

Conduites suicidaires à l'adolescence

Docteur Philippe Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
CHM – Saint-Claude

Introduction

- Chaque année, en France, près de cent soixante mille personnes font une tentative de suicide
- Plus de dix mille personnes décèdent par suicide

Introduction

- Le décès par suicide représente une mortalité plus importante que celle des accidents de la circulation
- La France a un taux de mortalité des adolescents par suicide en augmentation

Introduction

- Véritable problème majeur de santé publique, sa prévention constitue un enjeu très important
- La mortalité des adolescents (11-19 ans) en France représente la deuxième cause de mortalité

Introduction

- Le passage à l'acte suicidaire est en constante augmentation avec un taux de récurrence de 50% dans les six premiers mois
- Tendance actuelle : diminution des taux de suicide et augmentation de la prévalence de TS des adolescents

Introduction

- Suicide – l'action de causer volontairement sa propre mort
- Tentative de suicide – conduite qui tend à vouloir se donner la mort sans y parvenir
- Suicidaire – personne ayant des idées suicidaires et/ou exprimant des menaces de suicide
- Suicidant – personne qui a réalisé une TS
- Suicidé – personne qui s'est donné la mort

Epidémiologie

- Les conduites suicidaires posent un véritable problème de santé mentale du fait de leur fréquence et de leur gravité
- La TS est rare chez l'enfant, et le bond de fréquence qui se produit avec l'entrée en adolescence illustre bien l'aspect *développemental* de cette conduite

Epidémiologie

- On ne retrouve pas d'antécédent psychopathologique chez 70% des adolescents
- Les adolescents suicidaires et/ou suicidants se trouvent dans tous les milieux socioculturels

Epidémiologie

□ Caractéristiques familiales

- Surreprésentation des conflits (séparations)
- Antécédents familiaux pathologiques (suicide, TS, troubles psychiatriques, addictions)

Epidémiologie

□ Facteurs socioculturels

- Fréquence des ruptures dans l'environnement (déménagement, changement d'habitudes, rupture du groupe des pairs)
- La TS apparaît le plus souvent comme un message de détresse adressé à l'entourage familial lui-même en difficulté

Epidémiologie

□ Facteurs individuels

- Echec scolaire, troubles du comportement, impulsivité, dépression (plaintes somatiques), consommation de substances psychoactives
- Trouble psychotique, antécédent de maltraitance ou d'abus sexuel , antécédent de TS

Epidémiologie

□ Facteurs de risque de répétition

- Trouble psychiatrique, personnalité, thymie dépressive, perturbations relations intrafamiliales, isolement social, bas niveau scolaire, abus de substances (alcool, drogues)

Epidémiologie

- Les recommandations ANAES sont insuffisamment suivies, l'accès aux soins n'est pas lisible pour adolescent et famille
- Le suicide est plus fréquent chez le garçon qui utilise des méthodes plus violentes et radicales

Epidémiologie

- La tentative de suicide est plus fréquente chez la fille
- Il faut – dans tous les cas – toujours prendre en compte le passage à l'acte suicidaire

Epidémiologie

- Intérêts – définition de populations à risque et mise en place d'action de prévention
- Pertinence des critères épidémiologiques quand il s'agit d'évaluer un risque pour un individu donné à un moment donné de son histoire

Facteurs de risque

- Un grand nombre de facteurs de risque d'une conduite suicidaire à l'adolescence sont maintenant bien individualisés
- Leur rôle est confirmé par de multiples études aux résultats convergents

Facteurs de risque

- Ces facteurs concernent les paramètres les mieux objectivables et les plus facilement contrôlables : âge, sexe, ethnicité, environnement socio-économique et (moindre mesure) familial

Facteurs de risque

- Etudes contrôlées sur les traumatismes qui ont pu affecter le développement de l'enfant, abandon, carence de soins, maltraitance et abus sexuels
- Etudes contrôlées sur les troubles psychiatriques envisagés suivant l'orientation anglo-saxonne dominante, comme autant de catégories séparées, éventuellement en lien de comorbidité

Facteurs de risque

- Peu de travaux sur la psychopathologie du suicide et plus spécifiquement la crise suicidaire
- Parler de psychopathologie c'est redonner au sujet, à sa parole, à ses actes et à son histoire une position centrale que l'approche psychiatrique contemporaine a voulu remplacer par une démarche répondant mieux aux critères scientifiques expérimentaux de reproductibilité

Facteurs de risque

- Cependant, on ne doit pas abandonner toute perspective psychopathologique malgré sa complexité et la difficulté à en généraliser les résultats

Facteurs de risque

- La psychopathologie recueille et analyse les cognitions : contenus de pensées, leur succession et leur organisation dans le discours du sujet, leurs liens avec le passé, les projections dans le futur, leur articulation avec le présent et les émotions, etc.

Facteurs de risque

- La psychanalyse ajoute une herméneutique interprétative qui tient compte des non-dits, des ratés du discours, des associations spontanées, du transfert et contre-transfert, c'est à dire de ce qui se répète dans la relation actuelle (attitudes et attentes du sujet)

Etioopathogénie

- La Psychiatrie relève-t-elle uniquement des sciences expérimentales ou appartient-elle également au champs des sciences humaines ?
- La question du suicide est un exemple très explicite qui illustre leur approche complémentaire

Étiopathogénie

- Un acte aussi complexe que le suicide ne se réduit pas à un seul déterminant mais ne peut que relever d'une étiologie multifactorielle
- L'importance du facteur trouble de l'humeur est souvent sous-estimé chez l'adolescent contrairement aux adultes

Étiopathogénie

- Cette sous-estimation est en partie liée au caractère souvent atypique et plus ou moins masqué de la dépression à l'adolescence
- La recherche systématique de la dépression et l'utilisation d'échelles d'évaluation des symptômes dépressifs a permis un repérage bien meilleur et plus précoce de la dépression

Etioopathogénie

- La prévalence des troubles psychiatriques dans les antécédents de suicide ne nous donne pas pour autant la réponse quant à la nature de leur rôle, leurs modalités d'action comme les séquences de leurs éventuels effets

Etioopathogénie

- La majorité de ces troubles et les différentes formes de dépression n'aboutissent pas à un geste suicidaire
- Seule une petite minorité de jeunes présentant des troubles psychiatriques feront une TS (Beautrais, 1998)

Etioopathogénie

- Le facteur le plus prédictif d'un geste suicidaire demeure un antécédent de tentative de suicide
- Un comportement suicidaire récurrent est spécifiquement favorisé si le sujet en retire un soulagement immédiat (atténuation de la souffrance ou catharsis) ou si une tentative précédente a entraîné un changement désiré de l'entourage

Etioopathogénie

- Il y a bien une spécificité de l'acte et probablement un effet propre de celui-ci qui facilite la survenue d'autres actes semblables
- De nombreux arguments plaident en faveur d'une relativisation des données proprement psychiatriques

Étiopathogénie

- Les troubles psychiatriques présents pourraient être tout autant cause que conséquence d'une vulnérabilité et devraient être envisagés plus comme des modes différents d'expression et d'adaptation à une même souffrance que comme des catégories distinctes même si d'éventuels facteurs génétiques en favorisent la survenue

Facteurs de vulnérabilité

- Les recherches nosographiques actuelles font état de situations aiguës de débordement et de désorganisation comme les attaques de panique (Weisman et al., 1989)
- Facteurs environnementaux et/ou développementaux et de personnalité dans l'augmentation séculaire du suicide et des tentatives de suicide chez l'adolescent

Facteurs de vulnérabilité

- Conflits avec les parents, difficultés et déceptions dans les relations avec les pairs chez le préadolescent
- Les liens conscients ou inconscients des contenus psychiques des adolescents utilisent une logique discursive ou affective et s'expriment directement ou par des attitudes opposées ou par le déni

Facteurs de vulnérabilité

- Les différences développementales dans les modes d'expression symptomatiques rappellent les symptômes endogènes – mélancolie – psychose – tentatives de suicide et létalité du suicide – croissent avec l'âge
- Angoisse de séparation, phobies, plaintes somatiques et problèmes de comportement sont plus fréquents chez l'enfant

Facteurs de vulnérabilité

- Les meilleurs prédicteurs d'une tentative de suicide selon une étude prospective norvégienne (Wichström, 2000) : sexe féminin, antécédents de TS, décalage dans le développement pubertaire (précoce ♀, retardée ♂)

Facteurs de vulnérabilité

- Une rupture sentimentale et un conflit d'autorité avec les parents sont les deux plus importants événements précipitant eux-mêmes corrélés avec une puberté précoce
- Incidence des troubles de la personnalité sur la survenue et la sévérité des troubles psychiatriques

Facteurs de vulnérabilité

- La présence de conditions affectives négatives : anxiété – dé-pression – violence – impulsivité – est plus importante pour prédire une tentative de suicide que celle d'un diagnostic (Apter et *al.*, 1990)

Facteurs de vulnérabilité

- Importance de la qualité de l'attachement pour le développement de l'enfant et la formation de la personnalité et fréquence de ce trouble dans la pathologie psychiatrique
- Quelle que soit l'importance du lien aux pairs, les figures parentales demeurent la première source de sécurité dans les situations de détresse (Weiss, 1991)

Facteurs de vulnérabilité

- Importance du réveil des conflits à l'adolescence, reflet de la vulnérabilité de l'appareil psychique à métaboliser les conflits propres à la puberté

Facteurs de vulnérabilité

- Vulnérabilité narcissique particulière de la majorité des suicidants : troubles dans l'organisation et la cohésion de l'image de soi, une mésestime de soi, une insécurité interne, un manque de confiance en soi et dans les autres
- Incapacité à supporter la perte ou la séparation et potentialité désorganisante du fantasme

Facteurs de vulnérabilité

« La conjonction entre cette fragilité narcissique s'exprimant par des moments de flottement identitaire et la souffrance psychique provoquée par la nécessité d'une confrontation à la séparation psychique est susceptible d'expliquer en partie les particularités de l'association dépression– tentative de suicide à l'adolescence »

(Daniel Marcelli, 1998)

Période particulière

- Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence sont à replacer dans le cadre plus large des comportements à risque dans cette période particulière
- Propension à l'autodestruction chez tout adolescent

Période particulière

- L'acte suicidaire est plus souvent un moyen de fuir une tension insupportable que le point d'aboutissement d'un véritable désir de mort
- Il est une façon pour l'adolescent d'éviter sa dépendance, de reprendre un rôle actif et de rester maître de lui-même

Période particulière

- Réactivation des processus psychiques archaïques par lesquels l'adolescent aspire à se confondre avec l'environnement tout en se sentant son objet

Période particulière

- La tentative de suicide est un dernier recours de l'adolescent pour se réapproprier un corps dont il devient maître dans la destruction à défaut de l'avoir été dans la naissance et dans l'émergence de la sexualité
- Il y a dans cette utilisation du corps un processus d'expulsion de la conflictualité psychique, mais également un processus défensif de sauvegarde de l'identité

Evaluation & perspectives

- En France, il existe un retard au regard de nos voisins européens
- Le travail de prévention est insuffisant et les adolescents sont en demande croissante de soins

Evaluation & perspectives

- Des soins intensifs ambulatoires individualisés et contractualisés permettraient une diminution de la DMS (durée moyenne de séjour), une prise en charge rapide après l'hospitalisation et une diminution de la récurrence

Evaluation & perspectives

- Nécessité de sortir des solutions institutionnelles univoques
- Besoins d'outils institutionnels coordonnés, un système d'évaluation, des projets de soins ajustés chaque jour, les familles soutenues par des cothérapeutes, le respect des droits du patient et de son information

Evaluation & perspectives

- Les ruptures thérapeutiques sont fréquentes (30-70%)
- La notion de crise représenterait un désir de rupture avec l'environnement et le passé
- Les conduites à risque extrême sont des équivalents suicidaires et prennent la place de la pensée et la parole

Evaluation & perspectives

- **Signe d'appel vers l'entourage** destiné à remettre en question le fonctionnement familial d'où l'importance de la prise en charge des familles
- **Les TS** sont souvent le résultat de ce que les adolescents avaient à dire et n'ont pu exprimer par les mots

Recommandations ANAES

- Hospitalisation des adolescents après une TS de trois jours à une semaine – dans un service adapté – bénéficiant des soins psychologiques et une évaluation psychiatrique rapide
- Il faut différencier l'urgence de la crise

Recommandations ANAES

- Régulation téléphonique, chaque absence à un rendez-vous fait l'objet d'un appel téléphonique aux parents : signifier que l'absence a été remarquée, comprendre les raisons, nous sommes des partenaires de soins non des contrôleurs

Recommandations ANAES

- Etablir une fiche téléphonique à J0 – J15 – J30
- Le téléphone est un outil de travail important et pratique, le temps d'échange téléphonique permet de soutenir une bonne alliance thérapeutique dans le processus de soin

Recommandations ANAES

- Importance du temps du lien thérapeutique entre un lieu de soins hospitaliers et un lieu de soins ambulatoires
- Travail de la problématique adolescente de séparation–individuation avec la fin d’un ici et une préparation d’un ailleurs

Recommandations ANAES

- Temps de travail avec les familles : la tentative de suicide est une blessure narcissique pour l'entourage
- Les mises en cause directe ou individuelle de non résolution du problème

Recommandations ANAES

- Expression de la souffrance, confrontations des interrogations restées silencieuses, reprise relationnelle, d'une différenciation évite la fixation de la pathologie à un membre de la famille
- Approche multifocale, diffracter les mouvements transférentiels (un seul thérapeute), accompagner vers le CMP

Crise suicidaire

- La crise suicidaire se présente comme une pelote de laine « toute emmêlée » : situation complexe
- Il est difficile d'arriver à réinscrire dans l'espace et mettre en perspective

Crise suicidaire

- Intérêt de pouvoir utiliser des lieux de soins différenciés et complémentaires en relations les uns avec les autres et entre lesquels l'adolescent : circule, projette, fait l'expérience de la relation, exprime ce que les différents interlocuteurs lui renvoient de ses projections

Crise suicidaire

- La préparation à la sortie : maîtrise du risque de mise en danger – restauration des émotions – définir ensemble la notion de crise – apaisement et assentiment de la famille à la sortie

Crise suicidaire

- Le passage à l'acte : ne doit pas être stigmatisé ni dévalorisé – chance à saisir – appel au changement
- Travail de lien partagé in situ avant la sortie
- Les expériences positives prennent en compte le contexte, l'entourage signifiant

Ecoute des jeunes suicidants

- Il n'est pas rare de retrouver l'existence d'un précédent passage à l'acte passé inaperçu, banalisé par l'entourage
- Les idées suicidaires sont différentes des idées de mort

Ecoute des jeunes suicidants

- A l'adolescence, les idées suicidaires ne peuvent pas être banalisées
- Parler de suicide n'incite pas au passage à l'acte

Ecoute des jeunes suicidants

- L'entretien médical doit reconstruire le parcours médical – reconnaître les aspects psychopathologiques et étiopathologiques – le sens du suicide

Ecoute des jeunes suicidants

- La douleur morale est-elle le signe de quelque chose de définitif ? Nous empêche-t-elle de réagir autrement ? Cela veut-il dire que les moyens n'existent pas ? Avez-vous la preuve à 100% que la souffrance va persister de façon identique ? Si vous êtes nul et incapable comment prouver que votre jugement est correct ? (se suicider)

Ecoute des jeunes suicidants

- Historique de la pensée suicidaire
- Traumatismes vécus : vous condamner la victime et pas les bourreaux ?
- Que peut-on faire de plus pour vous-même si les conditions idéales ne sont pas réunies ?

Ecoute des jeunes suicidants

- Que diriez-vous à quelqu'un qui se trouverait dans une situation similaire ?
- Liste de ce que vous auriez fait d'ici l'année prochaine

Prévention primaire

- Programme d'information et d'éducation

Sensibiliser au problème du suicide chez l'adolescent
Améliorer le repérage des adolescents « à risque »
Informer sur les possibilités de prise en charge

- Lieu de passation : établissements scolaires

- Public concerné : adolescents – parents - enseignants

Prévention primaire

- Données épidémiologiques sur les comportements suicidaires
- Identification des « signes d'alarme »
- Rôle de la dépression

Prévention primaire

- Information sur les services d'aide et de soins et sur les techniques de prise en charge
- Respect de la confidentialité
- Amélioration des compétences en matière de résolution de problème et de réduction du stress

Prévention primaire

Résultats des études d'évaluation

- Effets positifs faibles sur une minorité d'adolescents
- Absence d'effets chez les adolescents « à risque »

Pas de changement dans les attitudes

Pas de réduction de la fréquence des idées et des tentatives de suicide ultérieures

Prévention primaire

Résultats des études d'évaluation

- Effets négatifs surtout chez le garçon

Augmentation du sentiment de désespoir et des stratégies inadaptées face aux événements de vie

Prévention primaire

Facteurs défavorables

- Public concerné

Adolescents *à risque* échappent le plus souvent aux programmes d'intervention et d'éducation

- Contenu des programmes

Banalisation / levée des « tabous protecteurs »

Prévention primaire

Facteurs défavorables

- Mode de passation

Intervention suite immédiate suicide dans la communauté

Intervention faisant appel au récit d'un adolescent suicidant

Prévention primaire

Rôle des médias

- Effet « d'imitation sociale »
- Guidelines (après un suicide chez l'adolescent)

Limiter la couverture médiatique de l'événement et la description de la méthode utilisée

Prévention primaire

Rôle des médias

- Guidelines (après un suicide chez l'adolescent)

Insister sur les problèmes de santé mentale associés au suicide et sur l'importance d'un repérage précoce des facteurs de risque

Informersur les services d'aide et de soins et établir

Etablir une liaison avec ces services d'aide et de soins

Prévention primaire

Rôle des mesures législatives

- Limitation de la disponibilité des armes

Le risque de suicide chez l'adolescent est multiplié par trois dans les foyers disposant d'une arme à feu

Prévention secondaire

- **Objectif** – diminuer l'incidence des TS et du suicide chez les adolescents *à risque*
- **Population cible** – les adolescents « à risque »

Prévention secondaire

- Programme de formation

Améliorer le repérage précoce des adolescents *à risque*

Améliorer le diagnostic des troubles psychopathologiques associés au suicide et aux TS

Prévention secondaire

- **Public concerné** : infirmières – médecins – enseignants – éducateurs – travailleurs sociaux
- **Les résultats des études** d'évaluation montrent une réelle efficacité
- Cependant, des **réinductions régulières** sont nécessaires

Prévention tertiaire

- **Objectif** : diminuer l'incidence des TS et du suicide chez les adolescents manifestant des idées de suicide ou venant de faire une tentative de suicide
- **Population cible** : adolescents manifestant des idées de suicide ou venant de faire une tentative de suicide

Prévention tertiaire

Problèmes posés

- Les tentatives de suicide chez l'adolescent donnent rarement lieu à un contact avec un service de soins (25%)
- Les récurrences sont fréquentes (30 à 50% des cas), dans un délai souvent court (1 à 6 mois)

Prévention tertiaire

Problèmes posés

- La compliance aux traitements proposés est faible (20%)
- Le devenir est préoccupant (troubles de l'adaptation sociale, troubles psychosomatiques, troubles mentaux et personnalité)

Prévention tertiaire

Les interventions de crise

- **Méthodes** : consultations directes ou par téléphone

- **Problèmes posés** :

 - Accès plus faible que chez l'adulte

 - Qualité de l'évaluation du degré d'urgence

Prévention tertiaire

Les interventions de crise

- Efficacité :

Elle est démontrée à court terme

Mais l'évolution à moyen et long terme n'est pas modifiée

Prise en charge globale

- Réseau biomédical – psychologique – social
- Objectifs précis avec un bilan personnel, familial et psychiatrique
- Analyse pluridisciplinaire d'un processus de réitération

Prise en charge globale

- ANAES – tout suicidant doit être adressé aux urgences d'un établissement de santé en vue d'une triple évaluation : somatique – psychiatrique – sociale

Prise en charge globale

- Indication de l'hospitalisation lors de l'existence d'une pathologie psychiatrique – existence d'un risque de récurrence – l'absence de support social – la difficulté d'accès à des soins ambulatoires
- Psychothérapie familiale brève, débriefing de l'acte suicidaire vécu comme traumatique

Prise en charge globale

- La psychothérapie familiale repose sur plusieurs points de reconnaissance très importants
- Le travail intergénérationnel

Prise en charge globale

- L'expression des représentations parentales et des processus d'identification
- La limitation des phénomènes de réverbération et de potentialisation des troubles du comportement des adolescents

Séquence de soins

- **Le premier jour** : évaluation en binôme médecin-infirmière, hospitalisation 3 à 7 jours, arrêt scolarité
- **Soins intensifs pour l'adolescent** : 2 entretiens IDE individuels par semaine, 1 entretien psychologique individuel, 2 séances de groupe de parole, 2 séances de groupe d'évaluation, 1 rendez-vous avec l'assistante sociale
- **Soins intensifs pour la famille** : 1 entretien médecin-IDE à l'hôpital, 3 séances de débriefing familial (CMP)

Conclusion

- La TS à l'adolescence n'est pas une manifestation bénigne : elle est l'acte le plus violent et le plus chargé de sens
- Elle témoigne d'une vulnérabilité psychique particulière et bien souvent d'une réponse à des situations d'injustice, de menace, de contraintes psychiques ou de violences subies

Conclusion

- Le décours immédiat d'une TS constitue un moment privilégié qui permet une mobilisation optimale de l'adolescent et de ses parents que l'on doit mettre à profit
- Le poids de la réalité externe peut être important
- La fonction thérapeutique dépend bien souvent de la mise en place préalable ou concomitante de soins médicaux ou de démarches sociales et éducatives

Conclusion

- L'importance d'un abord multidisciplinaire, disposer des moyens et du partenariat nécessaires à une bonne évaluation individuelle et familiale
- Toute relation de soins avec un adolescent doit explorer l'existence d'antécédents, d'idées voire projets suicidaires

Merci de votre attention