

## **Suicide des jeunes et événement de vie**

**Dr Philippe Courtet**

**Service de Psychiatrie et de Psychologie Médicale (Pr D Castelnaud), Hôpital Lapeyronie,**

**CHU Montpellier, INSERM E 0361**

Les conduites suicidaires, si fréquentes chez les «jeunes » (classe d'âge des 15-24 ans) ne sont pas sans nous interpeller à des niveaux différents dans la pratique médicale quotidienne. Ces actes nous confrontent à une souffrance humaine, insupportable, partagée par les familles et l'entourage (amis, milieu scolaire). Sur le plan médical, ils nous posent un problème, dont la résolution est probablement une clé des mesures efficaces de prévention. Qu'est ce qui explique qu'un jeune homme ou une jeune fille tente de se suicider, **ou** n'y aboutisse, alors « qu'ils ont la vie devant eux » ? Comment comprendre un tel acte de désespoir en réaction à une dispute avec ses parents, ses amis, à une rupture sentimentale? En même temps, quelles mesures de prévention proposer ? Devant quels signes devons nous être alertés, sans toutefois s'engager dans une surveillance de tous les instants chez tous les adolescents ?

Quoi qu'il en soit, l'expérience clinique quotidienne est là pour nous le rappeler, il est clair que ces gestes surviennent dans un contexte multi-factoriel, où faute d'explication évidente, la menace suicidaire passe trop souvent inaperçue. La prévention du suicide nécessite un changement radical dans notre façon de penser ce problème, à la vue des données épidémiologiques et du constat que le fléau ne s'arrêtera pas tout seul.

### **Pourquoi faut il considérer les TS de l'adolescent?**

Les données épidémiologiques nous indiquent quelques pistes pertinentes en terme d'intervention. L'adolescence est une période de la vie très particulière, nous le savons tous pour y être passés. En fait, nous avons tous oublié en quoi cette transformation peut être parfois vécue de façon douloureuse. En effet, nous sommes stupéfaits face au risque suicidaire d'un adolescent, à tel point qu'il est souvent préférable de l'oublier.

L'adolescence est une période particulière où l'on observe la prévalence maximale de tentatives de suicide (TS). En outre, ces gestes suicidaires sont plus impulsifs et ambivalents que chez les sujets plus âgés. Les adolescents plus que les autres réalisent des gestes impulsifs surtout pour ce qui est du suicide des garçons. Il s'agit de réactions impulsives qui surviennent face à des problèmes environnementaux comme une rupture sentimentale, ou scolaire. D'autre part, il existe chez la majorité des suicidants, et probablement davantage encore chez les adolescents, une ambivalence vis-à-vis de la mort. Ces TS sont très souvent des gestes de peu de létalité, qui surviennent dans un contexte de crise psychosociale et qui contiennent un élément fort « d'appel à l'aide ». La conséquence est que l'on a tendance à banaliser ce phénomène, de la même façon que l'on a longtemps eu tendance à banaliser les idées de suicide chez les adolescents. A croire qu'ils ne méritent aucune attention de notre part, les adolescents qui ont réalisé un geste suicidaire (suicidants) ne sont pas pris en charge: moins d'un adolescent sur quatre est hospitalisé après une TS. Ainsi, puisque le geste ne présente souvent pas de gravité médicale, il ne donne pas lieu à un examen médical et encore moins à une évaluation psychiatrique. La réalité est bien plus dramatique: il existe dès l'adolescence un continuum entre idées tentatives et suicide abouti. En effet, plus un sujet pense au suicide, plus le désir de mort est important, et plus il risque de passer à l'acte. En conséquences il faut toujours prendre au sérieux une intention suicidaire, qui est toujours l'expression d'un malaise profond. D'autre part, si l'intention suicidaire n'est pas toujours liée à la gravité médicale du geste qui en résultera, il faut avoir à l'esprit que les sujets (surtout les jeunes) lorsqu'ils réalisent un geste suicidaire impulsif n'ont pas la notion de la toxicité du moyen médicamenteux employé, qui peut être létal pourtant. Nous pouvons ainsi rappeler la toxicité importante des surdoses de médicaments, tels que le paracétamol, qui pourtant sont présents dans toutes les pharmacies domestiques, et accessibles sans prescriptions médicale; dans notre pays. Enfin, il est bien démontré que la majorité des sujets qui se sont suicidés en avait parlé auparavant. Ainsi, contrairement à une idée fautive selon laquelle « ceux qui en parlent ne le font pas », il est important de repérer les messages directs ou indirects qui indiquent l'existence d'une idéation voire d'un plan suicidaire. Deux autres points méritent d'être signalés: les armes à

feu tuent souvent des membres du foyer, et 25% des suicides des adolescents sont effectués avec une arme à feu. Enfin, il faut considérer que les suicidants sont porteurs d'une certaine vulnérabilité, c'est-à-dire qu'ils présentent un risque accru de récurrence. Ceci ne signifie pas qu'il y a déterminisme, donc rien à faire. Au contraire ceci impose de renforcer chez eux les facteurs de protection de façon à prévenir la récurrence lorsqu'ils seront exposés à des événements stressants dans le futur. Il s'agit par exemple de permettre à ces sujets d'acquérir des habiletés liées à la résolution de problème, qui leur permettront de s'adapter au stress et d'éviter une nouvelle crise suicidaire. En conclusion, tout démontre qu'il est indispensable de prendre en charge sérieusement tout adolescent suicidaire (idéation) et suicidant (qui a déjà réalisé un geste suicidaire).

### **Les troubles psychiatriques sont les principaux facteurs de risque de suicide**

Le suicide survient dans plus de 90% des cas dans un contexte de trouble psychiatrique : dépression, trouble bipolaire, schizophrénie, anorexie mentale, abus d'alcool, usage de drogues, troubles de la personnalité (impulsivité, labilité émotionnelle, agressivité, troubles des conduites). Ainsi, l'existence d'un trouble psychiatrique chez un adolescent est un facteur presque nécessaire, s'il n'est pas suffisant, bien entendu. De plus, le risque de suicide est majeur au début de l'évolution des troubles psychiatriques et l'adolescence est la période d'apparition de nombreux troubles psychiatriques. De plus, l'épidémiologie montre que la dépression et les problèmes d'alcool apparaissent de plus en plus tôt au cours de l'existence. Ces données doivent imposer une vigilance accrue et un dépistage efficace des adolescents qui souffrent de dépression d'autant qu'y sont associés des abus d'alcool et / ou de drogues.

Cette association entre trouble psychiatrique et suicide doit probablement être nuancée pour ce qui concerne les tentatives de suicide des adolescents, où l'on observe plus souvent des réactions affectives et émotionnelles à des événements stressants. Toutefois, il a été démontré qu'il existe une relation entre le nombre de comportements de dépendance (tabac, alcool, drogues) et le risque de TS. Plus un adolescent a recours à des substances psychoactives plus le risque augmente. La consommation de toxiques peut avoir une valeur d'automédication qui témoigne du

malaise psychique, mais elle peut aussi avoir un effet desinhibiteur qui facilitera le passage à l'acte suicidaire.

Le phénomène suicidaire est certes complexe et ne se résume pas au trouble psychiatrique mais il ne l'écarte pas, au contraire. De plus, la présence d'un trouble psychiatrique, y compris les troubles de la personnalité, joue un rôle majeur dans la cascade d'événements qui conduisent à la conduite suicidaire, ainsi que dans l'induction des événements précipitants du passage à l'acte. Il est aisé d'admettre qu'un sujet qui souffre d'une affection psychiatrique sera plus souvent isolé, en conflit avec son entourage, en situation de désinsertion sociale... Il faut donc envisager le problème du suicide comme un phénomène complexe qui fait intervenir un ensemble de facteurs de risque. Il s'agit notamment de troubles psychiatriques et d'événements de vie, qui sont considérablement intriqués. Ce serait donc une erreur de penser que les conduites suicidaires ne sont que la conséquence logique d'un stress environnemental.

### **L'adolescence : période particulière de vulnérabilité**

L'adolescence est une période particulière marquée par de profonds remaniements psychologiques et biologiques. Les adolescents vivent au moment présent, et les émotions sont vécues de manière intense et globale. De plus, les difficultés éprouvées par l'adolescent sont les premières expériences qui émaillent leur recherche d'une place dans le monde. Les adolescents connaîtront de nombreux facteurs de stress (isolement affectif, conflits d'autorité) qui souvent seront leurs premiers échecs (ruptures sentimentales, échecs scolaires). En même temps, les membres de la famille doivent tenir compte des exigences des adolescents qui changent biologiquement, dans un processus de maturation physique et sexuelle, avec l'apparition de l'autonomisation émotionnelle et le désir d'indépendance comportementale, sous-tendus par le besoin de développer une identité indépendante. Ceci conditionne donc une redéfinition au plan relationnel de son entourage.

## **Les facteurs de risque environnementaux**

Les événements de vie sont repérés dans la hiérarchisation proposée par Rihmer (1996) comme des facteurs de risque suicidaire secondaires. En effet, en opposition aux facteurs de risque primaires (trouble psychiatrique, traits de personnalité impulsifs ou violents, antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires), les facteurs environnementaux ne sont pas suffisamment spécifiques du risque suicidaire, d'autant qu'ils sont largement retrouvés dans la population générale. Si ces facteurs ne suffisent pas à expliquer ce qui conduit un sujet plutôt qu'un autre au suicide, il n'en demeure pas moins que chez un sujet qui présente des facteurs de risque primaires, l'existence d'événements de vie négatifs prend alors également une valeur de facteur de risque.

Les facteurs de risque environnementaux les plus souvent retrouvés chez les sujets qui réalisent des gestes suicidaires sont : la survenue de pertes parentales précoces (dans l'enfance), l'isolement social et affectif, l'exclusion, les problèmes financiers, la perte d'emploi, le chômage, une maladie grave, la prison, les situations d'échecs d'autant qu'elles sont vécues de façon humiliante, les déceptions sentimentales, les situations de stress (professionnel, émotionnel, affectif), les disputes ou bagarres avec les amis ou proches, les fugues.

Alors que souvent, les adultes ont tendance à minimiser les problèmes des adolescents, plusieurs études montrent par exemple que les adolescents qui se sont suicidés ont fait face durant l'année précédent à plus de conflits interpersonnels, de pertes et de problèmes légaux **ou** disciplinaires. On conçoit bien évidemment la difficulté de repérer les adolescents à risque compte tenu de la diversité et de la fréquence dans la population de ces problèmes environnementaux. S'il ne s'agit pas d'adopter des attitudes surprotectrices inopportunes et irréalistes, il faut néanmoins tenir compte du rôle potentiel de ces facteurs environnementaux dans le processus suicidaire.

On attribue souvent une valeur causale à un **environnement socio-économique** défavorable dans l'apparition d'un trouble psychiatrique ou d'une conduite suicidaire. Chez les adolescents présentant des problèmes psychologiques et psychiatriques (au sens large), on retrouve plus souvent un faible niveau éducatif des parents, un faible niveau de revenus, un nombre élevé d'enfants dans la famille, une grande mobilité de résidence. Toutefois, il semble que le statut socio-économique n'exerce pas une influence directe, mais qu'il intervienne à travers la diminution des liens familiaux et sociaux à laquelle il est souvent associé. Tout comme la distension des liens affectifs, la perte des repères et le sentiment de relégation semblent plus pertinents que les difficultés économiques et sociales, l'isolement (peu d'amis et de confidents) dont font état les adolescents suicidants est bien plus un sentiment d'isolement qu'un isolement réel. En conclusion, si le rôle des facteurs socio-économiques dans le risque suicidaire n'est pas sans nous rappeler que la sécurité et le confort dans les relations interpersonnelles sont importants à l'adolescence, il est surtout important de se préoccuper du vécu des adolescents en difficulté. Nous évoquons le manque d'acceptation sociale dont peuvent souffrir les adolescents. Ceci est également repéré pour ce qui concerne l'orientation sexuelle de ces sujets en plein processus de maturation. Plusieurs études récentes montrent que l'homosexualité masculine augmente le risque de tentatives de suicide (mais pas de suicide). La multiplication de centres de dépistage du SIDA devrait probablement nous inciter à développer des actions de prévention notamment auprès des jeunes homosexuels HIV+.

Le contexte familial intervient naturellement dans la matrice du risque suicidaire de l'adolescent. Les influences familiales sur le long-terme sont cumulatives, et agissent sur les valeurs, le niveau de résilience, les styles de coping c'est-à-dire adaptatifs, et sur les interactions. La famille est une grande source d'influence pour le développement de l'enfant et de l'adolescent. Elle est à la base du développement et de l'apprentissage dans l'expérience humaine et agit comme modèle. A l'adolescence la famille continue d'avoir une influence pour fournir la sécurité et survenir aux besoins élémentaires, fournir un milieu structuré, amener la valorisation et l'affection, l'instruction, la proximité, et donner des limites.

Qu'advient-il quand les familles sont vulnérables et dysfonctionnelles? Plus que l'organisation structurelle de la famille (familles mono-parentales par exemple), il semble que ce soit davantage le climat familial qui contribuerait aux troubles. En fait c'est moins le traumatisme d'une séparation antérieure d'avec un ou deux parents qui caractérise l'adolescent suicidaire que le type de relation intrafamilial au moment de l'adolescence : dysharmonie du couple parental, « frictions » avec les parents ou dans la fratrie, mauvaise qualité des relations intra-familiales. Les difficultés familiales sont le plus fréquent de événements précipitants des conduites suicidaires, avant les difficultés sentimentales.

Souvent, les adolescents qui réalisent des gestes suicidaires ont une perception négative de leur milieu familial, et des relations qu'ils entretiennent avec le reste de la famille sans que cette perception ne soit partagée par les autres membres. Ainsi, ces adolescents expriment ils de carences en terme de personnes ressources susceptibles de leur apporter un soutien, de relation: de confiance et de relations affectueuses et actives avec la mère. Ils décrivent plus souvent leur famille comme étant non communicante, désunie, repliée sur elle-même. Un manque d'échange émotif entre les parents et l'enfant conduit celui-ci à penser qu'il n'est pas une personne susceptible d'être aimée, et que son existence n'a pas de valeur aux yeux des autres. Une des tâches de la famille est de développer une mutualité qui valoriserait l'existence de l'enfant. En l'absence de cette valorisation familiale, l'adolescent n'a pas les habiletés nécessaires pour intégrer les émotions difficiles, ce qui entravera sa marche vers l'autonomie. Ces enfants cultiveront une image négative d'eux-mêmes et développeront peu de capacités d'adaptation. Ils sont impuissants et ont l'impression qu'ils n'ont aucune capacité à changer quoi que ce soit dans leur environnement.

Un autre facteur de risque suicidaire important au niveau familial est constitué par l'existence d'une psychopathologie parentale. L'existence plus fréquente de troubles psychiatriques chez les parents d'adolescents à risque suicidaire peut avoir un retentissement sur le fonctionnement familial : moins de relations actives et affectueuses des pères dépressifs, moins d'engagement, d'effort, et d'attention pour l'enfant, et moins de soutien extra-familial. D'autre

part, il est bien démontré que dans les familles d'adolescents qui réalisent des conduites suicidaires il existe une transmission familiale des transgressions majeures (incestes, violence), des troubles psychiatriques et de la personnalité (impulsivité), des conduites suicidaires. Ces différents facteurs peuvent intervenir dans la constitution d'une vulnérabilité suicidaire chez les enfants (en partie génétique), mais également à travers le rôle de l'imitation.

Bien que les facteurs issus du contexte familial ne soient pas spécifiques du risque suicidaire et qu'en fait ils sont probablement associés à un ensemble psychopathologique, l'implication de facteurs familiaux impose d'évaluer et de traiter les adolescents suicidants ou suicidaires ainsi que le système familial. L'intervention thérapeutique pourra avoir pour objet de permettre au milieu familial de l'adolescent de devenir plus structuré et consistant, de fournir un soutien émotionnel, des limites appropriées et de l'affection. Il est nécessaire d'évaluer la compétence de chaque parent à tenir ces rôles, de traiter les conditions psychiatriques éventuelles et de fournir un entraînement à exercer ces compétences et le soutien approprié.

Le rôle de l'imitation et de la surestimation d'un modèle célèbre qui s'est suicidé est clairement responsable d'une augmentation des taux de suicides. Cet «effet Werther», décrit après la parution de l'ouvrage de Goethe, a été régulièrement rapporté dans les suites de sorties de films ou de la médiatisation de cas fameux (Kurt Cobain). Il s'agit également d'un fait à prendre en compte dans les collectivités et notamment en milieu scolaire lorsqu'un élève a effectué un passage à l'acte suicidaire. Ceci justifie de développer des actions de prévention adéquates, qui ne doivent pas se limiter à des interventions tout azimut de psychiatres et de psychologues. Il est également indispensable que les médias ne valorisent pas le suicide d'une « idole des jeunes », d'autant que le romantisme attaché au suicide d'une star ne correspond pas à la réalité: trop simpliste et faux.

déception ou rejet (sentimental, scolaire, professionnel), problèmes disciplinaires et légaux, autres problèmes relationnels. Ces événements de vie, d'autant qu'ils seront associés à un vécu d'humiliation et de perte vont engendrer un haut niveau d'anxiété ou de colère et agir comme des facteurs précipitants de la tentative de suicide. Les facteurs qui précèdent de peu le geste

suicidaire sont des déclencheurs du passage à l'acte, mais il serait erroné de penser qu'ils créent le processus suicidaire. En fait ils ne sont, comme le disent les patients, que « la goutte d'eau qui fait déborder le vase ». Ils ne sont que l'aboutissement du processus suicidaire et terminent la chaîne de pertes affectives qui ont rendu l'individu plus vulnérable et démuné face aux échecs et aux stress. Il faut donc considérer ces événements de vie comme des signaux d'alerte qui peuvent précéder un geste suicidaire, et non comme leur cause. Ce que recherche un suicidant c'est la fin de la souffrance qui a dépassé un seuil de tolérance. Le sujet n'a plus de recours dans une situation donnée, il ne perçoit plus d'autre choix que le passage à l'acte. De plus, il faut considérer les autres facteurs environnementaux qui sont survenus plus tôt dans l'existence comme susceptibles de faire écho à ces nouveaux facteurs.

Chez les adolescents, les événements de vie sont très souvent des facteurs précipitants, même si nous pouvons les juger inappropriés. Même lorsque le geste suicidaire a un but de manipulation de l'entourage comme lors d'une rupture sentimentale, il faut malgré tout considérer la « manipulation » ou le « chantage au suicide » comme le signe d'un dysfonctionnement net. D'autant que la manipulation peut à son tour engendrer des problèmes liés à la réponse faite par l'entourage. Insistons sur le fait qu'il n'y a pas de relation de cause à effet simpliste mais que les facteurs environnementaux peuvent se cumuler dans une sorte d'engrenage et de cercle vicieux.

**En conclusion**, nous devons considérer que les conduites suicidaires sont l'acte final de la crise suicidaire, au cours de laquelle l'équilibre entre le sujet et son environnement se rompt du fait de la conjonction et des effets réciproques de l'individu sur son environnement, des événements de vie et de sa vulnérabilité psychologique et biologique. Dans la phase terminale de ce processus, le sujet croit, à tort, qu'il n'y a pas d'autres solutions pour arrêter de souffrir, ce qui montre que le suicide n'est pas un choix, mais une absence de choix. Cette situation de crise suicidaire, qui n'a rien d'une "crise d'adolescence", est par définition transitoire et réversible. Elle justifie donc d'une action. Du fait du grand nombre de facteurs impliqués dans l'apparition de la crise suicidaire, les stratégies de prévention à développer sont nombreuses et touchent différents

niveaux. Ce type de réunion au cours de la Journée Nationale de Prévention du Suicide en est un exemple. Sur le plan médical, une des actions qui s'imposent consiste à développer la prise en charge hospitalière des suicidants, tel que ceci est recommandé dans la conférence consensus de l'ANAES.