

F. Broun-Fericelli

## Suicide de l'adolescent et du jeune adulte : quelle prévention possible par le médecin de premier recours ?

**E**n Suisse, le suicide est la seconde cause de mortalité chez les adolescents de 15 à 19 ans (après les accidents et traumatismes), et il constitue la première cause de décès chez les jeunes gens de 20 à 24 ans.<sup>a</sup>

Ces chiffres à eux seuls montrent à quel point le suicide chez les jeunes doit être une préoccupation majeure de santé publique. Mais quelles peuvent être les modalités de prévention du suicide ? On imagine bien qu'un schéma du type de celui qui est appliqué pour des maladies comme la tuberculose ou la poliomyélite ne peut pas se transposer à la problématique du suicide, étant donné la complexité et la multiplicité des facteurs en jeu.

Dans de nombreux pays, différents types de programmes de prévention ont été mis en place,<sup>1</sup> posant le problème de la nécessité mais aussi de la difficulté d'évaluation de ces différentes stratégies. Nous n'entrerons pas ici dans le détail de ces programmes, mais nous allons porter notre attention sur une des voies d'accès privilégiées face à l'adolescent et au jeune adulte en difficulté : la consultation médicale.

### Les jeunes de 15 à 24 ans consultent et ont fréquemment recours à leur médecin traitant

Une enquête récente effectuée en France par l'INSERM<sup>2</sup> auprès d'un échantillon représentatif de 12 391 jeunes de 11 à 19 ans a mis en évidence l'importance du recours au système de soins de cette tranche d'âge de la population : 94,2% d'entre eux ont consulté au moins une fois dans l'année un professionnel de santé.

Quel type de professionnel de la santé consultent-ils ? Le médecin généraliste (74,8%), l'infirmière scolaire (43,4%),

le dermatologue (21,1%), le gynécologue (19% des filles), le médecin scolaire (18,1%). Mais aussi l'ophtalmologue (22,3%) et le dentiste (64,9%). Seulement 4% de ces jeunes ont consulté un psychiatre ou un psychologue.

Le recours massif au médecin généraliste ressort donc clairement, ainsi que le recours à des spécialistes tels que le dermatologue, le gynécologue et l'ophtalmologue. On ne peut que constater parallèlement le faible recours au psychiatre et au psychologue.

Et pourtant, 19% des garçons et 27% des filles ont pensé au suicide durant les douze derniers mois, 5% des garçons et 8% des filles ont effectué un geste suicidaire dans cette même période.

Par ailleurs, Choquet<sup>2</sup> souligne que les enquêtes effectuées auprès des jeunes suicidants révèlent que ceux-ci ont consulté plus fréquemment encore que la population générale, quels que soient leur âge et leur sexe, et quel que soit le type de professionnel. L'essentiel des plaintes est somatique (céphalées, acné, troubles menstruels).

Le médecin somaticien, et particulièrement le généraliste, est donc vraiment un interlocuteur privilégié ; il est en première ligne pour détecter un risque suicidaire : la population à risque s'adresse à lui avec des plaintes le plus souvent somatiques.

Les questions qui se posent alors au médecin sont d'ordre pratique : comment détecter parmi les jeunes consultants ceux qui présentent un risque suicidaire ? Comment aider ce jeune patient, et comment l'orienter, alors que l'on connaît bien la fréquente réticence des adolescents à consulter un psychiatre ou un psychologue ?

Mais avant d'aborder ces questions, nous allons rappeler brièvement quelques caractéristiques fondamentales du développement psychique à l'adolescence.

### Adolescence, corps et suicide

Sur le plan psychique, l'adolescence

peut être considérée comme un véritable travail de transformation permettant d'intégrer les changements induits par la puberté. Au cours de ce processus, l'adolescent doit, entre autres, renoncer à ce que ses principales figures d'amour (les parents de son enfance) soient l'objet de ses pulsions sexuelles. Il s'agit d'un douloureux travail de renoncement, impliquant la perte des objets d'amour antérieurs, et dans les cas heureux, la possibilité ultérieure d'investissement d'autres objets. Ce deuil nécessaire place l'adolescent au cœur de la problématique dépressive.

Par ailleurs, les changements pubertaires vécus dans le corps confrontent l'adolescent à un radical changement de principe de réalité :<sup>3</sup> en effet, durant l'enfance, le principe de réalité est gouverné par l'impuissance du corps de l'enfant, impuissance de facto, associée à la toute-puissance de la pensée. Cette toute-puissance protège l'enfant de la dépression. (Bien que la dépression existe chez l'enfant, sa prévalence est bien moindre qu'à l'adolescence).

À l'adolescence, doit survenir un double mouvement de bascule : l'impuissance du corps se mue en puissance du corps (au sens génésique et orgasmique), et parallèlement la toute-puissance de la pensée doit se dissoudre en reconnaissance de la finitude et acceptation de la différence et de la complémentarité des sexes.

On voit donc à quel point le corps est au centre de la problématique adolescente : les modifications visibles de ce corps (développement de la musculature, premières règles, premières éjaculations) viennent bouleverser toute l'organisation psychique propre à l'enfance. Le corps est par ailleurs une interface entre l'intérieur et l'extérieur, entre le soi et le non-soi. Or, l'établissement d'une différence entre le soi et le non-soi est aussi l'un des enjeux importants de l'adolescence. On comprend à quel point le corps représente à cet âge un lieu privilégié d'expression des difficultés psychiques, un véritable écran de projection.

Tous ces remaniements physiques et

<sup>a</sup> Office fédéral de la statistique, 2001.



psychiques rendent évidemment l'adolescent vulnérable, à la fois dans son corps et dans le fonctionnement de sa pensée.

Le suicide, quant à lui, représente le paradigme de l'attaque contre soi, puisqu'il implique une atteinte portée à l'intégrité de son propre corps, voire une destruction de celui-ci. Le statut particulier dévolu au corps pendant l'adolescence, ainsi que les menaces d'effondrement identitaire propre à cette période et aux remaniements psychiques qui l'animent, exposent spécifiquement l'adolescent au passage à l'acte suicidaire.

Cependant, souligner et expliquer les raisons de cette vulnérabilité face à la dépression et au suicide ne doit pas conduire à considérer la tentative de suicide à l'adolescence comme un acte banal ou un simple avatar incontournable de cette période de la vie.

L'acte suicidaire (à la différence des idéations suicidaires) signe l'existence d'un véritable trou dans la pensée au moment où il se produit, un arrêt des mécanismes de représentation psychique. Le passage à l'acte suicidaire est toujours éminemment pathologique.

## Comment repérer un patient à risque

### Signaux d'alerte d'une souffrance psychique

À l'adolescence, une souffrance psychique va tout d'abord se manifester par l'existence de *changements récents* dans un ou plusieurs des domaines suivants :

- Les performances à l'école ou dans le cadre d'un apprentissage peuvent avoir baissé.
- Les relations avec les pairs peuvent s'être modifiées dans le sens d'un isolement de l'adolescent, d'une perte de ses relations amicales antérieures, ou bien encore, il vient de subir une déception amoureuse.
- Dans le cadre de la famille, on peut repérer une exacerbation des conflits avec les proches ou au contraire un retrait affectif.
- Le domaine des intérêts extrascolaires est aussi à explorer : l'abandon des hobbies habituels, le désintérêt pour les passions jusque-là fortement investies sont des signaux d'alarme à ne pas négliger.

Des changements dans un ou plusieurs des domaines cités signent l'existence d'une souffrance. Cette souffrance peut être liée au processus même d'adolescence, mais bien souvent l'adolescen-

ce elle-même ne suffit pas à l'expliquer. Il est alors utile d'effectuer une investigation plus approfondie, afin de mettre en évidence ou d'exclure l'existence d'une éventuelle dépression.

### Signes de la lignée dépressive

On sait que 80 à 99% des jeunes qui ont fait une tentative de suicide ou qui sont décédés par suicide<sup>1</sup> présentaient des troubles psychiques au moment de leur geste, principalement un trouble de l'humeur. Il en découle naturellement que, si l'on se place dans une optique de prévention du suicide, le repérage d'une dépression chez l'adolescent est fondamental.

Les signes de dépression à cet âge de la vie sont les mêmes que chez l'adulte. Il sera donc utile de rechercher l'existence de la triade *anxiété, tristesse, troubles du sommeil*. Des *difficultés de concentration*, des *troubles de l'appétit* et des variations pondérales sont aussi possibles.

Cependant, de nombreux tableaux cliniques, en particulier chez le jeune adolescent et chez le garçon, sont moins typiques que chez l'adulte. L'expression de la tristesse, du ralentissement psychomoteur est souvent moins nette. Il s'agit plutôt d'une *irritabilité* générale associée à des moments de *levée d'inhibition* marqués par de brusques mouvements de défolement.

Enfin, il faut rechercher l'existence d'*idées suicidaires*, sans craindre qu'une question à ce sujet puisse déclencher l'acte suicidaire lui-même.

Toutes les études récentes<sup>1</sup> montrent l'existence d'une corrélation étroite entre dépression et suicide chez les jeunes. Le repérage d'une symptomatologie dépressive doit donc conduire à la recherche d'une prise en charge adéquate de l'adolescent. L'urgence de la situation par rapport au risque suicidaire doit alors être évaluée, car elle sera susceptible d'induire des réponses thérapeutiques différentes.

### Evaluation de l'intensité du risque suicidaire

- Les *idées suicidaires* sont fréquentes à l'adolescence et n'entraînent pas forcément une tentative de suicide, mais elles constituent un signal d'alerte important qu'il ne faut jamais prendre à la légère. L'attitude à l'égard de ces idées est à explorer : l'adolescent a-t-il un espoir d'amélioration de son état actuel ou bien au contraire n'imagine-t-il aucune issue ?

• Un point important est la recherche d'*antécédents personnels de tentative de suicide*. On sait qu'une tentative antérieure augmente de vingt fois le risque de décès par suicide.

• La notion de *tentatives de suicide ou de suicides dans l'entourage* (familial, scolaire, amical) est lui aussi un facteur de risque non négligeable.

• Enfin, il peut être utile de rechercher d'*autres signes de mise en danger de soi*, tels que les accidents à répétition, la pratique de sport à haut risque, la notion d'épisodes répétés d'alcoolisation ou de prise de toxiques, l'existence de relations sexuelles non protégées ou d'une promiscuité sexuelle.

Les modalités de repérage des jeunes patients à risque sont résumées dans le tableau 1.

## Comment orienter le patient à risque suicidaire ?

Chaque situation est évidemment bien particulière et nécessitera une stratégie différente. Cependant, quelques grands principes peuvent être posés.

• L'existence d'une symptomatologie dépressive récente, avec des parents prêts à reconnaître la souffrance de leur adolescent, relève d'un travail de soutien au cours duquel l'empathie pourra constituer un levier thérapeutique puissant. La prescription d'antidépresseurs peut être envisagée dans un deuxième temps, mais jamais de façon isolée et toujours dans le cadre d'entretiens réguliers.

• A l'opposé, deux situations impliquent des décisions immédiates :

– Si le geste suicidaire a déjà eu lieu, le patient doit bien entendu être envoyé aux urgences de l'hôpital le plus proche où seront effectués un bilan somatique et un bilan psychique. La nécessité d'une hospitalisation en milieu spécialisé à la suite des soins médicaux sera évaluée aux urgences.

– S'il existe un risque aigu de passage à l'acte suicidaire, le patient doit aussi être adressé aux urgences. Par ailleurs, à Genève, l'Unité de crise pour adolescents peut être contactée directement par le médecin traitant. Elle propose huit lits d'hospitalisation pour des jeunes de 16 à 21 ans ayant effectué une tentative de suicide ou présentant des idéations suicidaires sévères. Le principe est celui d'une hospitalisation volontaire. Un rendez-vous pour une évaluation par un médecin et un infirmier de l'unité peut s'obtenir dans les meilleurs délais. Un des buts



| Repérer les signaux d'alerte d'une souffrance psychique                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Recherche des signes de la lignée dépressive                                                                                                                                                                                                                    | Recherche des risques suicidaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Changements récents dans un ou plusieurs des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Ecole/apprentissage/travail</i> (baisse des performances)</li> <li>• <i>Relations avec les pairs</i> (isolement, déception amoureuse)</li> <li>• <i>Relations avec la famille</i> (retrait affectif/exacerbation des conflits)</li> <li>• <i>Activités extra-scolaires</i> (perte d'intérêt)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• Tristesse et/ou irritabilité</li> <li>• Troubles du sommeil</li> <li>• Troubles de la concentration</li> <li>• Troubles de l'appétit et variation pondérale</li> <li>• Idées suicidaires</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idées suicidaires</li> <li>• Espoir d'amélioration/désespoir</li> <li>• Antécédents personnels de tentative de suicide</li> <li>• Antécédents de tentative de suicide ou de suicide dans l'entourage</li> <li>• Autres signes de mise en danger de soi :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– accidents à répétition</li> <li>– sport à haut risque</li> <li>– alcoolisations répétées et/ou prise de toxiques</li> <li>– relations sexuelles non protégées et/ou promiscuité sexuelle</li> </ul> </li> </ul> |

Tableau 1. Modalités d'évaluation du risque suicidaire à l'adolescence.

principaux de ce type d'hospitalisation sera de mettre en place un suivi psychiatrique ou psychologique ultérieur.

• Dans les situations où un certain nombre de signes inquiétants sont identifiés, une des difficultés, au-delà du repérage même des troubles, tient au fait que la plupart des adolescents en souffrance refusent de consulter un spécialiste. Il n'est donc pas aisé de les référer directement à un psychiatre ou un psychologue. Ainsi, dans le domaine de la prévention du suicide chez l'adolescent et le jeune adulte, un travail en réseau s'avère souvent indispensable afin de permettre au jeune l'accès aux soins.

C'est dans cet esprit qu'a été créé à Genève le Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS), en partenariat avec les Hôpitaux universitaires de Genève et la Fondation Children Action.

Outre son activité de recherche et de formation, le CEPS propose un dispositif particulier lui permettant d'effectuer un travail clinique spécifique dans le domaine de la prévention.

Il s'agit tout d'abord d'une ligne téléphonique d'urgence (022 382 42 42) permettant un accès facilité vers un spécialiste clinique. De 8 h 00 à 18 h 00 en semaine, un psychiatre ou un psychologue répond aux appels. La nuit, le week-end et les jours fériés, la permanence téléphonique est assurée par un infirmier de l'Unité de crise pour adolescents.

Cette ligne est à disposition des adolescents et jeunes adultes à risque suicidaire mais aussi de leurs proches (famille, amis) et des professionnels (médecins,

enseignants, etc.). Une consultation téléphonique immédiate est possible, et une consultation peut être obtenue sur rendez-vous, les jours ouvrables, dans les plus brefs délais.

Un travail de guidance dans la gestion de la crise suicidaire peut être proposé à l'entourage, mais aussi au médecin de premier recours qui, on l'a vu, est fréquemment amené à être confronté à la problématique suicidaire de l'adolescence.

## Vignette clinique

Le Dr C., médecin généraliste installé en cabinet privé, nous appelle à propos de Cédric, un jeune homme de 18 ans, qui est venu le consulter suite à des blessures aux poignets qu'il s'est infligées avec un cutter. Les blessures sont peu profondes et les soins somatiques à peine nécessaires. Cédric explique à son médecin qu'il a effectué ce geste suite à une rupture avec sa petite amie mais qu'à présent tout va bien, qu'il se sent mieux. Le Dr C. connaît Cédric et sa mère depuis plusieurs années. Il les voit tous deux de temps à autre pour des maladies banales de type bronchite ou angine. Inquiet pour Cédric, le médecin lui propose une consultation psychiatrique, ce que le jeune homme refuse énergiquement.

Nous proposons à ce collègue une trame d'évaluation au terme de laquelle il s'avère que Cédric a cessé

depuis quelques semaines de suivre la deuxième année d'apprentissage qui était en cours. Depuis plusieurs mois, il présente de grosses difficultés d'endormissement. Il s'est également fâché avec son patron qui le trouvait trop distrait et paresseux. La mère, avec laquelle Cédric vit, n'est pas au courant de l'arrêt de l'apprentissage car Cédric quitte la maison tous les matins et revient le soir à l'heure habituelle. Il n'y a pas de notion d'antécédent personnel ou familial de tentative de suicide, mais Cédric dit qu'il lui arrive parfois de penser à la mort. Il fume des joints de temps à autre, mais pas quotidiennement. Il dit ne pas avoir voulu vraiment se tuer en se coupant avec le cutter, juste voir ce que cela faisait.

Devant l'attitude du jeune homme qui consiste à banaliser son geste, nous conseillons au Dr C. de faire part de son inquiétude à son patient et de lui fixer un autre rendez-vous dès le lendemain, afin de ne pas perdre le contact avec lui. En effet, si Cédric n'accepte pas d'emblée de rencontrer un psychiatre, il semble se sentir en confiance avec son médecin traitant. Nous lui suggérons par ailleurs de dire à Cédric qu'il a été en contact téléphonique avec nous et de lui communiquer le numéro de notre ligne d'urgence. Cédric accepte ce qui lui est proposé, mais ne souhaite pas que sa mère soit au courant de l'arrêt de son apprentissage.

Le Dr C. revoit Cédric le lendemain matin, et reçoit la mère dans un deuxième temps en présence du jeune homme. La mère n'avait pas pris l'exacte dimension de l'état de détresse de son fils, mais elle accepte l'idée d'une consultation au CEPS dans un but d'évaluation plus précise. Au cours de l'entretien à trois, Cédric se montre sensible à l'intérêt que lui portent son médecin et sa mère; il évoque lui-même l'arrêt de sa formation professionnelle. Il admet alors qu'il a besoin d'aide et accepte une consultation avec nous à condition que sa mère l'accompagne.

Après quelques entretiens, qui confirmeront l'état dépressif du jeune homme, nous parvenons à établir une alliance thérapeutique. Nous recevons Cédric très régulièrement pendant trois mois et, avec son accord, nous sollicitons son père avec lequel il n'avait



plus de contact depuis environ un an. Parallèlement, nous instituons un traitement antidépresseur. L'amélioration de la symptomatologie dépressive et la disparition des idées suicidaires surviennent en quelques semaines.

Cependant, Cédric demeure fragile et même s'il a le projet de reprendre son apprentissage, il fait part de la souffrance qu'il éprouve à l'égard de son père et de difficultés dans les relations avec les jeunes filles de son âge. Il accepte alors d'entamer un travail de psychothérapie auprès d'un psychothérapeute en ville.

### Pour finir...

Nous retiendrons quelques principes de base :

- Une prévention efficace du suicide passe par un *repérage précoce* et une *prise en charge adaptée* des adolescents et jeunes adultes présentant des troubles psychiques, en particulier *des troubles de l'humeur*. Nous n'avons pas jugé utile de détailler ici l'ensemble des traitements utilisés dans la dépression de l'adolescent, et

nous renvoyons le lecteur intéressé aux ouvrages de référence à ce sujet.<sup>4</sup>

- Les médecins somaticiens et particulièrement les médecins généralistes sont dans une position privilégiée pour dépister les troubles qui précèdent quasiment systématiquement une tentative de suicide, car cette population jeune les consulte fréquemment pour des plaintes somatiques.

- Les tentatives de suicide à l'adolescence, même dans le cas où leur répercussion immédiate ne met pas la vie en danger, ne sont jamais à prendre à la légère. Elles sont toujours le signe d'un mal-être intense et d'un *trouble psychique sous-jacent*. Dire que la période adolescente est une période de grande vulnérabilité au passage à l'acte suicidaire ne veut pas dire que les tentatives de suicides soient normales à cet âge. L'attention dans ce domaine (ça passera avec l'âge, il suffit d'attendre...) ne peut pas être retenu comme une stratégie valable.

- Si l'attitude empathique est une nécessité pour établir une relation de confiance avec l'adolescent déprimé et/ou suicidaire, il peut être utile de *faire appel à des personnes ressources*, que l'adolescent n'acceptera pas forcément d'aller consul-

ter d'emblée mais qui peuvent effectuer un travail de guidance de l'entourage dans le but de faciliter l'accès ultérieur aux soins du jeune lui-même. Accès qui, on l'a vu, n'est pas toujours simple à mettre en œuvre.

### Bibliographie :

- 1 Bowen P, Choquet M, Ladame F, Kjellberg G, Perret-Catipovic M. Youth suicide prevention programs: Review of literature published in English or French between 1990 and 1999. Centre d'étude et de prévention du suicide, Genève, 2001.
- 2 Choquet M, Ledoux S. Adolescents, enquête nationale. Paris: Les Editions INSERM, 1994.
- 3 Ladame F, Perret-Catipovic M. L'adolescence: les enjeux du développement. In: Jeu, fantasmes et réélités, le psychodrame psychanalytique à l'adolescence. Paris: Masson, 1998.
- 4 Marcelli D. Les états dépressifs à l'adolescence. Paris: Masson, 1995.

### Adresse de l'auteur :

Dr Françoise Broun-Ferlicelli  
Centre d'étude et de prévention du suicide (CEPS)  
Unité Adolescents (Pr François Ladame)  
Hôpitaux universitaires de Genève et  
Fondation Children Action  
51, Bd de la Cluse  
1205 Genève  
broun.francoise@diogenes.hcuge.ch

## Génétique

### ADN : les premiers tours de la double hélice

La revue *Nature* cède aux sirènes de la rétrospective dans son numéro du 23 janvier. Il y aura cinquante ans le 25 avril prochain, James Watson et Francis Crick présentaient dans cette même revue la structure hélicoïdale de la molécule d'ADN. Les deux chercheurs, autant que leur «double hélice», sont devenus les symboles de l'ère génétique. La fameuse photo où ils posent à Cavendish devant leur modèle de fil de fer est entrée dans l'histoire. Comme si, d'un coup, la lumière s'était faite sur la nature de l'hérédité.

En réalité, il a fallu attendre presque une décennie pour que la communauté savante reconnaisse l'importance de la structure de la molécule d'ADN et l'appariement des

bases décrits par Watson et Crick, observe l'historien des sciences Robert Holby, de l'Université de Pittsburgh (*Nature* 2003; 421: 402-5). «Les découvertes paraissent rétrospectivement plus grandes qu'elles n'étaient, surtout à l'occasion des jubilés, remarque-t-il malicieusement. La double hélice n'y fait pas exception.»

L'auteur montre que, de 1953 à 1960, le nombre d'articles publiés dans *Nature* et mentionnant la double hélice est resté de l'ordre de cinq par année. Dans le même temps, le nombre de papiers faisant référence à l'ADN passait d'une vingtaine à près de cinquante, tandis que le volume de la revue doubleait. Selon Holby, la communauté savante n'a pris réellement au sé-

rieux l'hypothèse de Watson et Crick qu'à partir du moment où il est devenu clair que l'ADN jouait un rôle dans la synthèse des protéines.

«Pourquoi célébrer cette découverte-là ? (...) Pourquoi ne pas attendre 2005 pour célébrer le cinquantième de la première détermination complète de la séquence des acides aminés d'une protéine, l'insuline, par Sanger?» s'interroge l'historien. La réponse, il l'esquisse : la double hélice, dessinée pour la première fois par la femme de Crick pour l'article de 1953, est dotée d'une grande valeur iconique. Sa découverte et les personnages qui y ont contribué sont entrés dans l'histoire, notamment grâce au livre de Watson, «La double hélice», publié en 1968.

L'histoire comprend même une «héroïne trompée», Rosalind Franklin, une jeune scientifique de 33

ans en 1953, que l'histoire a cru pouvoir oublier alors que ses travaux, tombés à son insu aux mains de Crick et Watson, ont largement contribué à leur découverte (*Nature* 2003; 421: 407-8). Après sa disparition précoce, cette oubliée du prix Nobel de 1962 est devenue une icône féministe, une fille dont le génie a été sacrifié à la gloire des mâles. L'histoire des sciences n'est pas, elle se construit.

J.-L. Vonnez