

Les tentatives de suicide chez les adolescents

Suicidal attempts in adolescents

V. Delvenne

Espace Thérapeutique Enfants-Adolescents-Parents, Bruxelles

RESUME

Les tentatives de suicide des adolescents concernent 1 adolescent sur 10 en moyenne. Bien souvent la tentative de suicide n'est pas suivie d'une intervention de soins car souvent banalisée par l'entourage et par le corps médical si elle ne représente pas de facteur de risque létal. Toutefois, le facteur de risque principal est la récurrence suicidaire avec un risque de suicide réussi. Nous allons donc envisager les facteurs de prévention et de détection du risque suicidaire chez l'adolescent ainsi que les stratégies de prises en charge en cas de tentatives de suicide avérées. Nous aborderons ensuite les différents facteurs psychopathologiques associés.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 229-32

ABSTRACT

Adolescent suicidal attempts relates on average 1 teenager out of 10. Very often the suicidal attempt is not followed by an intervention of care. Parents and sometimes doctors do not proposed professional help because it does not represent a factor of lethal risk. However, the main major risk of suicidal attempt is suicidal repetition with a risk of suicide succeeds. We thus will consider prevention and detection factors of the suicidal risk in teenagers as well as strategies for medical and psychological help after a suicide attempts. We will then approach the various associated psychopathological factors.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 229-32

Key words : suicidal attempt, adolescent

Les tentatives de suicide des adolescents sont très fréquentes. Elles concernent environ 1 jeune sur 10. Le suicide représente la 2^{ème} cause de décès des 15-25 ans (1/8.000) après les accidents de la route, dont un certain nombre sont le résultat de conduites à risque ou de tentatives de suicide camouflées¹.

Il n'existe pas de profil de personnalité particulier ou de psychopathologie spécifique chez l'adolescent suicidaire mais bien une problématique identitaire avec une souffrance majeure liée à la non-acceptation de soi. Ces jeunes n'ont pas accès à une représentation psychique de leur souffrance ou à son origine. Ils veulent juste la faire cesser.

EPIDEMIOLOGIE

La prévalence des idées suicidaires concerne environ 30 % des adolescents. Par contre, il existe une différence fondamentale entre l'adolescent qui y pense et celui qui passe à l'acte. Toutefois, les idées suicidaires ne doivent pas être banalisées et doivent constituer un signal d'alarme pour l'entourage.

Parmi ces adolescents qui ont des idées noires, 30 % en parlent dont 2/3 à un ami et seulement 1 sur 10 à ses parents. Parmi ceux qui réaliseront une tentative de suicide, la moitié en a parlé préalablement, dont dans 3 cas sur 4 à des amis. Cette confiance à un pair constitue un facteur de prévention primaire important. Ceci va aussi à l'encontre de l'adage public qui dit que "celui qui en parle, ne le fait pas".

En médecine scolaire et dans les messages de prévention, il est important de proposer aux adolescents qui sont confrontés aux confidences d'un ami qui a des idées de suicide, d'en parler à un interlocuteur adulte en qui ils ont confiance. La détection d'un jeune en détresse permet la mise en place d'une écoute, d'un soutien et permet souvent d'éviter un passage à l'acte.

Alors que la tentative de suicide concerne plus volontiers les filles que les garçons, le suicide concerne 4 garçons pour une fille, essentiellement en rapport avec les moyens utilisés pour passer à l'acte (médicaments pour les filles, passages à l'acte violents pour les garçons : pendaison, défenestration, arme à feu, etc.).

L'ADOLESCENT SUICIDAIRE ET LE MEDECIN DE FAMILLE

Des études épidémiologiques menées en France en population générale d'adolescents scolarisés par M. Choquet¹ ont montré que les adolescents suicidants (ayant fait une tentative de suicide) ou suicidaires (avec des idées suicidaires) consultaient beaucoup plus fréquemment leur médecin généraliste en raison de plaintes d'anxiété, de dépression ou de plaintes somatiques, essentiellement fonctionnelles (Tableau).

Tableau : Fréquences de consultation chez le médecin généraliste pour des plaintes d'anxiété ou de dépression.

Adolescents non suicidaires	Adolescents suicidaires	Adolescents suicidants	Moyenne
1/21	1/9	1/5	1/13

LES ADOLESCENTS A RISQUE SUICIDAIRE

Il faut noter d'emblée que la tentative de suicide à l'adolescence n'est pas étroitement corrélée à la dépression. D'autres troubles peuvent aussi alerter le clinicien face à un risque suicidaire : les conduites dangereuses ou les troubles somatiques tels que les troubles du sommeil, la fatigue, les céphalées, les maux de ventre, etc. Les difficultés scolaires telles que l'échec scolaire chez un jeune ayant un bon niveau antérieur, le décrochage ou l'absentéisme sont aussi d'excellents indicateurs d'un adolescent qui va mal. Un vécu de morosité, d'ennui, d'absence de projets, un retrait, un désinvestissement ainsi que des troubles du comportement tels que l'isolement, l'agressivité, des fugues ou des conduites de vols peuvent aussi être des signaux d'appel d'un mal-être persistant. Enfin, les blessures auto-infligées (coupures, scarifications, etc.) ainsi que les troubles des conduites alimentaires et notamment la boulimie peuvent constituer des indicateurs de risque suicidaire².

ELEMENTS D'APPRECIATION D'UN RISQUE SUICIDAIRE

Trois domaines d'investigation permettent d'emblée d'évaluer le risque suicidaire chez un adolescent : la famille, le groupe de pairs et l'école.

• La famille

En ce qui concerne la famille, il importe d'évaluer la qualité relationnelle et la souplesse des liens familiaux. L'histoire familiale ainsi que les antécédents de psychopathologie parentale (dépression, abus d'alcool ou de toxiques, antécédents familiaux de suicide ou de tentatives de suicide) sont des éléments d'évaluation du risque très importants. Les ruptures, les dissociations familiales, les conflits conjugaux mais aussi le déni de la souffrance de l'adolescent constituent des facteurs péjoratifs, comme les antécédents d'abus physiques ou sexuels.

• Les pairs

Le groupe d'appartenance joue en général un rôle de soutien important pour l'adolescent mais il peut aussi revêtir un rôle péjoratif s'il se développe dans un climat psychopathologique (par exemple : groupes délinquants, " gothiques ", conduites à risque, consommations abusives de toxiques). La qualité et la souplesse des liens amicaux ainsi que l'étayage au groupe de pairs permet une évaluation des liens que le jeune entretient en dehors de la famille. Le désinvestissement de ces relations amicales, le retrait ou le changement radical de groupe peuvent signer un facteur de risque psychopathologique.

• L'école

Le fonctionnement scolaire est un excellent indicateur de santé de l'adolescent. Même si en cours d'adolescence, on peut observer un certain fléchissement scolaire, celui-ci est toujours passager chez l'adolescent sain. La qualité de l'insertion scolaire ainsi que le rôle des processus d'apprentissage comme source de valorisation constituent des facteurs de santé.

Après l'évaluation de ces 3 domaines et si l'on est inquiet pour le jeune, il convient d'investiguer plus avant le rapport de l'adolescent à son corps, les fonctions somatiques telles que l'alimentation et le sommeil ainsi que les éléments psychopathologiques proprement dits :

- les abus de tabac, d'alcool et de toxiques
- l'impulsivité et l'agressivité
- les passages à l'acte : coupures, conduites à risque, fugues, conduites anti-sociales
- un état anxio-dépressif
- des symptômes psychotiques.

L'ENTRETIEN AVEC L'ADOLESCENT : EVALUATION PRIMAIRE, SECONDAIRE

Il est important de préciser le caractère privé et couvert par le secret professionnel de cette rencontre, pour pouvoir permettre à l'adolescent de se sentir en confiance. Toutefois, il importe aussi de lui préciser que les limites du secret sont le risque de mise en danger. En cas d'inquiétude majeure, le médecin est tenu de se délivrer du secret professionnel. L'adolescent doit être informé que le médecin ne prendra jamais contact avec ses parents à son insu mais qu'il est tenu de le faire s'il se met en danger, et il le lui dira.

La position de l'adulte qui reçoit un adolescent et la juste distance à trouver n'est pas simple, entre une position d'adulte moralisateur ou une position trop proche et trop séductrice. Il faut pouvoir l'entendre sans juger, sans critiquer et en se montrant soutenant.

Lorsque l'on sent un jeune en situation de fragilité face aux questions suicidaires, il importe de garder le contact et de porter la demande de la rencontre suivante. Il faut lui proposer un rendez-vous rapide en fixant l'objectif des rencontres. Il faut souvent différer la prescription médicamenteuse, si elle s'avère

nécessaire, au moment où un bon lien de confiance est établi.

Il faut aussi évaluer si l'on peut s'engager dans le suivi avec ce jeune ou s'il faut d'emblée envisager la question du passage vers un professionnel de la santé mentale.

L'ENTRETIEN AVEC UN ADOLESCENT SUICIDAIRE

Pour pouvoir évaluer le risque suicidaire, il faut pouvoir questionner l'adolescent sur d'éventuelles idées suicidaires. A nouveau, ce n'est pas parce que l'on en parle avec lui qu'il va passer à l'acte. Au contraire, l'évocation de ses idées de mort et éventuellement de ses plans suicidaires soulage très fort le jeune. Il se sent compris, entendu dans sa souffrance et cela permet d'évoquer avec lui les moyens à mettre en œuvre pour le soulager. Cela permet aussi au médecin d'évaluer la gravité des choses.

Si des idées suicidaires nettes émergent, il faut le suivre de près, envisager avec lui les moyens à mettre en œuvre pour le protéger mais aussi comment informer et mobiliser sa famille. Il faut souvent, à ce moment-là, envisager une aide spécialisée voire une hospitalisation.

FACE A UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Il est impératif, quand un adolescent a fait une tentative de suicide, de le mettre en contact avec un professionnel de la santé mentale, si possible spécialisé dans la prise en charge des adolescents. En effet, le plus grand facteur de risque de la tentative de suicide est la récurrence pouvant aboutir à un suicide réussi.

La gravité médicale de la tentative de suicide, surtout si elle est médicamenteuse, n'est pas nécessairement révélatrice de l'intensité du désir de mort ou de la psychopathologie. Toutefois, l'importance de l'attaque corporelle (défenestration, arme à feu, etc.) représente un facteur de gravité certain.

De plus, une mauvaise insertion sociale ou scolaire, des problèmes familiaux sévères, des antécédents d'abus ou de violence constituent des facteurs de risque de sévérité et donc de risque de récurrences.

Le motif évoqué pour la tentative de suicide est quant à lui de peu d'importance, c'est un leurre (perte amoureuse, échec à un examen, situation de conflit, etc.). Ce qui se mobilise est avant tout un énorme sentiment de non-existence, de non-acceptation de soi. Ils ont l'impression de ne pas compter pour les autres, ils ne savent pas qui ils sont. En effet, comme le constate F. Ladame^{3,4}, la tentative de suicide s'inscrit dans une psychopathologie le plus souvent sévère qui prend racine dans la constitution de la personnalité du sujet. Ainsi, la période de la petite enfance est un moment important dans la constitution du narcissisme.

Les sujets suicidants présenteront souvent une cassure du développement réactivée par le processus psychique associé au développement adolescente au sens où l'entend M. Laufer⁵.

Lors de la tentative de suicide, il existe avant tout une urgence d'écoute.

Le moment qui suit immédiatement la tentative de suicide est un moment fécond pour comprendre la problématique du jeune, pour qu'il puisse se confier.

Il importe ensuite de faire une évaluation d'une éventuelle psychopathologie sous-jacente car, c'est parmi les adolescents qui souffrent d'une pathologie psychiatrique et qui ne sont pas suivis, que se recrutent ceux qui vont se tuer. On retrouve comme troubles psychiatriques, la dépression, la psychose, les pathologies narcissiques et limites⁶.

TRAITEMENT ET PREVENTION SECONDAIRE APRES UNE TENTATIVE DE SUICIDE

Le premier geste thérapeutique est d'éviter d'abord la banalisation du geste suicidaire. Il convient, la plupart du temps, d'hospitaliser le jeune, si possible dans une unité spécifique pour adolescents. C'est le meilleur facteur de prévention des récurrences ultérieures.

Ensuite, une relation thérapeutique de suivi doit être instaurée ; l'objectif étant avant tout un accompagnement, un soutien, une écoute. Un réel processus de psychothérapie individuelle ne s'instaurera que dans un nombre restreint de situations⁵. Il importe aussi de réaliser une rencontre avec les parents dans l'immédiat après-coup de la tentative de suicide pour éviter la banalisation ou la culpabilisation du geste suicidaire. Ensuite un suivi de famille pourra être proposé.

La prescription médicamenteuse doit être prudente et fonction de la pathologie sous-jacente.

CONCLUSIONS

La tentative de suicide des adolescents est une problématique fréquente qui passe souvent inaperçue ou reste banalisée. Il s'agit toujours d'un signal d'appel face à une situation difficile que vit l'adolescent, individuellement, dans sa famille ou son environnement. Le médecin généraliste en sa qualité de médecin de famille a un rôle clé dans la prévention primaire mais aussi secondaire des tentatives de suicide des adolescents. Il est aussi un interlocuteur privilégié avec les parents et pour l'orientation vers le système de soin spécialisé.

BIBLIOGRAPHIE

1. Choquet M, Ledoux S : Adolescents. Enquête nationale. Paris, INSERM, 1994
2. Pommereau X : L'adolescent suicidaire, 3^{ème} édition. Paris, Dunod, 2005

3. Ladame F : Les tentatives de suicide des adolescents.
Fribourg, Masson, 1981
4. Ladame F, Ottino J, Pawlak C : Adolescence et suicide.
Paris, Masson, 1995
5. Laufer M, Laufer ME : Rupture du développement et traitement
psychanalytique à l'adolescence. Paris, PUF, 1993
6. Marcelli D : Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence.
Paris, Masson, 2001

Correspondance et tirés à part :

V. DELVENNE
Espace Thérapeutique Enfants-Adolescents-Parents
Rue Ketels 24
1020 Bruxelles

Travail reçu le 31 mai 2005 ; accepté dans sa version définitive
le 20 juin 2005.