



Tentative de suicide des adolescents: accueil, évaluation, orientation

Le suicide et les tentatives de suicide des adolescents sont des enjeux de santé publique majeurs. En s'appuyant sur le modèle de soins développé à Genève, nous décrivons les différents temps nécessaires pour accueillir, évaluer et orienter un adolescent pris dans un mouvement suicidaire. Un temps d'accueil et d'évaluation pédiatrique, puis un temps d'évaluation psychiatrique et enfin un temps d'orientation à l'issue duquel est proposée une prise en charge spécifique. En fonction des caractéristiques cliniques du jeune (impulsivité, symptomatologie anxio-dépressive...), de sa capacité d'engagement dans les soins et de la qualité des liens du réseau, la prise en charge sera soit ambulatoire intensive, soit hospitalière.

Rev Med Suisse 2013; 9: 410-4

A. Edan
E. Pigois
P. Stephan
R. Barbe

Suicide attempt: encounter, evaluation, orientation

Suicide and suicide attempts of adolescents are major public health issues. Based on a model of care developed in Geneva, we describe the conditions necessary to evaluate and guide a teenager trapped in a suicidal behavior. First of all, there must be some time dedicated to pediatric assessment followed by a psychiatric evaluation and finally, the adolescent can be oriented toward specific treatment. Depending on the clinical characteristics of the young adolescent and according to his willingness to engage himself in intensive follow-up (impulsivity, anxious? – depressive symptomatology...), cares will be given either as outpatient with close monitoring or inpatient.

INTRODUCTION

Le suicide est un problème de santé publique dans les pays industrialisés. La Suisse fait partie des dix pays au monde recensés comme ayant le plus haut taux de suicide (25,5 pour 100 000 habitants en 2009, ce qui représente 1105 décès pour la même année). C'est la première cause de décès chez les 15-24 ans avec deux fois plus d'hommes que de femmes. Si on y adjoint les accidents de la route, on arrive à un *sex ratio* de quatre hommes pour une femme (OFSP, 2008).

De plus, le premier facteur de risque d'une tentative de suicide est un antécédent de tentative de suicide.¹

C'est ce constat qui a mené François Ladame, Jérôme Ottino et Maja Perret-Catipovic, à Genève, à penser une structure qui puisse associer soins et prévention.²⁻⁴ Cela a été rendu possible grâce au partenariat entre les hôpitaux publics universitaires de Genève et la fondation privée Children Action (<http://ceps.hugge.ch/>). Créée en 1996, l'Unité de crise pour adolescents est portée par l'acte de foi initial: «le suicide n'est pas une fatalité». Depuis sa création, l'unité de crise s'associe, au sein du réseau de soins et du réseau social, à rendre l'accès aux soins plus facile pour ces adolescents qui ne demandent pas d'aide spontanément. De son côté, la pédopsychiatrie lausannoise a misé sur la formation à l'évaluation du risque suicidaire de l'ensemble des professionnels au contact des adolescents.

Dans cet article, nous nous intéressons à deux cas de figures: les cas où il y a eu une tentative de suicide et les cas où l'adolescent a pu faire part de sa détresse et avouer un mouvement suicidaire sans être encore passé à l'acte.

QUEL TRAVAIL AVEC UN ADOLESCENT QUI A FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE?

Il y a différentes étapes face à un adolescent qui a fait une tentative de suicide. Certaines orientations nous paraissent importantes à relever.

Accueil aux urgences

La première étape est d'adresser l'adolescent aux urgences pour écarter tout risque somatique, immédiat ou qui nécessiterait une surveillance.



Cette première étape est souvent courte dans la durée, ainsi 24 à 48 heures maximum permettent la surveillance nécessaire pour préciser l'évolution de l'intoxication ou de la blessure mais parfois, le bilan d'entrée est d'emblée rassurant sur un risque de répercussion somatique.

C'est un premier temps d'arrêt, de protection et de mise à l'abri indispensable à la suite. Il n'est pas alors possible de se prononcer sur la gravité et les conséquences de l'acte. Il est recommandé de ne pas entrer en matière sur ces aspects, en particulier avec la famille et l'adolescent.⁵

K. Hawton⁶ souligne l'importance de soins qui soient le moins stigmatisés possible. L'accueil en pédiatrie offre cet avantage.

Marcelli, quant à lui, développe les actions et propose un protocole d'évaluation après une tentative de suicide.⁵

- Ne pas banaliser;
- calmer – contenir – protéger;
- évaluation psychologique individuelle et familiale.

Ce début de prise en charge aux urgences de pédiatrie a cette action double de ne pas banaliser, et la fonction de calmer, contenir et protéger. Le temps d'évaluation psychologique individuelle et familiale est également débuté au cours de cet accueil et avec la rencontre du pédopsychiatre.

Ces différents temps au cours d'une évaluation ne sont pas successifs mais simultanés.

Evaluation psychiatrique pour préparer l'orientation

C'est dans ces cas que nous avons proposé à Genève quelques lits de courte hospitalisation, au sein de l'Hôpital des enfants. Une courte hospitalisation est fondamentale. Elle figure un acte de coupure qui répond au passage à l'acte suicidaire. Cet acte de coupure «met en scène» la rupture qui n'est ici pas fatale mais souligne la gravité de ce qui était tenté: l'arrêt et de ce qui était vécu: l'impasse. C'est un moment très fécond où l'adolescent va énoncer ce qu'il pensait ne pas être entendu. Ainsi, l'hospitalisation permet de poursuivre l'évaluation psychiatrique afin de proposer l'orientation des soins au décours de l'urgence. L'évaluation psychiatrique va préciser différents points avec l'adolescent mais aussi avec sa famille ou son réseau plus élargi:¹

- les antécédents de tentative de suicide individuels mais aussi familiaux.
- La gravité de l'acte suicidaire: moyens utilisés, programmation, impulsivité.
- La présence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente, structurelle (fonctionnement psychotique ou psychose proprement dite) ou de la lignée anxio-dépressive.
- La qualité de l'environnement (familial, social, insertion scolaire).
- Les éléments contextuels extérieurs (exposition récente au suicide, facteurs de stress).
- La capacité de l'adolescent à s'intéresser à ce qui l'a mené à cette tentative/tentation suicidaire, notamment explorer avec lui les facteurs de crise. Ces facteurs de crise ne sont pas à prendre au pied de la lettre mais permettent d'orienter le travail avec l'adolescent (quel lien ont-ils avec le processus adolescent (sexualité, amitiés, place à trouver dans un groupe, dans la société...) ou avec une reviviscence des

conflits psychiques de l'enfance (séparation, conflits avec les parents, les frères et sœurs...)).

Ces critères nous orientent pour diriger l'adolescent vers un soin plus ou moins contenant, variant de la consultation avec un psychiatre ou un psychologue privé ou public, à un travail de crise dans une unité spécifique qui propose un soin volontaire pour une durée limitée dans le temps. Lorsque la défaillance de l'environnement familial, social et/ou scolaire est au premier plan ou lorsqu'une pathologie psychiatrique invalidante (troubles ayant des répercussions, type déscolarisation, troubles psychotiques) est présente, une hospitalisation en pédopsychiatrie devient nécessaire.

Rencontre avec l'équipe de l'unité de crise^{2,3}

Ce sas entre l'urgence et l'orientation nous permet d'organiser une rencontre, un entretien préliminaire avec l'équipe de l'unité de crise, lorsque celle-ci est évaluée comme pertinente.

Cette rencontre reprend ce qui a entouré l'acte suicidaire. Elle est là pour saisir l'aspect fécond de la crise suicidaire.

Il va s'agir, dans cette rencontre entre l'adolescent, un infirmier et un médecin de l'unité de crise, de laisser l'adolescent se situer et énoncer sa logique de la tentative de suicide. Ce qui est évalué mais aussi mis au travail pendant l'entretien, c'est la capacité pour l'adolescent de sortir de la certitude de l'acte comme solution à sa souffrance pour passer au questionnement de la crise et qui donne accès à ce qui a mené au vécu d'impasse.

Il s'agit de saisir dans cette première rencontre le moment où l'adolescent pourra (ou pas) assumer quelque chose de son acte et dire «je». Nous serons attentifs s'il peut énoncer des séries, des répétitions, bien entendu, mais aussi il sera important de pouvoir souligner ce qui n'est pas «tout à fait pareil» d'une fois à l'autre et qui permet alors de mettre en évidence la créativité ou les ressources de l'adolescent. Il s'agit dans cet entretien préliminaire d'accueillir l'angoisse, la détresse, la souffrance, l'impossible à supporter qui est là dénoncé mais aussi d'entendre la dimension d'un désir qui peine à se frayer un chemin dans ce processus adolescent.

Nous sommes attentifs de visiter avec l'adolescent ce qui fait la particularité de cette période de vie, marquée du sceau de la puberté avec son florilège de luttes entre pulsions et idéal, désir, renoncement au désir et l'ensemble des questions existentielles. Ces questions: Qui je suis? D'où je viens? Qu'est-ce que je vais devenir? Qu'est-ce qu'on me veut?, prennent là une résonance particulière. En effet, ce corps en changement, ce corps qui s'exprime, indocile et ce qu'il provoque dans le regard de l'autre, remet sur le devant de la scène ce qui a occupé le petit enfant dans son jeu d'identification et dans la structuration de sa personnalité. Ainsi, tous les processus qui touchent au travail de se séparer du cocon familial et de s'autonomiser, ou la quête identitaire et la place que l'adolescent peut occuper au milieu des autres vont être l'objet de réajustements, de conflits, d'ambivalence inévitable. Si l'adolescent parvient à énoncer ce qui le fait souffrir et identifie quelques-uns de ces nœuds, nous considérons qu'il est au travail, accessible au questionnement, prêt à affronter sa crise d'adolescence.



A partir de cette rencontre, si elle opère, un projet de soins va être élaboré, c'est le pari de la crise qui est ici fait. Nous allons proposer, suite à cette rencontre et dans un contexte d'engagement des soins, un soin hospitalier ou ambulatoire.

Plutôt hospitalier si la symptomatologie anxio-dépressive est au premier plan, plutôt ambulatoire intensive si ce sont les symptômes d'impulsivité qui dominent.

En effet, les symptômes de dépression majeure avec la solution suicidaire comme envisagée dans cette logique dépressive, voire mélancolique (les idées d'inutilité et d'incurabilité sont à rechercher), nécessitent souvent un temps en milieu protégé, à l'abri. Marcelli nomme cette catégorie de symptômes les «facteurs de premier rang»: la dimension anxio-dépressive.⁴ Il propose de rechercher les idées suicidaires, les tentatives de suicide antérieures, l'existence d'un sentiment de désespoir et la présence de troubles affectifs anxieux ou dépressifs. Ces cas nécessitent une «action de soins énergique» et de façon préférentielle une hospitalisation.

A l'inverse, ce qu'il nomme les «facteurs de second rang»,⁵ soit la dimension impulsive et les troubles de la personnalité, là où la clinique de l'acte est massive (scarifications, fugues, intoxication ou consommation de toxiques), nous tentons davantage de suivre les adolescents en milieu ambulatoire intensif afin de travailler avec eux ces moments qui surviennent dans leur cadre de vie.

Le risque serait grand d'aggraver les discontinuités avec une hospitalisation.

Le choix va aussi se décider en fonction de la présence et de la qualité des liens du réseau familial ou plus étendu ainsi que de l'insertion sociale et scolaire et de son investissement. Il n'y a pas de protocole, mais c'est bien tout cela qui est mis en discussion avec l'adolescent et sa famille.

Nous avons à cœur, dans ces situations qui heurtent la logique du vivant, la solution suicidaire, de souligner le non-choix qu'il y a dans ces situations. C'est à ce titre que nous demandons à l'adolescent de devenir acteur de ses soins et que nous l'encourageons à devenir responsable de son discours et de ses actes.

Pourquoi un travail pendant la crise?

L'ambition de l'unité de crise, que ce soit par le biais de l'hôpital ou de l'ambulatoire intensif, est que l'adolescent retrouve un plaisir à penser, à explorer et à assumer ses actes dans son histoire de vie. Ainsi, une des issues de ces prises en charge qui sont limitées dans le temps (un mois pour l'hospitalier, deux mois pour l'ambulatoire intensif) est le début d'un travail psychothérapeutique, individuel, familial, groupal ou à médiation (art-thérapie, psychomotricité). Il est loin d'être une fin en soi mais plutôt un moyen de consolider ce premier travail initié dès l'arrivée aux urgences, à savoir que cet acte suicidaire a valeur de point d'arrêt entre un avant insatisfaisant et un après inconnu et qui peut inquiéter. Si cette période est féconde, elle est aussi fragile et c'est pourquoi nous défendons l'idée d'un soin intensif dans le moment qui entoure un mouvement suicidaire de l'adolescent et a fortiori un passage à l'acte, car la tentation d'oublier ce qui s'est passé est grande pour

l'adolescent et sa famille. Il s'agit pour les professionnels qui entourent un adolescent qui vient de faire une tentative de suicide d'être garants de cette histoire et pour leur part, de ne pas faire comme s'ils n'avaient rien vu ou rien entendu.

Le réseau extérieur est aussi exploité. Il est très important, dans le même temps de ce travail intensif, de proposer que l'adolescent reprenne contact avec son milieu de vie habituel. La reprise scolaire est favorisée. Si l'adolescent est hospitalisé, elle est souvent à 50%. S'il est suivi en ambulatoire intensif, elle peut l'être, suivant les cas, en quasi-totalité.

De même, nous mobilisons le réseau de soins existant, le psychiatre ou psychologue s'il existe, mais aussi le médecin de famille ou le pédiatre.

QUEL TRAVAIL AVEC UN ADOLESCENT QUI PENSE AU SUICIDE?

La question du risque suicidaire doit faire partie de l'évaluation d'un adolescent. Elle nécessite un abord franc afin de rassurer le jeune sur les capacités de l'adulte à aborder des sujets potentiellement graves. Il est maintenant bien établi que parler du suicide n'augmente pas son risque.

La première chose est de prendre très au sérieux un adolescent qui dit penser au suicide. C'est dans ce cas précis que le réseau prend toute sa valeur avec une fonction de filet de sécurité.

Pour ces cas, le psychiatre est rarement le premier interlocuteur de l'adolescent. Tout un chacun qui travaille auprès de l'adolescent ou vit auprès de l'adolescent: la famille, les amis, l'école, le social ou le monde soignant (importance des infirmières scolaires, psychologues scolaires ou conseiller social des écoles) a le devoir de ne pas se montrer sourd ou aveugle à des paroles de souffrance ou des actes de mise en danger des adolescents.

Ces cas peuvent éventuellement éviter l'urgence qui est liée au passage à l'acte mais signe un état de crise suicidaire. L'orientation vers une prise en charge spécifique est une mise au travail du réseau. Elle nécessite un accordage d'abord entre personnes (que les amis parlent à la famille, ou que la famille parle aux amis, tout en respectant l'ami ou l'enfant qui s'est adressé à eux), mais aussi accordage entre les différentes institutions, sociales, scolaires et soignantes. Il faut parfois un peu de temps pour aboutir à un suivi satisfaisant mais cette phase a ceci d'essentiel, c'est qu'elle a pour intérêt de souligner à l'adolescent qu'il n'est pas seul et qu'il est entendu.

Nous développons l'idée du travail à plusieurs. En effet, il ne faut pas être seul pour penser de telles situations. Un tiers doit être présent car le risque est grand de «réagir» à un discours sans prendre en compte la dimension qu'il y a à quelque chose de parlé ou de montré et que c'est déjà un premier pas.

Enfin, la problématique de la postvention est particulièrement importante lors du suicide d'un adolescent. Elle nécessite une formation spécifique et des actions coordonnées, notamment sur le plan scolaire, afin de repérer et de prendre en charge les adolescents les plus vulnérables et les plus touchés par le suicide d'un jeune de leur entourage.



CONCLUSION

Si aucune tentative ne doit être banalisée, il ne s'agit pas non plus de stigmatiser le risque suicidaire lié à l'adolescence, celui-ci n'étant pas dans tous les cas un prédicteur de difficultés psychiques sur le long terme mais le signe d'une souffrance actuelle à ne pas négliger. En ce sens, la crise suicidaire de l'adolescent doit être connue des professionnels en contact avec l'adolescent au-delà des psychiatres et psychologues car leur place de proximité

est essentielle pour détecter le mal-être de l'adolescent et lui offrir la possibilité d'énoncer sa souffrance. Ces premiers contacts peuvent permettre à terme l'orientation vers un travail psychothérapeutique, rendu nécessaire par la souffrance que la crise suicidaire met en lumière. ■

Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêt en relation avec cet article.

Implications pratiques

- > La crise suicidaire de l'adolescent ne doit en aucun cas être banalisée
- > Il est nécessaire de calmer, contenir et évaluer à plusieurs (adolescent, entourage, pédiatre, psychiatre) la crise suicidaire pour proposer une orientation qui convient au cas par cas
- > La crise suicidaire de l'adolescent doit être connue des professionnels en contact avec l'adolescent au-delà des psychiatres et psychologues car leur place de proximité est essentielle pour détecter le mal-être de l'adolescent et lui offrir la possibilité d'énoncer sa souffrance
- > Ces premiers contacts peuvent permettre à terme l'orientation vers un travail psychothérapeutique, rendu nécessaire par la souffrance que la crise suicidaire met en lumière

Adresses

Dr Anne Edan
Unité de crise – Children Action
Dr Rémy Barbe
Unité d'hospitalisation
Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
Département de l'enfant et de l'adolescent
HUG, 1211 Genève 14
<http://ceps.hug-ge.ch/>
anne.edan@hcuge.ch
remy.barbe@hcuge.ch

Dr Eva Pigois
Unité de liaison
Dr Philippe Stephan
Service universitaire de l'enfant et de l'adolescent
Hôpital de l'enfance
CHUV, 1011 Lausanne
eve.pigois@chuv.ch
philippe.stephan@chuv.ch

Bibliographie

- 1 * Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry* 2006;47:372-94.
- 2 * Ladame F. Approche thérapeutique de la crise suicidaire à l'adolescence. *Psychothérapies* 2007;27:207-12.
- 3 Ottino J. Suicide attempts during adolescence: Systematic hospitalization and crisis treatment. *Crisis* 1999; 20:41-8.
- 4 Perret-Catipovic M. Suicide prevention in adolescents and young adults: The Geneva University Hospital's program. *Crisis* 1999;20:36-40.
- 5 ** Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC-Psychiatrie* 2006;128:1-11.
- 6 Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet* 2012;379:2373-82.

* à lire
** à lire absolument