

ÉVALUATION CLINIQUE ET PRÉVENTION DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE CHEZ UN(E) ADOLESCENT(E) EN SOUFFRANCE PSYCHIQUE

BOUHY V (1), MATHY F (1)

RÉSUMÉ : Le nombre de jeunes se présentant aux urgences pour tentative de suicide ou idées suicidaires ne cesse d'augmenter ces dernières années et les pédopsychiatres ne sont pas suffisamment nombreux pour prendre en charge tous ces adolescents en souffrance psychique. Il est donc d'une importance capitale que les intervenants de première ligne se sentent à l'aise et soient capables d'évaluer ces patients afin de prévenir un passage à l'acte suicidaire. Cet article a pour but de poser les bases de l'évaluation clinique pédopsychiatrique de l'adolescent et de permettre d'estimer le potentiel suicidaire des jeunes. Cette approche devrait permettre de juger le degré d'urgence de chaque situation et d'orienter le patient vers la thérapie la plus pertinente.

MOTS-CLÉS : *Suicide - Prévention - Adolescence - Facteurs de risque*

CLINICAL EVALUATION AND SUICIDE PREVENTION IN A PSYCHIC SUFFERING TEENAGER

SUMMARY : The number of young people presenting themselves to the emergencies for suicide attempts or suicidal ideation has been increasing in recent years, and there are not enough child psychiatrists to take care of all these suffering teenagers. It is therefore of major importance that front-line responders are able and comfortable in evaluating these patients in order to prevent suicidal behavior. This article aims to lay the foundations of the pediatric psychiatric clinical evaluation of the teenagers and to estimate the suicidal potential of young people in order to assess the degree of urgency of each situation and the most relevant therapeutic orientation.

KEYWORDS : *Suicide - Prevention - Risk factors - Adolescence*

INTRODUCTION

En Wallonie, le suicide est la deuxième cause de décès chez les jeunes entre 10 et 24 ans, avec 21 % des décès de 2020, juste derrière les accidents (1). Cette statistique correspond aux chiffres des différents articles traitant du suicide chez les jeunes en France et aux USA. Ceci est d'autant plus interpellant que la crise sanitaire liée à l'épidémie COVID-19 a eu un impact majeur sur la santé mentale de ces jeunes. En effet, elle a entraîné une majoration des pathologies mentales (h), mais également des difficultés sociales et relationnelles des adolescents qui représentent des facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire.

Selon les différentes études, entre 5 et 10 % des jeunes déclarent avoir fait une tentative de suicide (TS) au cours de leur vie. Il est important de noter que la proportion est double chez les jeunes non scolarisés, avec 14 % d'entre eux qui rapportent un passage à l'acte (2). Selon une revue de la littérature reprenant des études sur plus de 500.000 jeunes au total, jusqu'à 30 % des adolescents ont eu des idées suicidaires

dans le passé (3). De plus, 19 % des garçons et 27 % des filles ont même dit avoir eu des idées suicidaires au cours de la dernière année (4). Par ailleurs, plus de 80 % des adolescents ayant fait une TS présentaient des signes de trouble psychique au cours des mois précédents.

IMPORTANCE DE LA PREMIÈRE LIGNE DANS LA PRÉVENTION DU SUICIDE

En France, une étude de l'INSERM, sur 12.000 jeunes, montre un faible recours aux psychologues et pédopsychiatres chez les adolescents en souffrance, mais un taux de consultation de la première ligne pour les jeunes suicidants plus élevé que la moyenne. Le plus souvent, ces consultations de première ligne ont pour motif des problématiques somatiques (4). C'est la raison pour laquelle le screening de la dépression chez les adolescents de manière systématique fait partie des recommandations américaines (Bright Futures-American Academy of Pediatrics) (5). Ces données démontrent l'importance des intervenants de première ligne tels que les pédiatres et médecins traitants dans l'évaluation psychologique et dans la prévention des passages à l'acte suicidaire des jeunes adolescents.

En 2010, un article français mettait en évidence un manque de dépistage des troubles

(1) Service de Psychiatrie infanto-juvénile, CHU Liège, Belgique.

psychiques chez les adolescents en raison d'une disponibilité trop faible des soins pédo-psychiatriques et d'un manque de formation des intervenants de première ligne (6). Cette prise de conscience est toujours d'une actualité frappante en Wallonie, avec une pénurie de pédopsychiatres induisant souvent un délai de plusieurs mois avant l'accès aux soins pédopsychiatriques.

Il incombe donc à la première ligne de pouvoir dépister les jeunes en détresse psychique afin de les soutenir durant cette période de latence. Cependant, ces intervenants ne se sentent pas toujours à l'aise ou suffisamment formés pour ce type d'intervention. Une étude, menée en Suisse auprès de 62 professionnels de première ligne, confirme cette idée. En effet, elle fait état, d'une part, d'une grande sollicitation dans la prise en charge des jeunes en détresse psychique avec 2/3 des intervenants qui décrivent avoir réalisé une évaluation du potentiel suicidaire (entre 1 et 10 fois) au cours des 3 derniers mois, mais, d'autre part, d'un échec dans la détection des idées suicidaires dans près de 50 % des cas. Ainsi, lorsqu'ils sont face à un jeune ne mentionnant pas spontanément d'idée suicidaire, 7 soignants sur 10 ne vont pas aborder le suicide (7).

Cet article tentera donc de reprendre les différents éléments cliniques et anamnestiques de l'évaluation d'un jeune en souffrance psychique, et s'attardera plus particulièrement sur les points importants à explorer dans la détection du risque de passage à l'acte suicidaire.

MODALITÉS PRATIQUES DE L'ENTRETIEN

Le jeune en souffrance n'est pas toujours enclin à s'exprimer sur ses émotions. De ce fait, il est préférable de réaliser un entretien en deux temps. En effet, il est important de pouvoir obtenir le témoignage de l'entourage au sujet du jeune lors d'une partie de l'entretien en présence du jeune et de ses parents. Par ailleurs, il est indispensable de réaliser une partie de l'entretien avec le jeune seul pour permettre de créer une relation de confiance avec lui, afin qu'il puisse s'ouvrir sans craindre le jugement de ses parents. Le praticien devra prendre soin de ne pas brusquer le jeune, surtout si celui-ci montre des défenses durant l'entretien pour ne pas perdre le lien qu'il tente d'instaurer (5).

Lors de cet entretien, il serait nécessaire d'évaluer différents points :

- les éléments cliniques qui pourraient faire partie d'un trouble psychique;

- les idéations suicidaires;
- les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire;
- les facteurs protecteurs sur le plan psychique.

DÉCELER LES TROUBLES PSYCHIATRIQUES LES PLUS À RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Comme déjà mentionné, un trouble psychiatrique est présent chez la grande majorité des jeunes qui réaliseront une TS et des signes sont donc détectables avant un passage à l'acte. Les troubles les plus fréquents menant à une TS chez les adolescents sont les dépressions (23 %), les troubles de l'adaptation (symptomatologie anxieuse et/ou dépressive réactionnelle à l'environnement) (23 %), les troubles anxieux, les troubles bipolaires et les troubles psychotiques (8).

Lors de l'entretien, il convient donc de rechercher les signes de ces différents troubles. Il est, bien sûr, indispensable d'explorer les signes et symptômes décrits dans le DSM-5 (9). Cependant, la clinique chez l'adolescent peut prendre un aspect plus spécifique avec, par exemple, des plaintes somatiques, un décrochage scolaire ou des troubles du comportement au premier plan (5). De manière générale, tout changement majeur dans le fonctionnement d'un jeune devrait attirer l'attention des praticiens et mener à une évaluation psychologique approfondie.

Les points suivants nous semblent primordiaux à explorer durant la consultation :

- *Discours et cours de la pensée* : ralentissement ou désorganisation du discours ou, au contraire, logorrhée, manque de fluidité/barrage de la pensée, fuite d'idée avec présence de coq à l'âne, présence de bizarreries/d'incohérences ou idées délirantes, idées paranoïaques, perte du contrôle de la pensée. Il est aussi important d'observer le langage non verbal.

- *Relations sociales* : repli social dans le milieu familial et/ou en dehors, irritabilité, angoisses dans les contacts sociaux, conflits plus fréquents, investissement de relations sociales à risque (abus de toxiques ou au niveau de la sexualité, par exemple).

- *Dérèglements corporels* : troubles du sommeil (y compris hypersomnie), fatigue, trouble de l'appétit, perte ou prise de poids récente, plaintes somatiques (céphalées, troubles gastrointestinaux, malaises, etc), angoisses (hyperventila-

tion, tachycardie, perte de conscience, douleurs abdominales brutales), crises de tétanie.

- *Dérèglements émotionnels* : tristesse de l'humeur, pleurs fréquents, perte de motivation et de plaisir lors des activités (aboulie et anhédonie), chute de l'estime personnelle et de la confiance en soi, anxiété, trouble de la mémoire et/ou de la concentration.

- *Changements dans les comportements* : arrêt des activités habituelles, négligence de l'hygiène (incurie), chute des résultats scolaires, automutilations, abus de substances, troubles du comportement, agitation, colère, impulsivité, utilisation pathologique d'internet (plus de 5h/j est associé à un risque suicidaire plus élevé), fugues, comportements autodestructeurs, sentiment d'être dépassé ou perdu, sentiment de désespoir.

Certains questionnaires tels que le PHQ-9, disponible sur internet (10), peuvent aider au screening de la dépression. Ce screening devrait être reproduit régulièrement lors des consultations et mener à une évaluation clinique s'il s'avère positif.

ABORD DU SUICIDE AVEC LE SUJET JEUNE

En tant qu'intervenant, il arrive que nous ressentions une gêne ou un inconfort à l'idée de mentionner le suicide ou les idées suicidaires avec un patient. Il est important de noter que le fait d'aborder le suicide avec un jeune ne le rend pas suicidaire. Au contraire, cela lui permet de se sentir entendu dans sa souffrance et moins seul face à celle-ci (11).

Il est donc nécessaire d'évaluer systématiquement le potentiel suicidaire chez tout patient à risque et donc d'explorer la présence d'idées noires ou suicidaires : en quoi elles consistent concrètement, leur fréquence, leur intensité, le temps qu'elles durent, la réaction du jeune face à ces pensées. Chez les adolescents plus défensifs, des questions indirectes peuvent être utilisées dans un premier temps afin de ne pas le brusquer. Par exemple, «T'es-tu déjà senti tellement dépassé/mal que tu voulais abandonner ?» ou «Est-ce qu'il t'est déjà arrivé de ne plus voir aucune autre issue que de baisser les bras ?».

Il faut aussi demander s'il existe une planification de passage à l'acte suicidaire et évaluer la possibilité qu'a le patient de mettre son plan en action. Cela peut permettre de le protéger des moyens léthaux, ce qui a démontré un effet bénéfique sur le risque suicidaire des patients

(11). De plus, si le jeune verbalise un plan suicidaire construit et imminent, cela devrait mener le soignant à mettre au courant les parents qui pourront, de ce fait, être conscients de l'importance de la problématique et devenir acteurs de la prise en charge. Dans ce cas, la sécurité du jeune passe avant la confidentialité des entretiens avec lui (5). Il sera, par contre, primordial d'expliquer au jeune les notions de danger et de protection qui nous poussent à rompre notre secret professionnel.

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE DE PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE

Lors de l'entretien, il est important de rechercher les facteurs de risque suicidaire permettant d'avoir une vue plus globale du potentiel suicidaire du jeune. Les signes cliniques d'un trouble psychiatrique décrits plus haut font, bien sûr, partie de ces facteurs de risque. À cela s'ajoutent différents facteurs que nous classerons selon le fait qu'ils appartiennent à l'environnement familial, à l'environnement social et scolaire, ou qu'ils sont inhérents au patient. Les items listés ci-dessous reprennent les données trouvées dans la littérature (5, 11, 12).

ENVIRONNEMENT FAMILIAL :

- Ruptures des liens (surtout récentes).
- Difficultés de communication.
- Conflits répétés, violences conjugales.
- Antécédents de maltraitance ou de négligence.
- Antécédents psychiatriques familiaux (maladie mentale d'un parent, suicide ou TS, alcoolisme).
- Situation de stress familial (financier ou judiciaire, par exemple).
- Deuil récent dans l'entourage.
- Parents considérés par le jeune comme contrôlants ou qui prennent peu soin de lui.

ENVIRONNEMENT SOCIAL ET SCOLAIRE :

- Rupture amoureuse.
- Conflit avec ses amis.
- Manque de support social.
- Victime de harcèlement et/ou de cyberharcèlement (important à rechercher car c'est un phénomène fréquent, impactant et intrusif qui n'est pas toujours identifié comme tel par le jeune).
- Exposition au suicide récente (via l'environnement direct ou via les médias).
- Difficultés scolaires.
- Décrochage scolaire, surtout si le jeune ne travaille pas non plus.

INDIVIDUEL :

- Présence d'un trouble psychiatrique.
- Présence d'idées suicidaires ou de désir d'homicide.
- Antécédent de TS (1 suicidant sur 3 récidive, le risque est plus grand si le jeune ne s'est pas senti soutenu par la réaction parentale).
- Impulsivité, pessimisme, faibles capacités de résilience.
- Les filles sont plus à risque de tentative de suicide, mais les garçons sont plus à risque de suicide accompli.
- Jeune faisant partie de la communauté LGBT, dysphorie de genre.
- Faible estime personnelle, sentiment de désespoir.
- Présence d'automutilations.
- Maladie somatique chronique, plaintes somatiques récurrentes.
- Antécédents de fugue.
- Antécédents de psychotraumatisme.
- Consommation d'alcool ou de drogue, dépendance aux écrans.
- Événement de vie stressant.
- Jeune résidant en dehors du domicile familial.
- Conduites à risque, test du danger.
- Accès à un moyen léthal.

Il est bien sûr impossible de quantifier l'impact de chaque facteur de risque pris individuellement sur le potentiel suicidaire. C'est principalement l'accumulation de facteurs et l'intensité de ceux-ci qui doivent nous faire craindre un risque de passage à l'acte majeur.

ÉVALUATION DES FACTEURS PROTECTEURS AU NIVEAU PSYCHIQUE

Pour compléter l'évaluation du potentiel suicidaire d'un adolescent, il est nécessaire d'explorer les facteurs protecteurs vis-à-vis d'un passage à l'acte. Parmi ceux-ci, nous trouvons, notamment, la résilience, à savoir la capacité du jeune à faire face à une situation difficile. Il est donc intéressant de voir comment il a géré les épreuves dans le passé, quel impact cela a eu sur lui et quelles ressources l'ont aidé. Le soignant doit aussi voir si le jeune peut mettre en évidence des raisons de vivre, des éléments positifs dans sa vie qui lui donnent envie de se battre. Il a également été démontré que le sentiment d'appartenance à une culture et les croyances religieuses ont un effet protecteur sur le risque suicidaire (13). Par ailleurs, le fait de se sentir soutenu et entouré par la famille et les amis a également un effet protecteur. Il en est

de même pour le fait d'être intégré dans un parcours scolaire.

Il incombe au praticien d'évaluer la relation parents-enfant lors de l'entretien, à travers la communication verbale et non verbale, afin de voir si celle-ci représente plutôt un facteur protecteur ou un facteur de stress.

ÉVALUATION GLOBALE DU RISQUE ET PRISE EN CHARGE

À la fin de l'entretien, le soignant doit pouvoir mettre en relation les signes de souffrance psychique, les facteurs de risque et les facteurs protecteurs afin d'avoir une idée globale du potentiel suicidaire du jeune et ainsi d'orienter pertinemment l'adolescent. En effet, les intervenants de première ligne ne doivent pas rester seuls dans ces situations :

- en cas de potentiel suicidaire léger, l'orientation vers une prise en charge par un(e) psychologue sera privilégiée;
- si le risque suicidaire est modéré, il y a lieu d'orienter le patient vers un suivi pédopsychiatrique;
- si le potentiel suicidaire est élevé, le/la jeune doit être orienté(e) vers une évaluation psychiatrique en urgence, voire une hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie pour les cas qui nécessitent une mise en sécurité de plusieurs jours.

Si le patient présente une dépression sévère, même sans idéation suicidaire, une médication peut être envisagée. Cependant, un antidépresseur ne devrait être mis en place qu'en la présence d'un suivi psychothérapeutique préalable, et nécessite un suivi médical - voire pédopsychiatrique - rapproché, vu les effets secondaires possibles. En effet, des études scientifiques ont mis en évidence, chez certains patients, une majoration du risque suicidaire dans les jours suivant l'instauration du traitement antidépresseur. Dans le but d'avoir un traitement efficace tout en maintenant la sécurité des jeunes patients, il y a donc lieu de s'assurer de la combinaison d'une bonne indication thérapeutique, d'un suivi médical régulier, et d'un encadrement suffisamment soutenant. Le traitement antidépresseur ne représente, en aucun cas, un traitement de crise ou d'urgence vu son délai d'action (4 à 6 semaines), mais il peut apporter une réelle plus-value dans le cadre d'une prise en charge globale d'un patient suicidaire (5).

Pour les adolescents, les traitements pharmacologiques d'urgence utilisés en cas de détresse psychologique aiguë avec risque de passage à l'acte suicidaire imminent sont habituellement

les antipsychotiques atypiques à faible dose ou les benzodiazépines. Il convient d'être particulièrement attentif au risque de dépendance et de réaction paradoxale chez l'enfant lorsque l'on prescrit des benzodiazépines.

Il est important de savoir que la plupart des traitements psychotropes utilisés chez les enfants sont utilisés off-label et nécessitent donc une certaine expérience lors de l'instauration de ceux-ci, ainsi qu'une explication claire aux parents (14). De plus, il est difficile de connaître l'impact des traitements sur le jeune, notamment en ce qui concerne les effets secondaires. Il est donc préférable de commencer avec de faibles doses et de les augmenter par la suite si nécessaire. Par ailleurs, l'intoxication médicamenteuse volontaire étant un des moyens les plus utilisés chez les jeunes suicidants, il est primordial d'éduquer les parents à la mise en sécurité des traitements médicamenteux.

Enfin, en cas de doute sur la prise en charge, le soignant peut toujours contacter les urgences pédopsychiatriques afin de demander l'avis d'un spécialiste sur la marche à suivre.

CONCLUSION

La fréquence des suicides et tentatives de suicide chez l'adolescent fait de la prise en charge des jeunes en détresse psychique une nécessité et un problème de santé publique. Le manque de moyens alloués à la santé mentale infanto-juvénile ainsi que le manque de pédopsychiatres et de lits disponibles dans les services hospitaliers pédopsychiatriques imposent un délai trop long avant le début d'une prise en charge spécialisée de ces jeunes. Il est donc d'une importance majeure que les intervenants de première ligne puissent se sentir à l'aise pour intervenir durant cette phase de latence afin de soutenir le jeune et d'évaluer le degré d'urgence, comme ils le font déjà dans les problématiques somatiques. Pour les aider à atteindre ce but, cet article pose les bases de l'examen clinique pédopsychiatrique et de l'estimation du potentiel suicidaire chez l'adolescent.

L'idéal serait que ces soignants puissent mettre en évidence les signes de trouble psychique, les facteurs de risque de passage à l'acte suicidaire et les facteurs protecteurs. Par la suite, le praticien pourrait accompagner le jeune vers la prise en charge la plus adéquate. Ceci permettrait certainement une nette diminution des délais d'attente dans les situations d'urgence et une diminution du risque de passage à l'acte suicidaire chez les adolescents.

BIBLIOGRAPHIE

1. Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospection et de la Statistique [En ligne]. Causes de mortalité [Cité le 12 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/causes-de-mortalite/>
2. Bonnot O. États dépressifs à l'adolescence. EMC AKOS (Traité de Médecine) 2009;4:1-7.
3. Evans E, Hawton K, Rodham K, et al. The prevalence of suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35:239-50.
4. Broun-Fericelli F. Suicide de l'adolescent et du jeune adulte : quelle prévention possible par le médecin de premier recours? *Rev Med Suisse* 2003;11:273-6.
5. Shain B, AAP Committee On Adolescence. Suicide and suicide attempts in adolescents. *Pediatrics* 2016;138:e20161420.
6. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge. Avis présenté par M. Jean-René Buisson au Conseil économique, social et environnemental, 2010 (extrait). *Journal du droit des jeunes* 2016;4-5:52-58.
7. Laget J, Abbiati M, Plancherel B, et al. Évaluation du potentiel suicidaire chez les adolescents : lien entre fréquence, satisfaction et moyens utilisés par différents intervenants en pédopsychiatrie. *Ann Med Psychol* 2016;165:556-61.
8. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2012;60:454-60.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Garland; American Psychiatric Association:2013.
10. Canuel, M, Gosselin, P, Duhoux, A, et al. Institut National de Santé Publique du Québec [En ligne]. Boîte à outils pour la surveillance post-sinistre des impacts sur la santé mentale. Disponible: <https://www.inspq.qc.ca/publications/2523>.
11. Gordon M, Melvin G. Risk assessment and initial management of suicidal adolescents. *Aust Fam Physician* 2014;43:367-72.
12. Mouffok S, Feghoul T. Conduites suicidaires chez l'adolescent. Conférence de 3^{ème} année de pédopsychiatrie à la Faculté de Médecine de l'Université d'Oran. Disponible sur: https://facmed-univ-oran.dz/ressources/fichiers_produits/fichier_produit_3953.pdf
13. Stoelb M, Chiriboga J. A process model for assessing adolescent risk for suicide. *J Adolesc* 1998;21:359-370.
14. Mathy F, Malchair A. La prescription en pédopsychiatrie, exemple de l'usage des antipsychotiques chez l'enfant et l'adolescent. *Rev Med Liege* 2018;73:94-100.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr Bouhy V, Service de Psychiatrie infanto-juvénile, CHU Liège, Belgique.

Email : bouhyvincent@gmail.com