Joce, je crois que je ne connais personne de plus gentil que toi. C'est tellement cool de te retrouver à chaque fois que tu reviens en métropole. Et puis surtout ça me fait énormément plaisir de voir à quel point tu es heureux chez toi, à Nouméa. C'est promis, je dois venir !!! Rito, c'est très compliqué de résumer une amitié comme cela en quelques lignes. Des apremis avec le combo DM de maths/PES au festival HOGHOG en passant par les parties de baskets, une histoire de seau, et surtout 5 ans de vie commune en colocation, on en a partagé des choses. On n'est pas des grands expansifs, mais sache à quel point c'est important pour moi de savoir que tu es là ! Hélène, soutenir sa thèse la même semaine tous les deux c'est assez marrant ! Merci de nous supporter avec Pierre quand on est ensemble. David, avoir pour passion Flaubert et le gros rap m'a toujours fasciné et ça te représente tellement bien ! Pablo, mon sergent instructeur Hartman préféré. Bastien et ta légendaire interprétation de « La truite est morte » ! Gu, un flegme à toute épreuve. Marie, finalement tu as débuté au club journal du collègue et tu finis par vraiment avoir eu ta carte de presse. Elo, toujours le sourire et la forme, il faut viser juste pour trouver des moments pour se voir mais c'est toujours un réel plaisir !

A tous les copains du hand, ça commence à en faire des heures passer dans les gymnases ! Les voyages retour en bus m'ont toujours paru beaucoup plus court que l'aller ! Rob et ton sourire, il faut juste savoir le voir. Cédou, à 21h au gymnase le vendredi même après avoir arrêté le hand. David et ta mèche qui nous sert d'indicateur à une soirée qui est en train de dérapier. Bilou, une bière mais vite fait alors ! Pépît, ta joie de vivre, ta simplicité, ton chambrage toujours au top et aussi parce que tu ne sais jamais baisser d'un ton ! Bébert toujours le style avec les Mizuno ! Wally, de joueur à entraîneur tu réponds toujours présent. Alex et tes trois poumons mais des genoux en carton. Juju, le gendre idéal ! Thib et ta persévérance pour la stache. Damien et Kev les inséparables. Et puis un grand merci à Aurore, Steph, Emilie, Lucile, Calou, Soph, Aurèl pour les soirées partagées mais aussi pour avoir prêté et prêter encore tous les zozos du dessus le vendredi et samedi soir !!!

Jean, une bonne partie de jeu de société, toute simple, sans violence, c'est tellement beau ! Flo, depuis que tu es en cabinet toi même tu sais que tu n'es pas un vrai anarcho-stalinien !

Nico, toujours présent, toujours partant et toujours au top ! Avec toi tout est d'une simplicité, si appréciable. Du sport aux soirées, de Dijon à l'île de Ré, c'est toujours une bouffée d'oxygène de partager cela avec toi. Des discussions toujours passionnantes. Ne change rien, tu es parfait ! Et un immense merci de l'honneur que tu m'as fait en me demandant d'être l'un de tes témoins. Maud, toujours élégante, c'est un plaisir de partager avec toi, dans les transats du wake, à l'île de Ré ou sur les terrasses dijonnaises. Merci pour cette belle amitié qui m'est chère. Et je te l'assure ce n'est pas la place qui compte !!! Pierre, en plus de ton rire et ton amour de la fête, il y a tellement de choses passionnantes dont on peut discuter avec toi. Toujours un peu dans l'excès, pour le meilleur, comme pour le pire ! Tu as toujours, quand tu veux, une chambre de dispo à l'appartement ! Raph, surfeur, cuistot, un goût tout particulier pour les bonnes choses, ta bonhomie te rend au top ! Manon, toujours le sourire, partenaire de choc du Trivial, et avec un sens de l'organisation hors pair pour des week-ends parfaits entre copains #VousLesGlands#Lyon#Hossegor2018. Bastouz, un talent certain pour le karaoké et mon maître pour les annonces à la coinche (je ne t'égalais pas encore même si j'en fais des belles). Melit, tout en discrétion et avec le sourire, heureusement que tu es là quand on discute de

politique. Loulou, promets de ne rien changer maintenant que tu es un mouflon. Flo, on ne vous voit pas assez toi et Loulou avec des vêtements faits par tes propres soins. Alex, ton goût pour l'aventure et tes projets plein la tête ! Cricri, ton départ à Lyon est une triste perte pour l'ACDC. Tito, toujours la petite relance improbable à la coinche. Ben, le créateur du concept de la coinche culinaire ! Thomas, l'accent du sud dans la grisaille dijonnaise. Hadri et ta bonne humeur permanente. PH et Clem, toujours le sourire et une convivialité au top ! VDT , un peu pharmacienne mais surtout artiste. Sans oublier Fred, Marie-Lo, Popo, Karim, Cyril, Camille, Emilie, Marie-Adé.

Pauline, merci pour ta présence à mes côtés, ton aide précieuse et ton soutien. Merci pour tes relectures et la richesse de nos échanges.

« - Qu'est-ce que signifie « apprivoiser » ?

- C'est une chose trop oubliée, dit le renard. Ça signifie « créer des liens... » »

Le Petit Prince, 1943

Antoine de Saint-Exupéry

« Les actes en disent plus que les mots. Que vos paroles enseignent, que vos actes parlent. »

Saint Antoine de Padoue

TABLE DES MATIERES

ABBREVIATIONS.....	21
INTRODUCTION.....	22
Première partie : ETATS DES CONNAISSANCES.....	23
1 Définitions.....	23
1.1 Suicide.....	23
1.2 Tentative de suicide.....	23
1.3 Suicidé.....	23
1.4 Suicidant.....	23
1.5 Suicidaire.....	23
2 L'adolescence.....	24
2.1 Définition.....	24
2.2 La médecine de l'adolescent.....	24
3 Suicide et adolescence.....	25
3.1 Historique.....	25
3.2 Epidémiologie.....	26
3.3 Facteurs favorisants.....	27
4 Prise en charge d'un adolescent suicidant.....	28
4.1 Prise en charge immédiate suite à la tentative de suicide.....	28
4.2 Prise en charge du suivi.....	28
4.2.1 Outils à disposition.....	29
4.2.1.1 Psychothérapie.....	29
4.2.1.2 Médicaments.....	29
4.2.2 Référent suicidant.....	29
Deuxième partie : ETUDE.....	31
1 But de l'étude.....	31
2 Population et méthodes.....	31
2.1 Type de l'étude.....	31

2.2	Population étudiée.....	31
2.3	Recueil des données.....	32
2.4	Données recueillies.....	32
3	Résultats.....	33
3.1	Population.....	33
3.1.1	Sexe.....	33
3.1.2	Âge.....	33
3.1.3	Prévalence.....	33
3.1.4	Motifs.....	34
3.1.5	Méthode(s) utilisée(s).....	35
3.1.6	Durée d'hospitalisation.....	36
3.2	Suivi.....	37
3.2.1	Suivi prévu en sortie d'hospitalisation.....	37
3.2.2	Suivi réalisé dans l'année suivant le passage à l'acte.....	38
3.3	Consultations entourant la TS.....	38
3.3.1	Première consultation après le retour à domicile.....	38
3.3.1.1	Au sein du SAU.....	38
3.3.1.2	Auprès du médecin traitant.....	39
3.3.2	Consultations précédent le passage à l'acte.....	39
3.3.2.1	Au sein du SAU.....	39
3.3.2.2	Auprès du médecin traitant.....	39
	Troisième partie : DISCUSSION.....	41
1	Méthodologie et qualité des données.....	41
1.1	Recueil de données.....	41
1.2	Limites de l'étude.....	41
2	Discussion des résultats.....	42
2.1	Population.....	42
2.1.1	Prévalence.....	42
2.1.2	Sexe.....	42
2.1.3	Durée d'hospitalisation.....	43
2.1.4	Méthode utilisée.....	43

2.1.5	Récidive.....	43
2.1.6	Motifs évoqués.....	43
2.2	Suivi.....	44
2.2.1	Suivi programmé.....	44
2.2.2	Suivi réalisé.....	46
2.2.3	Optimisation du suivi.....	46
2.3	Place du médecin généraliste.....	47
2.3.1	Regard des médecins généralistes.....	48
2.3.2	Communication hôpital – médecine de ville.....	50
2.3.3	Détection des troubles de l'humeur ou du risque suicidaire.....	51
CONCLUSION.....		52
BIBLIOGRAPHIE.....		55
ANNEXES.....		57

TABLE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1 : Nombre de motifs évoqués.....	34
Figure 2 : Motif(s) évoqué(s) après le passage à l'acte.....	34
Figure 3 : Répartition selon le nombre de molécule(s) utilisée(s).....	35
Tableau 1 : Fréquence d'utilisation des molécules lors de la TS.....	36
Figure 4 : Durée d'hospitalisation.....	36
Figure 5 : Intervenant(s) prévu(s) pour le suivi post hospitalisation.....	37
Figure 6 : Nombres de patients honorant leurs rendez-vous dans l'année suivant la TS.....	38

ABBREVIATIONS

TS	Tentative de Suicide
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
CMP	Centre Médico-Psychologique
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
CHWM	Centre Hospitalier William Morey (Chalon-sur-Saône)
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
IMV	Intoxication Médicamenteuse Volontaire
SAU	Service d'Accueil des Urgences
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
InVS	Institut de Veille Sanitaire
FMC	Formation Médicale Continue

INTRODUCTION

En France, la tentative de suicide (TS) est un problème majeur de santé publique. Depuis la fin des années 1990, la société et les instances publiques ont pris conscience des enjeux de la problématique suicidaire et de la nécessité de pouvoir diminuer le passage à l'acte (prévention) et réduire le risque de récurrence (postvention). Le premier plan d'action a été initié par le ministère de la santé en 1998. La TS chez l'adolescent n'est pas semblable en tous points à la TS de l'adulte puisque qu'elle convoque des enjeux propres à la problématique adolescente. Patrick Alvin l'explique parfaitement dans son ouvrage *L'envie de mourir, l'envie de vivre*¹. Il n'existe pas de TS sérieuse, ou non sérieuse ; chez l'adolescent, avoir voulu mourir ou non n'est pas un bon indicateur du degré de son mal-être. Ainsi, toute TS, aussi mineure soit-elle sur un plan médical, doit être prise en compte. Un adolescent, qu'il soit malade ou bien portant, se demande toujours s'il est normal. Prendre en charge un adolescent, c'est l'appivoiser, créer du lien, et respecter ses « non sens » et ses « sens interdits », sous peine de fin de non recevoir.

Le médecin généraliste est quotidiennement confronté aux adolescents. Il est souvent le médecin de la famille, ou d'une partie, et très fréquemment peut connaître les adolescents depuis leur plus jeune âge. Pour autant, il n'est que rarement sollicité dans le suivi de ces derniers après un passage à l'acte suicidaire. Contrairement à la politique actuelle de santé publique visant à placer le médecin généraliste comme pierre angulaire et coordinateur du parcours de soins des patients, on constate qu'il est peu ou pas inclus dans la prise en charge des adolescents ayant eu recours à un geste suicidaire.

Comme le mentionnent les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) le suivi post hospitalisation est un élément clé de la prise en charge des adolescents suicidants. Il reste pour autant compliqué à mettre en place puisqu'il peut être réalisé par différents intervenants (médecins, psychologue, IDE psychiatrique) et dans différentes structures (hospitalière, ville, CMP). Notre étude a pour but d'évaluer la place actuelle du médecin généraliste dans la prise en charge de l'adolescent suicidant dans le bassin châlonnais.

1 Editions Doin, 2011

Première partie : ETATS DES CONNAISSANCES

1 Définitions

Le substantif suicide apparaît dans la langue française en 1734. En 1795 apparaît le verbe “se suicider” puis l’expression “un suicidé” en 1830, “un suicidant” en 1855 et “suicidaire” en 1905.(1)

L'ensemble des définitions retenues provient du dictionnaire Le grand Larousse illustré 2016.

1.1 Suicide

Acte de se donner la mort soi même.

1.2 Tentative de suicide

Action par laquelle on s'efforce d'obtenir un certain résultat.

1.3 Suicidé

Qui s'est donné la mort.

1.4 Suicidant

Se dit d'une personne qui vient de faire une tentative de suicide.

1.5 Suicidaire

Qui semble prédisposé au suicide.

2 L'adolescence

2.1 Définition

D'après le Grand Larousse illustré de 2016 l'adolescence se définit comme la « période de la vie entre l'enfance et l'âge adulte, pendant laquelle se produit la puberté et se forme la pensée abstraite ».

Le mot « adolescence » vient du latin *adolescens* participe présent du verbe *adolescere* qui signifie *croître*. L'étymologie rend compte des importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales qui accompagnent le processus adolescent. Chaque adolescent vit cette période de manière différente, en fonction de son histoire, sa personnalité, son entourage, ses événements de vie. On ne peut donc réduire cette période à une définition simpliste.

Aujourd'hui, d'une manière générale, l'adolescence englobe les jeunes de 10 à 25 ans. Le début de l'adolescence est plus repérable que la fin. Il se fait après l'apparition des premiers signes pubertaires (en moyenne 10-13 ans chez la fille et 11-14 ans chez le garçon). La fin de l'adolescence est bien plus difficile à déterminer et pourrait correspondre à l'acquisition de son autonomie. En effet l'adolescence est le prélude de l'âge adulte (du latin *adultus* participe passé du verbe *adolescere*, signifiant donc *qui a fini de croître*). Cette barrière est bien plus vague puisque souvent la maturité physique et la maturité psychoaffective sont dissociées dans le temps. Un nouveau terme est d'ailleurs employé pour désigner des adultes qui ne sont pas complètement sortis de l'adolescence : les adulescents. On attribue ce néologisme – contraction d'adulte et d'adolescent – au psychanalyste Tony Anatrella qui l'aurait utilisé pour la première fois dans son ouvrage *Interminables adolescences*² paru en 1988.

2.2 La médecine de l'adolescent

Ces modifications nécessitent une approche différente de la médecine adulte, puisque notre vision d'adulte est confrontée à la vision de l'adolescent. « *Sur quels critères peut-on affirmer que la jeunesse va bien ou mal ? Cela dépend en partie de ce que l'adulte peut supporter, et une telle assertion montre surtout que l'adulte se sent mal parce qu'il est dérangé par l'adolescent, ce qui non plus n'est pas un phénomène nouveau.* »(2). En transition entre l'enfance et l'âge adulte, les adolescents ont besoin d'une prise en charge globale et qui leur est propre. Qu'elle soit hospitalière ou de ville, la prise en charge d'un

2 Editions Cerf, Collection Ethique Et Société, septembre 1988

adolescent correspond à une approche globale de la situation. La médecine de l'adolescent ne peut pas s'affranchir du contexte familial ainsi que de l'environnement social. Le médecin oscille en permanence entre l'approche pédiatrique, prévenante, et l'approche adulte nécessitant un professionnalisme attendu par l'adolescent. Winnicott décrit bien la situation : « *Les adolescents [...] découvrent des sentiments nouveaux et puissants qui les effraient, et qu'ils ont besoin de savoir que les contrôles extérieurs sont toujours bien en place. Mais en même temps, ils doivent prouver qu'ils peuvent faire éclater ces contrôles et s'affirmer en tant qu'eux-mêmes.* ».

L'échange est primordial puisque l'adolescent doit faire partie intégrante de sa prise en charge. Il est au centre du dispositif, acteur de sa prise en charge, et ne doit en aucun cas subir les différentes décisions prises par l'équipe médicale ainsi que ses parents sans avoir été concerté. Il est important d'établir un dialogue de qualité avec l'adolescent, régulièrement dans l'opposition, afin de répondre au mieux à ses attentes et ainsi le faire adhérer à sa prise en charge. Le médecin est régulièrement confronté au refus de l'adolescent et donc à la négociation. Il est alors nécessaire de maintenir un cadre et une approche fermes tout en recherchant le consensus. « *Consentir, c'est avoir considéré la possibilité du refus, puis avoir refusé de refuser. [...] Un véritable oui n'est pas une alternative au non : c'est un oui qui fait retour sur le non, qui le submerge, qui le prend en compte et le dépasse. La noblesse du consentement, c'est l'affirmation implicite de la négation d'une négation, du refus d'un refus.* »(3).

La médecine de l'adolescent est beaucoup plus complexe qu'un simple mode d'accueil. Parallèle avec la prise en charge globale indispensable en médecine générale, l'accueil d'un adolescent (intra ou extra hospitalier) requiert de s'affranchir de sa vision exclusive d'adulte et de prendre en compte l'adolescent avec ses croyances, ses craintes et ses attentes.

3 Suicide et adolescence

3.1 Historique

A partir de 1840, les médecins discutent trois conceptions médicales du suicide. La première, défendue par Esquirol, fait dépendre tous les suicides d'une aliénation non spécifique. La seconde, avancée par Bourdin, relie tous les suicides à une maladie mentale non spécifique : la monomanie suicidaire. Enfin la troisième, partage les suicides entre

différentes causes dont l'aliénation est souvent reconnue comme la plus fréquente et parfois noyée au milieu d'un plus grand nombre de causes(4).

A la fin du XIXème siècle, et en opposition à ces approches psychiatriques, le sociologue français Emile Durkheim présente son approche sociologique du suicide dans son ouvrage *Le Suicide : Etude de sociologie*³. Dans les années 1930, la théorie de Durkheim est approfondie par son élève et gendre Maurice Halbwachs qui lui reproche toutefois de n'avoir étudié que les suicides « réussis », occultant le champ des tentatives de suicide. De même Halbwachs critique dans son ouvrage *Les causes du suicide*⁴, la démarche de Durkheim consistant à opposer le social à l'individuel. Il invalide alors les notions de suicide anémique et altruiste.

A partir de 1964, André Haïm consacre son travail aux adolescents et au suicide. Pour lui, la TS s'inscrit comme un processus désorganisateur et non comme l'expression naturelle de l'adolescence ou un trait d'imaturité. La notion de crise juvénile est revue et enrichie.

Plus récemment, après un plan prospectif initié en 1998, le ministère de la santé lance en 2000 une première stratégie nationale d'actions face au suicide qui permet de mettre en place les premiers jalons de la prévention : formation et mise en réseau des professionnels, limitation de l'accès à certains moyens létaux, développement de la prise en charge médicale et du suivi des personnes, notamment en pédopsychiatrie. La réflexion globale sur la problématique du suicide est poursuivie dans les années 2000 afin d'améliorer la politique nationale de prévention du suicide et de la décliner en actions concrètes sous la forme du programme national 2011-2014 d'actions face au suicide.

3.2 Epidémiologie

Le suicide est la deuxième cause de mortalité en France chez les 15-24 ans en 2013(5). Pour cette même année, l'INSERM répertorie 430 décès par suicide chez les 15-24 ans, pour un nombre total de 9642 suicides(6). Derrière ces chiffres souvent relayés, que ce soit par les professionnels de santé ou les médias, il est important de rester prudent quant au message délivré. Pour Benjamin Disraeli, « *il y a trois types de mensonges : les mensonges, les sacrés mensonges et les statistiques* ». Les chiffres font apparaître que le sexe masculin est significativement plus représenté dans la population de décès par suicide chez les 15-24 ans.

3 Editions Alcan, 1897

4 Editions Alcan, 1930

Ainsi, d'après le bulletin épidémiologique hebdomadaire n°22 de 2011(7), la mortalité par suicide est la deuxième cause de décès (après les accidents de transport) chez les 15-24 ans de sexe masculin mais est - depuis 2008 – la troisième cause de décès (après les accidents de transports et les tumeurs) chez les de 15-24 ans de sexe féminin. Patrick Alvin relate la discordance entre les statistiques et ce qu'elles peuvent renvoyer et la réalité. En effet il décrit la tranche des 15-24 ans comme des «adolescents» par excès(8). En stratifiant cette tranche des 15-24 ans, cela permet d'observer une relative stabilité depuis 30 ans de la mortalité par suicide (aux alentours de 200 cas par an, à prédominance masculine).

Concernant les tentatives de suicides, les données sont difficiles à établir et sous estimées, particulièrement chez les adolescents. En 2010 la prévalence des TS au cours des 12 derniers mois est de 2,0% chez les filles et 0,4% chez les garçons pour la tranche d'âge 15-19 ans(9). On remarque que le taux de TS est plus élevé chez les filles (sexe ratio fille/garçon situé entre 1,5 et 2,1) à l'inverse du taux de suicide qui est plus élevé chez les garçons (sexe ratio garçon/fille à 3,5).(10). Le taux de TS semble diminuer avec l'âge alors que la mortalité par suicide a une évolution inverse (avec un pic pour la classe d'âge 45-54 ans). Le ratio entre TS et suicides accomplis diminuent avec l'âge.

3.3 Facteurs favorisants

Il convient de distinguer différents types de facteurs de risques.

Un antécédent personnel de TS est le facteur de risque primaire principal et le plus prédictif d'un geste suicidaire chez l'adolescent. Il s'associe à la dépression dont les études retrouvent constamment un lien avec les TS.

Les facteurs de risques secondaires comprennent :

- les difficultés intrafamiliales (dont les violences intrafamiliales)
- une psychopathologie parentale (alcoolisme, dépression, maladie mentale chronique, comportement suicidaire)
- la consommation régulière de drogues et quotidienne de tabac
- l'ivresse solitaire

Ces facteurs de risques sont primordiaux et sont à rechercher mais il est essentiel de rappeler que le passage à l'acte ne peut être résumé à une somme de facteurs de risques. Il

s'agit bien là d'un contexte psychopathologique singulier où les facteurs individuels, familiaux et sociaux interagissent les uns avec les autres. D.Laimou(11) estime que le geste suicidaire peut relever de processus psychiques et de degrés d'intrication pulsionnelle, très différents, pouvant cohabiter au sein d'un même sujet.

4 Prise en charge d'un adolescent suicidant

Comme toute prise en charge il est essentiel d'avoir une approche holistique. Une tentative de suicide chez un adolescent doit donc entraîner une prise en charge adaptée dans l'urgence mais aussi, une fois la période aiguë passée, la mise en place de soins en ambulatoire. Il semble donc indispensable de pouvoir articuler et relier ces deux prises en charge qui, trop souvent, sont dissociées l'une de l'autre.

4.1 Prise en charge immédiate suite à la tentative de suicide

Le médecin généraliste est le premier intervenant sollicité dans une tentative de suicide sur deux(12). Toute tentative de suicide chez l'adolescent doit conduire à une orientation vers un service d'urgence pour une triple évaluation : somatique, psychologique et sociale. Compte tenu des passages aux urgences mais aussi de la disponibilité des intervenants il est très fréquent et fortement recommandé d'avoir recours à une hospitalisation, même de courte durée, ce qui correspond aux recommandations HAS.

4.2 Prise en charge du suivi

En accord avec l'ANAES(13), la sortie de l'adolescent du service des urgences ou, dans l'idéal, de l'unité hospitalière qui l'aura accueilli doit ainsi être soigneusement préparée avec la mise en place d'un suivi extérieur adapté à chaque cas particulier. Il est nécessaire que des liens préalables soient établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants qui vont effectuer le suivi pour permettre une information réciproque, une coordination, une prise en charge et un suivi correct de l'adolescent. Un suivi structuré et planifié permet une meilleure adhésion de la part de l'adolescent, c'est pourquoi il est important de lui fournir, avant sa sortie, des rendez-vous de consultations planifiés avec des coordonnées écrites lui permettant ainsi de joindre rapidement un référent si besoin. De même en cas de non présentation, le rappel des rendez-vous -si besoin par téléphone- permet une meilleure intégration du schéma de soin. Les possibilités pour l'organisation d'un suivi extérieur sont multiples avec

l'intervention de différents intervenants selon le cas : pédopsychiatre, psychologue, CMP, médecin généraliste, travailleurs sociaux, médecin ou infirmière scolaires...

4.2.1 Outils à disposition

4.2.1.1 Psychothérapie

La prise en charge et son suivi ont pour but d'aider l'adolescent à ramener dans la sphère intrapsychique la charge destructrice, en jeu dans le passage à l'acte suicidaire, en l'aidant à renforcer les processus de pensée et d'élaboration(11). La psychothérapie apportera donc à l'adolescent un espace où il peut se sentir en sécurité. Le rôle du clinicien est de construire -par son écoute et sa capacité à entendre le vécu personnel et familial- la place du tiers qui apportera à l'adolescent la solidité psychique pour l'aider à contenir le débordement pulsionnel tout en étayant l'entourage. Elle peut être réalisée selon le contexte par différents intervenants : pédopsychiatre, psychologue, infirmière psychiatrique.

4.2.1.2 Médicaments

Comme le mentionne Mirkovic(14), les « *résultats sont souvent contradictoires et d'interprétation difficile* ». En effet, selon Cipriani(15) les antidépresseurs ne semblent pas offrir aux adolescents des avantages considérables. Seule la fluoxétine a été plus efficace que le placebo et ce dans une moindre mesure. Par ailleurs comme déjà énoncé en 2008(16), la revue Prescrire réitère en 2016 ses affirmations d'une balance bénéfice(s)/risque(s) souvent défavorable(17) due notamment à un risque accru de comportements agressifs ou de suicide sous antidépresseur chez les adolescents.

Ainsi la délivrance par un médecin d'un médicament psychotrope doit impérativement être associée à une évaluation et un suivi pédopsychiatrique, sans quoi cela n'est pas adapté et peut être risqué.

4.2.2 Référent suicidant

Il est recommandé que soit désigné, pour un patient donné, un professionnel «référent», c'est à dire un interlocuteur facilement accessible, qui organise et coordonne les soins et le suivi post-hospitalier sur un mode personnalisé, et donne une cohésion à la prise en charge hospitalière.(13)

Le rôle du référent suicidant est d'instaurer une relation de confiance avec l'adolescent mais également de servir de pierre angulaire à sa prise en charge en facilitant les échanges entre les différents professionnels, favorisant ainsi l'approche globale.

Deuxième partie : ETUDE

1 But de l'étude

Les principaux objectifs de l'étude sont :

- d'analyser la population des adolescents suicidants dans le bassin chalonais
- d'analyser le type de professionnels préférentiellement sollicités pour la prise en charge et le suivi post hospitalisation des adolescents suicidants sur le bassin chalonais : pédopsychiatre, psychologue, infirmier psychiatrique, médecin généraliste...
- d'analyser l'observance du suivi préconisé et mis en place à la sortie de l'hospitalisation.
- de déterminer si il y a eu des évènements, précédant la tentative de suicide, qui ont conduit à une consultation aux urgences ou auprès du médecin traitant.

2 Population et méthodes

2.1 Type de l'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, transversale, unicentrique, rétrospective réalisée du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2015.

2.2 Population étudiée

Nous avons inclus dans cette étude les adolescents âgés de 12 ans à 18 ans moins un jour ayant été hospitalisés, au sein du service de pédiatrie du centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône (CHWM), avec comme motif d'hospitalisation pour le PMSI : TS. La période d'inclusion s'étend du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2014.

Nous avons exclu :

- les patients âgés de moins de 12 ans et de 18 ans ou plus lors du passage à l'acte.
- les patients dont le motif réel d'hospitalisation était scarifications, idées suicidaires.

2.3 Recueil des données

Nous avons rempli un tableur de recueil à partir des données issues du dossier pédiatrique du CHWM (en partie informatisé avec le logiciel CristalNet et en partie papier). Nous avons complété les données avec les dossiers de pédopsychiatrie et des CMP de Saône-et-Loire (logiciel Cariatides). Par ailleurs nous avons également effectué une enquête téléphonique auprès des médecins généralistes de chaque patient. En cas de non réponse ou de demande de rappel nous avons réalisé un relance téléphonique lors d'autres jours ouvrables ou fixé un rendez-vous téléphonique.

2.4 Données recueillies

Nous avons ainsi recueilli les données suivantes concernant la population :

- Nom, Prénom, date de naissance, âge, sexe
- Médecin traitant déclaré
- Premier épisode ou récurrence
- Méthode(s) utilisée(s), molécule(s) utilisée(s) si IMV
- Motif(s) évoqué(s)
- Durée d'hospitalisation
- Intervenants prévus en sortie d'hospitalisation pour réaliser le suivi
- Pour chaque mois, du premier au douzième suivant l'hospitalisation : intervenants réalisant une consultation de suivi
- Nombre d'hospitalisation pour récurrence
- Intervalle entre la sortie d'hospitalisation et la première consultation au SAU ainsi que chez le médecin généraliste, motif(s) évoqué(s) durant ces consultations
- Nombre de consultation au SAU dans l'année précédant le geste suicidaire, ainsi que le(s) motif(s) de consultation
- Nombre de consultation chez le médecin généraliste dans les 3 mois précédant le geste suicidaire, ainsi que le(s) motif(s) de consultation.

3 Résultats

3.1 Population

70 patients ont été hospitalisés au CHWM pour TS entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2014. 24 patients ont été exclus dont 11 ayant pour motif réel « scarifications », 6 pour « mal-être » et 7 ayant plus de 18 ans. Au final, 46 patients ont été inclus.

3.1.1 Sexe

Le sexe féminin représente une majorité de la population étudiée avec 91,3% (n=42).

3.1.2 Âge

L'âge moyen de la survenue de la TS est de 15,9 ans avec un écart type de 1,5 ans. Le plus jeune patient avait 12,4 ans lors du geste tandis que les plus âgées avaient 17,8 ans. La médiane est quant à elle de 16,25 ans.

L'âge moyen chez les garçons est de 15,2 ans pour 16,0 ans chez les filles bien que la différence ne soit pas significative ($p = 0,609$ avec le test exact de Fischer).

De même nous pouvons noter que 75% des garçons ont, lors du passage à l'acte, un âge inférieur à l'âge médian tandis que les filles sont réparties de façon parfaitement équitable de part et d'autre de l'âge médian (50%).

Il n'existe pas de différence significative concernant l'âge lors du passage à l'acte qu'il s'agisse d'un premier épisode ou d'une récurrence ($p=0,761$). On peut simplement noter que dans la population étudiée, les patients pour lesquels il s'agit d'un premier épisode ont majoritairement un âge inférieur à l'âge médian (55,2%) tandis que les patients pour lesquels il s'agit d'une récurrence ont majoritairement un âge supérieur à l'âge médian (52,9%).

3.1.3 Prévalence

Il s'agit majoritairement du premier épisode (63,0%, n=29). Il est néanmoins intéressant de noter qu'il s'agit d'une première récurrence chez un peu plus d'un quart des patients (28,3%, n=13)

3.1.4 Motifs

Les motifs de passage à l'acte recueillis lors de l'hospitalisation sont multiples dans 30,4% des cas (n=14). Les deux motifs les plus fréquemment évoqués sont les conflits avec les parents pour 47,8% des cas et une rupture sentimentale pour 41,3% des cas. Ils sont d'ailleurs évoqués de façon associée par 17,4% des patients.

Figure 1 : Nombre de motifs évoqués

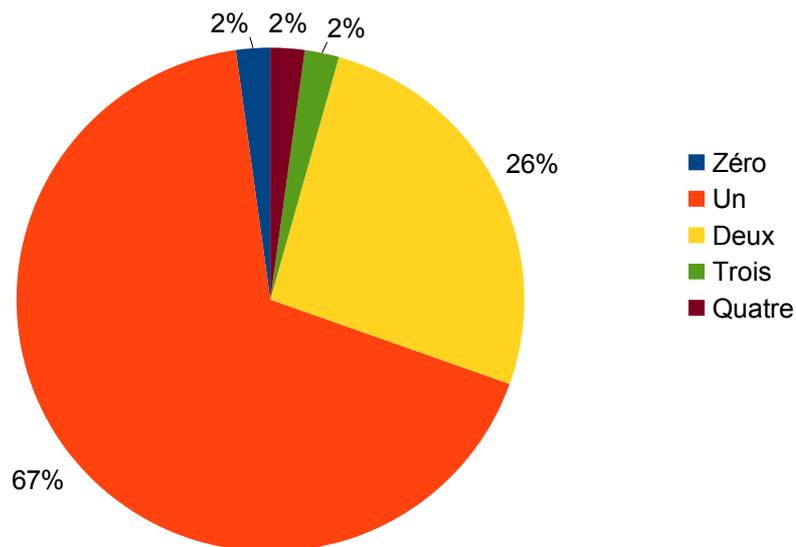
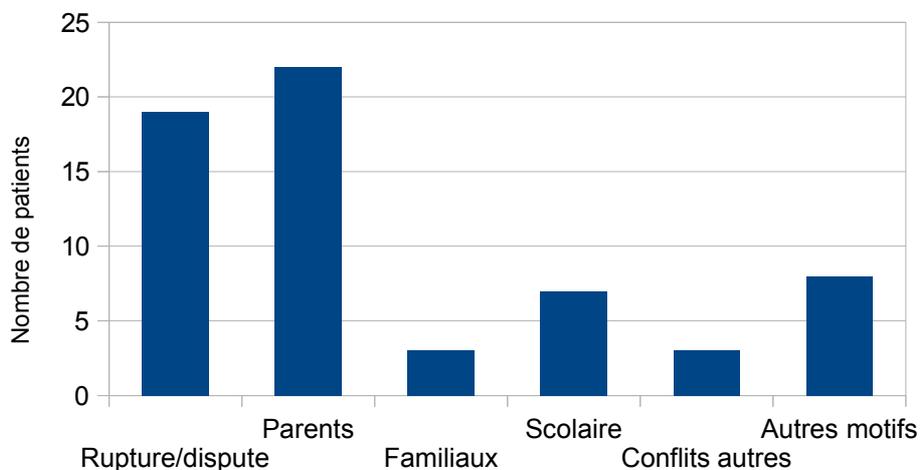


Figure 2 : Motif(s) évoqué(s) après le passage à l'acte

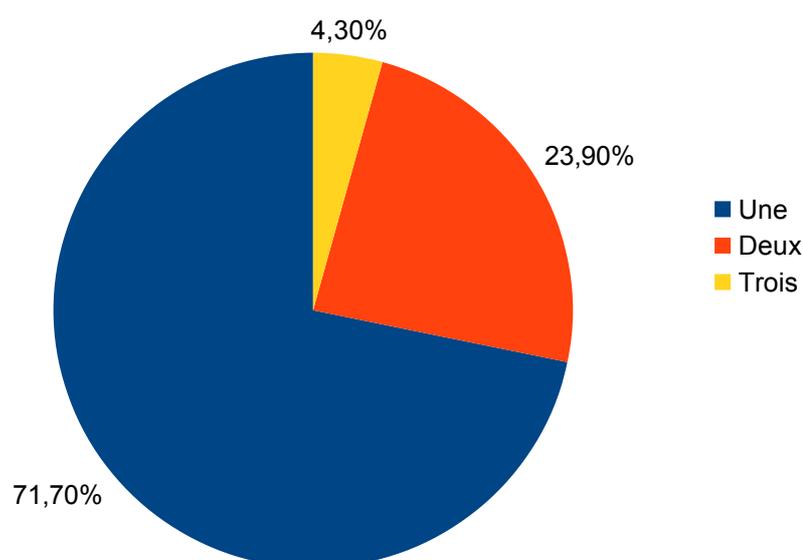


3.1.5 Méthode(s) utilisée(s)

100% des patients inclus ont eu recours à une IMV. Pour 97,8% (n=45) il s'agit de la seule méthode utilisée. Dans 2,2% des cas (n=1), l'IMV est associée à une phlébotomie.

Dans 71,7% des cas une seule classe de molécule à été utilisée.

Figure 3 : Répartition selon le nombre de molécule(s) utilisée(s)



Ces adolescents ont eu recours dans 39,1% (n=18) à l'utilisation de benzodiazépine ou apparentés (23,9% en utilisation seule) , dans 41,3% des cas (n=19) au paracétamol (17,4% en utilisation seule) et dans 52,2% des cas (n=24) à d'autres classes thérapeutiques (30,4% sans être associée à une benzodiazépine ou au paracétamol). Notons qu'aucun n'a eu recours à l'utilisation de morphiniques.

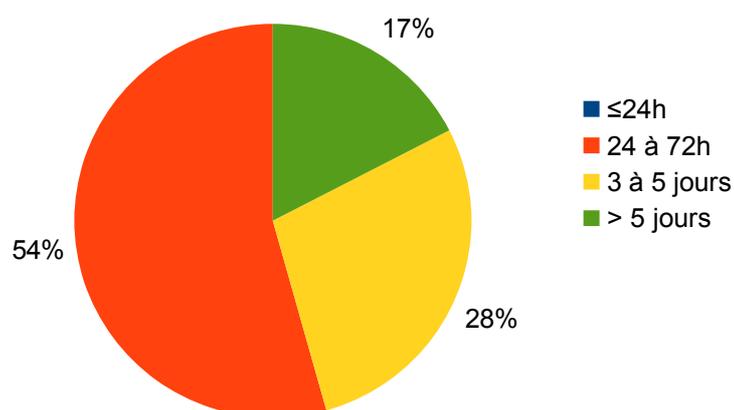
Tableau 1 : Fréquence d'utilisation des molécules lors de la TS

Molécule(s)	Nombre	Fréquence
Benzodiazépines seules	11	23,91%
Paracétamol seul	8	17,39%
Morphinique	0	0,00%
Autre seul	14	30,40%
Benzodiazépines + Paracétamol	3	6,52%
Benzodiazépines + Autres	2	4,34%
Paracétamol + Autres	6	13,04%
Benzodiazépines + Paracétamol + Autres	2	4,34%
TOTAL	46	100,00%
Benzodiazépines et apparentés	18	39,13%
Paracétamol	19	41,30%
Autres	24	52,17%

3.1.6 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est de 4,2 jours avec un écart type de 3,3 jours. La médiane de la durée d'hospitalisation est de 3 jours. Il n'existe pas de différence significative concernant la durée d'hospitalisation qu'il s'agisse d'un premier épisode ou d'une récurrence ($p=0,999$).

Figure 4 : Durée d'hospitalisation



3.2 Suivi

3.2.1 Suivi prévu en sortie d'hospitalisation

Nous pouvons constater que l'intervenant privilégié dans le suivi en post-hospitalisation est le pédopsychiatre. Le suivi est organisé autour de lui dans 80,4% (n=37). Mais de façon bien plus importante c'est le pédopsychiatre hospitalier qui est référent puisqu'il intervient dans 65,2% des cas (n= 30) et est l'unique intervenant pour la réalisation du suivi dans 21,7% des cas (n=10).

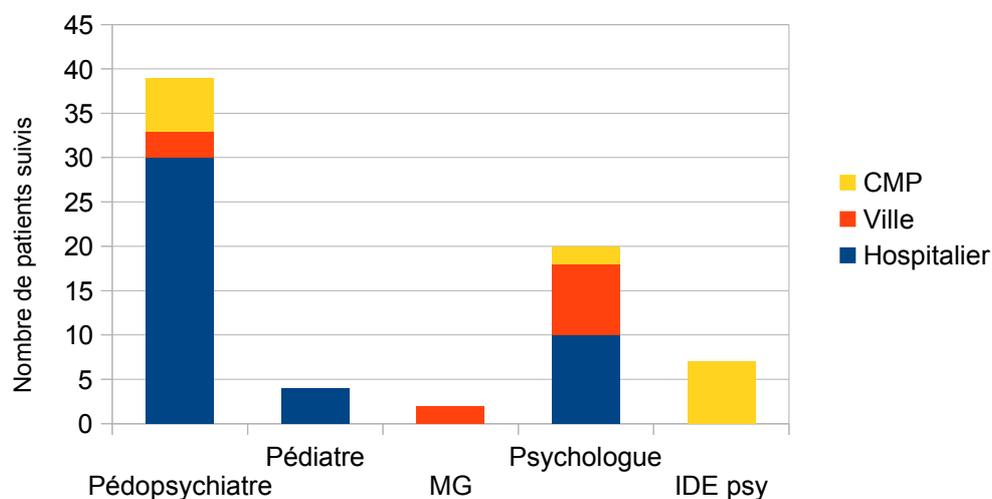
Le second intervenant le plus sollicité est le psychologue. Il intervient dans le suivi dans 45,65% des cas (n=27) avec une prédominance pour le psychologue hospitalier : 21,7% des cas (n=10).

Les intervenants hospitaliers sont donc les plus sollicités pour organiser le suivi post hospitalisation puisque qu'au moins l'un des deux est présent dans 73,9% des cas (n=34) et qu'ils sont associés dans 13,0% des cas (n=6).

Dans 54,3% des cas (n=25) le suivi organisé est pluridisciplinaire avec une prépondérance pour un suivi en binôme (88% des suivi pluridisciplinaire)

Les intervenants les moins sollicités sont les psychologues des CMP et les médecins généralistes. Ils n'interviennent chacun que dans 4,3% (n=2) des suivis.

Figure 5 : Intervenant(s) prévu(s) pour le suivi post hospitalisation

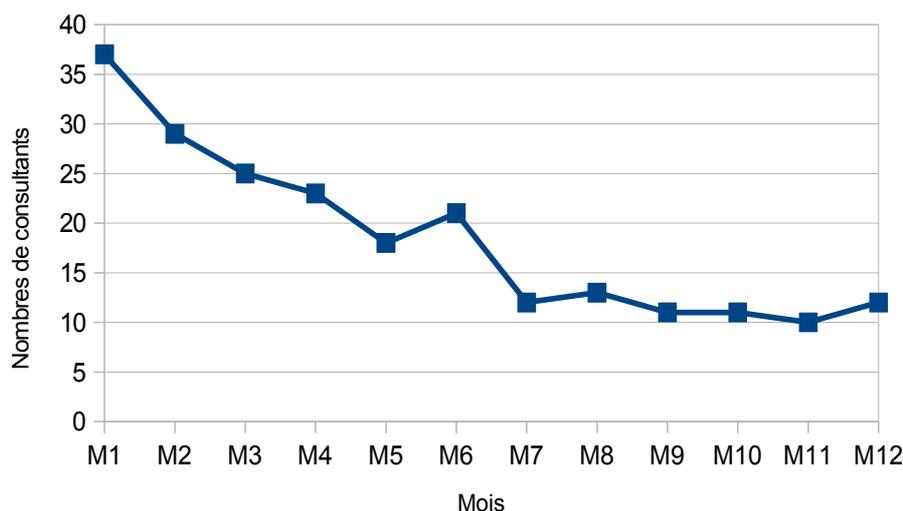


3.2.2 Suivi réalisé dans l'année suivant le passage à l'acte

La médiane de suivi est de 6 mois. Près d'un tiers des adolescents ont un suivi se prolongeant au delà d'un an (32,6%, n=15).

Sur les 31 patients dont le suivi s'est arrêté avant 12 mois, il s'agit majoritairement d'un commun accord avec le soignant (71,0%, n=21). Cet arrêt d'un commun accord est stipulé clairement dans le dossier dans 76,2% des cas (n=16) ; pour les autres cas aucun rendez-vous n'a été programmé à l'issue de la dernière consultation. Le suivi s'est arrêté après un rendez-vous non honoré par le patient dans 12,5% des cas (n=4), et nous ne connaissons pas l'existence d'un suivi ou non – soit pour cause de déménagement, soit pas défaut d'information - pour 16,1% (n=5).

Figure 6 : Nombres de patients honorant leurs rendez-vous dans l'année suivant la TS



3.3 Consultations entourant la TS

3.3.1 Première consultation après le retour à domicile

3.3.1.1 Au sein du SAU

Nous remarquons que 41,3% (n=19) des patients inclus ont consulté au sein du SAU dans l'année suivant le geste suicidaire. La durée moyenne, après le retour à domicile, pour la première consultation au sein du SAU est de 44,1 jours tandis que la médiane est de 0 jour. Le motif majoritaire de consultation est en lien avec des plaintes d'ordre psychique dans 62,5%.

3.3.1.2 Auprès du médecin traitant

Nous n'avons obtenu que 31 réponses concernant une éventuelle consultation chez le médecin traitant. 100% (n=31) ont consulté le médecin traitant, qui avait été déclaré à l'entrée à l'hôpital, dans l'année suivant le geste suicidaire. La durée moyenne, après le retour à domicile, pour la première consultation auprès du médecin traitant est de 116,3 jours tandis que la médiane est de 94 jours.

Dans la majorité des cas la consultation concerne une plainte somatique uniquement (65,4%). Les plaintes psychiques sont évoquées dans 23,1% des cas; et lorsqu'elles sont exprimées, elles le sont de manière seule dans 66,6% des cas.

3.3.2 Consultations précédant le passage à l'acte

3.3.2.1 Au sein du SAU

Dans l'année précédant le geste suicidaire, 45,7% (n=21) des adolescents ont consulté au moins une fois le SAU. Le nombre moyen de consultations au SAU dans l'année précédant le geste est de 1,15 consultations. Par ailleurs, si l'on considère seulement les patients ayant eu au moins une consultation, nous obtenons alors une moyenne de 2,5 consultations.

Dans 52,4% des cas, les consultations ayant motivé une consultation dans l'année précédant le passage à l'acte ont pour cause une plainte psychique (dont une TS dans 28,6%).

Notons que dans un tiers des cas la consultation aux urgences fait suite à un traumatisme physique ou une fracture. Une plainte somatique isolée est retrouvée dans 28,6%.

3.3.2.2 Auprès du médecin traitant

Pour ces données également nous n'avons obtenu que 31 réponses. Parmi ces adolescents, 54,8% (n=17) ont consulté dans les 3 mois précédant le passage à l'acte suicidaire. Le nombre moyen est de 1,0 consultation pour l'ensemble de la population, néanmoins il est de 1,9 consultations chez les jeunes ayant consulté dans les 3 mois précédant le geste.

Dans 47,1% des cas, il s'agit de plaintes somatiques ou d'un suivi régulier de médecine générale (n=8). Par ailleurs un motif d'ordre psychologique et/ou touchant le sommeil est

mentionné dans 35,3% des cas (n=6). Nous ne disposons pas de données concernant le motif de consultation dans 17,6% des cas (n=3) ; généralement cela n'était pas mentionné dans le dossier patient du médecin généraliste.

Troisième partie : DISCUSSION

1 Méthodologie et qualité des données

1.1 Recueil de données

Le recueil de données était dépendant d'une exhaustivité des informations recueillies dans les dossiers qui étaient de plusieurs natures (dossiers papiers et dossiers informatiques) et utilisant plusieurs logiciels (CristalNet en pédiatrie et Cariatides pour le pédopsychiatre et les CMP). Les informations n'étaient pas toujours clairement mentionnées.

Une des difficultés a également été le recueil de données par téléphone. En effet nombres de médecins généralistes ayant un secrétariat (présentiel ou à distance), il n'était pas toujours aisé de pouvoir discuter avec le médecin puisqu'un filtre est souvent exercé. Cela nous a obligé à renouveler à de multiples reprises les appels devant une absence de retour. Une fois qu'il était possible d'avoir le médecin, nous pouvions obtenir assez facilement les informations puisqu'ils s'agissaient de 3 questions simples pour lesquelles les réponses attendues étaient brèves. Néanmoins, certains professionnels ayant des dossiers papiers ou n'ayant pas noté d'éléments durant les consultations, des informations demeurent manquantes.

1.2 Limites de l'étude

L'effectif de notre étude est relativement restreint (46 patients) ce qui ne nous permet pas d'effectuer de comparaison puisque nous ne pouvons obtenir de significativité (test de Mann-Whitney) ; ainsi la puissance s'avère insuffisante. Néanmoins il est exhaustif et a inclus la totalité des hospitalisations pour TS durant l'année 2014. D'autres limites apparaissent clairement : le caractère monocentrique et rétrospectif. Néanmoins nous constatons que les résultats sont en corrélation avec les données de la littérature. De plus, avec un recrutement uniquement hospitalier et sachant que l'ensemble des TS de l'adolescents n'aboutit pas à une consultation : il existe un biais de sélection.

2 Discussion des résultats

2.1 Population

2.1.1 Prévalence

Selon le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (InVS) datant de décembre 2011(18) la prévalence des TS au cours des 12 derniers mois est de 2,0% chez les filles de 15 à 19 ans et de 0,4% chez les garçons de 15 à 19 ans. Il est en revanche difficile de voir si nos résultats coïncident avec les chiffres nationaux mentionnés ci dessus. En effet, d'après le dernier recensement de l'INSEE de l'agglomération chalonnaise, le bassin de population de l'arrondissement de Chalon-sur-Saône comptait 206584 habitants au 1er janvier 2017 (date de référence statistique 1er janvier 2014). En revanche il ne nous est pas possible d'obtenir des chiffres concernant la tranche d'âge étudiée ici, à savoir 12-18 ans. D'une part les seuls chiffres obtenus concernent uniquement la ville de Chalon sur Saône et non l'arrondissement, et d'autre part la tranche d'âge mentionnée est 15-29 ans. Par ailleurs nous ne pouvons pas faire abstraction du fait que certains passages peuvent avoir lieu en dehors du lieu de résidence ; tout comme d'autres ont pu entraîner une consultation aux urgences pédiatriques du CHWM et donc être intégrés à l'effectif alors qu'il ne s'agit pas de résidents de l'arrondissement de Chalon-sur-Saône. Par ailleurs il est communément admis qu'il existe une sous-estimation de la prévalence des TS, difficile à quantifier, puisqu'elles n'entraînent pas toujours une consultation auprès d'un médecin. Selon Jouglu et al(19) la sous-estimation du décès par suicide chez les adolescents serait de l'ordre de 20%.

2.1.2 Sexe

Représentant 91,3% de la population étudiée, le sexe féminin est nettement prédominant dans le passage à l'acte suicidaire, en accord avec les données de la littérature. Il n'existe pas de différence significative entre les deux sexes concernant l'âge de survenue, néanmoins dans notre étude l'âge moyen des garçons est inférieur à celui des filles (15,2 versus 16,0) ce qui est en accord avec l'étude de Giraud(20), concernant les adolescents de moins de 15 ans et 3 mois ; la population de sexe féminin est un petit peu inférieure (86%) à celle retrouvée dans notre étude.

2.1.3 Durée d'hospitalisation

La durée d'hospitalisation est le plus souvent inférieure à 5 jours (82%) ce qui est en rapport avec les chiffres publiés dans le rapport de l'InVS(21) estimant à 87,7% d'hospitalisation de moins de 5 jours (tranche d'âge 15-19 ans). De plus la médiane d'hospitalisation est de 3 jours ce qui signifie que 50% des adolescents hospitalisés ont une durée d'hospitalisation inférieure aux recommandations de l'OMS concernant la prise en charge des adolescents suicidants, qui préconise une durée d'hospitalisation de 3 jours(13).

2.1.4 Méthode utilisée

La méthode par IMV a été utilisée dans 100% des cas de notre étude ce qui est supérieur aux résultats trouvés dans la littérature bien que ceux-ci soient également très élevés puisqu'allant de 83,9% à 90%(10)(20). Cette augmentation peut s'expliquer par le faible nombre de patients par rapport aux autres études et peut également être corrélé à la représentation légèrement plus importante du sexe féminin dans notre population. En effet, le recours à une IMV est une méthode privilégiée par le sexe féminin. Il est intéressant de noter qu'aucun des patients n'a eu recours à une IMV par morphiniques mais que le paracétamol est la molécule la plus utilisée. Ceci est en accord avec l'étude de Parellada(22) qui montre que, contrairement aux adultes, les adolescents ont préférentiellement recours à des antalgiques non morphiniques.

2.1.5 Récidive

Dans notre étude le taux de récidive dans l'année suivant l'épisode index est de 21,7%, soit 10 adolescents. Il correspond aux données de la littérature puisque, selon les études auprès d'adolescents de moins de 18 ans, le taux de récidive dans l'année suivant l'épisode index varie de 14 à 28%(10)(22)(23).

2.1.6 Motifs évoqués

Dans les données de la littérature, nous n'avons retrouvé que peu d'études s'intéressant directement aux motifs évoqués pour le passage à l'acte. Il semble toutefois intéressant de regarder les raisons poussant les adolescents à réaliser une TS. Comme le mentionne D.Drieu(24) : « *En écho au « je ne vous ai pas demandé à naître » si fréquent chez*

l'adolescent, le jeune suicidant, dans l'escalade, laisse entendre violemment que, s'il n'a pas choisi de vivre, il peut choisir de mourir. ». Il convient néanmoins de nuancer ce propos puisque, l'impulsivité de l'adolescent est un élément qui différencie sa TS de celle de l'adulte. En effet le certitude que la TS aboutira à la mort est significativement moindre chez l'adolescent que chez l'adulte(22).

Dans notre étude, nous pouvons remarquer que deux motifs ont une fréquence plus importantes que les autres, il s'agit sans grande surprise des conflits avec les parents (47,8%) et d'une rupture ou dispute sentimentale. On retrouve dans la littérature des chiffres semblables concernant la part imputée au conflit avec les parents puisque Chérif et al ont eux un taux de 53,6%(25). On voit bien là que chez l'adolescent il y a au travers du passage à l'acte une utilisation préférentielle du corps, au détriment de mécanismes plus mentalisés, pour la résolution des problèmes rencontrés(10).

Toutefois il semble judicieux de se pencher sur les conflits avec l'entourage scolaire : troisième motif le plus fréquemment mentionné. Le bullying – terme anglo-saxon utilisé pour le harcèlement scolaire – n'a cessé d'augmenter depuis l'an 2000 ; en témoigne la réalisation de la série *13 Reasons why* (produite par la chaîne américaine Netflix) qui est plébiscitée par les adolescents. Initialement le harcèlement scolaire était, comme son nom le laisse à penser, cantonné à l'enceinte des établissements scolaires. Ainsi, une fois à l'extérieur de l'établissement les adolescents étaient « préservés » de ce harcèlement qui, malheureusement reprenait généralement dès le lendemain de retour à l'école. La numérisation de la société et l'omniprésence des réseaux sociaux ont rendu ce problème permanent et ne laissent à présent plus aucune bulle de sécurité pour les adolescents. Le bullying s'exerce ainsi à tout heure de la journée, et de la nuit, quelque soit le lieu où se trouve l'adolescent. Les réseaux sociaux créant une place publique « virtuelle », l'adolescent victime de bullying peut avoir alors la sensation de n'avoir aucun échappatoire.

2.2 Suivi

2.2.1 Suivi programmé

Plusieurs auteurs soulignent encore les difficultés post hospitalières d'accès au soin et d'adhésion des adolescents à un travail psychique(26)(27). Dans notre étude, un seul patient n'a pas eu de suivi proposé à l'issue de l'hospitalisation. Il n'a pas été possible de savoir si cela avait été convenu avec le personnel hospitalier ou s'il s'agissait d'un avis unilatéral du patient

et/ou de son entourage. Un suivi a donc été proposé dans 97,8% des cas ce qui est en accord avec les préconisations de l'ANAES(13).

Les intervenants hospitaliers (pédopsychiatre et psychologue) sont les plus sollicités pour organiser le suivi post-hospitalisation ce qui n'est pas surprenant puisqu'ils interviennent pour l'évaluation psychologique initiale de l'adolescent durant son hospitalisation. Contrairement au travail de P.Giraud(20), l'orientation vers les CMP est minime, même si dans le service de pédiatrie du CHWM, les adolescents sont quelques fois vus par l'infirmière de pédopsychiatrie qui travaille également au sein du CMP local. De même les adolescents peuvent être intégrés à des « groupes ados » coordonnés par le CMP mais dont il était plus difficile de recueillir les informations.

Ces groupes ados ont pour vocation de permettre aux adolescents, qui ont été hospitalisés pour des causes différentes, de travailler la relation aux autres mais aussi de s'appuyer sur des médiations (repas, écriture, cinéma, sport...) lorsque l'élaboration psychique voire impossible, comme cela est souvent le cas dans ce contexte. Cela s'apparente donc à un suivi de groupe qui peut potentialiser le travail effectué dans le cadre du suivi personnel. En accord avec l'étude de Fanello(28), les médecins traitants ne sont que très rarement contactés (moins de 10%) pour prendre en charge un patient suicidaire (4,3% dans notre étude).

Le choix des intervenants en post hospitalisation n'est pas simple puisque l'orientation vers des intervenants que l'adolescent ne connaît pas complique l'adhésion au projet de soin(10). Il apparaît donc plus aisé que les pédopsychiatres et psychologues hospitaliers assurent le suivi. C'est d'ailleurs le recours privilégié au sein du CHWM. Cependant cela n'est pas toujours réalisable pour des raisons d'organisation de soin puisque les équipes accueillant les adolescents au moment de leur TS n'ont pas toujours les moyens pour effectuer leur suivi (manque de temps, éloignement géographique...). C'est pourquoi il est essentiel de pouvoir organiser dès l'hospitalisation un suivi avec des intervenants extérieurs afin que l'adolescent y voit un continuum et adhère plus facilement à ce projet et travail psychique qui l'accompagne. Il apparaît assez rapidement que la personne qui est connue des adolescents et extérieure au secteur hospitalier est leur médecin traitant. Il pourrait alors être référencé comme l'alternative première mais en pratique ce n'est pas le cas. Il est judicieux de noter que lorsque le suivi est organisé avec un pédiatre, il s'agit généralement de patients déjà suivis par le pédiatre avant la TS. Ainsi le suivi s'intègre dans un suivi mixte : de la TS mais surtout de la pathologie initialement suivie (diabète, anorexie mentale, obésité...).

Comme le préconise les recommandations de l'ANAES, il est primordial que le suivi extérieur soit préparé durant l'hospitalisation avec des rendez-vous structurés, planifiés en

accord avec le jeune, s'assurant de sa bonne adhésion. Un rendez-vous de consultation pris durant l'hospitalisation et dont le nom du médecin est communiqué à l'adolescent avant sa sortie augmente de 20% les chances que le rendez-vous soit honoré(10).

2.2.2 Suivi réalisé

Dans la revue de la littérature proposée par Stewart et al, il est clairement établi que la non compliance des adolescents suicidants est considérable. Selon les auteurs seuls 17,5 à 41,6% se rendent à leur premier rendez-vous ; et à partir du troisième rendez-vous le taux d'abandon est souvent supérieur à 52%(29). La médiane de suivi de notre étude est de 6 mois et le taux de suivi au delà de 3 mois est de 60,9% ce qui est supérieur aux données retrouvées dans la littérature mais tend à les rejoindre à partir du sixième mois. Cette discrète augmentation de la compliance peut s'expliquer par le fait qu'au sein du CHWM nous avons pu remarqué que dans une majorité des cas (73,9%) le suivi est organisé autour de l'un des deux intervenants (pédopsychiatre ou psychologue) que l'adolescent aura rencontré durant son hospitalisation. Comme nous l'avons déjà mentionné, l'adhésion au suivi est meilleur lorsqu'il s'agit d'une personne connue de l'adolescent.

Nous avons pu observer que dans un peu plus de la moitié (51,6%) des arrêts avant un an la décision est prise en accord avec le soignant et consignée dans le dossier. Il aurait été intéressant de savoir si la demande provenait de l'adolescent et était validée par le soignant ou bien s'il s'agissait d'une proposition du soignant.

2.2.3 Optimisation du suivi

Il est intéressant de noter qu'il est difficile d'obtenir un suivi supérieur ou égal à un an, alors que l'on sait que le taux de récurrence est le plus important dans la première année. Stewart et al ont à l'issue de leur revue de la littérature proposé un nouveau modèle de prise en charge des adolescent suicidants : TEAM model(29).

- Treatment team (équipe de traitement)
- Enhancing compliance (améliorer le respect)
- Admissions specific (admissions particulières/directes)
- Management approach (méthode de gestion)

Ce modèle a pour but de créer un environnement optimal permettant d'optimiser la prise en charge en comblant les manques actuellement existants. D'autres auteurs se sont intéressés à la pertinence d'un dispositif de veille en postvention par l'intermédiaire d'envois de SMS réguliers aux adolescents contenant notamment le numéro de la ligne directe du service de pédopsychiatrie dont ils dépendent et qui est joignable 24h/24(30). Dans cette logique, il serait judicieux, s'il n'est pas possible pour les adolescents de joindre le service dans lequel ils ont été hospitalisés ou leur référent suicidant, de leur communiquer l'existence en France d'un site internet (www.filsantejeune.com) associé à une ligne téléphonique (0800 235 236) anonyme et gratuite (joignable de 9h à 23h) permettant aux jeunes de 12 à 25 ans d'avoir un intervenant qui connaît la problématique adolescente (idées noires, TS, sexualité, contraception, soins...). Le bassin chalonais possède également une Maison des Adolescents qui accueille - les lundi, mercredi et vendredi, avec ou sans rendez-vous - les jeunes de 11 à 25 ans souhaitant discuter de leurs problématiques. Cette démarche s'intègre dans une démarche de prévention et de postvention.

Tous ces arguments sont en faveur de la nécessité de maintenir un lien, même à distance de la TS, avec l'adolescent suicidant d'autant plus que celui-ci n'est que rarement demandeur de soins. L'organisation des soins ne permet pas toujours aux structures hospitalières d'assurer le maintien de ce lien dans le temps. Le médecin généraliste, généralement choisi comme médecin traitant, pourrait dès lors servir de relais. Il semble judicieux d'évoquer également ici la différence entre suivi et psychothérapie. En effet, tout adolescent suicidant ne relève pas nécessairement d'une psychothérapie au long cours. Cela peut donc pour partie expliquer les arrêts de suivi avant la durée de un an (durée normalement recommandée par l'ANAES). La psychothérapie s'arrête et, de fait, le suivi est arrêté. Le référent suicidant, qui pourrait être le médecin généraliste, coordinateur du suivi, prend alors toute sa place. Un suivi peut ainsi être continué, avec quelques rendez-vous clés fixés dans l'année suivant la TS, sans qu'il s'agisse d'une psychothérapie. La psychothérapie est un outil, souvent indispensable, mais pas toujours nécessaire au long cours, qui s'intègre dans le suivi qui lui est indispensable, pour une durée minimale d'un an.

2.3 Place du médecin généraliste

Comme nous l'avons retrouvé dans la littérature, notre étude a permis d'observer que le médecin généraliste n'est que très rarement sollicité pour la prise en charge des adolescents suicidants(28).

Le rôle du médecin généraliste est triple :

- Identifier les risques de passages à l'acte
- Prendre en charge les patients suicidants et les orienter
- Assurer le suivi ultérieur, seul ou en liaison avec les spécialistes.

Dans notre étude nous avons cherché à observer la place du médecin généraliste dans l'avant et l'après passage à l'acte en analysant les éventuelles consultations - et leurs motifs – entourant l'hospitalisation pour TS (3 mois avant la TS et l'année suivant la TS). Plus d'un adolescent sur deux a consulté dans les 3 mois précédents et dans un tiers des cas une plainte psychologique ou liée au sommeil était abordée. On remarque que les adolescents ont plutôt tendance à consulter le SAU que leur médecin généraliste lorsqu'il s'agit de plaintes d'ordre psychique. En effet, avant le passage à l'acte un motif de consultation d'ordre psychique est évoqué dans 52,4% des cas au SAU versus 35,3% chez le médecin généraliste. De même, après le passage à l'acte un motif d'ordre psychique est évoqué dans 62,5% au SAU versus 23,1% chez le médecin traitant. On remarque ainsi une tendance à plus sectoriser et différencier le suivi après une hospitalisation pour TS puisque la part des consultations d'ordre psychique se majorent au sein du SAU tandis qu'elles diminuent chez le médecin généraliste.

Cette tendance pourrait s'expliquer par le fait qu'après une TS, les adolescents ont des intervenants connus au sein du système hospitalier et qu'ils auront plutôt tendance à se tourner vers eux en cas de plaintes psychiques. A l'inverse, le médecin généraliste n'étant pas acteur de la prise en charge post hospitalière, il devient pour l'adolescent le somaticien auquel l'adolescent se confiera moins pour des plaintes psychiques. Par extrapolation, cette tendance à la sectorisation psychique/somatique s'inscrit également dans une démarche plus globale dans le monde médical où, malheureusement, le patient n'est pas toujours perçu dans sa globalité. L'augmentation des plaintes psychosomatiques tendent pourtant à renforcer l'idée que corps et psychée ne peuvent être dissociés. L'une des questions que l'on peut se poser est de savoir s'il s'agit de freins provenant des médecins généralistes ou bien des services hospitaliers.

2.3.1 Regard des médecins généralistes

Les raisons de cette faible intervention des médecins généralistes n'ont été que peu étudiées. Il serait erroné de penser qu'il s'agit d'une question de manque de temps puisque ce sont des cas qui ne sont pas fréquents dans une patientèle. Ainsi le médecin généraliste peut

consacrer durant l'année suivant le geste des consultations de 15 à 45 mn, une fois par mois. Par ailleurs la diminution du nombre de médecins généralistes, importante dans le bassin chalonais, pourrait être un frein à la prise en charge. Néanmoins, comme nous le voyons dans notre étude, la plupart des adolescents ont déjà un suivi au près d'un médecin généraliste.

Quand la prise en charge est pluridisciplinaire, le médecin traitant pourrait alors servir de pierre angulaire et assurer pleinement son rôle de coordination entre les différents intervenants. D'ailleurs deux tiers des médecins, selon Fanello et al, sont désireux d'être mieux informés quant à la possibilité de prise en charge et de collaborations . Il pourrait être judicieux, au même titre des cotations pour sortie d'hospitalisation ou des majorations personnes âgées, de créer une cotation particulière pour le suivi des adolescents suicidants, permettant une valorisation de l'allongement du temps d'écoute et du travail de réseau, qui requiert une plus grande disponibilité.

Le médecin généraliste connaît généralement bien le patient (quelque fois depuis son plus jeune âge) , son entourage (parents, fratrie, parfois même la famille élargie, ami(s)), ce qui peut être un frein pour aborder d'éventuelles conduites suicidaires. On retrouve d'ailleurs dans la littérature que dans l'ensemble des conduites suicidaires, ce sont celles des adolescents (et des personnes âgées) qui mettent le plus en difficulté les médecins généralistes(28). Le patient peut, s'il n'est pas dans une totale confiance, craindre un jugement. C'est pourquoi il est essentiel d'avoir une relation de qualité, avec une posture d'aide et non paternaliste, et d'oser poser toutes les questions même les plus intimes, après avoir fait sortir les parents -transitoirement- de la salle de consultation.. La relation à l'étage horizontal permet de mieux aborder ces thèmes. L'adolescence est la période de la vie qui pose le plus de difficultés aux médecins généralistes quant aux comportements suicidaires. Les difficultés sont à notre sens doubles. D'une part elle proviennent des adolescents qui souvent peuvent craindre d'être jugés/mal compris par le médecin généraliste. L'adolescent préférera alors s'orienter vers des structures plus « neutres » selon lui dès qu'il s'agit d'une problématique psychique, malgré l'existence du secret médical qui existe aussi pour les mineurs. D'autre part les freins peuvent également provenir des médecins généralistes eux mêmes, peu à l'aise avec cette problématique en raison du manque de formation sur la question, entraînant rapidement un sentiment d'impuissance.

Une meilleure formation, théorique et pratique, initiale et continue avec mise en place de FMC (Formation Médicale Continue) pourrait avoir plusieurs avantages :

- Améliorer la connaissance de la symptomatologie suicidaire et donc favoriser le dépistage des conduites suicidaires mais aussi prévenir la récurrence

- Informer sur les spécificités de chacun des acteurs et les collaborations possibles
- Améliorer les relations hôpital/médecine de ville et favoriser la communication par connaissance mutuelle des différents intervenants

2.3.2 Communication hôpital – médecine de ville

Comme nous l'avons mentionné précédemment, il existe un défaut de communication entre la structure accueillant l'adolescent suicidant et le médecin généraliste. Ces lacunes ne permettent pas la mise en place d'une bonne participation du médecin généraliste dans la prise en charge et le suivi de l'adolescent suicidant. En effet, la médiane de consultation au près de leur médecin généraliste à la sortie de l'hospitalisation est de 94 jours soit un peu plus de 3 mois. Une consultation précoce, même si le suivi est assuré par un autre intervenant, pourrait peut être améliorer l'adhésion de l'adolescent à son projet thérapeutique. Différentes études ont montré que le témoignage d'un intérêt particulier des soignants pour l'adolescent (SMS, appel, carte postale...) améliorerait l'adhésion au suivi(30)(31).

Le médecin généraliste n'est que rarement contacté (moins de 10% des cas) par le praticien hospitalier(28). De même le délai entre la rédaction du compte rendu d'hospitalisation et la réception par le médecin traitant ne permet pas une connaissance rapide de la situation de l'adolescent. Plusieurs facteurs entrent en compte (dictée du courrier, rédaction, relecture, envoi, lecture par le médecin généraliste) et sont difficilement modifiables. Toutefois, deux appels pourraient, à notre avis, améliorer la prise en charge.

- un appel à l'arrivée de l'adolescent afin de recueillir des informations et d'informer le médecin traitant.
- Un appel à la sortie d'hospitalisation avec prise de rendez-vous auprès du médecin traitant, dont la date serait communiquée au patient à sa sortie.

La durée d'hospitalisation étant souvent relativement courte, il ne paraît pas inintéressant de regrouper ces deux appels en un seul et unique. Notons qu'il a été créé récemment au sein du service de pédiatrie du CHWM une unité de psychopathologie de l'adolescent ; ce qui va permettre d'améliorer ce lien entre l'hôpital et les professionnels de ville.

2.3.3 Détection des troubles de l'humeur ou du risque suicidaire

Dans 20 à 30% des TS de l'adolescent il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, troubles de la personnalité...) favorisant le passage à l'acte. Le médecin généraliste doit prendre une place prépondérante dans le dépistage et la prévention de la TS. En effet, dans notre étude nous pouvons voir que plus de la moitié des adolescents ont consulté dans les 3 mois précédant la TS avec en moyenne 1,9 consultations dont plus d'un tiers (35,3%) était pour des motifs d'ordre psychologiques et/ou touchant le sommeil.

Parler de suicide avec l'adolescent dans le cadre d'un dialogue médical n'augmente pas le risque de passage à l'acte. En revanche il est impératif de disposer à la fois de moyens de dépistage et d'une bonne coordination avec les structures de soins du secteur. Deux acronymes permettent d'aborder facilement et rapidement différents champs de la vie de l'adolescent donnant ainsi une idée de son état :

TSTS : Traumatologie, Sommeil, Tabac et Stress (scolaire ou familial)

CAFARD : Cauchemars, Agression, Fumeur, Absentéisme, Ressenti Désagréable familial

Ainsi en quelques questions, s'intégrant parfaitement facilement dans une consultation de médecine générale, il est possible pour le praticien d'évaluer pour partie l'état psychologique de l'adolescent. D'autres outils, sous forme de questionnaires, peuvent être utilisés (CES-D). Ils peuvent toutefois être moins bien vécus par l'adolescent car plus « protocolaires » et nécessitant un peu plus de temps.

Il peut être intéressant de se poser la question, de la mise en place d'une consultation annuelle obligatoire (au même titre que les consultations du 8ème jour, 9ème et 24ème mois) jusqu'à la majorité. Cela permettrait une évaluation globale de l'enfant et de l'adolescent avec la réalisation de courbes statuto-pondérales, l'évaluation de la couverture vaccinale, la recherche de pathologie chronique ainsi qu'une évaluation psychique. Elles sont très généralement effectuées durant la consultation annuelle faite pour les certificats de non contre-indication à la pratique du sport, mais la législation, à juste titre, tend à étendre la durée de validité des certificats. Néanmoins, une consultation annuelle pleinement dédiée à la prévention pourrait avoir une importance.

CONCLUSION

Le suicide est un problème majeur de santé publique, dont l'approche est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit d'adolescents. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ces dernières décennies ont vu émerger une réelle prise de conscience sociétale et des mesures prises par les autorités publiques notamment avec la mise en place de plan de prévention, et le développement de structures servant à favoriser la prise en charge.

Notre étude, incluant 46 adolescents, hospitalisés au sein du service de pédiatrie du centre hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône, a permis d'analyser le suivi et l'accompagnement - par différents acteurs du soin - des adolescents durant l'année suivant leur sortie d'hospitalisation. Les intervenants les plus sollicités pour assurer le suivi sont les psychiatres et psychologues, avec une préférence pour le personnel ayant pris en charge l'adolescent durant son hospitalisation.

La durée du suivi est généralement inférieure à une année. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer cela : d'une part, la difficulté de faire adhérer la population adolescente à un projet de soin dont elle pourrait percevoir l'intérêt au long cours, d'autre part, l'accroissement du mal-être adolescent - s'exprimant sous d'autres formes que la tentative de suicide (scarifications, hétéro-agressivité, phobie scolaire...) – rend de plus en plus difficile la prise en charge hospitalière faute de moyens humains et matériels. Le médecin généraliste, jusqu'alors très rarement sollicité dans la prise en charge des adolescents suicidants pourrait s'avérer être une alternative pertinente et adaptée. Cette faible participation des médecins généralistes semble être due à une double causalité. D'une part, des difficultés provenant des médecins généralistes eux-mêmes qui se sentent en difficulté devant cette problématique, très souvent faute de formations et de connaissances sur le sujet. D'autre part, une sous-sollicitation de la part des structures hospitalières en raison du peu de communication et d'échanges avec la médecine de ville.

L'optimisation du suivi des adolescents suicidants passerait par une meilleure adhésion de ces derniers à leur projet thérapeutique en favorisant l'établissement d'une relation de confiance dans le cadre de sa prise en charge globale. Les intervenants possibles du suivi sont multiples et doivent permettre la mise en place d'un plan de soin adapté à chaque adolescent, en prenant en compte ses attentes, les disponibilités des intervenants et les structures à disposition. L'amélioration des échanges entre le service d'accueil et les médecins généralistes, le renforcement de la formation initiale et continue, théorique et pratique des

THESE SOUTENUE PAR M. DEVILLARD FRANCOIS

CONCLUSIONS

Le suicide est un problème majeur de santé publique, dont l'approche est d'autant plus difficile lorsqu'il s'agit d'adolescents. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes de 15 à 24 ans. Ces dernières décennies ont vu émerger une réelle prise de conscience sociétale et des mesures prises par les autorités publiques notamment avec la mise en place de plans de prévention, et le développement de structures servant à favoriser la prise en charge.

Notre étude, incluant 46 adolescents, hospitalisés au sein du service de pédiatrie du centre hospitalier William Morey de Chalon sur Saône, cherche à analyser le suivi et l'accompagnement - par différents acteurs du soin - des adolescents durant l'année suivant leur sortie d'hospitalisation. Les intervenants les plus sollicités pour assurer le suivi sont les psychiatres et psychologues, avec une préférence pour le personnel ayant pris en charge l'adolescent durant son hospitalisation.

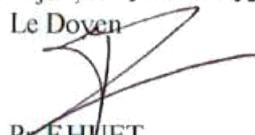
La durée du suivi est généralement inférieure à une année. Plusieurs hypothèses peuvent être évoquées pour expliquer cela : d'une part, la difficulté de faire adhérer la population adolescente à un projet de soin dont elle pourrait percevoir l'intérêt au long cours, d'autre part, l'accroissement du mal-être adolescent - s'exprimant sous d'autres formes que la tentative de suicide (scarifications, hétéro-agressivité, phobie scolaire...) - rend de plus en plus difficile la prise en charge hospitalière faute de moyens humains et matériels. Le médecin généraliste, jusqu'alors très rarement sollicité dans la prise en charge des adolescents suicidants, pourrait s'avérer être une alternative pertinente et adaptée. Cette faible participation des médecins généralistes semble être due à une double causalité. D'une part, des difficultés provenant des médecins généralistes eux-mêmes qui se sentent en difficulté devant cette problématique, très souvent faute de formation et de connaissances sur le sujet. D'autre part, une sous sollicitation de la part des structures hospitalières en raison du peu de communication et d'échanges avec la médecine de ville.

L'optimisation du suivi des adolescents suicidants passerait par une meilleure adhésion de ces derniers à leur projet thérapeutique en favorisant l'établissement d'une relation de confiance dans le cadre de la prise en charge globale. Les intervenants possibles du suivi sont multiples et doivent permettre la mise en place d'un plan de soin adapté à chaque adolescent, en prenant en compte ses attentes, les disponibilités des intervenants et les structures à disposition. L'amélioration des échanges entre le service d'accueil et les médecins généralistes, le renforcement de la formation initiale et continue, théorique et pratique des médecins généralistes concernant la problématique suicidaire chez les adolescents semblent être des pistes de travail et de réflexion intéressantes visant à proposer différentes alternatives aux jeunes patients et à diminuer la fréquence des récives.

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 17 Novembre 2017
Le Doyen



P. F. HUET



M. B. BONIN

BIBLIOGRAPHIE

1. Kromicheff E. Peut-on avoir raison de se tuer ? Réflexion sur le sens du passage à l'acte [Internet]. 2000. Disponible sur: <http://www.creaibfc.org/uploads/bulletins/archives/2000/199-12-1.htm>
2. Haïm A. Les suicides d'adolescents. Payot; 1969. 303 p.
3. Ameisen J-C. « Penser le manque ». ERES; 2011.
4. Mucchielli L, Renneville M. Les causes du suicide : pathologie individuelle ou sociale? Durkheim, Halbwachs et les psychiatres de leur temps (1830-1930). *Déviance Société*. 1998;22(1):3-36.
5. Insee - Santé - Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2013 [Internet]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATCCJ06206
6. INSERM. Effectifs de décès par suicide en France métropolitaine, année 2013 [Internet]. Disponible sur: <http://www.cepidc.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
7. Aouba A, Eb M, Rey G. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011;(22).
8. Alvin P. L'envie de vivre, l'envie de mourir. Lamarre.
9. Beck F, Guignard R, Du Roscoät E. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bull Epidemiol Hebd*. 2011;(47-48).
10. Périssé D. Conduites suicidaires à l'adolescence. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2009;4(1):1-5.
11. Laimou D. Tentative de suicide à l'adolescence : quel sens ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2017;
12. Polytarides V, Mazet P. Prise en charge de l'adolescent suicidaire. *J Pédiatrie Puériculture*. 1 déc 2001;14(8):493.
13. ANAES. Recommandations professionnelles : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998.
14. Mirkovic B, Belloncle V, Rousseau C, Knafo A, Guilé J-M, Gérardin P. Stratégies de prévention du suicide et des conduites suicidaires à l'adolescence : revue systématique de la littérature. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. janv 2014;62(1):33-46.
15. Cipriani A. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet*. 2016;388:881-90.
16. Antidépresseurs et « dépression » chez les enfants et les adolescents : des résultats décevants. *Rev Prescrire*. Juin 2008;28(296):411.

17. Prescrire en questions: prévention du risque de suicide chez les adolescents: une place pour les antidépresseurs ? nov 2016;36(397):869-70.
18. InVS. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire: Numéro thématique - Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France n° 47-48. 13 déc 2011;487-510.
19. Jouglà E, Pequignot F, Chappert JL, Rossollin F, Toullec AL, Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. Rev Epidémiologie Santé Publique. 2 mars 2008;50(1):49-62.
20. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, Ghariani J, Guillermain Y, Rouvière N, et al. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. Arch Pédiatrie. juin 2013;20(6):608-15.
21. InVS. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative e suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour 2007-2011 [Internet]. [cité 17 oct 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_hospitalisations_tentative_suicide_france_pmsi-mco_oscour_2007-2011-2.pdf
22. Parellada M, Saiz P, Moreno D, Vidal J, Llorente C, Álvarez M, et al. Is attempted suicide different in adolescent and adults? Psychiatry Res. 15 janv 2008;157(1):131-7.
23. Laurent A, Foussard N, David M, Boucharlat J, Bost M. A 5-Year Follow-up Study of Suicide Attempts Among French Adolescents. J Adolesc Health. 1 mai 1998;22(5):424-30.
24. Drieu D, Genvresse P. Enjeux et limites du travail thérapeutique avec l'adolescent suicidant en consultation ambulatoire. Dialogue. 2003;no 162(4):46-58.
25. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F, Walha A, Moalla Y, Rekik N, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence. 19 sept 2012;60(6):454-60.
26. Ligier F, Vidailhet C, Kabuth B. Devenir psychosocial, dix ans après, de 29 adolescents suicidants. L'Encéphale. 1 oct 2009;35(5):470-6.
27. Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Reboussin BA, Frazier PH, Kelley AE. 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. 1 juin 1999;38(6):660-71.
28. Fanello S, Paul P, Delbos V, Gohier B, Jousset N, Duverger P, et al. Pratiques et attentes des médecins généralistes à l'égard des conduites suicidaires. Santé Publique. 14(3):263-73.
29. Stewart SE, Manion IG, Davidson S. Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. J Adolesc Health. 1 mai 2002;30(5):312-25.
30. Ligier F, Guillemain F, Kabuth B. Prévention de la récurrence suicidaire à l'adolescence par SMS ou autre media. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juin 2017;175(5):446-50.
31. Spirito A, Boergers J, Donaldson D, Bishop D, Lewander W. An Intervention Trial to Improve Adherence to Community Treatment by Adolescents After a Suicide Attempt. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1 avr 2002;41(4):435-42.

ANNEXES

Echelle de dépression CES-D (Center for Epidemiologic Studies- Depression)

		Jamais	Très rarement	Occasionnellement	Assez souvent	Fréquemment	En permanence	CODAGE
Durant la semaine dernière j'ai trouvé que:								
CES-D1	J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas	<input type="checkbox"/>	[
CES-D2	Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit	<input type="checkbox"/>	[
CES-D3	J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis	<input type="checkbox"/>	[
CES-D4	J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres	<input type="checkbox"/>	[
CES-D5	J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais	<input type="checkbox"/>	[
CES-D6	Je me suis senti(e) déprimé(e)	<input type="checkbox"/>	[
CES-D7	J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort	<input type="checkbox"/>	[
CES-D8	J'ai été confiant(e) en l'avenir	<input type="checkbox"/>	[
CES-D9	J'ai pensé que ma vie était un échec	<input type="checkbox"/>	[
CES-D10	Je me suis senti(e) craintif(ve)	<input type="checkbox"/>	[
CES-D11	Mon sommeil n'a pas été bon	<input type="checkbox"/>	[
CES-D12	J'ai été heureux(se)	<input type="checkbox"/>	[
CES-D13	J'ai parlé moins que d'habitude	<input type="checkbox"/>	[
CES-D14	Je me suis senti(e) seul(e)	<input type="checkbox"/>	[
CES-D15	Les autres ont été hostiles envers moi	<input type="checkbox"/>	[
CES-D16	J'ai profité de la vie	<input type="checkbox"/>	[
CES-D17	J'ai eu des crises de larmes	<input type="checkbox"/>	[
CES-D18	Je me suis senti(e) triste	<input type="checkbox"/>	[
CES-D19	J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas	<input type="checkbox"/>	[
CES-D20	J'ai manqué d'entrain	<input type="checkbox"/>	[

Codage (sauf questions 4/8/12/16):

- Jamais = **0 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **0 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **1 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **2 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **3 pts**
- En permanence = **3 pts**

Codage questions 4/8/12/16:

- Jamais = **3 pts**
- Très rarement (moins d'un jour) = **3 pts**
- Occasionnellement (1 à 2 jours) = **2 pts**
- Assez souvent (3 à 4 jours) = **1 pts**
- Fréquemment (5 à 7 jours) = **0 pts**
- En permanence = **0 pts**

Calcul du score global :

Faire la somme des points obtenus aux 20 questions

TITRE DE LA THÈSE : RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS SUICIDANTS DANS LE BASSIN CHALONNAIS

AUTEUR : MONSIEUR FRANÇOIS DEVILLARD

RÉSUMÉ : INTRODUCTION : LE SUICIDE DE L'ADOLESCENT EST UN PROBLÈME MAJEUR DE SANTÉ PUBLIQUE. DÈS LA SORTIE D'HOSPITALISATION, UN SUIVI DOIT ÊTRE MIS EN PLACE AFIN D'ACCOMPAGNER AU MIEUX CES ADOLESCENTS ET DE PRÉVENIR D'UNE ÉVENTUELLE RÉCIDIVE. L'OBJECTIF DE NOTRE ÉTUDE EST D'ANALYSER LES DIFFÉRENTES INTERVENTIONS SOLLICITÉES ET LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.

POPULATION ET MÉTHODE : IL S'AGIT D'UNE ÉTUDE TRANSVERSALE OBSERVATIONNELLE DESCRIPTIVE, RETROSPECTIVE, QUI INCLUT L'ENSEMBLE DES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS LE SERVICE DE PÉDIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER WILLIAM MOREY DE CHALON-SUR-SAÔNE DURANT L'ANNÉE 2014. NOUS COMPARONS LA FRÉQUENCE DE RECOURS AUX DIFFÉRENTS INTERVENANTS RÉALISANT LE SUIVI DANS L'ANNÉE SUIVANT LE PASSAGE À L'ACTE.

RÉSULTATS : 46 PATIENTS, ÂGÉS DE 12,4 À 17,8 ANS, ONT ÉTÉ INCLUS DU 1ER JANVIER 2014 AU 31 DÉCEMBRE 2014. LE SEXE FÉMININ EST MAJORITAIRE AVEC 91,3%. LES 3 MOTIFS LES PLUS FRÉQUEMMENT ÉVOQUÉS SONT LES DISPUTES AVEC LES PARENTS (47,8%), UNE RUPTURE SENTIMENTALE (41,3%) ET DES DISPUTES AVEC SES PAIRS (15,2%). DANS LA TOTALITÉ DES CAS, LES ADOLESCENTS RECOURENT À L'INTOXICATION MÉDICAMENTEUSE VOLONTAIRE. LE PÉDOPSYCHIATRE EST LE PRATICIEN LE PLUS SOLLICITÉ POUR ORGANISER LE SUIVI (80,3%) AVANT LE PSYCHOLOGUE (45,65%). LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE EST EN DERNIÈRE POSITION PUISQU'IL INTERVIENT DANS 4,2% DES SUIVIS. LA MÉDIANE DE SUIVI EST DE 6 MOIS ET PRÈS D'UN TIERS DES PATIENTS ONT UN SUIVI SE PROLONGEANT AU DELÀ D'UN AN. LE TAUX DE RÉCIDIVE DANS L'ANNÉE SUIVANT L'ÉPISODE INDEX EST DE 21,7%.

CONCLUSION : UNE BONNE ADHÉSION DE L'ADOLESCENT SUICIDANT AU PROJET DE SOIN QUI LUI EST PROPOSÉ ET UNE AMÉLIORATION DES ÉCHANGES ENTRE LES SERVICES HOSPITALIERS ET LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES POURRAIENT PERMETTRE D'OPTIMISER LA PRISE EN CHARGE. D'AUTRES TRAVAUX VISANT À ÉVALUER LES ÉLÉMENTS NÉCESSAIRES À L'AMÉLIORATION DE LA PRISE EN CHARGE ET DU SUIVI DES ADOLESCENTS SUICIDANTS PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SEMBLENT PERTINENTS ; ILS PERMETTRAIENT AINSI UNE PRISE EN CHARGE HOLISTIQUE DE L'ADOLESCENT SUICIDANT.

MOTS-CLÉS : ADOLESCENT – TENTATIVE DE SUICIDE - MÉDECIN GÉNÉRALISTE – PRISE EN CHARGE - SUIVI