

■ Revues générales

Risque suicidaire chez l'adolescent : quels signes doivent nous alerter ?

RÉSUMÉ : Le suicide constitue la deuxième cause de décès chez les adolescents, après les accidents de la voie publique. Les conduites suicidaires constituent un vrai problème de santé publique. Les signes avant-coureurs précédant le passage à l'acte suicidaire se manifestent par des modifications comportementales généralement bruyantes, mettant en rupture l'adolescent avec son milieu de vie familial, scolaire, amical habituel.

Le phénomène suicidaire (crise suicidaire, tentative de suicide, suicide) recouvre des situations cliniques plurielles combinant : des facteurs d'environnement ou des événements de vie facilitateurs, voire causaux ; des terrains psychopathologiques de vulnérabilité, dont la présence de maladies mentales avérées ou suspectées, au premier rang desquelles les troubles dépressifs et les troubles bipolaires qui sont en soi des facteurs de risque majeur de suicides.

Une triple évaluation (somatique, psychiatrique et sociale) s'impose pour tenter de quantifier le potentiel suicidaire de la situation clinique et prévenir le risque de récurrence et de mort par passage à l'acte réussi. Cette évaluation n'est pas codifiée, mais requiert un temps d'observation pluridisciplinaire suffisant – assuré par une équipe bien entraînée – pour estimer le risque, l'urgence et la dangerosité du processus suicidaire en cours.



P. GUÉRIN

Pédopsychiatre, Unité de Psychopathologie de l'Enfant et de l'Adolescent, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

O n a souvent l'impression que les tentatives de suicide chez les adolescents surviennent par vagues et prennent l'allure de conduites mimétiques au sein d'une même classe, d'un même établissement scolaire ou d'une même communauté. En 1982, le sociologue américain David Phillips établissait un lien entre la médiatisation de certains suicides, de célébrités en particulier, et la hausse du nombre de suicides dans les jours ou semaines qui suivaient. Il dénommait ce lien l'effet Werther, en référence à la série de suicides qui avait touché les jeunes allemands dans les suites de la parution au XVIII^e siècle du roman de Goethe, *Les souffrances du jeune Werther*, dans lequel le jeune héros se suicidait par désespoir amoureux.

Si les conduites suicidaires chez les adolescents sont probablement le reflet de troubles sociétaux plus généraux, elles doivent inciter à mettre en alerte les adultes (parents, professionnels de l'éducation et de la santé) afin :

- d'évaluer le risque de récurrence et de passage à l'acte abouti (suicide) ;
- de détecter de possibles troubles psychiatriques sous-jacents, en particulier les troubles bipolaires, connus pour être intrinsèquement des facteurs de risque significatif de suicide.

Le risque suicidaire n'est pas corrélé à la gravité de la (des) tentative(s) de suicide inaugurale(s) ni à la dangerosité des moyens utilisés : l'ingestion volontaire de médicaments mêmes anodins à faibles doses (paracétamol, spasmolytiques)

Revue générale

peut être associée à un potentiel suicidaire élevé. D'où l'importance de l'évaluation de l'intentionnalité suicidaire, de la présence ou non d'idées suicidaires antérieures, et du repérage de comportements inhabituels avant-coureurs et/ou accompagnant le passage à l'acte suicidaire.

Quelle que soit la bénignité apparente du moyen utilisé, une tentative de suicide chez l'adolescent ne doit pas être banalisée. La banalisation peut être un facteur de récurrence, avec une escalade dans la gravité du geste ultérieur et de la prise de risques.

Pour bien circonscrire notre propos, voici en préambule le rappel de quelques définitions proposées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

■ **Adolescence** : tranche d'âge s'étendant de 10 à 19 ans.

■ **Suicide** : décès faisant suite à une intoxication ou à une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu.

■ **Tentative de suicide (TS)** : tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne, ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte est inhabituel. Les conduites addictives sont donc exclues, ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

■ **Suicidé** : individu qui s'est donné la mort volontairement.

■ **Suicidant** : personne ayant survécu à un geste qui a eu pour but de mettre fin à ses jours.

■ **Suicidaire** : individu ayant des idées suicidaires ou exprimant des menaces de suicide.

■ **Idées suicidaires** : constructions imaginaires de scénarii dans lesquels on pourrait se donner la mort, sans passage à l'acte.

■ **Conduite suicidaire** : conduite consciente visant à tenter de se donner la mort.

■ **Conduite à risques** : comportement visant à prendre des risques de mort, mais sans idée consciente de le faire ni volonté de mourir.

■ **Crise suicidaire** : crise psychique de mal-être, dont le risque majeur est le suicide. Le geste suicidaire ne représente qu'une sortie possible de la crise. Les autres manifestations peuvent être des fugues, l'agressivité, l'abus de toxiques ou d'alcool, toute conduite de rupture de l'équilibre relationnel du sujet avec son environnement.

Des données épidémiologiques parcellaires : un problème sous-estimé

Les conduites suicidaires chez l'adolescent sont sous-estimées. Les données épidémiologiques spécifiques à l'adolescence ne sont que partielles, généralement mêlées aux données recensant l'ensemble des taux de suicides et de TS tous âges confondus, et ne prennent en compte que les cas qui passent par les services de soins (seuls 50 % des adolescents ayant révélé une TS solliciteraient une prise en soins à

l'hôpital). En effet, beaucoup de morts d'apparence accidentelle (accidents de voiture, noyades, chutes, surdosage de drogues illicites) seraient classées à tort dans la catégorie non intentionnelle, alors qu'elles pourraient être l'aboutissement de tendances auto-destructrices et de conduites à risques avec une vraie intentionnalité suicidaire sous-jacente.

En France, les principales données épidémiologiques disponibles datent de 2010-2011 – *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (BEH) 2011 [1] ; rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) de 2014 [2]. Elles sont résumées comme suit :

1. Sur le suicide

>>> Tous âges confondus, près d'un décès sur 50 est un suicide, soit près de 10 500 personnes par an meurent par suicide.

>>> Après les accidents de la circulation, le suicide constitue la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans (soit 16,3 % du total des décès dans cette tranche d'âge).

>>> L'incidence du suicide (nombre de cas par an) est de 16,2 pour 100 000 habitants en moyenne, avec tou-

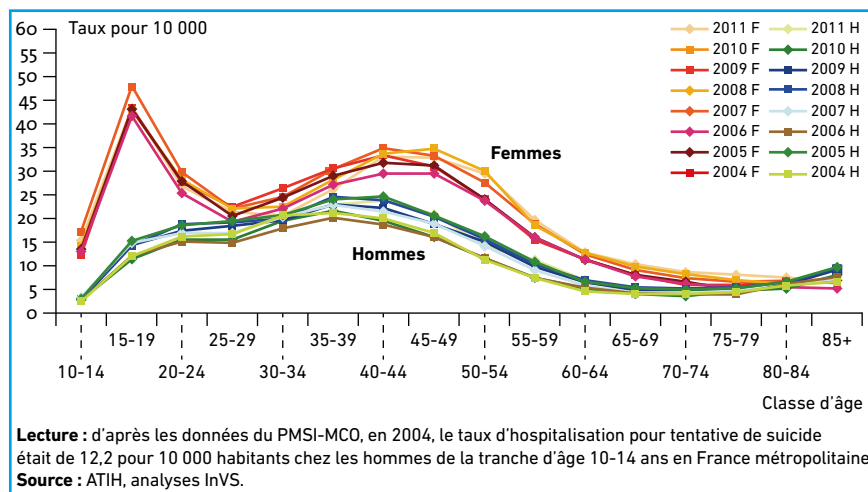


Fig. 1 : Taux d'hospitalisation (pour 10 000 habitants) pour TS en France métropolitaine, selon les sources PMSI-MCO recensées entre 2004-2011 (rapport ONS 2014) [2].

tefois une diminution depuis 20 ans (soit -14 % entre 2000 et 2010) au bénéfice des sujets jeunes de moins de 24 ans et des personnes âgées. Même si le suicide reste un événement peu fréquent, son incidence est de 6,4 pour 100 000 chez les 15-24 ans, et augmente ensuite avec l'âge pour atteindre le taux le plus élevé chez les plus de 75 ans (29,6/100 000 pour les 75-84 ans, et 40,3/100 000 pour les 85-94 ans). Le suicide est plus rare chez les moins de 14 ans (0,3 pour 100 000). Chez les 15-24 ans, il prédomine chez les garçons (9,4 décès pour 100 000 garçons de cette tranche d'âge, contre 3,3/100 000 chez les filles).

2. Sur les tentatives de suicide [3]

>>> En France métropolitaine, le PMSI-MCO (Programme de médicalisation des systèmes d'information – Médecine, chirurgie et obstétrique), entre 2004 et 2011, a permis d'établir que le taux d'hospitalisation pour TS était de 17,7 pour 10 000 habitants (soit environ 90 000 hospitalisations pour 70 000 personnes par an) avec une nette prédominance féminine (21,6/10 000 pour les femmes contre 13,4/10 000 pour les hommes). Le taux d'hospitalisation pour TS culmine chez les adolescentes de 15-19 ans (43 pour 10 000), alors qu'il est de 14 pour 10 000 chez les moins de 15 ans (*fig. 1*).

>>> Les TS sont deux à trois fois plus fréquentes chez les adolescentes que chez les adolescents, tandis que le taux de suicide est plus élevé chez les garçons. Les filles sont probablement plus enclines à parler de leurs problèmes et à solliciter de l'aide, ce qui permet de prévenir le passage à l'acte suicidaire fatal.

>>> Un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent dans la première année qui suit. 1 % à 2 % des suicidants décèdent dans ce délai [4].

>>> Quel que soit l'âge, les modes opératoires des tentatives de suicide hospitalisées sont, par ordre décroissant (*fig. 2*):

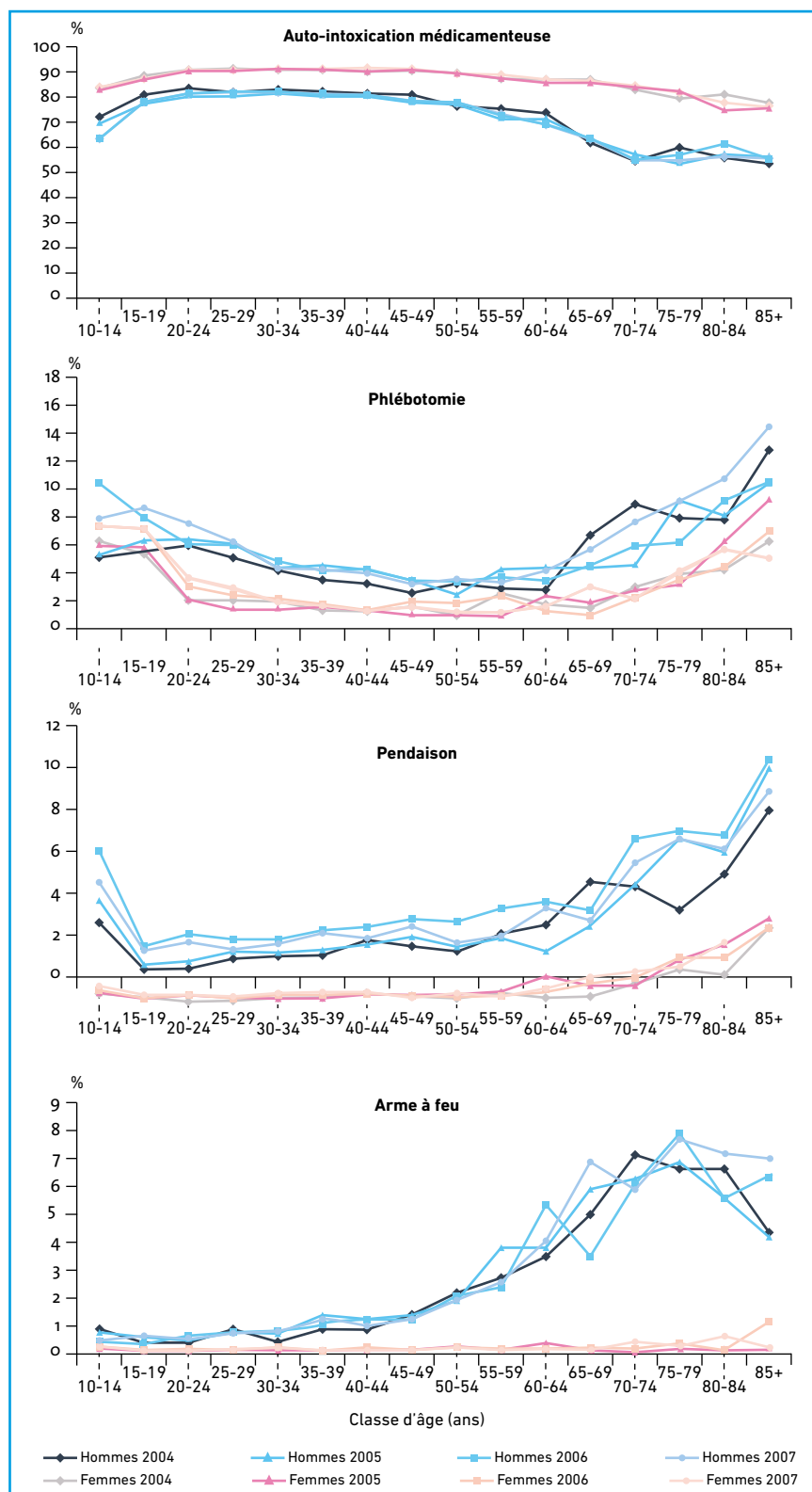


Fig. 2: Part relative des modes opératoires des TS par sexe et classe d'âge en France, entre 2004-2007 (rapport ONS 2014) [2].

Revue générale

- l'intoxication médicamenteuse volontaire (85,3 %), par psychotropes dans 3/4 des cas;
- la phlébotomie (4,9 %) avec une forte prévalence chez les adolescents de 10-19 ans (8 % des hospitalisations pour TS dans cette tranche d'âge);
- la pendaison (1,4 %);
- le saut dans le vide, l'utilisation d'une arme à feu, la noyade, la collision intentionnelle (moins de 1 % pour chacun de ces moyens).

Chez les jeunes garçons de 10-14 ans, la part relative du recours à la pendaison ou au saut dans le vide est plus importante que chez les filles (respectivement 5,3 % et 3 % pour chacun de ces deux modes opératoires, contre 0,7 % et 1,3 % chez les filles).

>>> Les TS, pour lesquelles les suicidants n'ont pas été hospitalisés via les services d'urgence, échappent au recensement systématique. Or, le lien en termes de pronostic entre pensées suicidaires, TS et suicides accomplis est bien établi. Aussi, les enquêtes menées auprès de la population générale par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) fournissent des sources complémentaires d'informations épidémiologiques. Ainsi, selon une enquête conduite par l'INPES en 2010, dans la tranche d'âge des 15-19 ans :

- 0,4 % des adolescents et 2 % des adolescentes déclarent avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois (*fig. 3*);
- 2,2 % des garçons et 4,4 % des filles déclarent avoir pensé à se suicider sur la même période (*fig. 4*).

3. Sur les troubles mentaux associés aux suicides

>>> D'après les données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) et du rapport de l'Institut de veille sanitaire (InVS) 2014 [3], entre 8 et 24 ans, les troubles mentaux sont 7,3 fois plus fréquemment associés aux suicides

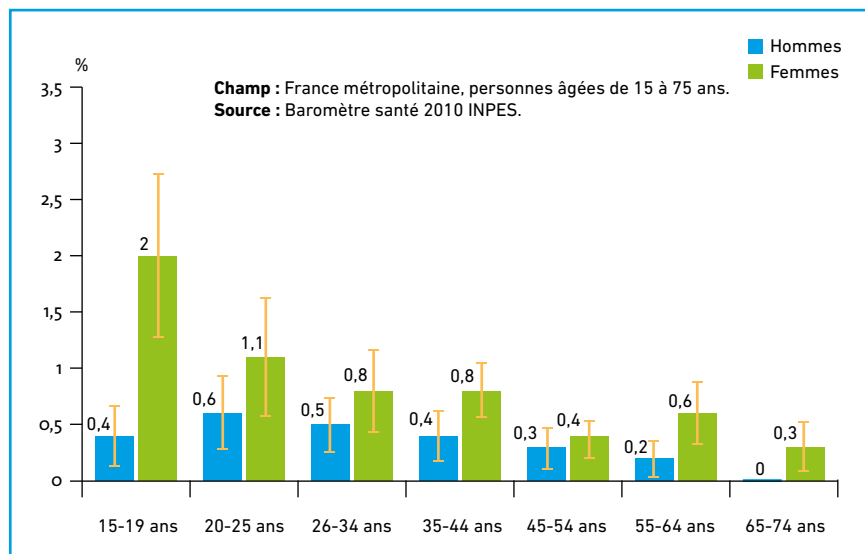


Fig. 3 : Prévalence des TS déclarées par les suicidants au cours des 12 derniers mois selon le sexe et l'âge – France métropolitaine 2010 [2, 3].

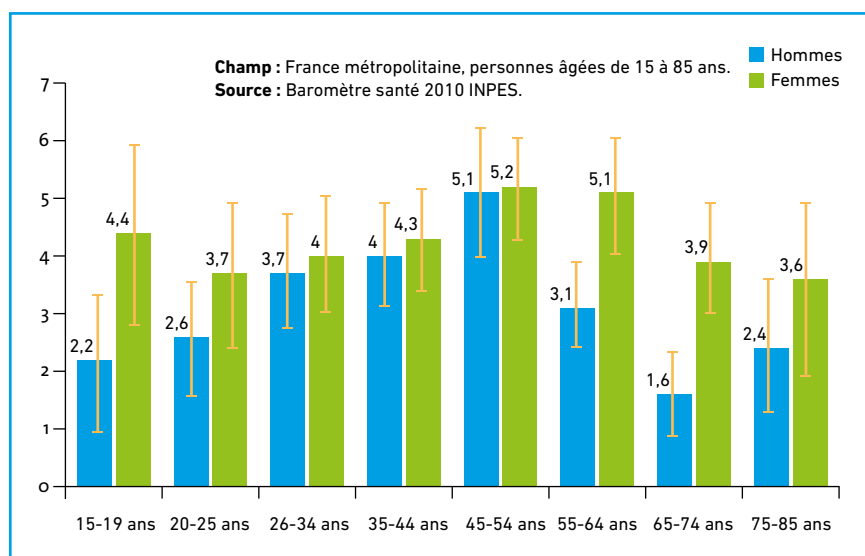


Fig. 4 : Prévalence des pensées suicidaires au cours des derniers mois selon le sexe et l'âge – France métropolitaine 2010 [2, 3].

qu'aux autres causes de décès dans cette tranche d'âge : 24,7 % des certificats de décès indiquant un suicide mentionnent également un trouble mental (pourcentage certes plus faible que pour les âges supérieurs où ce taux est de 40,4 %). Parmi les troubles mentaux, prédominent largement les troubles dépressifs toutes formes confondues (17,4 % ; risque relatif (RR) = 66,8), suivis des troubles psychotiques et schizophréniques (3,8 % – RR = 11,3) et des

troubles de la personnalité et du comportement (0,7 % – RR = 3,8 – entités cliniques toutefois plus imprécises sur le plan de leurs définitions nosographiques).

>>> Une large étude épidémiologique américaine portant sur 6 483 adolescents de 13 à 18 ans [5] conclut également que, parmi les adolescents présentant des idées suicidaires, les troubles dépressifs majeurs et dysthymiques

sont les plus prédictors du risque de développement d'un plan suicidaire. Les autres registres pathologiques exposant au passage de l'idéation suicidaire à la tentative de suicide sont : les troubles bipolaires, les troubles des conduites alimentaires, les troubles oppositionnels avec provocation, les stress post-traumatiques. Le trouble d'anxiété de séparation serait au contraire protecteur contre le risque d'exécution du plan suicidaire, de même que le fait de vivre avec ses deux parents biologiques, reflétant peut-être là l'influence bénéfique du support familial.

>>> J. Vandevoorde [6] recense diverses motivations aux TS, alléguées par les adolescents, qu'il y ait eu ou non planification préalable du passage à l'acte :

- mourir ;
- obtenir l'attention des autres (appel à l'aide) ;
- exercer un chantage ;
- se venger de quelqu'un, provoquer des remords ;
- dormir, oublier les problèmes, ne plus souffrir, fuir une persécution interne ou externe (harcèlement scolaire), accéder à un monde meilleur ;
- rejoindre un être cher ;
- obéir à des hallucinations ;
- expier une faute, s'infliger un châtiment, se punir ;
- se sacrifier, atteindre une valeur morale jugée supérieure ;
- s'éprouver soi-même, jouer avec le destin ("roulette russe") ;
- ressentir quelque chose dans son corps, y compris de la douleur.

Au cours de l'évaluation post-immédiate d'une TS, il s'agit d'essayer de rechercher le sens de ces motivations au sein des influences partagées entre facteurs de risque, facteurs d'environnement potentialisateurs et facteurs psychiatriques identifiés.

■ Signes cliniques d'alerte

Avoir des idées suicidaires passagères n'est pas anormal, car elles corres-

pondent aux étapes de réflexion existentielle (notions de mort, du sens de la vie) qui jalonnent le développement psychologique de tout individu. Cependant, elles deviennent anormales, et un réel risque de passage à l'acte suicidaire existe, lorsque leur réalisation est perçue par l'adolescent comme seule issue et seul moyen d'échapper aux difficultés d'être.

Il est en outre important de distinguer un geste d'automutilation d'un geste suicidaire, car s'ils mettent tous deux à mal l'intégrité corporelle de la personne, le geste automutilateur n'est pas sous-tendu par l'intention de mourir, est destiné à soulager au moins temporairement une souffrance psychologique, et ne constitue pas en soi un facteur de risque de suicide.

Dans le registre suicidaire, deux situations cliniques peuvent se présenter :

>>> L'adolescent est vu *ex abrupto* au décours d'une TS.

>>> Des modifications dans son comportement sont apparues brutalement, contrastent avec son fonctionnement habituel et le placent en rupture avec son entourage familial, amical et scolaire (ou professionnel).

Dans les deux situations, il faudra établir une triple évaluation :

- **somatique** (état nutritionnel et staturo-pondéral, hygiène de vie, stigmates de possibles consommations de toxiques, développement pubertaire et sexuel, grossesse connue ou non, comorbidités organiques) ;
- **psychologique et/ou psychiatrique** ;
- **sociale**.

Cette évaluation a le double objectif :

- de détecter en premier lieu un trouble mental sous-jacent, avec par ordre de fréquence un trouble dépressif ou un trouble bipolaire, dont on sait qu'il constitue un risque majeur de passage à l'acte suicidaire ;
- d'apprécier les intensités de la crise

suicidaire potentiellement concomitante, de l'intentionnalité suicidaire et du risque de suicide.

1. Détecter un trouble dépressif

Le diagnostic d'un syndrome dépressif peut être hésitant chez l'adolescent, car sa sémiologie est souvent polymorphe et risque d'être attribuée par défaut à la classique crise d'adolescence. La définition de trouble dépressif repose sur les critères énoncés par les classifications nosographiques internationales CIM-10, DSM-IV-R [7], et repris sans grand changement dans le récent DSM-5 [8]. Selon le DSM-5, les troubles dépressifs regroupent principalement le **trouble dépressif caractérisé** (syndrome dépressif franc, ancien "trouble dépressif majeur" du DSM-IV-R) et le **trouble dépressif persistant** (dysthymie), qui se manifeste par des symptômes dépressifs moins sévères, durables (au moins 1 an), fluctuant dans le temps, avec des perturbations de l'humeur difficiles à distinguer d'un fonctionnement normal.

Le trouble dépressif caractérisé se définit par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes d'**état dépressif caractérisé** (EDC) (ancien "état dépressif majeur" du DSM-IV-R) qui durent plus de 2 semaines. L'EDC associe une humeur dysphorique, un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration, des troubles du sommeil, et interfère significativement avec le fonctionnement habituel du sujet. Des caractéristiques psychotiques peuvent s'y associer. Les critères proposés dans le DSM-5 sont détaillés dans le **tableau 1**. Certaines plaintes peuvent toutefois avoir des expressions particulières chez les adolescents [9] : l'humeur dépressive peut s'exprimer par une morosité ou un sentiment d'ennui ; la diminution de l'intérêt ou du plaisir, par un isolement avec retrait social, un désintérêt pour les loisirs, l'apparence physique, s'ils étaient antérieurement bien investis ; le sentiment de dévalorisation, par celui d'être incompris, mal aimé et rejeté ; la

Revue générale

A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines, et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit 1) une humeur dépressive, soit 2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. se sent triste, vide, sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 % en 1 mois), diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament), ou d'une autre affection médicale (p. ex. hypothyroïdie).

D. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles psychotiques.

E. Il n'y a jamais eu auparavant d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

Tableau I : Critères diagnostiques d'un trouble dépressif caractérisé selon le DSM-5 [8].

diminution de l'aptitude à penser, par un fléchissement scolaire.

Cependant, à côté de cette définition calquée sur les symptômes de l'adulte, se déclinent des symptômes plus dépendants du niveau de développement.

Le noyau nucléaire du trouble dépressif (humeur dépressive ou irritabilité, idées suicidaires, ralentissement psychomo-

teur, troubles de concentration) semble stable quel que soit l'âge (**tableau IIa**). En revanche, d'autres symptômes prédominent selon l'âge considéré, comme le montre le **tableau IIb** comparant leur fréquence chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte [10] :

>>> Les plaintes somatiques (céphalées ; palpitations ; gênes respiratoires ; sensations d'étouffement ; douleurs

thoraciques, abdominales, musculosquelettiques diffuses...) sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants et adolescents que chez l'adulte, et peuvent représenter les premiers motifs de consultation auprès du médecin généraliste.

>>> Les hallucinations, en particulier acoustico-verbales, prévalent chez l'enfant et l'adolescent et seraient associées à un risque suicidaire accru. Chez l'adolescent, tout épisode psychotique aigu doit faire évoquer en premier lieu un trouble dépressif, voire ultérieurement l'évolution vers un trouble bipolaire.

>>> Les adolescents se distinguent des enfants prépubères par une hypersomnie plus fréquente.

>>> Les troubles alimentaires, par opposition à la diminution d'appétit plus souvent observée chez l'adulte, se traduisent davantage par des comportements d'anorexie/boulimie chez l'adolescent, conduisant parfois à une alimentation anarchique avec des grignotages intempestifs entre les repas à l'insu de l'entourage.

2. Détecter un trouble bipolaire

Le trouble bipolaire désigne un trouble de l'humeur qui alterne, tout au long de son évolution, des épisodes maniaques ou hypomaniaques (caractérisés par une exaltation de l'humeur, une agitation psychomotrice) et des épisodes dépressifs, avec des intervalles de rémission. Ce trouble est chronique et récurrent. Il expose à des handicaps sociaux, professionnels et surtout un risque suicidaire élevé avec recours à des moyens violents en particulier (armes à feu, pendaison, défenestration).

Le trouble bipolaire doit par ailleurs être bien distingué du trouble dépressif isolé. En effet, il est aggravé par les antidépresseurs, et relève de traitements spécifiques dits régulateurs de l'humeur (lithium, divalproate de sodium), ou de certains antipsycho-

	Prévalence des symptômes chez les sujets déprimés selon l'âge (%)		
	Enfants (n = 45)	Adolescents (n = 50)	Adultes (n = 100)
Humeur dépressive	95	92	100
Anhédonie (incapacité à ressentir des émotions positives, du plaisir)	89	92	77
Troubles de la concentration	80	82	84
Idées suicidaires	67	68	63
Asthénie	62	92	97
Perte d'espoir	60	68	63
Ralentissement moteur	56	48	60
Agitation	51	70	67

Tableau IIa : Évolution de la symptomatologie dépressive selon l'âge [10]. **Symptômes stables quel que soit l'âge.**

	Prévalence des symptômes chez les sujets déprimés selon l'âge (%)		
	Enfants (n = 45)	Adolescents (n = 50)	Adultes (n = 100)
Hypersomnie	24	60 (p < 0,05)	-
Faible estime de soi	93	94	38 (p < 0,05)
Plaintes somatiques	77	78	25 (p < 0,05)
Culpabilité	44	56	32 (p < 0,05)
Tentatives de suicide	39	39	15 (p < 0,05)
Hallucinations	31	22	9 (p < 0,05)
Insomnie			
– initiale	82	64	77
– terminale		27	65 (p < 0,05)
Diminution d'appétit	56	48	80 (p < 0,05)
Perte de poids	18	32	61 (p < 0,05)
Aggravation matinale	15	20	46 (p < 0,05)
Délire	13	6	27 (p < 0,05)

Tableau IIb : Évolution de la symptomatologie dépressive selon l'âge [10]. **Symptômes variant en fréquence selon l'âge** (avec une signification statistique à p < 0,05. **En rose** : plus fréquents chez les adolescents comparés aux enfants. **En bleu** : plus fréquents chez les adolescents comparés aux adultes. **En vert** : moins fréquents chez les adolescents comparés aux adultes).

tiques à visée thymique (aripiprazole). Les troubles bipolaires débutent préférentiellement chez l'adolescent et l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. Un patient sur 2 atteint d'un trouble bipolaire fera au moins une TS dans sa vie. 15 % des patients non traités décèdent

par suicide. Son repérage précoce est donc primordial.

Devant un **état dépressif caractérisé** de l'adolescent, certains signes pourraient être prédictibles de l'évolution vers une bipolarité : la rapidité d'installation du

trouble dépressif, les antécédents personnels et familiaux de manie, le virage de l'humeur de type hypomaniaque ou maniaque sous traitement antidépresseur. La présence d'un antécédent familial de trouble bipolaire requiert une surveillance resserrée de l'adolescent.

Revue générale

POINTS FORTS

- Si les conduites suicidaires chez les adolescents sont probablement le reflet de troubles sociétaux plus généraux, elles doivent inciter à mettre en alerte les adultes (parents, professionnels de l'éducation et de la santé).
- Toute variation de l'humeur n'est pas pathologique à l'adolescence. Cependant, la préoccupation de tout professionnel est de savoir si les symptômes repérés appartiennent bien à un trouble dépressif ou un trouble bipolaire vrai, et s'il existe un risque suicidaire chez l'adolescent concerné.
- L'intensité de la crise suicidaire et le potentiel suicidaire résultant sont difficiles à évaluer avec fiabilité chez l'adolescent, car nous ne disposons d'aucun outil scientifique de mesure ni d'aucune procédure validés pour le faire. Mais de la qualité de cette évaluation clinique initiale dépendront les modalités de prises en charge qui s'en suivront.

La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en juin 2015 des recommandations focalisées sur le repérage du trouble bipolaire chez les adolescents [11].

Ainsi, les modifications comportementales suivantes chez l'adolescent doivent alerter :

- des prises de substances psychoactives et l'installation de comportements addictifs (alcoolisations massives, abus de drogues). Toutefois, les psychostimulants (cannabis, ecstasy, amphétamines, cocaïne) peuvent induire par eux-mêmes des symptômes thymiques de type maniaque ou dépressif (il s'agit alors de distinguer s'il s'agit d'une comorbidité ou d'un diagnostic différentiel);
- des conduites à risques (conduites automobiles ou moto dangereuses; fugues; transgressions des interdits; relations sexuelles anarchiques, non protégées avec des partenaires multiples);
- un repli sur soi;
- un décrochage scolaire, en particulier si les résultats scolaires antérieurs étaient satisfaisants;
- la présence de symptômes congruents à l'humeur (thèmes de ruine, de culpabi-

lité dans l'épisode dépressif; thèmes de grandeur, de mégalomanie dans l'épisode maniaque), ainsi que d'épisodes mixtes associant simultanément des symptômes de dépression et de manie (chez l'adolescent bipolaire, l'humeur n'est pas forcément joviale ou euphorique; l'irritabilité, l'agressivité, voire de la violence, peuvent être l'équivalent de symptômes maniaques). En cas d'épisodes mixtes, le risque suicidaire est majeur.

Au total, toute variation de l'humeur n'est pas pathologique à l'adolescence. Cependant, la préoccupation de tout professionnel est de savoir si les symptômes repérés appartiennent bien à un trouble dépressif ou un trouble bipolaire vrai, et s'il existe un risque suicidaire chez l'adolescent concerné.

Évaluation de l'intensité de la crise suicidaire et du potentiel suicidaire

L'intensité de la crise suicidaire et le potentiel suicidaire résultant sont difficiles à évaluer avec fiabilité chez l'adolescent, car nous ne disposons

d'aucun outil scientifique de mesure ni d'aucune procédure validés pour le faire. Mais de la qualité de cette évaluation clinique initiale dépendront les modalités de prises en charge qui s'en suivront.

Les signes évocateurs d'une crise suicidaire chez l'adolescent sont détaillés dans le **tableau III**, reprenant les termes du glossaire énoncés dans les recommandations de la HAS publiées en juin 2015 [11], et se déclinent autour de quatre axes : intentionnalité suicidaire, signes transnosographiques, pathologies psychiatriques concomitantes, contexte relationnel.

Une fois la crise suicidaire repérée, on tente d'évaluer alors le potentiel suicidaire des signes d'alarme présentés par l'adolescent selon quatre dimensions (**fig. 5**), en attribuant à chacune d'elles trois degrés de sévérité : faible, moyen et élevé. Les trois premières de ces dimensions évaluent respectivement le Risque, l'Urgence et la Dangerosité de la situation (modèle RUD), la quatrième, les ressources préjudiciables ou au contraire protectrices de l'entourage.

1. Première dimension : quels sont les facteurs de risque connus pour prédisposer à un passage à l'acte suicidaire ?

- Les facteurs liés à la dynamique familiale : y a-t-il eu des perturbations des interactions précoces du sujet avec sa famille et ses parents ? Existe-t-il des discordes au sein du couple parental, une situation de séparation conflictuelle et toutes formes de violence, qu'il s'agisse de traumatismes physiques, d'abus sexuels, de carence de soins ?

- Les facteurs liés aux antécédents familiaux : rechercher si dans la famille sont connus des troubles dépressifs, des troubles bipolaires, des antécédents de suicide.

- Les facteurs liés à l'adolescent lui-même, l'exposant à une fragilité personnelle, comme un manque d'estime

1. Intentionnalité suicidaire	● Antécédents suicidaires personnels ou dans l'entourage. ● Formulation directe (à des pairs confidents) ou indirecte (journal intime, lettre découverte insidieusement dans les affaires personnelles) par l'adolescent d'une idéation suicidaire.
2. Signes transnosographiques aspécifiques	● Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi. ● Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société), voire syndrome de Ringel (calme apparent et retrait masquent le repli dans l'idéation suicidaire). ● Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice. ● Insomnie ou hypersomnie, cauchemars. ● Colères, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prises de risque incontrôlées (non calculées), labilité importante de l'humeur, conscience de soi altérée.
3. Pathologies psychiatriques concomitantes	● Dépression caractérisée. ● Conduites d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives. ● Impulsivité, troubles des conduites.
4. Contexte relationnel	● Ruptures sentimentales. ● Situations d'exclusion (familiale, amicale, scolaire, institutionnelle). ● Situations de tension chronique dans la famille: problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée (abus sexuels).

Tableau III : Signes de crise suicidaire chez l'adolescent, d'après les recommandations de la HAS [11].

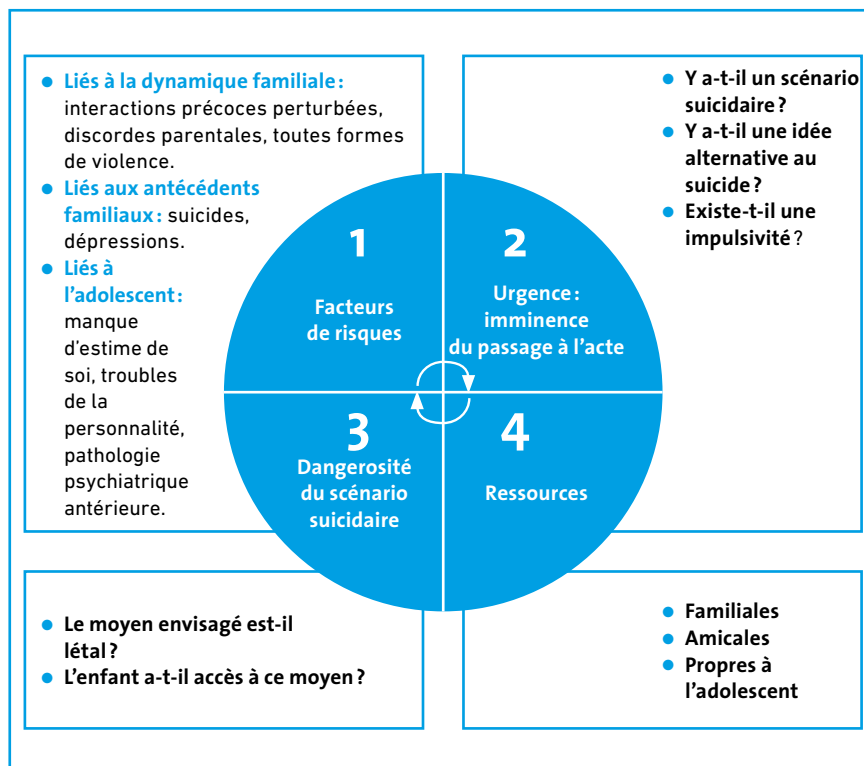


Fig. 5 : Évaluation du potentiel suicidaire (faible + / moyen ++ / élevé +++).

de soi, des troubles de personnalité de type psychotique (états limites), des comorbidités psychiatriques antérieures (trouble de l'humeur, trouble des conduites, trouble oppositionnel avec provocation, trouble explosif intermittent...). Ces facteurs constituent un terrain vulnérable propice à l'installation de la crise, et ce à l'occasion généralement d'événements de vie déstabilisants (deuil, rupture sentimentale et/ou amicale, perte d'objets d'attachement, stress scolaire, voire *burnout* scolaire).

2. Deuxième dimension : quel est le degré d'urgence, c'est-à-dire quelle est l'imminence du passage à l'acte suicidaire ?

L'adolescent a-t-il un scénario suicidaire bien fomenté ? Voit-il d'autres alternatives au suicide ? A-t-il présenté ou présente-t-il une impulsivité particulière (l'impulsivité est bien identifiée comme facteur facilitant la mise en acte des idées suicidaires) ?

3. Troisième dimension : quelle est la dangerosité du scénario suicidaire élaboré ? Le moyen envisagé est-il létal ? L'adolescent a-t-il facilement accès à ce moyen ?

4. Quatrième dimension : existe-t-il des ressources familiales, amicales, sociales (réseaux associatifs, sportifs, culturels, scolaires, de soins) et propres à l'adolescent (objections morales, culturelles au suicide ; croyances religieuses ; préoccupations pour les proches), susceptibles de le protéger du passage à l'acte et desquelles on peut attendre des partenariats pour la prise en charge ultérieure ?

Pour évaluer de façon plus objective l'intentionnalité suicidaire, on peut s'aider de l'échelle d'intentionnalité suicidaire de Beck (*Suicide intent scale* [SIS]) [12, 13] (*tableau IV*) qui est disponible en français, mais n'a été validée que chez des adolescents de plus de 18 ans (ce qui en limite l'uti-

I Revues générales

lisation chez les sujets plus jeunes). Cependant, elle est mentionnée dans les recommandations professionnelles

de l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) sur *la Prise en charge des adolescents après*

une tentative de suicide [4]. Il s'agit d'un hétéro-questionnaire qui ne s'applique qu'aux suicidants. Elle a une valeur pré-

I. Circonstances objectives liées à la tentative de suicide	
I.1 Isolement	1. Quelqu'un de présent 2. Une personne est proche ou en contact visuel ou vocal (téléphone par exemple) 3. Isolement total (personne à proximité, pas de contact visuel ou vocal)
I.2 Moment choisi	4. Intervention probable 5. Intervention improbable 6. Intervention très improbable
I.3 Précautions prises contre la découverte et/ou l'intervention d'autrui	7. Aucune précaution prise 8. Précautions passives (telles qu'éviter les autres sans empêcher leur intervention ; seul dans sa chambre, porte non fermée à clé) 9. Précautions actives (porte fermée à clé...)
I.4 Appel à l'aide pendant ou après la tentative	10. A averti de son geste une personne pouvant le secourir 11. A contacté quelqu'un sans l'avertir spécialement de son geste 12. N'a contacté ou averti personne
I.5 Dispositions anticipant la mort (actes préparatoires, p. ex. testament, cadeau)	13. Aucune 14. A pris quelques dispositions ou a pensé les prendre 15. A pris toutes ses dispositions ou a fait des plan définitifs
I.6 Lettre d'adieu	16. Pas de lettre 17. Lettre écrite, mais déchirée ou jetée 18. Présence d'une lettre
II. Propos rapportés par le patient	
II.1 Appréciation de la létalité du geste par le patient	19. Pensait que son geste ne le tuerait pas 20. N'était pas sûr que son geste le tuerait 21. Était sûr que son geste le tuerait
II.2 Intention de mort	22. Ne voulait pas mourir 23. Incertain ou mélange de 0 et de 2 24. Voulait mourir
II.3 Préméditation	25. Aucune, geste impulsif 26. Suicide envisagé moins d'une heure avant la tentative 27. Suicide envisagé moins d'un jour avant la tentative 28. Suicide envisagé plus d'un jour avant la tentative
II.4 Position actuelle vis-à-vis de la tentative	29. Patient heureux de s'en être sorti 30. Patient incertain ou mélange de 0 et de 2 31. Patient désolé d'avoir survécu
III. Dangereusité appréciée par le médecin	
III.1 Issue prévisible (selon le patient) dans les circonstances du scénario choisi (p. ex. si quelqu'un n'était pas venu par hasard lui porter secours) ?	32. Issue favorable certaine 33. Mort improbable 34. Mort probable ou certaine
III.2 La mort serait-elle survenue en l'absence d'intervention médicale ?	35. Non 36. Incertain 37. Oui
Score global	

Tableau IV : Échelle d'intentionnalité suicidaire (*Suicide Intent Scale* [SIS]) [12, 13] (applicable qu'aux sujets ayant déjà fait une tentative de suicide).

dictive moyenne pour la détermination du risque de suicide abouti, et faible pour le risque de nouvelle TS.

Elle comporte 12 items répartis en trois rubriques concernant :

- les circonstances objectives de la TS,
- les propos du sujet relatifs à ses perceptions et sentiments quant à sa TS,
- l'appréciation du médecin quant à la létalité du moyen utilisé.

Elle permet de graduer, à partir de son score global, la sévérité du risque suicidaire en trois degrés d'intentionnalité : faible (0 à 3), moyenne (4 à 10), forte (11 à 25). Néanmoins, comme pour tous les outils d'évaluation standardisés, les scores chiffrés obtenus permettent d'améliorer la qualité globale de l'évaluation du risque de suicide, de recenser des facteurs de risque qui n'auraient pas été détectés par le simple entretien clinique, mais ne sont que des éléments d'appui à la prise de décision thérapeutique.

Il convient de garder à l'esprit que les entretiens cliniques destinés à établir l'évaluation du risque suicidaire nécessitent d'adopter des attitudes empathiques et claires à l'égard de l'adolescent, de manière à le mettre à l'aise et l'ouvrir à la discussion. Ainsi, il paraît préférable de poser des questions directes sur son désir de mourir plutôt que sur son envie de se suicider (p. ex. *“as-tu déjà essayé de mourir ou essayé de te faire du mal sans vouloir mourir pour autant ?”*), de mentionner des sentiments exprimés par d'autres jeunes durant leurs crises suicidaires (tristesse, désespoir, absence d'issue) et de lui demander si ce qu'il ressent est similaire.

Au final, ces différentes étapes évaluatives doivent permettre d'établir l'urgence de la crise suicidaire en trois niveaux (faible, moyen, élevé), récapitulés dans le **tableau V**, et de déterminer en fonction du niveau d'urgence le type d'interventions à proposer, en particulier de poser l'indication d'une hospitalisation [4, 14].

Urgence faible	Urgence moyenne	Urgence élevée
L'adolescent en crise : • a établi une relation de confiance avec un praticien; • désire parler et est à la recherche de communication; • cherche des solutions à ses problèmes; • pense au suicide, mais n'a pas de scénario suicidaire précis; • pense à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise; • n'est pas anormalement troublé, mais est psychologiquement souffrant.	L'adolescent en crise : • présente un équilibre émotionnel fragile; • envisage le suicide et son intention est claire; • a envisagé un scénario suicidaire, mais en a reporté l'exécution; • ne voit d'autre recours que le suicide pour cesser de souffrir; • a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.	L'adolescent en crise : • est décidé à planifier l'acte pour les jours qui viennent; • est coupé de ses émotions, rationalise sa décision ou est au contraire très émotif, agité, troublé; • est complètement immobilisé par la dépression ou au contraire dans un état de grande agitation; • exprime sa douleur et sa souffrance de façon omniprésente, ou les tait complètement; • a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider; • a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé; • est très isolé.

Tableau V : Degrés d'urgence de la crise suicidaire [4, 11, 14].

Prises en charge de la crise suicidaire après l'évaluation pluridisciplinaire initiale

1. Au niveau individuel

Deux modes de prises en charge sont possibles : soit en milieu hospitalier (services d'urgences pédiatriques ou psychiatriques), soit par un réseau ambulatoire. Après une TS, aucune règle n'est fixée quant à la durée d'hospitalisation (une durée d'une semaine s'avère souvent utile pour compléter l'ensemble des différentes phases de l'évaluation et mettre en place le projet de sortie).

La prise en charge hospitalière s'impose en cas : [4]

- de risque suicidaire élevé (urgence élevée de la crise suicidaire avec une forte intentionnalité suicidaire), afin d'assurer la sécurité de l'adolescent;
- de pathologie psychiatrique non stabilisée associée, patente ou suspectée, dans le but de préciser le diagnostic et d'instaurer le traitement adéquat.

Toute suspicion de **trouble dépressif caractérisé** ou **trouble bipolaire** doit être adressée à un psychiatre. Une récente méta-analyse confirme par ailleurs que les troubles dépressifs chez l'adolescent sont à traiter en première intention par psychothérapies et non par antidépresseurs, et que, si un traitement médicamenteux s'avère nécessaire en deuxième intention, seule la fluoxétine (IRSS) a une réelle efficacité thérapeutique dans cette population. Le traitement pharmacologique devrait être alors initié et suivi en milieu spécialisé [15];

- d'un environnement extérieur jugé particulièrement défavorable, voire délétère (maltraitements, abus sexuels), dont il convient de protéger l'adolescent;
- de souhait de l'adolescent d'être hospitalisé;
- dans le contexte de potentiels suicidaires plus modérés, de l'impossibilité de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.

Revue générale

2. Au niveau collectif

Si des mesures de sensibilisation auprès des professionnels de la santé et de l'éducation visent à améliorer, d'une part, l'évaluation de la symptomatologie de la crise suicidaire chez les adolescents et, d'autre part, sa prise en charge au titre de la prévention secondaire et tertiaire, la prévention primaire en matière de suicide reste pauvre. D'où la création en septembre 2013 de l'Observatoire national du suicide (ONS) rassemblant des représentants des sept ministères concernés (Santé, Éducation nationale, Justice, Intérieur, Enseignement supérieur, Travail et Agriculture), avec pour missions de :

- valoriser les dispositifs de collecte des données (d'alerte et de suivi) sur le suicide, en facilitant l'accès aux bases de données, leur coordination et la diffusion de leurs résultats ;
- développer la connaissance sur les facteurs de risque et les mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives, en vue d'agir sur leur prévention ;
- proposer des recommandations en matière de prévention du suicide et évaluer les effets des politiques publiques mises en place.

Conclusion

La prévention primaire du suicide chez l'adolescent reste modeste. Toutefois, la diffusion des signes d'alerte – susceptibles d'indiquer qu'un adolescent souffre et se trouve possiblement en crise suicidaire – est à encourager auprès des parents, des adultes en lien avec les jeunes et des professionnels de santé. Il convient d'insister sur toutes les manifestations comportementales qui mettent l'adolescent en rupture avec sa trajectoire antérieure et d'évaluer dès ce stade (avant que l'idéation suicidaire n'ait conduit au passage à l'acte suicidaire) le degré de risque, d'urgence et de dangerosité du potentiel suicidaire

de la situation. Trop souvent, les intervenants sont mobilisés, alors que cette étape annonciatrice est dépassée et a déjà atteint la phase de tentative de suicide.

L'évaluation du potentiel suicidaire d'une situation, quelle que soit la phase atteinte (tentative de suicide accomplie ou simples signes avant-coureurs), représente un exercice clinique toujours délicat et exposé à l'erreur de jugement, d'autant que le clinicien ne dispose pas d'outils fiables pour asseoir son impression clinique.

Une crise suicidaire, voire un suicide, peuvent survenir même en l'absence de maladie mentale et traduire seulement un trouble d'adaptation ponctuel à une situation sociale, familiale, relationnelle, perçue par le sujet comme insupportable. Néanmoins, la présence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente doit être systématiquement recherchée, compte tenu des implications thérapeutiques immédiates et au long cours qui en découlent.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire – numéro thématique : Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France, 13 décembre 2011, n° 47-48.
2. Observatoire National du Suicide – Suicide : État des connaissances et perspectives de recherche – 1^{er} rapport novembre 2014. Site internet : www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html
3. CHAN CHEE C, JEZEWSKI-SERRA D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007-2011. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2014. 51 p.
4. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) – Recommandations professionnelles : Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Novembre 1998. Site internet: www.has-sante.fr
5. NOCK MK, GREEN JG, HWANG I *et al.* Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 2013;70:300-310.
6. VANDEVOORDE J. L'évaluation du potentiel suicidaire chez les enfants de moins de 14 ans : modélisation intégrée. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2014;62:446-456.
7. American Psychiatry Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Text revision (DSM-IV-TR). Washington DC.
8. American Psychiatry Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition, DSM-5. Washington DC. (Traduction française, 2015, Elsevier Masson).
9. REVOL O, DESOMBRE H. La dépression de l'adolescent. In : *Actualités en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Ferrari P. Médecine-Science Flammarion. 2001:262-276.
10. MITCHELL J, MCCAULEY E, BURKE PM *et al.* Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988;27:12-20.
11. Haute Autorité de Santé – Recommandations professionnelles. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Juin 2015 Site internet : www.has-sante.fr
12. BECK RW, MORRIS JB, BECK AT. Cross-validation of the Suicidal Intent Scale. *Psychol Rep*, 1974;34:445-446.
13. PIERCE DW. The predictive validation of a suicide intent scale: a five year follow-up. *Br J Psychiatr*, 1981;139:391-396.
14. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé ANAES. Prise en charge de la crise suicidaire. Conférence de consensus, 19-20 octobre 2000.
15. CIPRIANI A, ZHOU X, DEL GIOVANE C *et al.* Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depressive disorder in children and adolescents: a network meta-analysis. *Lancet*, 2016 Jun 7. pii: S0140-6736(16)30385-3

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.