

Un coup d'œil chez les voisins : la prévention du suicide en Wallonie

Xavier Malisoux¹, Sylvia Pinna Puissant², Myriam Boreux³

Le taux de suicide en Wallonie, exprimé par 100.000 habitants, demeure plus élevé que celui mesuré en Flandre. Un effort est désormais porté vers une approche coordonnée de la prévention du suicide à l'échelle du territoire wallon. Le présent chapitre vise à présenter une vue d'ensemble des politiques et des initiatives en prévention du suicide chez les jeunes en Wallonie. Notre ambition n'est pas d'établir un relevé exhaustif des actions menées en la matière mais bien de proposer un méta-regard afin de mettre en perspective les différents axes de prévention du suicide chez les jeunes sur le territoire visé.

La première partie de l'article est consacrée aux politiques de prévention du suicide instaurées en Région wallonne et aux perspectives futures. Nous présenterons notamment le contexte de création du Centre de référence en santé mentale spécifique suicide coordonné par l'ASBL 'Un pass dans l'impasse'. La seconde partie de l'article traite plus spécifiquement du lien entre la dépression et le suicide à l'adolescence. Nous proposerons à ce sujet différentes pistes de réflexion visant à adapter au mieux les programmes de prévention aux données psychopathologiques. Enfin, la dernière section de l'article présente le modèle de prise en charge des adolescents suicidaires développé au sein du Centre de prévention du suicide et d'accompagnement de l'ASBL 'Un pass dans l'impasse'. Nous y aborderons la dimension thérapeutique ainsi que les enjeux cliniques liés au travail ambulatoire avec cette population et leur environnement familial.

1. Contexte global de la prévention du suicide chez les jeunes en Wallonie

Actuellement, la Wallonie ne dispose pas encore d'un Plan régional de prévention du suicide. Les stratégies de prévention établies pour prévenir le suicide ne sont donc pas regroupées dans un seul et même compendium officiel. Toutefois, différents documents attestent de la préoccupation politique pour ce sujet, notamment les communiqués de presse émanant tant du Gouvernement wallon (Cabinet de E. Tillieux, 2014) que de la Fédération Wallonie-Bruxelles (Cabinet de F. Laanan, 2014). De même, différentes questions soulevées au Parlement Wallon et au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles permettent aussi d'apprécier l'intérêt et la volonté d'élever cette thématique au rang de priorité politique pour les années à venir. Cela se traduit entre autres à travers le *Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé* (Ministre van de Franse Gemeenschap, 2008) qui définit les problématiques de santé prioritaires pour la Fédération Wallonie-Bruxelles. Enfin, le *Code Wallon de l'Action Social et de la Santé* (Service Public de Wallonie [SPW], 2011) décrit les missions et modalités de fonctionnement des Services de Santé Mentale, du Centre de référence en

¹ Psychologue au Centre de prévention du suicide et d'accompagnement 'Un pass dans l'impasse' ASBL, thérapeute familial.

² Docteur en Psychologie, Psychologue au Centre de prévention du suicide et d'accompagnement 'Un pass dans l'impasse' ASBL.

³ Chargée de projet, Centre de référence info-suicide (CRI-S) 'Un pass dans l'impasse' ASBL.

santé mentale (CréSaM) et des Centres de référence en Santé mentale pour les initiatives spécifiques. Ces documents formalisent le choix tant de la Région wallonne que de la Fédération Wallonie-Bruxelles de définir les jeunes comme public cible prioritaire en matière de prévention du suicide.

Les initiatives en matière de prévention du suicide des jeunes, telles qu'elles sont formalisées dans les documents cités ci-dessus, peuvent être regroupées autour de quatre axes prioritaires : 1. l'augmentation des connaissances de la population wallonne sur la thématique du suicide et sur les dispositifs d'aide existants, 2. la recherche et la réflexion globale concernant le mal-être des jeunes, 3. la formation au repérage précoce des situations de crise pour les intervenants actifs auprès des jeunes, et 4. la collaboration et le travail en réseau entre les différents acteurs de terrain. Nous allons maintenant parcourir chacun de ces axes et ainsi relever différentes initiatives présentes sur le territoire wallon.

1.1. Améliorer la connaissance à propos du suicide et les services d'aide

Afin d'accroître les connaissances de la population wallonne sur la thématique du suicide chez les jeunes et sur les dispositifs d'aide existants, différentes initiatives ont vu le jour ces dernières années. Nous pouvons citer notamment le portail de la prévention du suicide de la Fédération Wallonie-Bruxelles mis en ligne en 2013 afin d'offrir aux professionnels des outils pour décrypter le mal-être des jeunes (www.preventionsuicide.info). Cet outil constitue donc une ressource pour tous les intervenants dont le métier place la relation avec le jeune au centre des préoccupations : enseignants, éducateurs, directeurs d'établissements scolaires, animateurs sportifs, responsables de centres d'hébergement, etc.

Par ailleurs, des actions de sensibilisation et d'information vers le grand public sont réalisées par la *Cellule de Prévention du Suicide du département des Affaires sociales de la Province de Liège* et par l'ASBL 'Un pass dans l'impasse' à travers la production de dépliants et de brochures, la diffusion d'informations sur internet et l'organisation de conférences à l'occasion des journées mondiales et francophones de prévention du suicide. Ces initiatives s'inscrivent pleinement dans une démarche de prévention universelle.

Egalement, des campagnes d'affichage organisées par la *Fédération des centres de Télé-Accueil de Belgique* ASBL visent à promouvoir l'utilisation de la ligne d'écoute '107' pour le tout public et de la ligne '103' destinée spécifiquement aux enfants. Ces lignes d'écoute sont accessibles gratuitement, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, et garantissent l'anonymat et la confidentialité de l'appelant. Ce service est assuré par des bénévoles spécifiquement formés à l'écoute et supervisés régulièrement par des professionnels. Lorsque la situation l'impose, les bénévoles orientent les appelants vers des services plus spécialisés tels que les centres de prévention du suicide.

Enfin, un élément prioritaire dans la prévention du suicide chez les jeunes concerne la déontologie journalistique. En effet, il est clairement établi que les messages médiatiques délivrés suite à un suicide peuvent avoir une portée préventive ou au contraire favoriser la reproduction chez les jeunes du comportement suicidaire. Cet impact du récit médiatique sur le public jeune détermine

une responsabilité sociale à charge des journalistes. Il était donc essentiel de les conscientiser à propos des enjeux présents dans leur manière de traiter l'information relative au suicide. A ce titre, des ateliers réunissant journalistes et professionnels de la prévention du suicide ont été organisés afin de croiser les points de vue, les recommandations et les ressources existantes en ce qui concerne le traitement du suicide dans les médias. Cette collaboration a abouti à la publication d'un guide intitulé *Points de repère : le traitement du suicide dans les médias* (Association des Journalistes Professionnels [AJP], 2012).

1.2. Recherche et consultation

Dans le but d'adapter les politiques de prévention du suicide à la réalité territoriale de la Wallonie, plusieurs recherches ont été menées afin de favoriser une meilleure compréhension des facteurs influençant le suicide en Région wallonne. Une analyse de la situation en Communauté française de Belgique (Senterre, Bantuelle, & Levêque, 2006) a dans un premier temps servi de base pour mener une réflexion au niveau du Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette étude décrit les différents niveaux de compétences des acteurs de terrain en matière de prévention du suicide et réalise ainsi un état des lieux des initiatives existantes en Fédération Wallonie-Bruxelles. La recherche comprend aussi une revue de littérature au sujet des programmes de prévention et compile différentes recommandations émises par les experts. Les chercheurs concluent notamment qu' « *une politique de prévention efficace peut s'organiser : les bases existent déjà, la complémentarité et la continuité entre les différents partenaires restent à développer* » (ibid., p. 93).

En 2008, les conclusions de l'étude précitée et les recommandations existantes sont présentées aux membres du Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles afin d'élaborer une proposition de résolution visant à optimiser les mesures de prévention du suicide. Plus récemment, l'*Association Interrégionale de Guidance et de Santé* (AIGS) a sollicité le centre de recherche LUCAS de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL) afin d'obtenir des données wallonnes objectives concernant le suicide (Reynders, Vermeulen, Scheerder et al., 2011). En effet, cette équipe avait mené précédemment une étude comparative visant à expliquer les différences entre les déterminants du suicide en Flandre et aux Pays-Bas (Reynders, Scheerder, Molenberghs, & Van Audenhove, 2011). L'objectif poursuivi par l'AIGS était donc de disposer d'éléments comparables aux données de ces deux régions. Les chercheurs ont ainsi étudié l'effet des facteurs sociocognitifs et de la recherche d'aide sur le comportement suicidaire à travers une approche comparative entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas. Ce travail révèle notamment que les antécédents suicidaires sont plus fréquents en Wallonie qu'en Flandre. Les indicateurs tels que le dynamisme et le bien-être mental sont moins élevés en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Les résultats de cette étude démontrent encore que la propension à rechercher de l'aide informelle est liée au taux de suicide régional. Les Wallons recherchent moins d'aide informelle pour des troubles psychiques que leurs voisins. A l'inverse, la recherche d'aide formelle ainsi que l'intention de chercher de l'aide auprès d'un médecin généraliste ou d'un psychologue est plus élevée en Wallonie qu'en Flandre.

Dans la continuité de cette étude comparative, la Région wallonne a mandaté l'*Association Interrégionale de Guidance et de Santé* pour coordonner un projet de recherche (AIGS, 2012) visant

à proposer des recommandations dont la mise en œuvre permettrait de contribuer à réduire le taux de suicide en Wallonie. Le rapport d'étude établi pose les bases d'un futur Plan de prévention du suicide pour la Wallonie sous la forme de recommandations générales pour les pouvoirs publics et d'axes de travail concrets destinés aux acteurs de terrain. Ces recommandations ont notamment été intégrées au Plan d'action du *Centre de référence en santé mentale spécifique suicide* récemment reconnu par la Région wallonne. Les missions de ce centre seront détaillées dans la section 1.4.

1.3. La formation des travailleurs auprès des jeunes et des travailleurs sociaux

La formation des intervenants actifs auprès des jeunes comme axe prioritaire pour favoriser la prévention du suicide des adolescents en Région wallonne nous paraît essentielle. L'enjeu est ici de proposer des repères aux professionnels de première ligne afin de développer chez eux une attention particulière permettant le repérage précoce des situations à risque suicidaire et une orientation rapide vers une prise en charge spécialisée. En Région wallonne, il existe actuellement deux opérateurs principaux dans l'organisation de ces formations à destination des professionnels psychosociaux : la *Cellule de Prévention du Suicide du département des Affaires sociales de la Province de Liège* (www.provincedeliege.be/fr/node/146) et le *Centre de prévention du suicide et d'accompagnement de l'ASBL 'Un pass dans l'impasse'* (www.lesuicide.be). En plus des formations, ces deux organisations se positionnent comme une ressource spécialisée pour les professionnels en contact avec des jeunes à risque suicidaire. Par ailleurs, la Province de Liège a entamé il y a maintenant plus de deux ans un programme de formation de sentinelles en prévention du suicide. Ces sentinelles sont des bénévoles formés à la détection des signes de mal-être de sorte qu'ils puissent assurer un rôle de vigie au sein d'un milieu donné (entreprise, institution, établissement scolaire, etc.). Leur rôle est principalement de briser le cercle vicieux de la souffrance psychologique et de l'isolement et d'assurer le relais entre la personne à risque suicidaire et des intervenants dits 'ressources'.

1.4. Coordination, concertation et travail en réseau

La dernière priorité en matière de prévention du suicide en Région wallonne concerne la coordination et la concertation entre les différents acteurs de terrain. Dans le but d'optimiser la continuité de la prise en charge du patient suicidaire, il est en effet essentiel de coordonner l'intervention des différents acteurs impliqués. A ce titre, nous pouvons notamment souligner le travail réalisé depuis 1992 par la *Commission provinciale de prévention du suicide de la Province de Liège*. A un autre niveau, la Fédération Wallonie-Bruxelles a organisé de manière ponctuelle des tables rondes afin de stimuler les collaborations entre les professionnels. Celle qui s'est tenue en 2010 était dédiée à la prévention du suicide des adolescents. Enfin, la reconnaissance d'un *Centre de référence en santé mentale spécifique suicide* par la Région wallonne témoigne de la volonté de coordonner les actions de prévention du suicide ainsi que d'offrir un soutien spécialisé aux professionnels du secteur psychosocial.

Le décret du Parlement wallon du 3 avril 2009 prévoit de reconnaître un Centre de référence en Santé mentale et ensuite des initiatives spécifiques. Parmi celles-ci, la première ayant fait l'objet d'un appel à candidature concernait la thématique du suicide. Fort de son expérience en matière de prévention du suicide et de son positionnement stratégique dans le réseau des soins en santé mentale sur le territoire wallon, l'ASBL 'Un pass dans l'impasse' s'était portée candidate pour ce projet. C'est en juin 2013 que le Gouvernement wallon a officiellement reconnu l'ASBL en qualité de *Centre de référence en santé mentale spécifique suicide*. Cet agrément s'étend sur une durée de quatre ans. Ce nouveau service est dénommé '*Centre de référence info-suicide*' (CRI-S).

Selon le décret du 3 avril 2009, six missions sont dévolues au CRI-S :

1. une mission d'appui auprès des acteurs du secteur ;
2. une mission de formation ;
3. une mission de production, de récolte, de mise à disposition et de diffusion de toute information et toute documentation spécialisée, utiles aux différents acteurs de la santé mentale ;
4. une mission de recherche qui vise la réalisation d'analyses, d'études et de recherches ponctuelles ;
5. une mission d'observatoire des pratiques en santé mentale ;
6. une mission de concertation transrégionale et transectorielle.

Le CRI-S, à travers l'ensemble de ses missions, a donc pour vocation principale d'être un appui théorique et pratique pour les professionnels psycho-médicosociaux de Wallonie en matière de prévention et de prise en charge de la problématique suicidaire. Ainsi, il organise la promotion des formations pour les professionnels mais réfléchit aussi aux opportunités de développer des thématiques spécifiques en fonction des publics cibles et des demandes particulières émises par les professionnels. De par sa mission de production, de récolte et de diffusion d'information, il sélectionnera les documents pertinents pour comprendre le processus suicidaire et les différentes modalités de prise en charge. Cette documentation sera mise à disposition des professionnels de santé via différents canaux de communication (newsletters, site web, conférences, ...). Différentes propositions de recherche seront également envisagées afin de compléter les informations déjà disponibles dans la littérature scientifique. En outre, une réflexion concernant la récolte et l'analyse des données chiffrées au sujet du suicide en Région wallonne vient d'être lancée en collaboration avec l'Administration wallonne et l'*Observatoire Wallon de la Santé*. Le but de cette démarche est de déterminer les variables à prendre en compte pour étudier le processus suicidaire et ainsi définir les priorités en fonction de la prévalence de certains facteurs.

La mission d'observatoire et d'analyse des pratiques professionnelles permettra de visualiser comment s'articule la prise en charge de la personne suicidaire parmi les structures existantes en Wallonie. En concertation avec les acteurs de terrain, les différentes étapes seront mises en perspective avec les possibilités d'actions, les procédures et les collaborations existantes, les outils disponibles ou les projets déjà existants. Le CRI-S sera donc en mesure de mettre en avant les

initiatives spécifiques en prévention du suicide, de favoriser les synergies et d'orienter les demandes de soutien en fonction des possibilités sur le territoire wallon. L'identification d'un parcours de prise en charge permettra d'interpeller les autorités compétentes en ce qui concerne l'opportunité de développer des initiatives de renfort au niveau des dispositifs d'accueil et d'écoute en Wallonie. Enfin, au travers de la mise en œuvre de ses missions, le Centre de référence vise l'élaboration d'un Plan wallon de prévention du suicide.

2. Lien entre la dépression et le suicide chez les adolescents wallons

Le taux de suicide en Wallonie dépasse la moyenne belge par 100.000 habitants (22.1 versus 18.9 en 2009, Eurostat). Si on tient compte du fait que cette moyenne belge se trouve à son tour largement au-dessus de celle enregistrée pour l'Europe (11.9/100.000 en 2009, Eurostat), cela donne un aperçu de l'ampleur du phénomène dans notre région.

Chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, le suicide représente la deuxième cause de décès (Institut de Santé Publique, 2009). En outre, l'idéation suicidaire est un phénomène particulièrement fréquent durant l'adolescence. Une étude canadienne révèle notamment que près de 40% des jeunes entre 15 et 16 ans ont déjà pensé à se suicider (Latreille & Roy, 2004). Une récente enquête auprès des adolescents belges francophones révèle que 22% des jeunes âgés de 14 à 18 ans ont « déjà eu des idées noires au point de penser à se suicider » (Solidaris-Mutualité Socialiste, 2013). Pour bon nombre de jeunes, cette idéation suicidaire peut révéler l'existence d'un trouble dépressif sous-jacent. Plusieurs auteurs établissent également un lien entre tentative de suicide et pathologie psychiatrique. Ainsi, Chabrol rappelle que, selon les auteurs, 20 à 90% des jeunes suicidantsⁱ feraient l'objet d'un diagnostic psychiatrique (cité par Pommereau, 2005) ; 40 à 60% d'entre eux présenteraient les critères d'un épisode dépressif majeur (Pommereau, 2005).

Les résultats d'une recherche menée à l'Université de Liège (Pinna Puissant, 2011) nous montrent que 20.23% des jeunes âgés de 13 à 18 ans et scolarisés en Wallonie atteignent les niveaux seuils d'une dépression (symptômes modérés-sévères). Cette prévalence s'est avérée plus élevée chez les filles. Ces niveaux, bien qu'alarmants, correspondent aux données enregistrées un peu partout dans le monde, ce qui confirme ainsi la dimension transculturelle de cette problématique (Chabrol & Choquet, 2009 ; Eskin et al., 2008 ; Hankin, 2006 ; Leyva-Jiménez et al., 2007 ; Liu et al., 1999). Les adolescents qui passent à l'acteⁱⁱ peuvent donc présenter une symptomatologie spécifique à laquelle il est nécessaire de rester attentif si l'on veut se placer dans une optique de détection précoce (Pinna Puissant, Gauthier, & Van Oirbeek, 2010). L'observation de la symptomatologie des jeunes wallons cliniquement dépressifs et hospitalisés suite, dans la plupart des cas, à des passages à l'acte, nous révèle que plus les adolescents avancent en âge, plus ils présentent des symptômes tendant vers l'inhibition, tels que le ralentissement psychomoteur, la présence d'affects dépressifs et une probabilité significativement plus élevée d'avoir des idées suicidaires. Cela est particulièrement remarquable chez les filles. Par contre, chez les plus jeunes et surtout chez les garçons, nous observons des symptômes tendant vers l'excitation tels qu'une agitation psychomotrice et une

comorbidité plus importante avec les troubles du comportement (i.e., trouble oppositionnel et trouble des conduites).

2.1. La dépression souriante

La maturation des processus neurobiologiques durant l'adolescence permet peu à peu au jeune une analyse et une remise en question de l'environnement familial et social dans lequel il évolue. Ceci rejoint le discours des adolescents hospitalisés qui évoquent une soudaine prise de conscience quant à leur réalité, souvent décrite comme décevante. Ainsi, le suicide est associé non seulement à une fragilité identitaire préexistante (due aux violences de l'histoire personnelle ou familiale) mais également aux conditions de vie actuelles qui mettent en tension et aggravent les blessures intérieures de l'adolescent (Pommereau, 2005). Cependant, dans la plupart des cas, ces jeunes font un effort accru pour ne pas montrer leur mal-être aux autres, ce qui constitue une entrave au repérage par simple observation des jeunes en difficulté. Cela correspond aux observations réalisées par Chaplin (2006) au sujet de l'adolescent dépressif chez qui il identifie une expression de joie élevée dans les interactions sociales. Widlöcher (1983) décrivait déjà cette particularité en parlant de 'dépression souriante', dans laquelle le patient dissimule son désespoir sous le masque d'une expression, de mimiques et d'une fluidité de parole qui demeurent normales.

2.2. L'importance de l'intervention précoce et de la prévention

La recherche menée à l'Université de Liège confirme l'importance de la mise en place de stratégies de prévention et de détection précoces, car une fois le trouble dépressif majeur installé, et la symptomatologie nettement plus sévère, l'effet des différents facteurs psychosociaux de protection s'avère nettement diminué (Pinna Puissant, 2011). En effet, à ce stade critique, les ressources psychiques de l'adolescent sont véritablement altérées par la pathologie mentale. A ce sujet, diverses études montrent une corrélation positive entre la présence de distorsions cognitives et le développement des symptômes de dépression (Marcotte, Lévesque, & Fortin, 2006). Ainsi, il est nécessaire que les programmes de prévention ciblent les jeunes chez qui la symptomatologie dépressive est débutante car la régulation de leurs affects peut encore bénéficier des effets positifs des facteurs de protection tels que le soutien des groupes d'appartenance (famille, amis, etc.).

Toutefois, il faut également tenir compte du fait que certains de ces jeunes auront plutôt tendance à développer des stratégies d'évitement du contact social, probablement afin d'éviter d'éventuels échecs (Cole-Detke & Kobak, 1996). Cela se traduira notamment par une moindre disposition à se tourner vers le réseau d'aide informel ou professionnel pour obtenir du soutien et de l'aide. A l'inverse, certains tendront à adopter une position sociale de soumission afin de rester en lien avec le groupe de pairs. L'adoption de ce statut non désiré renforce et maintient des sentiments d'inadéquation, d'infériorité, d'impuissance, de fatigue et de désespoir (Öngen, 2006). Dans les deux cas, ces contextes relationnels constituent évidemment un terrain favorable à l'aggravation des idéations suicidaires et du risque de tentative de suicide.

D'après Pommereau (2005), tant en présence qu'en l'absence de troubles psychiatriques, le désamorçage du processus suicidaire doit passer par un travail visant à donner du sens à la détresse éprouvée par le jeune. Il s'agit donc de mettre en perspective ce qu'il ressent aujourd'hui avec ce qu'il a éprouvé et vécu auparavant afin de mieux distinguer les 'objets' de son mal-être. La plupart des adolescents n'arrivent pas à identifier et à élaborer seuls leur souffrance, ce qui rend nécessaire la démarche d'un suivi psychothérapeutique spécialisé.

2.3. L'importance de la coordination et de la coopération

Ces données démontrent l'utilité d'un travail en réseau efficient entre les différents acteurs impliqués auprès des adolescents (éducateurs, intervenants psycho-médico-sociaux, services de santé mentale, centres de planning familial, médecins généralistes, services pédopsychiatriques) et la nécessité de constituer un filet de sécurité en mesure de soutenir précocement les jeunes en souffrance. L'ASBL 'Un pass dans l'impasse' a vu le jour en 2007 dans le but de consolider ce maillage et d'apporter une possibilité de consultation ambulatoire spécifique et rapide pour les adolescents suicidaires et suicidants en Wallonie. Il est important de préciser que la consultation vise également à apporter un soutien psychologique à l'entourage de la personne en crise suicidaire ou un accompagnement au deuil après suicide. D'une part, de par son positionnement dans le réseau de soins, le *Centre de prévention du suicide et d'accompagnement* constitue un relais entre les différents acteurs éducatifs et psycho-médicosociaux de première ligne et les services spécialisés pédopsychiatriques et d'urgence. D'autre part, nous proposons depuis maintenant plus de trois ans des cycles de formation à l'attention des acteurs de première ligne impliqués auprès des adolescents. Ces formations visent notamment à renforcer la détection précoce des jeunes à risque suicidaire et la mise en place de stratégie de prévention dans leur milieu de vie mais aussi, elles incitent à renforcer l'émergence de facteurs de protection chez les adolescents dans une optique de promotion à la santé.

Outre ses activités de formation et de consultation, l'ASBL 'Un pass dans l'impasse' propose différentes actions de prévention et de sensibilisation à la problématique du suicide (publication de brochures, organisation de conférences, mise en ligne du site internet). Enfin, nous menons également des actions de postvention en milieu scolaire ou professionnel à la suite d'un geste suicidaire abouti ou non.

3. Suivi ambulatoire des adolescents suicidaires

On le comprend aisément, la crise suicidaire de l'adolescent entraîne dans son sillage plusieurs personnes en état de souffrance psychologique, tout comme elle en porte d'autres au-devant d'une demande d'aide toujours complexe. Ces situations de crise nécessitent une analyse spécifique et une approche adéquate afin de proposer une réponse thérapeutique cohérente. Nous insistons sur la nécessité d'adopter une vision de la crise suicidaire à l'adolescence qui dépasse la simple lecture linéaire (cause – conséquence) pour s'approcher d'une compréhension multifactorielle et multidimensionnelle de ces situations. A l'instar de Daniel Marcelli, nous considérerons « *le geste*

suicidaire [...] comme un geste grave qui nécessite une évaluation et qui appelle des aménagements aussi bien en termes de dynamique intra-psychique individuelle qu'en termes d'interactions familiales » (2003, p. 21). Nous articulons donc notre dispositif thérapeutique de manière à considérer conjointement la problématique psychique de l'adolescent et le fonctionnement familial. Cette perspective nous amène à traiter la crise suicidaire de l'adolescent dans un cadre qui allie la psychothérapie individuelle, la guidance familiale et le soutien parental. Le *Centre de prévention du suicide et d'accompagnement* 'Un pas dans l'impasse' est actuellement l'unique structure en Wallonie à proposer un suivi ambulatoire spécifique pour les jeunes suicidaires et suicidants. Ce dispositif s'est construit chemin faisant en prenant appui sur l'évaluation constante des enjeux et limites liés à ce contexte clinique.

Le travail psychothérapeutique avec l'adolescent recèle de nombreux écueils. Ils sont tout autant liés au processus même de l'adolescence, sur le plan intrapsychique, qu'aux conditions 'externes' d'existence du jeune (contexte familial, cadre de vie). Nous pouvons citer pour exemple les ruptures ou abandons prématurés du suivi, les passages à l'acte, les différentes formes de mise à l'épreuve du cadre de la thérapie, l'aggravation des symptômes, les tentatives d'intrusion des parents, les mouvements agressifs ou encore la dépendance au thérapeute. A ceux-là, viennent s'ajouter différents enjeux propres à la clinique de l'adolescent suicidaire. Le principal, nous semble-t-il, correspond à la dimension d'urgence que revêtent ces situations. En effet, tant le risque de passage à l'acte, parfois imminent, que la crainte de la récurrence, nous contraignent à une urgence d'intervention. Ces deux dimensions nous confrontent non seulement à l'angoisse ressentie par l'adolescent et ses parents (dans le meilleur des cas) mais aussi (et surtout) à celle des intervenants. En outre, est-il nécessaire de rappeler combien ces adolescents en souffrance sont marqués par un vécu d'isolement, un sentiment d'incompréhension, ainsi que par la labilité et l'intensité de leurs affects ? Ces caractéristiques imposent une mobilisation rapide qui privilégie un '*reach out*' à une position attentiste (Oualid, 2001). L'objectif d'une telle démarche est de signifier au jeune, ainsi qu'à son entourage, une considération et une contenance à la mesure de la détresse éprouvée afin d'éviter le passage à l'acte suicidaire ou sa répétition. Il est dès lors nécessaire de pouvoir s'appuyer sur un dispositif de prise en charge qui tient compte de ces spécificités, car contenir la crise suicidaire d'un adolescent, c'est avant tout contenir son angoisse autant que celle des adultes qui l'entourent.

3.1. Approche dans un service de consultation ambulatoire

Le *Centre de prévention du suicide et d'accompagnement* en tant que service de consultation ambulatoire répond à toute demande de suivi par un premier contact téléphonique dans un temps de 72h maximum, assorti de la proposition d'un premier entretien dans les plus brefs délais. Cependant, l'attente d'une intervention rapide ne doit pas empiéter sur le nécessaire temps de réflexion que supposent tant la première rencontre avec l'adolescent que la compréhension des enjeux sous-jacents à la problématique suicidaire à cet âge. Ainsi, « *la réelle urgence est de pouvoir considérer les dispositions affectives en jeu dans ce recours à l'acte de l'adolescent et dans la disponibilité (ou indisponibilité) émotionnelle des parents* » (Drieu & Genvresse, 2003, p. 55).

Les demandes de suivi adressées à notre service de consultation se présentent sous différentes formes. Majoritairement, elles sont émises par des intervenants psycho-médicosociaux de première ligne (médecins généralistes, psychiatres, services d'urgence, Services d'Aide à la Jeunesse, Service d'Aide Policière aux Victimes, psychologues scolaires, etc.) et dans une moindre mesure, par l'entourage familial ou par un pair. Elles font suite à la tentative de suicide d'un adolescent, parfois après un temps d'hospitalisationⁱⁱⁱ, ou sont motivées par les idéations suicidaires plus ou moins explicites d'un jeune. Ces demandes affluent aussi bien par téléphone que par mail ou encore directement via l'accueil du service.

En première intention, nous procédons à une analyse contextuelle (dans l'ici et maintenant) de la demande en veillant à articuler les dimensions intrapsychiques et interpersonnelles du symptôme. Cette évaluation prend également en compte la dimension historique de la crise, tant au niveau individuel (antécédents, parcours de vie) que familial (histoire familiale, filiation). La demande d'aide est très rarement portée par l'adolescent lui-même, ce qui le confine en quelque sorte dans une position de passivité face à une démarche qu'il peine souvent à élaborer. Il sera donc nécessaire, lors des premières rencontres, de penser avec lui son cheminement jusque-là et de retracer le contexte et le cadre de la rencontre. Il y a dans la rencontre avec l'adolescent suicidaire une forme « *d'urgence à saisir* », selon la formule de Drieu & Genvresse (*ibid.*, p. 52), celle de la contenance de sa destructivité, mais aussi celle de réintroduire dans sa pensée une temporalité autour du passage à l'acte.

3.2. L'implication active de l'environnement

Notre modèle d'intervention auprès des adolescents suicidaires ou suicidants vise l'implication active de l'entourage familial dans le suivi de l'adolescent. A ce titre, il nous paraît primordial de rendre possible la co-création du cadre thérapeutique, tant avec l'adolescent et sa famille qu'avec les intervenants extérieurs déjà impliqués auprès du jeune (Drieu & Genvresse, 2003). Nous veillons ainsi à ne pas préétablir un dispositif de consultation rigide et figé, ce qui reviendrait assurément à reproduire les liens d'emprise qui aliènent l'adolescent à ses parents. Ce processus d'appropriation du cadre thérapeutique par l'adolescent et sa famille est souvent déjà révélateur des enjeux affectifs et relationnels métaphorisés dans le recours à l'acte suicidaire. Par ailleurs, ce positionnement méthodologique ouvre la possibilité de déplier plusieurs espaces thérapeutiques à travers une approche multifocale. Cette démarche peut par exemple combiner le travail psychothérapeutique individuel avec une prise en charge médicale, des mesures éducatives, des entretiens avec la famille et des consultations parentales, dans une dynamique centrée sur la complémentarité des interventions et la confiance réciproque. Finalement, le cadre thérapeutique adopté sera fonction des moyens à disposition (partenariats, relais éventuels) et de ce que l'adolescent et son entourage seront prêts à mettre en œuvre. Quoi qu'il en soit, il nous paraît important de ne pas se borner à une échelle de valeurs dans le choix des différentes modalités de soin (hospitalisation, psychothérapie analytique, thérapie familiale, soutien psychologique...) mais de toujours affirmer un cadre thérapeutique clair et déterminé par les besoins singuliers de chaque situation^{iv}.

3.3. Mobiliser les ressources de l'adolescent et de la famille

Ces possibilités d'aménagements dans le dispositif thérapeutique permettent de diminuer significativement le risque de récurrence à court et à moyen terme. Ce risque est en effet intrinsèquement lié à la manière avec laquelle l'entourage de l'adolescent va réagir dans les moments qui succèdent à la tentative de suicide (Marcelli, 2003). La famille n'est bien souvent pas en mesure de reconnaître la gravité de l'acte posé ni même d'accepter la réalité de la souffrance ressentie par l'adolescent. C'est souvent l'incompréhension qui domine, avec la nécessité de trouver des explications causales rationnelles et des motifs extérieurs à la vie familiale. La réaction des parents correspond soit à de maladroites tentatives d'auto-culpabilisation, soit à une banalisation ou un déni du geste et de l'intentionnalité suicidaire, soit encore à une colère directement exprimée à l'encontre de l'adolescent. A l'inverse, nous pouvons aussi observer un temporaire sursaut de bienveillance de la part des parents, accompagné d'un mouvement de rapprochement à l'égard du jeune. Ce dernier peut dans une certaine mesure participer à ce mouvement spontané de protection du narcissisme familial à travers une forme d'alliance pathologique avec ses parents, quitte à lui-même minimiser son acte et la souffrance qui y est rattachée. Un effet de « *pseudo-guérison* » (Marcelli, 2002) semble alors prendre le pas sur la nécessité d'introduire des aménagements dans la dynamique familiale. On constate alors un apparent apaisement des tensions relationnelles intra-familiales qui compromet véritablement la mise en œuvre du suivi thérapeutique et potentialise le risque de récurrence. Il y donc nécessité « *d'intervenir rapidement sur le refus de penser ce qui a présidé à l'acte suicidaire, aussi bien pour les adolescents que pour les proches* » (Drieu, 2003, p. 53). Les rencontres familiales, complémentaires au suivi individuel du jeune, vont permettre de travailler collectivement le sens du geste suicidaire, de traiter les émotions ressenties par chacun et de replacer le passage à l'acte suicidaire du jeune dans l'actualité de la vie familiale. L'objectif d'une telle approche est donc de mobiliser les ressources de la famille de manière à modifier durablement les conditions d'apparition de la crise suicidaire de l'adolescent, et ainsi éviter le passage à l'acte ou l'escalade de la récurrence.

Bibliographie

Association des journalistes professionnels [AJP]. (2012). *Point de repère. Le traitement du suicide dans les médias*. Maison des journalistes, Bruxelles.

Association Interrégionale de Guidance et de Santé [AIGS]. (2012). *Tendances suicidaires, recherche d'aide, attitudes et stigmatisation : Analyse des données de recherche et recommandations vers un plan de prévention du suicide pour la Wallonie*.

Ausloos, G. (1980). Communication présentée à la réunion des thérapeutes familiaux organisée par le GRIDEF, Genève.

Cabinet de Eliane Tillieux, ministre de la Santé, de l'Égalité des Chances et de l'Action Sociale (2014). *Suicide en Wallonie : situation, évolution*. En ligne <http://tillieux.wallonie.be/suicide-en-wallonie-situation-volution>.

Cabinet de Fadila Laanan, ministre de la Culture, de l'Audiovisuel, de la Santé et de l'Égalité des chances. (2014). *Prévention du suicide en Fédération Wallonie-Bruxelles : la Ministre Fadila Laanan met l'accent sur une approche multifactorielle*. En ligne www.laanan.cfwb.be.

Chabrol, H., & Choquet, M. (2009). Relations entre symptomatologie dépressive, désespoir et idées de suicide chez 1547 lycéens. *L'Encéphale*, 35, 443-447.
doi : 10.1016/j.encep.2008.10.010

Chaplin, T. M. (2006). Anger, happiness, and sadness: Associations with depressive symptoms in late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 35, 977-986.
doi : 10.1007/s10964-006-9033-x.

Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé. (2001). *Moniteur belge*, 21 décembre, p 79494. En ligne : http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm

Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 282-290.
doi : 10.1037/0022-006X.64.2.282

Décret du Parlement wallon du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions. (2009). *Moniteur belge*, 30 avril, p.34551.

Drieu, D., & Genvresse, P. (2003). Enjeux et limites du travail thérapeutique avec l'adolescent suicidant en consultation ambulatoire. *Dialogue*, 4, 162, 46-58.

Eskin, M., Ertekin, K., Harlak, H., & Dereboy, C. (2008). Prevalence of and factors related to depression in high school students. *Turkish Journal of Psychiatry*, 19(4), 1-8. En ligne <http://www.turkpsikiyatri.com/en/default.aspx?modul=Home>.

Hankin, B. L. (2006). Adolescent depression: description, causes, and interventions. *Epilepsy & Behavior*, 8, 102-114.
doi : 10.1016/j.yebeh.2005.10.012

Jeammet, Ph. (1992). La thérapie bifocale, une réponse possible à certaines difficultés à l'adolescence. *Adolescence*, Paris, GREUPP, 10(2), 371-383.

Jeammet, Ph. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence. *Psychothérapies*, 2(22), 77-87.

Latreille, D. & Roy, F. (2004). *La prise en charge de la crise suicidaire chez les jeunes*. Association québécoise de prévention du suicide (AQPS).

Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Ganoa, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45, 225-232. En ligne <http://new.medigraphic.com/cgibin/publicaciones.cgi?IDREVISTA=46&NOMBRE=RevistaMédicadelInstitutoMexicanodelSeguroSocial>.

Liu, X. C, Ma, D. D., Kurita, H., & Tang, M. Q. (1999). Self-reported depressive symptoms among Chinese adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 44-47.
doi : 10.1007/s001270050110

Marcelli, D. (2002). Le syndrome de pseudo-guérison après une tentative de suicide. *Nervure*, 15, 7, 18-21.

Marcelli, D. (2003). Tentative de suicide de l'adolescent, rôle de l'attitude des parents dans l'évolution au long cours. *Le Carnet PSY*, 8, 85, 21-24.

Marcotte, D., Lévesque, N., & Fortin, L. (2006). Variations of cognitive distortions and school performance in depressed and non-depressed high school adolescents: a two year longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 211-225.
doi : 10.1007/s10608-006-9020-2

Ministre van de Franse Gemeenschap, Ministère de la Communauté Française (2008). *Plan Communautaire Opérationnel de Promotion de la Santé*. En ligne <http://www.sante.cfwb.be/index.php?id=3680>.

Öngen, D. E. (2006). The relationships between self-criticism, submissive behavior and depression among Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 41, 793-800.

doi : 10.1016/j.paid.2006.03.013

Oualid, J.-C. (2001). Protocole de thérapie brève de familles de suicidants. In *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge : Conférence de consensus* (Fédération française de psychiatrie), 295-301.

Parlement de la Communauté française de Belgique. (2008). *Proposition de résolution visant à optimiser les mesures de prévention du suicide en Communauté française*. En ligne <http://archive.pfwb.be/1000000010160a4?action=browse>

Pinna Puissant, S. (2011). *Le modèle intégré rang social – attachement et le développement des symptômes dépressifs à l'adolescence*. Thèse de doctorat en sciences psychologiques non publiée, Université de Liège, Liège.

Pinna Puissant, S., Gauthier, J.M., & Van Oirbeek, R. (2010). States of inhibition and/or excitation of depressive symptoms in inpatient adolescents. Dans R. Zukauskienė (dir.), *The 12th Biennial Conference of the European Association for Research on Adolescence. Vilnius, Lithuania, May 12-15, 2010* (p. 33-36). Bologne, Italie : Medimond. International Proceedings.

Pommereau, X. (2005). *L'adolescent suicidaire* (3è ed.). Paris : Dunod.

Reynders, A., Scheerder, G., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2011). *Rapport. Suïcide in Vlaanderen en Nederland. Een verklaring vanuit sociaal cognitieve factoren en hulpzoeken gedrag*. Leuven : LUCAS, KU Leuven. En ligne : http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2011_7_AR_GS_GM_CVA_Rapport%20suicide_vl_nl.pdf

Reynders, A., Vermeulen, B., Scheerder, G., Declercq, A., Molenberghs, G. & Van Audenhove, Ch. (2011). *L'effet des facteurs sociocognitifs et de la recherche d'aide sur le comportement suicidaire. Différences régionales entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas*. Louvain : LUCAS, KU Leuven. En ligne : http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2011_rapport_suicide.pdf

Senterre C., Bantuelle M., Levêque A. (2006). *Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en communauté française de Belgique*.

Bruxelles : Centre d'Etudes et de Recherches en Santé Publique. En ligne :

<http://homepages.ulb.ac.be/~aleveque/epitraumac/pdf-ppt/Rapportsuicide-Senterreetal2006.PDF>

Slama, L. & Gutton, Ph. (1992). Traitement trifocal ? *Adolescence*, Paris, GREUPP, 10(2), 385-390.

Solidaris-Mutualité Socialiste. (2013). *Le thermomètre des Belges - Comment vont les adolescents ? Regards croisés avec leurs parents et leurs professeurs*. En ligne :

http://www.mutsoc.be/NR/rdonlyres/12DFD1E2-1A45-4684-91BF-F957FAF0006D/0/Therm3_Ados_Mai2013_VF.pdf

Widlöcher, D. (1983). *Les logiques de la dépression*. Paris, France : Collection Pluriel. Edition Fayard.

Site web :

Centre de référence info-suicide de l'ASBL 'Un pass dans l'impasse' : www.info-suicide.be

Portail de prévention du suicide de la Fédération Wallonie-Bruxelles :

www.preventionsuicide.info

Centre de prévention du suicide et d'accompagnement de l'ASBL 'Un pass dans l'impasse' :

www.lesuicide.be

ⁱ Le qualificatif 'suicidant' est utilisé pour désigner toute personne ayant réalisé une tentative de suicide. Le terme 'suicidaire' est d'usage plus général et qualifie toute personne qui présente des idéations suicidaires.

ⁱⁱ Nous faisons référence ici aux tentatives de suicide, mais peut-être plus encore aux accès de violence à l'encontre de l'entourage. Ces conduites hétéro-agressives sont fréquemment diagnostiquées comme un trouble du comportement. Or, chez l'adolescent, elles peuvent également recouvrir un syndrome dépressif.

ⁱⁱⁱ Pour bon nombre des adolescents suicidants que nous recevons, la tentative de suicide n'a pas donné suite à une hospitalisation. Ce manque représente un risque important en terme de récurrence, qui lorsqu'elle survient se traduit toujours par une escalade au niveau de la dangerosité du moyen utilisé. La récurrence entraîne systématiquement une aggravation dans la gravité du passage à l'acte.

^{iv} Le travail thérapeutique est inspiré par les approches de Philippe Jeammet (1992) et de Guy Ausloos (1980). Le modèle de prise en charge bi-focale ou pluri-focale développé par Philippe Jeammet (1992) prévoit l'action conjointe de plusieurs intervenants. Le premier consultant occupe une fonction de 'réfèrent'. Il s'agit le plus souvent du consultant qui a initialement reçu le patient et sa famille. Il peut donc s'agir d'un intervenant extérieur à notre service, tel que le médecin traitant, un psychologue scolaire ou un intervenant d'un service d'Aide à la Jeunesse. Lorsqu'une telle collaboration n'est pas possible, ce rôle est assumé par un intervenant de notre service. Ce consultant 'réfèrent' « s'occupe de la réalité externe de l'adolescent : son ou ses symptômes, sa famille, son environnement, scolaire notamment. » (Jeammet, 2002, p. 86). Il se positionne comme étant le garant du projet thérapeutique et de la continuité de la prise en charge. Il discute et aménage une possible hospitalisation dès lors que la situation s'aggrave, que la symptomatologie l'impose ou qu'un séjour de rupture vis-à-vis de l'environnement s'avère nécessaire. Le second consultant va lui s'attacher à mener la psychothérapie individuelle avec l'adolescent et se pencher exclusivement sur son monde interne (intra-psychique). En ce sens, « il est déchargé de tout lien avec les parents, comme de toute préoccupation directe concernant le symptôme ou les traitements complémentaires à associer. » (ibid., p. 87). Une troisième voie peut être aménagée par le premier consultant sous la forme d'entretiens avec la famille de manière à aborder les conflits relationnels, à appréhender les interactions familiales et la disponibilité émotionnelle des parents et évaluer les possibilités de remaniement dans la dynamique familiale (Slama & Gutton, 1992). A ce niveau, des consultations de soutien peuvent également être proposées aux parents. Ce type d'approche 'multifocale' permet d'éviter les différents freins au processus psychothérapeutique avec l'adolescent évoqués précédemment. Notamment, un tel dispositif rend plus tolérable pour l'adolescent les investissements narcissiques et transférentiels. Il permet en outre au thérapeute de se dégager du fonctionnement projectif et de l'indifférenciation à l'œuvre entre l'adolescent et ses parents.

Nous nous appuyons également sur le modèle du 'double lien scindé thérapeutique' proposé par Guy Ausloos (1980) afin d'inclure la famille dans le dispositif thérapeutique du jeune suicidant, et ce dès les premiers entretiens. Il propose d'utiliser deux thérapeutes ayant des rôles définis et clairement différenciés. Lors des entretiens en famille, le premier thérapeute s'occupe exclusivement de la dynamique familiale et des relations entre l'adolescent et sa famille, tandis que le second thérapeute se positionne lui en soutien du jeune et comme représentant du suivi individuel de ce dernier au sein du service. Les rôles des deux intervenants sont explicitement précisés dès la première rencontre et ainsi reconnus par tous. Cette 'cothérapie scindée' permet la synthèse des deux espaces thérapeutiques et permet d'instaurer une complémentarité entre le système familial et le système 'patient-institution'. La lecture du symptôme est ainsi enrichie par le nécessaire dialogue qui s'impose alors entre les thérapeutes, ce qui permet de dépasser les conflits et les incompréhensions réciproques entre la famille et l'adolescent.