

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2000

THESE N° 163.

**Prévention secondaire des tentatives de  
suicide des adolescents par le médecin  
généraliste : mythe ou réalité ?**



**THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 25 octobre 2000

PAR

**Vanessa BOUBY**  
Née le 17 mars 1972 à Limoges

**EXAMINATEURS DE LA THESE**

M. le Professeur GAROUX Roger

- Président

PAR ORDRE ALPHABETIQUE

M. le Professeur ARNAUD Jean-Paul

- Juge

M. le Professeur COLOMBEAU Pierre

- Juge

M. le Professeur SALLE Jean-Yves

- Juge

Mme le Docteur DUMOITIER Nathalie

- Membre invité

M. le Docteur ROCHE Jean-François

- Membre invité

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

---

**DOYEN DE LA FACULTE:** Monsieur le Professeur PIVA Claude

**ASSESEURS:** Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude  
Monsieur le Professeur DENIS François  
Monsieur le Professeur GASTINNE Hervé

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique (C.S)	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe	CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE
BENSAID Julien	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	THERAPEUTIQUE
BONNAUD François (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	PNEUMOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	DERMATOLOGIE
BOULESTEIX Jean (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	PEDIATRIE
CATANZANO Gilbert	BIostatistique ET Informatique MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	ORTHOPEDIE
COGNE Michel	RADIODIAGNOSTIC
COLOMBEAU Pierre (C.S)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	UROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
DARDE Marie-Laure (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PARASITOLOGIE
DENIS François (C.S)	PEDIATRIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	ANATOMIE
DUMAS Jean-Philippe	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Michel (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel	NEUROLOGIE
DUPUY Jean-Paul (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
GAINANT Alain	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
	CHIRURGIE DIGESTIVE

**LABROUSSE** Claude  
**LABROUSSE** François (C.S)  
**LASKAR** Marc (C.S)  
**LEGER** Jean-Marie (C.S)  
**LEROUX-ROBERT** Claude (C.S)  
**MABIT** Christian  
**MAUBON** Antoine  
**MELLONI** Boris  
**MENIER** Robert (C.S)  
**MERLE** Louis  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
**PERDRISOT** Rémy  
**PILLEGAND** Bernard (C.S)  
**PIVA** Claude (C.S)  
**PRALORAN** Vincent (C.S)  
**RIGAUD** Michel (C.S)  
**ROUSSEAU** Jacques  
**SALLE** Jean-Yves  
**SAUTEREAU** Denis  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (C.S)  
**TREVES** Richard (C.S)  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)  
**VERGNENEGRE** Alain  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**VIROT** Patrice (C.S)  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)

REEDUCATION FONCTIONNELLE  
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
 CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
 PSYCHIATRIE D'ADULTES  
 NEPHROLOGIE  
 ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
 RADIOLOGIE  
 PNEUMOLOGIE  
 PHYSIOLOGIE  
 PHARMACOLOGIE  
 NEUROCHIRURGIE  
 CHIRURGIE INFANTILE  
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 MEDECINE LEGALE  
 HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 RHUMATOLOGIE  
 CANCEROLOGIE  
 NEUROLOGIE  
 ANATOMIE  
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
 EPIDEMIOLOGIE- ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION  
 MEDECINE INTERNE  
 REANIMATION MEDICALE  
 CARDIOLOGIE  
 MALADIES INFECTIEUSES

**MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS**

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

POMMARET Maryse

\* C.S = Chef de Service

**Je dédie cette thèse,**

Au Grand Absent,

A ma Mère, pour m'avoir appris à lire,

Au Velu sur sa pierre plate,

A toutes les très belles personnes rencontrées au cours de ces longues et passionnantes études,

A tous ceux que je n'ai pas connus,

A l'hélicoptère du SAMU 87,

Aux oiseaux dans le ciel,

Aux cochons dans l'espace.

**A NOTRE PRESIDENT DE THESE,**

Monsieur le Professeur **GAROUX**,

Professeur des Universités de Pédopsychiatrie,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service,

Nous gardons un souvenir très vif de votre enseignement de première année de Médecine et nous ne pouvons aujourd'hui que témoigner de l'immense regret de n'avoir pu en bénéficier davantage, les stages concernant votre spécialité n'étant hélas pas accessibles à nous internes de médecine générale. Vous nous avez fait l'honneur d'accepter la Présidence de cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre considération et de notre profond respect.

**A NOS JUGES,**

Monsieur le Professeur **ARNAUD**,

Professeur des Universités de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique,

Chirurgien des Hôpitaux, Chef de service,

Vous nous avez fait le très grand honneur d'accepter de juger cette thèse.

Nous avons pu apprécier l'accueil chaleureux de votre service et nous gardons le souvenir intact de la qualité de votre contact face à vos patients, ce qui est suffisamment rare dans votre spécialité pour mériter d'être signalé.

Veillez trouver ici l'expression de toute notre gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Professeur **COLOMBEAU**,  
Professeur des Universités d'Urologie,  
Chirurgien des Hôpitaux, Chef de service,

Vous avez encadré notre stage d'externe avec dynamisme et bonne humeur.

Nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement, émaillé parfois de notes humoristiques. Enfin vous avez été présent lors de certains moments difficiles pour nous.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre amitié.

Monsieur le Professeur **SALLE**,  
Professeur des Universités de Médecine Physique et Réadaptation,  
Médecin des Hôpitaux,

Vous avez accepté de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements.

**A NOTRE DIRECTEUR DE THESE,**

Monsieur le Docteur **ROCHE,**

Praticien Hospitalier, Pédopsychiatre,

Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service,

Vous nous avez fait la gentillesse d'accepter de diriger ce travail.

Vous nous avez orientée et guidée et avez su nous encourager

grâce à vos précieux conseils, enfin vous nous avez fait rire, ce qui n'est pas toujours facile au cours d'un travail de thèse. Nous garderons le regret (éternel) de n'avoir pu « apprendre » la pédopsychiatrie au sein de votre unité. Trouvez ici l'assurance de notre sincère reconnaissance.

Madame le Docteur **DUMOITIER,**

Médecin Généraliste à Limoges,

Vous avez encadré avec passion et brio notre stage « Praticien ». Nous gardons un souvenir émerveillé de votre infinie patience, de votre exemplaire dévouement à vos patients, tel que nous n'en avons jamais vu, à la manière de ceux que l'on nomme aujourd'hui « les médecins d'autrefois » ; vous savez quelle signification a pour nous cette expression et la forte charge émotionnelle qu'elle contient.

Vous resterez pour nous une « référence » en matière de Médecine car vous l'exercez telle que nous étudiants l'avions sûrement rêvée. Veuillez trouver ici le témoignage de toute notre admiration.

**A TOUS LES MEDECINS GENERALISTES QUI SE SONT PRETES A  
LA REALISATION DE CE TRAVAIL.**



# *PLAN*

## INTRODUCTION PRESENTATION DU TRAVAIL PREMIERE PARTIE : NOTIONS THEORIQUES

### **I-EPIDEMIOLOGIE**

#### *a) Définitions*

- épidémiologie descriptive
- épidémiologie analytique
- épidémiologie évaluative
  
- prévention primaire
- prévention secondaire
- prévention tertiaire
  
- les suicidés
- les suicidants
- les suicidaires
- les tentatives de suicide

#### *b) Progression inquiétante des suicides et des tentatives de suicide*

#### *c) Population étudiée*

#### *d) Chiffres concernant les adolescents en consultation, les conduites à risque*

- 1) Les plaintes somatiques des adolescents
- 2) Les conduites à risque
- 3) Conclusion

## II- L'ADOLESCENCE, PERIODE DE MUTATIONS

### A/Définition de l'adolescence

### B/Des limites floues

### C/L'évolution sociologique

### D/Remaniements à l'adolescence

- a) Première remarque: l'adolescence est une création de la culture
- b) Deuxième remarque: l'adolescence est un fait récent de notre culture
- c) Transformations somatiques à la puberté
- d) Transformations psychiques

### E/L'adolescent et ses parents

### F/Dépression et dépressivité à l'adolescence

- a) Dépressivité
- b) Dépression

### G/L'adolescent et la mort

### H/Tristesse et morosité à l'adolescence

- 1) L'ennui
- 2) La morosité

## **III-LA TENTATIVE DE SUICIDE A L'ADOLESCENCE**

A/Définition

B/Psycho-pathologie

C/Signification des formes de passage à l'acte: place à part pour la phlébotomie

D/Filles garçons, quelle différence?

*1) La tentative de suicide*

*2) Les conduites à risque*

E/Fonctions du geste

F/Facteurs prédictifs

G/Les déceptions sentimentales

H/Devenir des adolescents suicidaires

## **IV-LA CONSULTATION**

A/La consultation en médecine générale

B/L'approche de l'adolescent en consultation de médecine générale

*1) Généralités*

*2) L'approche corporelle; le corps sexué, représentant de l'union des parents*

3) Les plaintes somatiques : quelle signification ?

4) Le carnet de santé

5) La demande accompagnée

## C/L'approche de l'adolescent suicidaire en consultation de médecine générale

1) Généralités

2) Parler de la mort avec l'adolescent suicidaire

3) Place des parents

4) L'accès aux soins

## D/A propos des groupes Balint

1) Historique

2) Comment fonctionnent-ils ?

3) Avenir

## E/Conclusion

1) La relation médecin-adolescent

2) L'empathie

# DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE

## **I-RECHERCHES**

A/Description du questionnaire: sa construction

B/Critiques

C/Présentation de la méthodologie

1) Choix des items

- a) La consommation de produits
- b) Les plaintes somatiques

2) Choix de la population de médecins généralistes

## **II-COMMENTAIRE DES 43 QUESTIONNAIRES**

A/Description des résultats

1) Première partie: la consultation

2) Deuxième partie: l'adolescent, typologie

3) Troisième partie: le médecin généraliste, la formation

B/Statistiques de l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin

1) Présentation de l'étude

2) Quelques chiffres

3) Histoire du passage à l'acte

*4) Les médecins généralistes*

C/Points ressortant de notre étude

## **TROISIEME PARTIE : DISCUSSION** **SYNTHESE**

**I-CONCLUSIONS DE L'ENQUETE EN DIX  
POINTS**

**II-RECOMMANDATIONS DE L'ANAES**

**III-VERS UNE PREVENTION SECONDAIRE**

**IV-A PROPOS DES ABUS SEXUELS**

**V-LA PAROLE AUX ADOLESCENTS**

**CONCLUSION**  
**BIBLIOGRAPHIE**  
**TABLE DES MATIERES**  
**ANNEXES**

# INTRODUCTION

« Tous les jeunes désespérés se ressemblent, enfants d'une famille mystérieuse. On voudrait ne pas troubler le silence qui les recouvre... Et pourtant... »

François Mauriac.

« J'ai voulu mourir ! ... » ;  
 « ...pour voir qui viendrait à mon enterrement » ;  
 « ...pour que quelque chose change dans ma vie » ;  
 « ...pour qu'on s'occupe enfin de moi » ;  
 «...pour avoir une vie meilleure ».

Ces quelques échantillons issus d'un écrit de Ladame ressemblent à ce que nous avons pu nous-mêmes entendre au cours de notre stage d'externe dans le service de Pédopsychiatrie du CHU de Limoges.

C'est alors que nous avons fait la connaissance d'adolescents, guère plus âgés que nous. Ces adolescents avaient tenté de mettre fin à leurs jours, et s'étaient retrouvés hospitalisés puis adressés à un spécialiste pédopsychiatre.

Ce geste suicidaire de l'adolescence nous avait alors laissés perplexes.

Quelques années et quelques lectures concernant ce sujet plus tard, l'idée de ce travail est venue d'une part du constat par les spécialistes pédopsychiatres de l'importance des hospitalisations d'adolescents suicidaires ou suicidants au sein de l'unité de pédopsychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, et d'autre part des plaintes des cliniciens généralistes face à ces situations difficiles devant lesquelles ils se sentent fort démunis.

Enfin de nombreux travaux et articles abordant ce sujet, voient le jour actuellement et se présentent parfois sous la forme de questionnaires destinés aux adolescents ou consistent en des « conduites à tenir face à un adolescent suicidaire » ; ainsi il nous a semblé original d'aller à la rencontre des médecins généralistes afin d'avoir leur point de vue sur le sujet.

Alors que ce travail de thèse était déjà en cours nous nous sommes retrouvés en situation, dans un dialogue troublant et difficile avec des adolescents en souffrance psychique. C'était au cours de notre « stage chez le Praticien » et nous avons pu constater à quel point nos « maîtres de stage » se trouvaient eux aussi désarmés face à ces jeunes.

De la même façon, notre stage au SAMU de Limoges nous a permis d'expérimenter un autre moment de la prise en charge des adolescents suicidaires, cette séquence contenant une forte note émotionnelle qu'il convient de signaler. Ainsi s'est établie une sorte de « continuité » qui nous a permis de mieux « rêver » notre travail de thèse, avec peut-être un peu plus de recul.



L'hypothèse qui s'est imposée à nous est que la prévention secondaire des tentatives de suicide de l'adolescent relèverait plus de l'amélioration de la formation du médecin à l'approche de l'adolescence, plutôt que d'une « conduite à tenir » face à un adolescent suicidaire. Les médecins généralistes devraient donc être sensibilisés à **l'adolescence dans une approche holistique** et non plus centrée sur les tentatives de suicide. L'adolescent, qu'il soit ou non suicidaire, consulte le médecin généraliste spontanément. Ainsi c'est la qualité de la relation médecin-adolescent qui conditionnera la réussite de la prise en charge.

C'est ce que nous allons essayer de démontrer.

# PRESENTATION DU TRAVAIL

Ce travail est le résultat de diverses lectures.

Parmi nos références bibliographiques, deux enquêtes nationales menées par **M.Choquet** et son équipe (1992-1993) auprès d'une population de lycéens et concernant leur santé, s'imposent comme des études incontournables. La première étude porte sur 12 391 élèves âgés de 11 à 19 ans et scolarisés ; la seconde sur 3 000 jeunes non scolarisés âgés en moyenne de 21,4 ans. En outre, une autre enquête de l'INSERM (31) a porté sur un échantillon de 537 suicidants âgés de 14 à 20 ans, comparé à un groupe témoin de la population générale.

Les conclusions en sont les suivantes :

- les jeunes travailleurs et les inactifs sont sur-représentés parmi les suicidants,
- la dissociation familiale est plus fréquente (31,2 %),
- les enfants issus de famille nombreuse (4 enfants et plus) prédominent parmi les suicidants (49,6 % contre 32 % dans la population générale),
- on ne constate aucune différence entre la catégorie professionnelle des pères de suicidants et la population générale,
- aucune différence en ce qui concerne l'activité professionnelle des mères,
- on constate l'existence d'antécédents de suicide, de maladie mentale ou d'alcoolisme familial chez plus d'un suicidant sur deux.

Il nous faut mentionner également le travail effectué dans nos régions par l'**Observatoire Régional de la Santé** (1998-1999) sur le suicide et les tentatives de suicide en population générale, qui s'est avéré un élément de comparaison fort utile à notre propre travail d'investigation.

Si les suicides « réussis » des jeunes apparaissent à tous particulièrement catastrophiques, on a tendance inversement à minimiser l'importance de la tentative de suicide, jugée enfantillage ou chantage et probablement sans lendemain.

Pourtant, plus d'un jeune suicidant sur trois récidive et souvent très vite, avec un pronostic vital et social nettement moins bon qu'à la première tentative. Les chiffres actuels sont préoccupants avec selon les études entre 40 et 60 % de risque de récidive dans l'année qui suit la tentative et plus spécifiquement dans les 5 mois (71).

Il nous a semblé utile de rapporter dans un premier temps, après de brefs rappels épidémiologiques, certaines données de la littérature concernant des notions telles que l'adolescence mais également les tentatives de suicide de cette population précise, car enfin certains auteurs ont émis des hypothèses concernant les moyens de prévention secondaire, et ont porté l'accent sur ce qui semblerait être des signes prédictifs de passage à l'acte.

Il semblerait en effet que l'adolescent suicidaire consulte le médecin généraliste spontanément, avant de passer à l'acte et exprime son mal-être par des somatisations floues. Les médecins généralistes seraient insuffisamment formés à l'approche de cet adolescent suicidaire et se devraient de rechercher à l'interrogatoire certains éléments prédictifs de passage à l'acte, selon les recommandations de l'ANAES (4).

Dans un deuxième temps, nous avons exposé les résultats de notre investigation. Cette enquête, qui repose sur la base d'un questionnaire, nous a permis de rencontrer 43 médecins généralistes, 47 personnes en tout ayant été contactées.

Le bon accueil qui nous a été réservé mérite d'être signalé.

Les résultats de cette modeste enquête se doivent d'être analysés avec indulgence, l'échantillonnage étant tout à fait discutable : il s'agit bien d'une discussion autant que d'un échange au cours d'une rencontre à dimension humaine.

Ce travail n'a pas en effet la prétention de se comparer aux enquêtes épidémiologiques en cours actuellement mais de proposer une brève « photographie » des impressions du médecin généraliste concernant les adolescents suicidaires, et ce dans la solitude de son cabinet médical.

Car enfin cette solitude nous concernera un jour également.

C'est en référence à ces diverses données et réflexions qu'il nous a semblé intéressant de rencontrer ces cliniciens généralistes afin, et ce au travers d'une enquête de « terrain », de proposer un aperçu de leur approche de cet actuel enjeu de santé publique.

Il s'agit de leur vécu de ces tentatives de suicide à l'adolescence, mais également d'une véritable rencontre avec l'acteur qui nous semble se trouver en première ligne face à ces adolescents en mal de vivre. Cet exposé tente en quelque sorte, de donner la parole aux médecins généralistes car enfin nous nous sommes adressés délibérément à ces derniers et non pas aux adolescents concernés.

Si nous avons volontairement employé le terme d'« aperçu » concernant ce travail d'enquête, c'est qu'il est loin d'être exhaustif et pourrait peut-être servir de base à une plus vaste entreprise.

# **PREMIERE PARTIE :**

# **NOTIONS THEORIQUES**

« Toi, Papa tu étais un grand ; moi je suis un petit. Prions pour les petits de ce monde parce que leur cri de douleur n'atteint pas les oreilles des grands qui sont trop hauts. »

Michel, suicidé à 23 ans. (23)

# I- EPIDEMIOLOGIE

## a) Définitions :

L'épidémiologie est une méthode qui permet de déterminer la fréquence des maladies ou des faits de santé. Son intérêt est récent en santé mentale et remonte aux années 1970. L'étude des tentatives de suicide a bénéficié de son évolution et de son développement. On distingue l'épidémiologie :

**-descriptive** : qui détermine la fréquence des maladies ou des faits de santé.

Son but est de définir la fréquence et la distribution des pathologies, des facteurs de risque et des problèmes médico-sociaux dans une population. Les enquêtes descriptives peuvent être reproduites dans le temps ou l'espace, elles permettent des comparaisons géographiques et temporelles.

L'archétype de l'enquête descriptive est l'enquête de prévalence (ou enquête transversale) qui offre l'originalité de ne pas observer des sujets sur une longue période de temps. L'observation est pour ainsi dire instantanée, il s'agit d'une photographie de l'état de santé d'une population à l'instant T. Cette enquête peut être reproduite dans le temps et dans l'espace. L'investigation peut être menée en population générale (échantillon représentatif), ou au sein d'un hôpital, d'une collectivité et ce à l'aide d'un questionnaire, d'un auto-questionnaire par voie postale, par entretien téléphonique, exploitation de registres...

Cette enquête évalue donc la prévalence d'une maladie dans une population et sa distribution. Mais elle permet aussi d'étudier ses principales caractéristiques cliniques, et pose des jalons pour la formulation d'hypothèses étiologiques.(19)

**-analytique** : qui montre les facteurs de vulnérabilité ou de causalité, appelés facteurs de risque.

**-évaluative** : qui évalue l'efficacité des méthodes de prévention, de soins ou d'interventions.

En France, il existe deux sources majeures qui évaluent annuellement le nombre des suicides :

-l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

-l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE)

Dans le domaine de la suicidologie juvénile, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) distingue trois niveaux d'intervention :

- La prévention **primaire** vise à empêcher l'apparition du phénomène du suicide, qu'il s'agisse des actes ou des idées suicidaires.

- La prévention **secondaire** est principalement centrée sur la résolution de la crise ; elle consiste essentiellement à :

- 1) Dénouer la situation de crise traversée par les adolescents.
- 2) Dépister les adolescents à risque et leur offrir une aide.
- 3) Empêcher le passage à l'acte suicidaire.
- 4) Assurer la prise en charge immédiate et globale de la crise.

- La prévention **tertiaire**, enfin, consiste en :

- 1) La prévention et la réduction du pourcentage de récidives.
- 2) Fournir aux suicidaires un suivi continu et de qualité.
- 3) Offrir aux proches concernés le soutien nécessaire.
- 4) Favoriser la recherche sur la problématique suicidaire.

Le terme de suicide n'a qu'un peu plus de 200 ans ; c'est l'Abbé Desfontaines qui l'emploie le premier dans le « Supplément du dictionnaire de Trévoux », publié en 1752. (106)

Il faut distinguer : (4)

- les **suicidés** : morts par suicide

- les **suicidants** : ceux qui font des tentatives de suicide, notion qui comporte parfois un caractère péjoratif d'échec, qui renvoie à la « réussite » du groupe précédent.

- les **suicidaires** : ceux qui multiplient les conduites à risque ; parfois leur vie, en tout cas leur santé, peut être mise en jeu. Ce sont des individus ayant des idées ou exprimant des menaces de suicide.

- la **tentative de suicide** : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir.

Pour le groupe d'experts de l'OMS, le **parasuicide** est « un acte à l'issue non fatale par lequel un individu entreprend délibérément un comportement inhabituel, qui sans l'intervention d'autrui, causera des dommages auto-infligés ; ou qui ingère délibérément une substance en quantité supérieure à celle prescrite ou au dosage généralement admis, et qui a pour but d'amener, via des conséquences physiques réelles ou supposées, les changements que le sujet désire ».

Malheureusement, dans les pays francophones, le préfixe « para » est souvent assimilé à « pseudo », ce qui renforce l'ambiguïté quant à l'authenticité du geste et de sa signification. (72)

### b) Progression inquiétante des suicides et des tentatives de suicide :

Si la mortalité est faible pour l'âge de l'adolescence par rapport à d'autres moments de la vie, il est à remarquer que 71% des décès entre 15 et 24 ans sont dus à des morts violentes (accident et suicide).(12)

Ces chiffres interpellent les parents et aussi les soignants. Ils sont d'autant plus intolérables qu'ils ont tendance à augmenter d'année en année. Rapportés à la population de cette classe d'âge, les tentatives de suicide correspondent à un taux de 0,8% et les suicides de 0,04%.

Ces résultats sont voisins des suicides chez l'adulte (0,05%) et inférieurs à ceux des vieillards (0,1%).

Les conduites suicidaires sont en augmentation de fréquence chez les adolescents et sont la deuxième cause de mort à cet âge après les accidents et avant les tumeurs. Il s'agit de la cause de décès qui augmente le plus vite chez les jeunes.

Il apparaît que la France a plus de jeunes suicidés que ses pays voisins. (12)

Chaque année dans la classe des 13-21 ans, 40 000 tentatives de suicide sont recensées en France dont un millier de décès.

En France, 5324 décès d'adolescents de 15 à 24 ans ont été dénombrés pendant l'année 1995, soit un taux de mortalité de 66 pour 100 000 ; 70% des décès sont dus à une mort violente, cette proportion étant plus élevée pour le sexe masculin. Parmi les morts violentes, 38% sont des accidents de circulation. Les suicides, moins nombreux, représentent toutefois une part non négligeable de l'ensemble des morts concernant les adolescents : 11% des décès survenus de 15 à 19 ans, 17% pour les 20-24 ans. A cette période de la vie la part des suicides est beaucoup plus élevée que pour l'ensemble de la population ; les morts volontaires ne sont responsables que d'environ 2% du total des décès.

Ces faits sont dans l'ensemble connus. Il est d'autant plus frappant de constater qu'aucune conséquence n'en est véritablement tirée.

Dans une enquête réalisée par l'INSERM (30) en 1993, sur 12 391 jeunes scolaires de 11 à 19 ans, 7 % (dont 5,2 % de garçons et 7,7 % de filles, soit en moyenne deux élèves par classe) déclaraient avoir déjà fait une tentative de suicide et plus d'un sur quatre en avaient fait plusieurs.

Une seconde étude, effectuée auprès de 3 000 jeunes non scolarisés âgés en moyenne de 21,4 ans, rapporte que 15,4 % d'entre eux ont fait une tentative de suicide. (72)

Ces résultats permettent d'estimer à 1 sur 3 le risque de répétition de l'acte suicidaire lors d'une première tentative de suicide à l'adolescence. La récurrence survient dans les 12 mois qui suivent la tentative de suicide initiale pour plus de la moitié des cas.

L'acte suicidaire est un acte solitaire et surtout impulsif.

Chez les 15-24 ans, 55 % des suicidants affirment ne pas avoir prémédité leur geste ; certains ajoutent même n'y avoir jamais pensé auparavant.

Une étude réalisée chez des lycéens canadiens montre que la préméditation peut être inférieure à cinq minutes !

Selon celle effectuée par Marie Choquet et Françoise Davidson, 20 % des jeunes songeaient au suicide depuis plusieurs semaines ; 25 % y pensaient depuis plus d'un mois ; 33 % n'avaient prévenu personne de leur intention ; 12 % avaient averti un membre de leur famille, un ami ou un éducateur ; 76 % des suicidants ne s'étaient livrés à aucun préparatif ; très peu d'entre eux, enfin, avaient écrit une lettre ou étaient allés acheter un produit particulier.

Parmi les 27 adolescents suicidés étudiés par Brent et al (autopsie psychologique), 83 % avaient parlé de leurs intentions suicidaires une semaine avant leur mort, et ils s'étaient adressés à des personnes du même âge. (8)

### c) Population étudiée :

Les données issues du bilan réalisé en France par le Haut Comité de la santé publique concourent à recommander des actions de prévention précoce, sur des populations cibles, les notions d'adolescent et de jeune adulte étant considérées comme des périodes prédictives de l'état ultérieur de santé.



Toutes les études abordant l'adolescence et ses problématiques ne considèrent pas les tranches d'âge de façon identique, certaines évoquent pré adolescence, adolescence, post-adolescence, et nuancent la distinction des âges en années par rapport au développement physique et à l'acquisition de l'autonomie.

La majorité des études suivent les subdivisions individualisées par JEANNERET et al en 1983 où sont inclus comme : (99)

- « **préadolescents** », les 11-15 ans,
- « **adolescents** », les 15-20 ans,
- « **post adolescents** », les 20-24 ans.

#### d) Chiffres concernant les adolescents en consultation, les formes de tentatives de suicide, les conduites à risque :

##### 1) Les plaintes des adolescents en consultation

L'enquête française OMS-CFES (Comité Français de l'Education et de la Santé) (1997) auprès d'un échantillon de préadolescents de 11 à 15 ans montre l'importance des plaintes anxio-dépressives (troubles du sommeil, tristesse, grande fatigue, irritabilité, nervosité) : un quart des jeunes éprouvent au moins deux plaintes une fois par semaine, et cela en lien avec le sentiment de solitude, avec le stress du travail scolaire et l'angoisse de l'échec. Les plaintes d'ordre psychosomatique (mal de tête, au ventre, au dos) concernent 8% des jeunes (pour au moins deux d'entre elles).(12)

L'étude de Choquet auprès des adolescents (1993) indique l'importance des troubles fonctionnels et précise leur signification. Parmi les 11-19 ans, 20 % se réveillent souvent la nuit, 9 % font souvent des cauchemars, 4 % ont souvent des problèmes respiratoires, 24 % souvent mal à la tête, 23 % souvent mal au ventre, 3 % souvent des crises d'asthme. Ces troubles sont plus souvent observés chez les filles, alors que les troubles du comportement (usage de tabac, d'alcool, de drogues, délinquance, accidents...) sont l'apanage des garçons. (30)

L'apparition de ces troubles fonctionnels est fortement corrélée à la qualité des interactions intra familiales, alors qu'aucune différence n'est observée selon le niveau socio-économique ou social...

Plusieurs études ont retrouvé une consultation auprès d'un généraliste chez les deux tiers des suicidés dans les trois mois précédents leur mort, 40 % au cours des 4 semaines précédentes et 15 à 20 % dans la semaine précédente. (60)

## 2) Les conduites à risque

Concernant les tentatives de suicide, la sur représentation des jeunes filles est retrouvée depuis les premières études de l'INSERM. Celles-ci se démarquent également par des conduites particulières.

En effet, en 1997, on dénombre 40 000 tentatives de suicide par an, mais également 18 000 grossesses par an dans la population adolescente, dont 6 000 accouchements et 12 000 interruptions volontaires de grossesse pour une population d'environ 5 000 000 adolescents. (88) Il s'agit de véritables conduites à risque parfois considérées (à juste titre) comme des équivalents suicidaires.

En France, environ 10 % des 11-19 ans ont pris au moins une drogue durant leur vie, en particulier le haschich ou les produits à inhaler. Les études révèlent que les jeunes expérimentateurs de drogues consultent plus souvent les professionnels de santé que les autres adolescents. Le motif évoqué serait des troubles fonctionnels ou de l'humeur et pas la consommation de drogues. (30)

## 3) Conclusion

Marie Choquet (30) a résumé ainsi les relations entre les jeunes et les professionnels de santé :

### Les faits positifs :

Les jeunes consultent les professionnels de santé. Le médecin généraliste et l'infirmière scolaire sont en première ligne.

### Les faits préoccupants :

Les jeunes consultent « tous azimuts », sans réelle prise en charge. Malgré les problèmes, les « psy » et les assistantes sociales sont peu consultées.

10 % des jeunes en difficulté restent « sans soins ».

### Les faits inattendus :

Les jeunes en difficulté consultent.

Cet auteur a également évoqué l'association corps et violence :

Les faits positifs:

La majorité des jeunes n'a pas été victime de violences.

La majorité des jeunes n'a pas d'idées suicidaires.

Les faits préoccupants:

Un élève sur cinq a subi des violences; un élève sur seize a tenté de se suicider. Les garçons ont subi plus de violences physiques et les filles plus de violences sexuelles.

Les filles font plus de tentatives de suicide, celles-ci sont plus liées aux difficultés relationnelles.

Les faits inattendus:

75 % des tentatives de suicide n'ont pas donné lieu à une hospitalisation.

Parmi les jeunes qui pensent souvent au suicide, près d'un sur deux est déjà passé à l'acte.

**Ainsi, deux sous-populations se dégagent parmi les jeunes en difficulté : d'une part, les consultants qui sont souvent des multiconsultants, d'autre part ceux qui ne consultent pas et échappent donc au système de soins.**

En contre partie, il faut souligner que les enquêtes épidémiologiques montrent qu'une majorité d'adolescents dit ne jamais penser au suicide ( 77 %) et si les idées suicidaires sont donc "banales", elles ne sont pas la règle.

Ni la psychiatrie seule, ni l'épidémiologie seule ne pourront apporter une réponse suffisante aux questions posées actuellement par l'approche psychodynamique de l'adolescent.

On ne peut que conclure en exprimant l'idée qu'« éviter que le suicidaire ne devienne suicidant est un défi de société ».(104)

## II-L'ADOLESCENCE, PERIODE DE MUTATIONS

« La mort volontaire du sujet jeune est le lieu des deux plus vives causes de l'angoisse humaine. Tout ce que nous avons évoqué de projections, de défenses, de rejet vis-à-vis de l'adolescence d'une part, vis-à-vis de la mort en général et de la mort volontaire en particulier d'autre part, converge vers l'adolescent suicidaire. La position de l'adulte se complique encore du fait qu'il utilise l'image de l'adolescent pour se défendre contre la mort. »

A.HAIM. Les suicides d'adolescents. (11)

### A-DEFINITION DE L'ADOLESCENCE

Il nous a paru intéressant de reprendre la définition de l'OMS (1974) concernant l'adolescence, devant le flou persistant autour de celle-ci :

L'adolescence est la période durant laquelle l'être humain :

- passe du stade de la première apparition des caractères sexuels secondaires à celui de la maturité sexuelle.

- acquiert des structures psychologiques et des modes d'identification qui transforment l'enfant en adulte.

- passe d'un stade de dépendance sociale et économique totale à celui d'une indépendance relative.

Cette période va de 10 à 20 ans.

L'adolescence est un travail de deuil qui marque la fin de cette période pendant laquelle on pouvait encore dire « quand je serai grand ».(15)

## B- DES LIMITES FLOUES

L'adolescence est une période de la vie très à la mode actuellement qui se déploie dans les discours médiatiques.

Dans les pays industrialisés, l'adolescence se prolonge. Elle a tendance à commencer plus tôt qu'autrefois pour des raisons qui tiennent à la fois à la précocité de la croissance et à l'augmentation de la consommation sociale. Mais l'adolescence se prolonge et tend à devenir interminable. Il est probable que les adolescents ne parviennent pas à s'engager dans la vie pour des raisons sociales, essentiellement du fait de la difficulté à trouver un premier emploi, de la dépendance qu'entraînent les études supérieures. Il n'est donc pas déraisonnable de situer la fin de cette période autour de 25 ans, d'où la distinction entre :

**-la première adolescence qui commence vers 13 ans et se termine autour de 16 ans ;**

**-la deuxième adolescence qui se prolonge largement après 20 ans.**

Il faut savoir que les recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) (4) s'appliquent aux adolescents et aux jeunes suicidants, âgés de 11 à 20 ans. Elles peuvent être étendues jusque vers 25 ans, la limite d'âge supérieure de la dépendance au milieu familial et des comportements psycho-sociaux propres à l'adolescence étant difficile à définir avec précision.

L'entrée dans le monde de l'autonomie et de la maturité s'effectue de plus en plus tardivement, au point que l'on ne sait dire de certains sujets âgés de 19 à 25 ans, s'il s'agit de « vieux adolescents » ou de « jeunes adultes ».

L'âge de la puberté normale s'étend de 9 à 15 ans.

La maturité psychique ne s'acquiert parfois qu'autour de 25 ans ; quant à la majorité, elle est de 18 ans sur le plan institutionnel.

Il y a bel et bien une discordance entre la maturité psychique et physique.

Il faudrait peut-être élargir la période « 10-20 ans » à « 9-25 » ; cela pose le problème de la loi et des institutions aux limites rigides.

## C/L'EVOLUTION SOCIOLOGIQUE

*"Nous, on avait rien et on était devant "toute". Eux autres, ils ont "toute" et ils sont devant rien."*

Yvon Deschamps. (73)

Cette boutade d'Yvon Deschamps, sociologue au Québec, résume bien ce que vivent les adolescents d'aujourd'hui. Ils sont le reflet de la société qui les a fait naître : je me procure aujourd'hui ce que pourrait me donner demain. C'est une génération élevée dans un monde de guichets automatiques. Leurs parents les ont, pour plusieurs, inondés de biens, soit pour se déculpabiliser d'être moins présents, soit pour leur donner ce qu'ils n'ont pas eu enfants. Les adolescents sont élevés dans une société qui valorise beaucoup le plaisir immédiat et la recherche du bien être individuel (ton voisin l'a, pourquoi ne l'aurais-tu pas aussi?).

C'est une société d'abondance et de facilité en apparence seulement. Car elle ne leur rend pas facile l'autonomie financière et la pratique d'un métier qu'ils aiment. Beaucoup de choix sont offerts, mais il y a peu de possibilités réelles. C'est une société qui comporte beaucoup de facteurs d'insécurité. Citons le taux élevé de divorces, de chômage et d'emplois précaires, le phénomène de la crise de la quarantaine des parents de ces jeunes, auxquels s'ajoute une permissivité de plus en plus grande par rapport à la sexualité, tant à ce qui a trait à la variété des comportements qu'à l'âge auquel ils sont admis. (73)

Ces 20 dernières années en Occident, s'est développée une société donnant la priorité aux images, au détriment de la mise en mots et en récit, et l'apparence y est volontiers promue, ce qui génère ou favorise l'éclosion de « maladies de l'idéalité » et de « pathologies du self » (états limites, troubles narcissiques).(33)

## D/ REMANIEMENTS A L'ADOLESCENCE

E. Kestenberg a fort bien dit que « si tout se prépare pendant l'enfance, tout se joue à l'adolescence ».

### a) Première remarque :

L'adolescence est une création de la culture.

Margaret Mead a supposé l'absence d'adolescence chez les Indiens Samoans et dans d'autres sociétés primitives : l'enfant passe directement au statut d'adulte ; ce passage est rituellement officialisé.

Le rite de passage dans certaines cultures est pénible, violent, parfois dangereux et mutilant.

Ces rites à caractère d'épreuve obligent le futur adulte à affronter sinon la mort, du moins le risque ou l'idée de la mort.

Par la souffrance corporelle, s'inscrit dans la chair qu'il faut quitter l'enfance et appartenir irrémédiablement à l'âge au cours duquel on est responsable de sa propre vie mais aussi de la transmission de la lignée. (23)

Ainsi les sociétés primitives gèrent l'adolescence de façon bien spécifique.

### b) Deuxième remarque :

L'adolescence est un fait récent de notre culture :

- apparue au 19<sup>ème</sup> siècle avec les modifications des conditions de travail (transformations sociales liées à l'industrialisation ; autrefois l'éducation était soit militaire, soit religieuse)

- l'adolescent est représenté comme un individu en danger et dangereux pour la société, qui prend des risques en permanence : c'est l'ère du « dressage », de la pédagogie de l'encadrement ;

- mais l'adolescent est également perçu comme fascinant et séducteur, par sa force vitale et ses potentialités (ce qui n'est pas sans rappeler les mouvements de jeunesse dans les états totalitaires).

La période Antique quant à elle relate que « adolescens » est « celui qui est en train de grandir », qui s'oppose à « adultus » : « qui a cessé de grandir », d'où une dynamique de transformation à l'adolescence.

### c) Les transformations somatiques (23)

Elles peuvent se résumer ainsi :

- changement dans les rythmes de croissance
- maturation des gonades
- développement des caractères sexuels secondaires

Dolto (46) a laissé l'expression célèbre du « complexe du homard » pour exprimer ce que l'on ressent lorsque l'on est adolescent.

### d) Les transformations psychiques

Elles comportent :

- **la réactivation des conflits de la petite enfance.**

Concernant le développement psychoaffectif, l'étape oedipienne « va assurer la place de l'individu en tant qu'objet global, entier et sexué entre deux objets extérieurs sexués et parentaux ». (101)

Roche précise également que « L'enfant est exclu des relations privilégiées du couple parental par la loi, mais aussi par son impuissance. Les contradictions internes, c'est-à-dire le renoncement au fait d'être un garçon et une fille, les interrogations sur la mort du rival et la sienne propre, la nécessité de maîtriser l'absence et le non visible, sont impossible à aménager. Un nouveau fonctionnement mental doit alors apparaître pour permettre la continuité de l'activité psychique ».

Ainsi la phase de latence est classiquement « une phase aconflictuelle entre sept et douze ans qui correspond non pas à une disparition des pulsions sexuelles mais à leur effacement pour la conscience ».

« Vont alors se développer des sentiments de tendresse, de respect envers les images parentales et une extension extrafamiliale de la problématique oedipienne. C'est une période d'élaboration et d'enrichissement du narcissisme par fixation des premières lignes du développement. Toute une richesse qui contribuera à la réussite de l'adolescence ».



En outre, « L'assimilation par le regard social à l'adolescence correspond totalement au modèle du traumatisme : se substituant au rôle élaborateur de la phase de latence, cette « adolescentification forcée » laisse l'enfant confronté à des excitations qu'il n'a aucune capacité psychique à aménager, d'où une symptomatologie accrue du passage à l'acte, de la désocialisation ».(101)

**- un travail d' « intégration du corps sexué », représentant de l'union des parents.**

**- un travail d' « individuation ».**

La séparation-individuation est un réaménagement interne qui ne peut se produire que si l'on se pense capable d'être autonome et seul. Nombreux sont les adolescents qui ne peuvent l'envisager parce que la perte de leur image infantile ne peut être compensée. L'adolescence révèle ce qui subsiste de dépendance non résolue aux personnes importantes de l'entourage, pouvant dévoiler certains conflits.

La séparation suppose une prise de distance et une organisation du travail d'intériorisation, qui se fait grâce aux relations entre l'individu et les objets d'investissement, à travers des échanges sensoriels et fantasmatiques. (70)

**- la dimension de souffrance.**

La pré adolescence est l'âge où les relations avec les pairs deviennent aussi et parfois plus importantes que les relations avec les parents. Le jeune se compare aux autres et peut souffrir s'il se sent différent : puberté précoce ou tardive, prise de poids, acné.

L'adolescence n'a pas l'insouciance et la futilité que certains lui prêtent ; elle est l'âge des paradoxes et des fluctuations et ce n'est pas un hasard si les adultes ont du mal à se remémorer leur adolescence, sans la déformer ou la reconstruire.

L'adolescence est un temps de souffrance mais aussi d'épanouissement ; lorsque les adolescents renoncent à remodeler un passé irrémédiablement révolu, qu'ils acceptent d'assumer les bons et les mauvais aspects de leurs proches, et surtout lorsqu'ils se vivent comme sujets mus par leurs propres désirs et contraints par d'inévitables frustrations, ces adolescents-là sortent grandis et fortifiés par leurs épreuves. (96)

## E/L'ADOLESCENT ET SES PARENTS

L'adolescence c'est « l'inceste devenu physiquement possible ».

Ainsi Jeammet (66) en parle en ces termes : « ...la puberté offre à l'adolescent un corps devenu physiquement apte à réaliser ses désirs libidinaux et agressifs, créant aussi un rapproché de fait avec ses objets parentaux incestueux et obligeant à un réaménagement de l'espace familial et la création de nouvelles barrières qui le protègent de ce rapproché. »

Si les jeunes ont un deuil à faire face à leurs parents, ces derniers ont eux aussi à faire le deuil de l'enfant idéal.

C'est l'accession aux capacités de reproduction qui propulse plus encore dans la vie et dans la mort : être soi-même parent bien qu'ayant encore ses parents.

L'adolescent va devoir procéder à un nouvel aménagement de l'espace familial ; c'est le temps du dégoût à l'égard des parents, de leur mise à distance physique avec abandon de la grasse matinée dans le lit parental, du refus de les embrasser et de la mise à distance physique, voire des fugues et des déménagements ; à moins que la proximité ne soit conservée au prix de la répression massive de la sexualité, de la persistance d'une personnalité immature ou d'un clivage, notamment psyché / soma comme dans l'anorexie. (66)

Certains parents se rigidifient sur le thème du « Lorsque j'avais ton âge, je ne faisais ni ceci, ni cela » ; d'autres « rejouent » leur adolescence, en singeant le mode de vie de leurs enfants, voire en inversant les rôles ; d'autres encore, les plus nombreux, se montrent excessivement inquiets quant à l'avenir et dépités au moindre accroc, exprimant aussi peu de confiance en leur adolescent que celui-ci n'en ressent vis-à-vis de lui-même.

En réalité, ce qui est angoissant ou déprimant pour l'adolescent l'est également - en miroir- pour ses proches.

Certains parents dépriment lorsque l'adolescent se sent « en forme » et qu'il leur échappe ou, à l'inverse retrouvent une prépondérance rassurante sur ce dernier, lorsqu'il connaît un moment d'incertitude ou de déprime. (96)

Le problème est que la notion de renoncement, si présent chez l'adulte au milieu de sa vie, représente la consécration d'un « travail psychique » que l'adolescent ne peut entreprendre totalement en raison des tumultes intérieurs qui l'assaillent, et l'adolescence se prête mal à cette entreprise longue et douloureuse qui permet de « tourner la page sans la déchirer ».

Il y a bien des ambiguïtés dans l'attention des adultes pour ces « pauvres adolescents », comme si leurs seules souffrances avaient de l'intérêt ; il se pourrait que ce que l'adulte envie le plus à l'adolescent est qu'il a à priori un peu plus de marge de vie que lui-même.

Les crises des adolescents renvoient les parents à leur propre crise (40-50 ans), qui elles-mêmes renvoient à celle des 65-70 ans ; donc cette crise peut renvoyer à un ensemble de crises successives, avec leurs interactions réciproques.

En ce qui concerne la psychodynamique familiale de l'adolescent suicidaire, les données de la littérature décrivent une mère très jeune, impuissante et dépassée par sa tâche parentale. (23)

Le père quant à lui est physiquement et émotivement absent de la vie de famille. Sa relation est distante et dépourvue d'affectivité. G. Zilborg, cité par Caglar, voit dans le suicide adolescent une identification au père absent. (23)

L'adolescent se sent « de trop ». Il perçoit un désir parental, conscient ou inconscient, de se débarrasser de lui ; il s'agit d'une relation de symbiose sans empathie, un état infernal de dépendance sans amour.

Il est d'une certaine manière souhaitable que le geste suicidaire puisse créer un état de crise pour permettre à l'adolescent et à sa famille de reconnaître leurs conflits et de repenser leurs relations.

Pour que l'adolescent accède à l'autonomie, il faut que ses parents puissent accepter le risque de son suicide. L'hyperprotection, les contrôles excessifs des activités de l'adolescent sont perçus par lui comme des entraves à cette liberté et induisent des attitudes de provocation, de prise de risques, qui viendront démontrer aux parents que la vie de leurs enfants ne leur appartient pas. (11)

Les conséquences de l'adolescence se feront sentir ultérieurement dans la vie de l'adulte au cours de laquelle elles prendront tout leur sens et pèseront de tout leur poids.

## F/DEPRESSION, DEPRESSIVITE A L'ADOLESCENCE

L'intérêt porté à la dépression à l'adolescence n'est pas très récent puisque dès 1958 Anna Freud avait établi un parallèle entre les états de deuil et les caractéristiques de la pathologie de l'adolescent : « un certain deuil des objets du passé est inévitable » déclarait-elle parlant du travail psychologique auquel tout adolescent est confronté. Mais comme le souligne Marcelli, cette comparaison allait considérablement obscurcir la vue des cliniciens, rendant difficile la distinction entre la dépression inévitable liée à l'adolescence même et la dépression « épisode » pathologique.(83)

### a) Dépressivité :

Certains auteurs ont décrit les manifestations sémiologiques rattachées à la dépressivité ou considérées comme équivalents dépressifs ; nous les reproduisons ici :

- TOOLAN : Troubles du comportement (désobéissance, école buissonnière, colères, fugues), ennui, nervosité, auto destructivité (prédispositions aux accidents).
- WEINER : Fatigue, ennui, nervosité, hypochondrie, concentration défectueuse, passage à l'acte, toxicomanie, conduite sexuelle anarchique.
- GLASER : Trouble du comportement, délinquance, phobie scolaire, tendance névrotiques, plaintes psychosomatiques.
- MALMQUIST : Anorexie, obésité, hypochondrie, hyperactivité passage à l'acte.
- BAKWIN : Agressivité, problèmes scolaires, instabilité, passage à l'acte.

(D'après KOWACS et BECK, cités par MARCELLI) (81)

## b) Dépression :

Braconnier a postulé que certaines dépressions surgissent à l'adolescence comme « **un nuage noir dans un ciel d'orage** » et donc parfois, éclatent. (83)

Ceci va dans le sens de Ladame (72) qui souligne bien que le suicide, geste désespéré apparemment incompréhensible, ne survient pas « **comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu** ». Il pose alors l'hypothèse d'une vulnérabilité de fond, qui peut être masquée jusqu'à la puberté grâce aux étais constitués par l'entourage immédiat.

De même, lorsqu'un adolescent se déprime, ce peut être, certes comme chez l'adulte, par excès de culpabilité mais c'est aussi souvent parce qu'il ne peut renoncer à l'enfance ou parce que la séparation (plus exactement le travail psychique de séparation) lui apparaît comme impossible et (ou) dangereuse.

Ainsi, l'incapacité à supporter l'idée même de la perte ou de la séparation est au centre de la conjonction dépression-tentative de suicide.

D'un point de vue psychodynamique, deux problématiques sont ici même en question : la place du corps, la capacité de tolérance à la frustration avec l'impulsivité.

A l'adolescence, le corps, à travers l'investissement psychique de sa représentation, a pour particularité d'être utilisé comme un objet externe et au pire, étranger.

Le corps peut être rendu responsable du malaise ou de la souffrance psychique et de ce fait être « attaqué » comme un objet extérieur. M et E Laufer ont été les premiers psychanalystes à montrer qu'en attaquant son corps (tentative de suicide, auto-agression...) l'adolescent attaque les représentants psychiques internes que sont les images parentales.

Ce comportement témoigne, entre autres, d'une mauvaise différenciation soi-autrui ; à l'adolescence, cette problématique est centrale, aussi bien pour la dépression que pour la tentative de suicide.

La difficulté à identifier un état dépressif à risque tient au fait que l'adolescent concerné se plaint exceptionnellement lui-même d'être déprimé. Par ailleurs, la forme dépressive marquée par l'inhibition psychomotrice est très peu répandue à l'adolescence.

On peut même retrouver des moments d'excitation ou d'émotion : c'est la dépression dans sa version maniaque. La prise de tabac, d'alcool ou de haschich peut être un équivalent dépressif dans certains cas.

Ladame (72) précise bien que même si la plupart des adolescents suicidaires présentent une dépression clinique, tous les adolescents déprimés ne se suicident pas.

## G/L' ADOLESCENT ET LA MORT

L'accès à la puberté entraîne pour le jeune une nécessaire inscription dans la temporalité et le confronte à la différence des sexes et des générations, à la reproduction, et donc à la mort. (66)

La tentative et le suicide des adolescents continue de susciter l'étonnement et de se heurter à une incompréhension déclarée bien que les données épidémiologiques témoignent de leur fréquence alarmante. Ils sont qualifiés d'« actes inconsidérés », de « gestes fous », absurdes et non motivés, dans la mesure où ils sont accomplis par des jeunes gens qui, par définition, « ont toute la vie devant eux ».

Pourtant, il existe un lien très étroit, malgré leur opposition apparente, entre les adolescents et la mort. La psychopathologie de l'adolescence est d'ailleurs caractérisée par des comportements qui mettent en danger réel la vie des sujets (non seulement les tentatives de suicide, mais aussi l'anorexie mentale, la tendance aux accidents, la toxicomanie).

Ladame (70) souligne que :

*« Mort symbolique et mort réelle semblent s'entremêler au cours de l'adolescence. La recherche de la mort réelle exprime le projet délirant de se soustraire pour l'éternité à tous les changements qui sont le lot de la vie humaine ».*

**Il nous faut donc insister sur le fait que « mourir signifie tuer le corps, mais pas nécessairement tuer l'esprit, le fantasme de la mort renfermant l'idée d'une paix profonde, d'une libération des tourments et d'un équilibre narcissique (nirvana) ». (65)**

L'appréciation de l'intentionnalité de la mort suppose que l'auteur de cet acte sache ce qu'est la mort ; or rien n'est moins certain à l'adolescence.

Non seulement la conceptualisation de la mort s'acquière tardivement, mais elle reste toujours d'une grande fragilité, comme en témoigne la régression courante à la pensée magique, par exemple pendant un deuil. (71)

Pour P. Jeammet, un adolescent qui parle de la mort ne peut être compris sans référence à ses envies de vie et en particulier ses désirs amoureux. Il s'agit de ses désirs d'attachement à ses parents avec toutes les ambiguïtés que la sexualisation propre à cet âge va porter dans le cadre de ses liens avec eux, et des désirs amoureux avec des personnes de son âge. (64)

Face aux adolescents les parents sont sur la phase déclinante même si avec l'allongement du temps de vie on peut voir se superposer quatre générations. A cette problématique de la vitalité de l'adolescence peut correspondre une possibilité de dépression chez les parents, qui sont obligés de réajuster en général plutôt à la baisse leurs idéaux et voient aussi décliner leurs forces physiques.

La mort, c'est aussi celle, inéluctable et terrifiante, des parents. La véritable perte de quelqu'un c'est qu'on sent qu'on perd vraiment quelqu'un quand on commence à avoir du plaisir malgré la disparition de ce quelqu'un. L'expérience montre que c'est bien souvent un moment très délicat pendant lequel on a pu s'apercevoir qu'on cessait de penser à la personne aimée, qu'on a pu l'oublier l'espace d'un instant, qu'on a pu prendre du plaisir sans elle.

Pour l'adolescent, côtoyer la mort permet plusieurs choses :

- D'une part, opérer un **clivage entre l'esprit et le corps** ; ce dernier pouvant être sacrifié, maltraité pour tenter de revenir à un esprit pur, détaché du réel, peut-être immortel.
- D'autre part, envisager la mort, c'est **anticiper** quoiqu'on pense, **un futur**, un au-delà de soi, qui permet de fantasmer une vie différente de la sienne. L'idée de la mort contient cet étrange paradoxe qu'elle permet à la fois un effacement (de l'actuel, du passé, des souffrances) mais aussi d'envisager une renaissance. Et bien des suicidants pensent sincèrement, après, qu'une page est tournée, qu'une nouvelle vie peut commencer.
- Enfin confronté à l'échec, à l'impasse dans laquelle il se trouve, le suicidant tente de **se réapproprier sa vie** même s'il risque de la perdre.

Tout ceci démontre qu'un désir authentique de mort est finalement très rare chez l'adolescent suicidant et que son souhait profond est bien plus de « **changer de vie** » que d'y mettre un terme. (65)

Offrir à l'adolescent la possibilité d'en parler le reconnaît dans sa souffrance et l'autorise à exprimer des idées qu'il n'aurait pas osé aborder par crainte de se faire juger ou rejeter. Rares sont, en effet, les jeunes suicidaires qui parviennent d'emblée à mettre des mots explicites sur leur mal-être.

## H/TRISTESSE et MOROSITE à L'ADOLESCENCE

Le poème de Verlaine *Clair de Lune* est considéré comme l'exemple du spleen, cette tristesse si fréquemment évoquée chez les poètes du XIXème siècle. Ce poème a été composé par Verlaine autour de ses 20 ans.

Votre âme est un paysage choisi  
Que vont charmant masques et bergamasques  
Jouant du luth et dansant et quasi  
Tristes sous leurs déguisement fantasques

Tout en chantant sur le mode mineur  
L'amour vainqueur et la vie opportune,  
Ils n'ont pas l'air de croire à leur bonheur  
Et leur chanson se mêle au clair de lune,

Au calme clair de lune triste et beau  
Qui fait rêver les oiseaux dans les arbres  
Et sangloter d'extase les jets d'eau,  
Les grands jets d'eau sveltes parmi les marbres.

Verlaine.

### 1) L'ennui :

Il se caractérise par un manque d'intérêt, une sensation que le temps ne s'écoule pas, qu'il ne sert à rien de faire un effort pour obtenir quelque chose, que tout est toujours pareil, etc. Néanmoins à la base de l'ennui il y a souvent une sorte d'attente : « l'ennui est caractérisé par une attente vague de quelque chose et une incapacité à supporter cette attente » (Clancier, 1977). Si on rencontre l'ennui à tous les âges de la vie c'est peut-être à l'adolescence que l'ennui est la sensation la plus fréquente et la plus durable : l'adolescent s'ennuie, seul ou en groupe, le monde l'ennuie, les autres l'ennuient, etc.(81)



## 2) La morosité :

C'est un aspect particulier de la « déprime » de tout adolescent décrit initialement par Pierre Male. (70) Ainsi est explicitée la différence entre la dépression et cette sensation vague, diffuse, à la limite du normal et du pathologique.

Comme l'ennui la morosité est un état instable, susceptible de changement qui maintient l'adolescent sur une sorte de « ligne de crêtes », dans un état de désinvestissement, mais en même temps prêt à investir quelque chose, dans un état d'attente.

La labilité émotionnelle de l'adolescent peut faire croire à l'adulte qu'il n'est pas sincère, alors qu'il s'agit d'une caractéristique de l'adolescence et peut-être aussi l'une des expressions de sa souffrance.

Qu'il s'agisse de l'ennui, de la morosité ou de l'humeur dépressive il faut insister sur le caractère **intermittent** de ces états, leurs **fluctuations** et leurs changements rapides.

Beaucoup d'adolescents connaissent ces moments et d'ailleurs dans les sondages et les enquêtes sur des grands nombres, plus de la moitié reconnaissent avoir eu un « moment de cafard », un « moment de déprime » passager.

# III-LA TENTATIVE DE SUICIDE A L'ADOLESCENCE

## A/ DEFINITION

De très nombreux auteurs sont d'accord aujourd'hui sur le fait que « le comportement suicidaire se situe sur un continuum qui va de l'absence d'idées suicidaires, à une extrémité, au suicide réussi, à l'autre extrémité, en passant par la tentative de suicide » (Pfeffer, 1986). (71)

## B/ PSYCHOPATHOLOGIE

Ladame (1981, 1989) place la problématique du suicide bien en deçà de l'adolescence : pour lui la tentative de suicide est une **attaque du corps sexué post pubertaire mais elle vise en même temps la préservation de l'image idéale du corps pré pubère**. Ce paradoxe ne peut exister qu'au prix d'une **scission de la personnalité et d'un déni de la réalité de la mort**. Il propose l'idée d'une **impasse du développement lors des processus d'individuation et de différenciation**.

Ce que donne à voir l'adolescent suicidant, c'est avant tout une extrême condensation de cette problématique dans son *passage à l'acte qui vise à la fois à nier et réaliser la séparation, satisfaire un fantasme d'auto engendrement et dénier ainsi la loi de la reproduction, la sexualité parentale et la sienne*. (70)

On sait que toutes les tentatives de rattacher la conduite suicidaire aux entités psychiatriques connues conduisent à une impasse. *Tous les diagnostics psychiatriques sont susceptibles de se retrouver associés à une tentative de suicide*, certes avec une fréquence inégale, mais d'une façon telle que cette approche n'apporte aucun éclairage spécifique sur la nature du geste suicidaire. Comme tous les troubles du comportement, la conduite suicidaire est « **transnosographique** ». La recherche d'un diagnostic psychiatrique est indispensable car elle donne le contexte, conditionne pour une part le diagnostic, indique les éléments sur lesquels le thérapeute peut ou ne peut pas s'appuyer, mais elle est en fait ce qu'il y a de moins spécifique à l'acte suicidaire.

Il semble que la première récurrence suit de très près le premier geste suicidaire (moins de 6 mois). Par contre, les tentatives de suicide multiples et répétées ne semblent concerner qu'une forme de pathologie plus spécifique, dont la symptomatologie comportementale est multiple. La gravité de la tentative de suicide semble, elle, tout à fait liée à l'état de gravité de la pathologie du patient, quelle que soit sa forme ; on la retrouve principalement dans les psychoses ou les états limites qui en sont proches.

Il semblerait que le taux de récurrence soit particulièrement élevé chez les patients non pris en charge au décours de leur premier geste.

Pour Ladame, (71)

*La sensibilité aux réponses de l'environnement est une caractéristique essentielle de ces adolescents éminemment vulnérables, mais pas nécessairement pathologiques, que sont les suicidaires.*

Il se trouve que « cette sensibilité à l'étayage révèle des failles de leur organisation mentale comme celles de leurs assises et de leurs défenses narcissiques. Elle rend compte de ces évolutions paradoxales qui les font dépendre des aléas d'une rencontre comme de la qualité de l'environnement et de son adéquation à la demande des adolescents. Ceux-ci sont particulièrement sensibles à la déception, tout comme ils sont prêts à se renarcissiser à la faveur de l'idéalisation d'un lien. C'est à ce niveau que jouent, de façon souvent déterminante, les impondérables d'une rencontre, les effets bénéfiques ou néfastes de celle-ci selon que le contact peut s'établir ou non à une bonne distance. Effets déterminants possibles d'une relation thérapeutique, mais aussi de tout autre lien ».

De même, « les défenses narcissiques comme les aménagements pervers peuvent avoir une action protectrice ou au contraire continuer à isoler le sujet et le laisser plus démuné. Ils peuvent également protéger à un certain niveau et mettre l'adolescent en danger à un autre niveau : les tentatives de suicide à répétition sont ainsi susceptibles d'apporter une certaine maîtrise de la situation pour l'adolescent ».

La conduite suicidaire est toujours pathologique ; face à une situation conflictuelle, l'adolescent a recours à une « conduite agie » autodestructrice et non à un travail d'élaboration mentale.

Cet accroissement des conduites agies concerne les pays occidentaux et ceux en voie d'occidentalisation. Il y a donc là un phénomène qui s'inscrit dans les modifications de la structure sociale et les changements sociaux, les comportements individuels supposent une série de relais parmi lesquels le milieu familial.

La transmission de certaines valeurs, mais surtout d'une certaine façon d'être au monde incarnée par les ascendants, échoue pour des parents qui ont à faire face à leur propre dépression.

La plupart des auteurs retrouvent ainsi **un flou des limites interpersonnelles, un effacement des barrières entre les générations, des relations duelles privilégiées (mère-fils, père-fille) excluant plus ou moins le tiers, une fonction paternelle défaillante, des non-dits, et des secrets familiaux.**

Les conduites à risque « protègent » un temps le sujet contre le risque suicidaire par un effet « anesthésique » sur la douleur psychique. Mais leur répétition dans une dimension addictive sans élaboration constitue rapidement un facteur dépressiogène à fort risque suicidaire.

L'énigme de la tentative de suicide recouvre une expérience traumatique spécifique à l'adolescence. Ce symptôme serait la manifestation d'une **vulnérabilité psychique particulière**, secondaire aux processus pubertaires, eux-mêmes inspirés de l'infantile, autour de la création d'une nouvelle identité.

Un manque d'étayage, parental surtout, institutionnel également, occasionnel ou permanent, ferait le lit de la vulnérabilité psychique.

La vulnérabilité psychique est l'expression d'une difficulté de l'appareil psychique à tenir un rôle essentiel d'adaptation du sujet au double registre de ses besoins et désirs et de la pression de l'environnement.

Le geste suicidaire apparaît souvent à l'adolescence comme la seule solution active pour échapper à un sentiment catastrophique de soumission passive (que renforcent les échecs, les pertes ou les abandons) et pour gagner une position de sujet. (72)

Comme l'a souligné F.Dolto (47), si les jeunes se suicident c'est parce qu'ils manquent de rites de passages au cours desquels les adultes décrètent : « A partir de maintenant, tu comptes, tu es une personne de valeur. »

## C/ SIGNIFICATION DES FORMES DE PASSAGE A L'ACTE : PLACE A PART POUR LA PHLEBOTOMIE

Outre les absorptions médicamenteuses volontaires, l'adolescent possède d'autres moyens pour agresser son corps au cours du geste suicidaire.

Pedinielli, (99), souligne que « La phlébotomie est sans doute le seul comportement auto agressif faisant l'objet d'une indétermination de classification : à la fois suicide et agression corporelle localisée sans perte d'une partie du corps, elle ne mutile pas mais laisse une trace sur le corps ; la peau semble être promue au rang de *lieu d'inscription* et constitue une mémoire localisée sur le corps. On peut aussi rapprocher la trace de la phlébotomie de l'usage de certains tatouages non figuratifs. »

## D/ FILLES, GARCONS, QUELLE DIFFERENCE?

### 1) La tentative de suicide :

Du féminin au masculin, on note des différences en dépit de la volonté commune de rupture.

Concernant le moyen utilisé, les **adolescentes** qui veulent « en finir » désirent **préservé - même dans la mort - leur intégrité corporelle.**

Plus qu'une « mort sur ordonnance », c'est la perspective d'une évasion « douce » qui semble attirer beaucoup d'adolescentes en détresse, fuite d'autant plus facile à mettre en œuvre que ces médicaments font l'objet d'une diffusion élargie. Ces derniers sont généralement prélevés dans la pharmacie familiale et il est frappant de constater que les jeunes filles qui y ont recours pour s'intoxiquer absorbent les produits prescrits au proche avec lequel elles entretiennent les relations les plus conflictuelles.

En ce qui concerne la précipitation d'une hauteur, à l'origine d'un ou deux décès par suicide sur dix chez les jeunes filles, elle paraît contredire la propension féminine à éviter la désintégration de l'unité corporelle ; un jeune suicidant par précipitation sur deux souffre de troubles mentaux de la série psychotique.

Chez les **jeunes hommes**, « l'envie d'en finir » passe préférentiellement par la réalisation **d'actes violents et destructeurs**, au travers desquels s'exerce la démonstration d'une **toute-puissance « virile »**, à la mesure de l'**impuissance ressentie.**

Le choix de l'arme à feu, comme celui de la collision automobile, procède de cette ultime revendication « phallique », qui peut paraître tristement dérisoire en regard du but escompté, mais qui semble solidement ancrée dans la plupart des projets suicidaires masculins. Il en est de même de la pendaison, qui représente à la fois l'exhibition triomphante d'un corps érigé « pour toujours » et le trait vengeur tiré sur une vie jugée impossible. (96)

### 2) Les conduites à risque :

Chez les garçons, la forme pronominal « se casser » renvoie aux comportements **d'auto agression, aux prises de risque inconsidérées et aux abus de toxiques licites ou illicites.**

Chez les filles, le même verbe se décline préférentiellement en termes de **conduites de fuites et d'évitement** (fugues, absentéisme scolaire, intoxications médicamenteuses volontaires) ou sous la forme de certains **symptômes somatiques (syncopes) ou de la rupture de l'alimentation normale.** (96)

## E/ FONCTIONS DU GESTE

Quel mobile peut conduire un adolescent à tenter de mettre fin à ses jours ?

L'interrogation est d'autant plus aiguë que tentatives de suicide et suicides ne concernent pas particulièrement les adolescents en situation objectivement difficile, mais au contraire vont croissant dans les sociétés dont le niveau de vie socio-économique et culturel s'accroît. Une conduite suicidaire, aussi minime soit-elle en apparence et quant à ses conséquences physiques, ne peut être considérée comme une réponse normale aux conflits de l'adolescent : à une situation conflictuelle l'adolescent répond par une conduite agie et non par une réflexion et un travail d'élaboration mentale de ses conflits ; de plus cette réponse agie l'est dans un sens purement destructif. On peut donc en déduire que cet adolescent est psychiquement mal armé pour faire face aux tensions et situations conflictuelles ; d'autre part, il ne s'aime pas et ne se respecte pas suffisamment pour pouvoir prendre soin de lui et veiller sur son corps.

Mais qui est malade ? L'adolescent ? La famille ? La société ? Il est tentant de mettre en avant les facteurs sociaux. Chaque enfant occupe une place spécifique en fonction de l'histoire de chaque parent. Est-ce alors le poids des contraintes familiales et transgénérationnelles qui vulnérabilise ces adolescents ? Est-ce le seul facteur ou faut-il rechercher des facteurs plus personnels ?

Le paradoxe c'est que l'acte suicidaire à cet âge peut être avant tout l'expression d'un désir d'affirmation de soi et d'échapper à ce qui est ressenti comme l'emprise des autres sur soi. Au « je n'ai pas demandé à naître » que ces adolescents jettent comme un défi à la figure des parents ils opposent un : « je peux choisir de mourir » qui reflète à leurs yeux la maîtrise retrouvée de leur propre destin. (65)

Dans le passage à l'acte, plusieurs phénomènes sont en jeu : (65)

- L'**impulsivité** est souvent l'apanage de l'adolescent ; il a besoin que les choses aillent vite et il supporte mal d'attendre ; or l'adolescence est particulièrement anxiogène en ce qu'elle est une période d'incertitude, de transition et de remise en cause dont les buts restent flous et lointains.
- L'acte permet de ne plus penser : **agir au lieu de réfléchir**. Le passage à l'acte est une tentative de mettre fin à l'activité de penser en se remettant au hasard. Beaucoup de suicidants le disent : ils ont voulu « dormir », ne plus penser, oublier. Là encore se dessine bien plus qu'un désir de mort, une volonté d'effacement. Effacement de soi, effacement des autres, effacement d'une nouvelle donne désormais incontournable que le jeune ne parvient pas à faire sienne.
- Enfin, cet acte permet bien souvent un **évitement** ; il vient en lieu et place d'une confrontation au réel. Se réfugier dans une mort fantasmée, c'est finalement agir pour se réfugier dans l'imaginaire.

Les modalités relationnelles des adolescents sont marquées par des mécanismes de défense particuliers : soit l'autre est tout bon (**idéalisation**), soit tout mauvais (**dévalorisation**), sans nuances et sans possibilités de changement ; l'environnement est accusé de tous les maux, le sujet ayant des difficultés à se penser responsable ; une relation de confiance solide avec l'extérieur ne va pas de soi, le sujet est toujours aux aguets, craignant l'emprise et réagissant violemment à toute frustration.

Le passage à l'acte est un moyen de se réapproprier le corps, dans un fantasme d'auto engendrement, tel le « Phénix renaissant de ses cendres ».(64)

## F/ FACTEURS PREDICTIFS :

Plus l'adolescent crie haut et fort « Laissez-moi seul », plus il faut entendre « J'ai besoin que vous vous intéressiez à moi ».

Il est normal que l'adolescent ait des phases de repli, qu'il s'enferme dans sa chambre pour déconstruire et reconstruire un monde interne en pleine mouvance et qu'il tente de se délimiter un nouveau territoire psychique. Mais il faut évidemment s'alarmer si ce monde interne semble ne plus parvenir à communiquer avec le monde externe, s'il paraît ne plus avoir de prise sur le réel, bref s'il y a un désinvestissement trop grand.

Véritable équivalent testamentaire, le don soudain et récent d'objets significatifs n'est pas rare. (64)

Il est classique d'observer un désinvestissement brutal de l'adolescent à l'égard de sa scolarité, en complément du repli relationnel observé à la maison.

Teicher, cité par Samy, décrit en trois étapes le processus qui aboutit aux tentatives de suicide chez les adolescents : (23)

- une histoire de problèmes qui perdurent et qui a débuté pendant l'enfance
- une seconde étape qui coïncide avec la puberté, et marquée par l'intensification des problèmes et plusieurs altérations importantes dans la vie de l'adolescent. Les conflits familiaux sont plus intenses car les parents ne sont pas en mesure de combler les besoins affectifs de l'adolescent, qui se sent incapable de rompre ses liens affectifs avec sa famille.
- une troisième étape qui survient lors des semaines ou des jours précédant la tentative de suicide. C'est au cours de cette période que l'adolescent connaît une accumulation d'échecs. Il cherche à substituer l'affection parentale par des relations amoureuses, et lorsqu'il essuie un échec, il se trouve seul, abandonné et isolé.

Des caractéristiques significativement plus fréquentes ont été retrouvées chez les jeunes suicidants :

- Sur le plan **familial** : sur représentation des conflits familiaux (en particulier des séparations), fréquence des antécédents pathologiques (suicide, tentative de suicide, maladie mentale, alcoolisme).
- Sur le plan **socioculturel** : fréquence des ruptures dans l'environnement (déménagement, départ d'un membre de la famille, changement dans les habitudes ou les cadres de vie, rupture avec le groupe des pairs).
- Sur le plan **individuel** : échec scolaire, tendances dépressives, forte consommation de drogues psycho-actives (alcool, tabac, anxiolytiques, hypnotiques, drogues illicites), fréquence des plaintes somatiques (fatigue, troubles du sommeil, antécédents de maladie grave ou d'hospitalisation), des troubles du comportement alimentaire ou des conduites notamment violentes.



## G/ LES DECEPTIONS SENTIMENTALES :

Les ruptures affectives sont parfois accompagnées de gestes suicidaires qui expriment la peine ou bien il s'agit d'une sorte de rituel qui magiquement va permettre de se tourner vers d'autres relations.

D'une façon plus globale, tous les changements au cours desquels les sujets ne bénéficient plus de la reconnaissance d'autrui, fragilisent ceux qui ont besoin de cette reconnaissance pour s'estimer personnellement.

Pour Ottino (91), la rupture sentimentale confronte les sujets à leur dépendance, dans la désillusion née de la prise de conscience que l'autre a ses propres désirs, sa propre volonté. Le sujet découvre qu'il ne maîtrise pas sa vie comme il l'avait rêvé...

Comme le rappelle L.Einzenberg (113), la publication par Goethe de son roman *Les souffrances du jeune Werther* en 1774, qui décrit le suicide d'un jeune artiste idéaliste à l'amour passionné et désespéré, conduisit les autorités de plusieurs villes à interdire et à détruire l'ouvrage par crainte d'une vague de suicides imitatifs chez les jeunes lecteurs. Cet épisode historique est à l'origine de ce que l'on nomme aujourd'hui « l'effet Werther » en référence au suicide par imitation, suggestion.

Ou bien faut-il croire, avec A. Gide : « Ceux que la littérature a tués, je pense qu'ils portaient déjà la mort en eux ; l'influence ne crée rien, elle éveille... » ?

## H/ DEVENIR DES ADOLESCENTS SUICIDAIRES :

Les conduites suicidaires à l'adolescence posent un véritable problème du fait de leur fréquence et de leur gravité ; gravité par le risque létal qu'elles font courir mais aussi à long terme parce qu'elles témoignent de difficultés dans l'organisation de la personnalité à une étape-clé de la vie.

Le groupe des jeunes suicidants se caractérise globalement par un risque d'évolution défavorable nettement plus élevé qu'un groupe d'adolescents qui n'a pas fait de geste suicidaire, qu'il s'agisse du taux de mortalité, de la morbidité somatique et psychique ou des handicaps psychosociaux (désinsertion, invalidité).

Dans une étude française sur le devenir à 10 ans de jeunes suicidants hospitalisés, Granboulan *et al* (1988) (56) ont constaté que 12 % des 127 sujets dont une trace a pu être retrouvée (sur les 265 de la cohorte initiale) étaient décédés de suicide ou d'autre mort violente. Parmi ceux qui étaient encore en vie et qui ont été recontactés, seuls 39 % montraient des signes d'amélioration par rapport à leur passé. Ces mêmes auteurs décrivent **un engluement dans la problématique de l'adolescence** chez des patients ayant pourtant atteint les trente ans et continuant de présenter une instabilité affective, des problèmes professionnels et relationnels.

Les études de suivi (Jeammet, Birot) montrent qu'à moyen terme à peine plus d'un tiers de ces jeunes suicidants s'en sort vraiment bien, alors que les autres tendent à s'organiser autour de troubles du comportement ou bien dans des pathologies narcissiques de plus en plus patentées.

Ces observations démentent l'idée courante selon laquelle ceux qui font une tentative de suicide ne se tueraient pas. **Au contraire, la tentative de suicide à l'adolescence est un risque important d'une probable évolution péjorative.**  
(72)

## IV-LA CONSULTATION

« Ce qu'ils ont de plus profond, c'est la peau ».

Cocteau, parlant des adolescents.

### A/LA CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE

« Qu'ai-je donc, docteur ? »

L'aptitude à poser un diagnostic est spécifique au médecin et la première attente du patient. Le célèbre et furieux « je mourrai donc guéri » du malade imaginaire de Molière ne révèle rien d'autre, tout comme l'acrimonie des malades lorsque l'établissement d'un diagnostic paraît s'enliser.

L'écoute attentive des plaintes d'une personne souffrante est (presque) à la portée de tous et on peut imaginer que certains tenanciers de bistrot, soubrettes, secrétaires, facteurs ou autres chauffeurs de maître aient à toute époque joué un rôle de confident bien plus prégnant auprès de certains patients que leur médecin de famille.

Il semblerait qu'aucun tabou, aucun à priori négatif ne soit perçu chez le généraliste, qui serait disposé à l'écoute, réceptif à toutes les doléances. Pour M.Guérin (58), ce médecin-là est capable de tout entendre, et cette définition ressemble étrangement à celle que l'on pourrait attribuer au confesseur.

Les maladies, en s'éloignant de l'hôpital ou du spécialiste, se « démedicalisent ».

Le cabinet médical est devenu un lieu de parole, moins onéreux et moins angoissant que le divan du psychanalyste, plus fréquenté que le confessionnal de l'Eglise. L'exacerbation du sentiment de solitude, d'anonymat au sein même de la surpopulation urbaine amène en consultation des patients non malades qui ont seulement besoin d'exister, d'être reconnus. Parler, dire ses angoisses, raconter les vexations subies au travail, les brimades familiales, les humiliations de la rue est devenu un motif de consultation comme un autre.

Pour le Docteur N.Bensaid (9), la médecine générale est en train de disparaître, du fait de la dévalorisation économique et sociale qui place le généraliste au dernier rang de la hiérarchie médicale, de la formation des étudiants qui vise à n'en faire que des techniciens étroits, des ingénieurs de la santé.

Ces étudiants se détournent d'une pratique à laquelle rien ne les prépare, et même les médecins en exercice l'abandonnent au profit des spécialités plus glorieuses et plus rentables.

Pourtant les généralistes qui subsistent sont débordés et ne peuvent plus répondre à la demande.

Au cours de la cérémonie rituelle de la consultation, le malade attend, entre dans le cabinet, expose ses plaintes. Le médecin l'écoute, l'examine, fait un diagnostic et prescrit un traitement ou des examens. Mais ce que le malade est venu chercher, ce qui rend la médecine générale irremplaçable, déborde ce schéma. Dans tous les cas.

Il est vain de vouloir tout réduire à l'organique, et il serait absurde de vouloir tout ramener au psychique.

L'angoisse que suscite la maladie psychique peut venir fausser le jugement, et alimentée par une formation hyper technique, donner systématiquement la préférence à tout ce qui est organique.

On assiste en règle générale à une régression de tout ce qui faisait le charme, la faiblesse, mais aussi les vertus de la médecine d'autrefois.

Il allait de soi, à cette époque, qu'à son arrivée le médecin trouva une maison mise en ordre et silencieuse. On avait soigneusement fait la toilette du malade, on l'avait installé dans des draps propres.

Aujourd'hui, c'est tout juste si on n'a pas l'impression de déranger. (9)

## B/L'APPROCHE DE L'ADOLESCENT EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

### 1) Généralités

Le système de santé, parfait pour la petite enfance et assez bien conçu pour l'adulte, est sans réponse face à l'adolescent. Le pédiatre le trouve « trop grand » pour s'en occuper et le généraliste l'assimile à un « gamin ». (105)

Le médecin généraliste assume une lourde responsabilité ; il est vécu comme étant le médecin « **de famille** », qui peut être l'allié d'un ou des parents ou bien comme un interlocuteur qu'on ne peut interpellier que par le biais de plaintes somatiques.

Ce médecin peut parfaitement avoir connu l'adolescent depuis sa naissance mais ne l'a pas forcément vu grandir. Une solution possible serait alors que l'adolescent consulte les associés de son médecin, si celui-ci en a, afin d'optimiser la relation.

Et pourtant la consultation est un lieu privilégié de rencontre avec l'adolescent, mais se rendre à une consultation n'est pas toujours une démarche facile pour le jeune. La consultation est également un moment d'échange avec lui, mais encore faut-il qu'il le souhaite. La complexité des attentes, la spécificité des langages sont source de difficultés mais font aussi la richesse de cette rencontre. Reste à l'interlocuteur à faire preuve de suffisamment de savoir et de savoir-faire pour accepter l'adolescent tel qu'il est, pour évaluer ses besoins réels et voir ce que cette demande va pouvoir mobiliser.

Trois adolescents sur quatre (74, 8 %) vont consulter un généraliste au moins une fois dans l'année, les filles étant plus nombreuses et consultant plus souvent que les garçons avec l'âge. Chez les non scolaires de la même génération, la proportion est de 63,9 %, comparable à celle des étrangers qui poursuivent leurs études dans le secondaire. Des distinctions se dégagent en fonction de la profession des parents : 67,2 % pour les fils d'ouvriers et d'agriculteurs. Plus les adolescents consultent l'omnipraticien, plus ils vont chez le spécialiste (22 % l'ophtalmologiste, 6,5 % le gynécologue) ; « Ce qui montre bien, souligne Marie Choquet (30), que le médecin de famille est une pièce maîtresse en matière de santé des jeunes. Il inspire confiance. Toutefois les adolescents viennent le voir pour une maladie aiguë, comme une grippe, se gardant d'évoquer des problèmes psychologiques, si ce n'est la fatigue. Or c'est parmi les consultants en médecine générale que l'on trouve le plus de sujets présentant des troubles du comportement. En conséquence, il serait opportun que le praticien soit formé à la relation avec l'adolescent, afin d'entretenir un contact plus approfondi, et d'évoquer en particulier des sujets comme le suicide et le viol ». « Cela serait tellement mieux, estime Marie Choquet, que de renvoyer l'adolescent sur les lieux spécifiques où la confiance n'est pas à priori acquise ».

Le moment de la consultation en tête-à-tête avec l'adolescent est privilégié pour discuter de ses habitudes de vie, de ses relations avec ses parents et ses amis, et de sexualité.

Le médecin peut aborder les thèmes qui font hésiter l'adolescent, enfin il résume l'histoire recueillie pour être certain qu'ils se sont bien compris.

Il vaut mieux éviter d'aborder exclusivement une conduite à risque, car cette attitude risquerait d'être perçue comme moralisatrice. La dernière minute de l'entrevue est souvent la plus révélatrice et il ne faut pas reporter à un rendez-vous ultérieur la discussion d'un problème soulevé à la fin de cet entretien.

On peut se demander ce que représente réellement la consultation d'un adolescent. Est-ce simplement examiner une gorge, ausculter un poumon, donner une lotion pour l'acné, prescrire une pilule contraceptive, conseiller une gélule pour le mal de ventre ou un anxiolytique « pour mieux se porter » ? Le praticien peut être à la hauteur pour soigner une maladie mais se trouver en difficultés pour aborder un problème psychologique, psychosocial ou médico-social et en faire la synthèse. Cette consultation c'est évidemment autre chose que de répondre uniquement à un symptôme. Ce terme de « consultation » désigne dans la réalité et dans la pratique des approches différentes, qui n'ont probablement pas la même signification pour l'adolescent : on passe d'une pathologie d'organe pour laquelle on peut avoir une certaine compétence à une prise en charge globale pour laquelle il est parfois plus facile de s'esquiver que de s'engager. On pourrait avoir l'impression de deux univers qui s'entrecroisent.

On croyait presque tout savoir et finalement on n'a peut-être rien compris : **au lieu de rencontrer l'adolescent, on s'est contenté de le croiser.**(63)

## 2) L'approche corporelle ; le corps sexué, représentant de l'union des parents

Le corps sexué est aussi le symbole représentant **l'union des parents** : c'est cette image que les adolescents dénigrent tant. Ils attaquent à la fois les parents qui les ont conçus et le lieu où se concrétisent tous les changements physiques liés à l'adolescence. « Les parents apparaissent dans leur réalité matérielle et limitée tandis que la découverte de la vie sexuelle physique par l'adolescent les rend suspects aux yeux de celui-ci et chargés d'une connotation pulsionnelle, source de réticence, de distanciation physique voire de dégoût. » (65)

Le corps est pour l'adolescent un moyen relationnel privilégié et s'il s'exprime à travers celui-ci c'est qu'il a des raisons de le faire, raisons qui l'empêchent, au moins dans un premier temps, d'aller consulter un spécialiste psychiatre.

« Le corps est tout à la fois ce qu'il y a de plus personnel et de plus intime, et ce qui demeure toujours quelque peu extérieur et étranger ».

Mais si c'est « un moyen privilégié de la figuration des conflits, notamment identificatoires de l'adolescent, ce corps en permet tout autant la méconnaissance ». (65)

L'apparition des signes pubertaires et la poussée de croissance vont bouleverser les repères de l'adolescent ; pour lui, le corps représente un extraordinaire moyen de communication, mais il peut également communiquer par le biais de la musique, du dessin, de la photographie...

## 3) Les plaintes somatiques : quelle signification ?

Un exemple classique est l'adolescent qui consulte pour asthénie, comme le souligne le Dr Tarragano (107), de la Fondation Vallée à Gentilly :

« Au contraire de l'adulte, un adolescent se présente rarement en se plaignant précisément de fatigue. Chez lui, le mal-être (fréquent), s'exprime avec le corps. Il faut en premier lieu éliminer les causes organiques. De même, l'interrogatoire cherchera à préciser les rythmes de vie : heures de sommeil, activité physique, abus de tranquillisants ou de toxiques (haschich, alcool) ».

Les adolescents rencontrent le médecin généraliste pour des motifs apparemment banals tels que vaccinations, certificats sportifs, petite traumatologie, dermatologie, infections ORL ou pulmonaires.

Les plaintes somatiques exprimées par l'adolescent surviennent à l'emporte-pièce et cèdent très souvent aussi rapidement qu'elles sont apparues ; tout se passe comme si l'adolescent concerné était réduit à exprimer des *maux* en guise de *mots*.

Un tiers des adolescents avouent leur lassitude et environ 40 % sont fatigués au réveil. Les plaintes sont diffuses, peu spécifiques autour du corps (sommeil, cauchemars, maux de tête, nausées) ou à travers des troubles de l'humeur (sensation de nervosité, idées de déprime, envie de pleurer, idée suicidaire). Les études de Marie Choquet (30) confirment que les filles expriment plus de plaintes que les garçons et que cette différence s'accroît avec l'âge. Les jeunes filles, peut être du fait de leurs règles semblent entretenir avec leur corps un rapport plus viscéral. Chez les garçons l'agir et la transgression vont l'emporter.

Mais le clinicien est le plus souvent confronté aux symptômes qui sont très souvent au premier plan de la scène clinique : malaises, crises tétaniformes, épileptiformes, vomissements... Il importe de les repérer pour déterminer leur origine et percevoir leur signification ; la première préoccupation du somaticien est d'éliminer une cause organique : l'examen clinique minutieux et le choix d'éventuels examens complémentaires justifiés permettront d'y voir plus clair.

On a parfois l'impression que le jeune s'installe dans son symptôme et s'en accommode ; cela peut l'aider à préserver son fonctionnement psychique.

Il faut savoir que les plaintes floues, dont la description est imagée et la localisation variable, s'observent davantage chez l'adolescent qui somatise.

**Les maux de tête et de ventre sont les plus fréquents** ; d'autres manifestations sont classiques : les douleurs de dos, des maux de gorge, étiquetés par les adolescents qui s'en plaignent d'« angines à répétition », des sensations d'extrême fatigue confinant au sentiment de « ne plus pouvoir tenir sur ses jambes » et des vertiges, allant du simple « étourdissement » à la « syncope ». Ce sont aussi les malaises physiques accompagnant les crises d'angoisse.

En ce qui concerne les maux de tête, ils sont souvent augmentés par l'effort physique ou le sport, la fatigue disparaît en soirée, les douleurs musculaires empêchent de se rendre en classe ou les nausées apparaissent pendant un examen. (73)

Les céphalées récidivantes du sujet jeune correspondent bien souvent à des « prises de tête » dues à la pression qu'engendrent les conflits psychiques. Les maux de ventre témoignent, eux, d'une béance affective qui laisse, en quelque sorte, les sujets « avec les tripes à l'air ». Ces mêmes plaintes peuvent également traduire - autour de l'ombilic - d'insupportables mises en tension du lien maternel ou encore souligner, chez certaines jeunes filles, le caractère « douloureux » de leur féminité naissante. (96)

On peut citer le cas des crises de **spasmophilie**, quasi exclusivement féminines. De plus en plus fréquentes aujourd'hui, elles sont attribuées à tort à des anomalies métaboliques (calcium, magnésium...). Ces crises associent un état anxieux intense, des phénomènes neuro-musculaires divers (picotements cutanés, contractures, crampes douloureuses...), ainsi que des variations de la vigilance.

#### 4) Le carnet de santé

Il est très utile de s'attarder quelque peu sur l'incontournable « Carnet de Santé » délivré par le Conseil Général de la Haute Vienne (mise à jour 1995) ; en effet, il comporte quatre pages fort bien présentées ( sur un mode ludique ) concernant l'adolescence et des conseils destinés aux parents d'adolescents. Elles apparaissent en annexe de ce document. Ainsi, non seulement ce carnet très personnel s'avère un outil indispensable, mais il a au fil des années acquis une présentation plus conviviale et il aborde des thèmes de première importance en matière d'adolescence, dans une approche tout à fait accessible.

Il est troublant de constater qu'une vingtaine d'années auparavant ce sujet n'était pas évoqué ; il y a donc bien eu reconnaissance tout d'abord de la période d'adolescence, puis réflexion à ce sujet.

#### 5) La demande accompagnée

L'adolescent a du mal à évaluer ses besoins : ses demandes sont rarement spontanées, elles sont parfois fragmentées, souvent accompagnées.

Le jeune ne sait pas très bien comment s'exprimer, empêtré lui-même dans ses propres contradictions, ses ambivalences, ses hésitations, ses émotions, ses vues à court terme : il éprouve à la fois le besoin d'être compris mais aussi la nécessité d'échapper pour préserver son autonomie. Il devra donc se réapproprier un langage pour se faire comprendre des adultes, langage parfois voilé par la pénombre du secret, de la gêne ou du sentiment d'être ridicule.



On peut s'étonner que les adolescents ne demandent rien, ne savent pas pourquoi ils viennent. Ils n'ont pas toujours l'impression que la médecine peut répondre à leur problème et il faudra là lever un malentendu.

La demande des adolescents peut également être fragmentée par les médecins eux-mêmes qui peuvent soigner un symptôme, un organe, un trouble psychologique, sans en rechercher ni en trouver obligatoirement la signification. La diversité des lieux de consultation va dans le même sens car les jeunes demandent ici et là des réponses variées, mais on constate parfois peu de cohérence dans la demande et parfois dans la prise en charge de ces multiconsultants ; peut être est-ce le but recherché.

**Accompagner le jeune c'est lui signifier que quelque chose ne va pas. La demande accompagnée signifie que l'on reconnaît l'autre dans sa souffrance.**

## C/L'APPROCHE DE L'ADOLESCENT SUICIDAIRE OU SUICIDANT EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE

### 1) Généralités

Les questions que l'on pose alors à l'adolescent consultant et l'écoute qu'on lui apporte peuvent alors mettre en évidence un désintérêt, un repli sur soi, des troubles du sommeil et de l'appétit, un sentiment d'angoisse, mais il faut aussi rechercher un sentiment d'impulsivité, d'hostilité, d'agressivité, de « sensibilité » également, comme s'il était un peu persécuté par son entourage.

Si cette recherche exhaustive reste négative, il faut chercher à objectiver un trouble anxieux. L'adolescent se plaint d'ennui, de frustration et de vide, sans arriver à dire qu'il est angoissé. Il ne se dit pas surmené, mais il avoue qu'il est obsédé par les devoirs à venir, et le souci de préserver une bonne moyenne scolaire.

Certains adolescents ont des difficultés à verbaliser, mais au cours d'une consultation il y a des silences qui parlent, il y a des gestes, des mimiques, des postures évocatrices ; parfois l'adolescent écrit sur son corps (tatouages, scarifications, brûlures de cigarette), et ces signes doivent être recherchés systématiquement chez tout adolescent en difficultés, en particulier au niveau des avant-bras : ces signes seraient particulièrement fréquents chez les adolescents ayant fait une tentative de suicide.

On peut rechercher la présence d'événements de vie particuliers (De Wilde, 1992 : (90)

- un déménagement ou tout autre changement de cadre de vie, de niveau de vie ou de milieu scolaire,
- une maladie somatique grave,
- une séparation parentale,
- un abus sexuel ou physique (présents chez 20% des suicidants selon l'auteur ), cette recherche se fera dans la mesure du possible.
- la notion d'une rupture sentimentale récente,
- antécédents de placement familiaux : famille d'accueil, institution,
- difficulté ou échecs scolaires,
- fugues,
- diminution des contacts sociaux, amicaux et familiaux.

L'ANAES (4) quant à elle énumère les éléments suivants faisant craindre une récurrence à court terme de la tentative de suicide :

- intentionnalité suicidaire ;
- antécédents de tentative de suicide, personnels et/ou dans l'entourage ;
- absence de facteur déclenchant explicite ;
- pathologie psychiatrique, en premier lieu les états dépressifs, particulièrement polymorphes chez l'adolescent ;

- les abus sexuels, la maltraitance ;

- les conduites violentes et les comportements à risque, la prise de drogues, les abus réguliers d'alcool.

## 2) Parler de la mort avec l'adolescent suicidaire

On peut se demander si parler de la mort avec les adolescents est vraiment réalisable.

D'après A. Auschitzka (64), il y a aujourd'hui une certaine dérive qui consiste à dire : parler, parler, parler, parler... de tout ce qui était sous silence auparavant. On parle de l'inceste, de la maltraitance, etc..., un peu comme si les mots annulaient toute la souffrance, car enfin les mots ne sont pas là pour combler ce qui n'est pas comblable.

Il importe de ne pas négliger ce pourquoi l'adolescent a voulu mourir, et donc ce que représente la mort pour lui, pour tous, c'est-à-dire l'inconnu. Car dans ce cas la mort sera toujours attirante, fascinante. (70)

Pour qu'un jeune suicidant puisse se libérer de cette fascination de la mort, un des buts thérapeutiques doit être de lui permettre de comprendre ce qu'il a ainsi tenté de faire.

Il en va de même pour le médecin, d'autant plus inquiet et fasciné par ce patient qui « en est revenu ». Laissées dans l'ombre, les pensées éprouvées avant, pendant et après la tentative de suicide feront retour, de façon répétitive, dans d'autres actes (tentatives de suicide à répétition ou autres conduites autodestructrices).

La gêne du médecin à parler de la mort est à la mesure de sa propre peur de la mort, de sa crainte d'une relation difficile avec son patient au plan affectif qui peut donner lieu à un chantage affectif, relation qui peut être dangereuse ou vécue comme telle.

Sinon il se peut que pour le médecin, s'en tenir à une pathologie dépressive sans intention suicidaire avouée implique un certain projet thérapeutique, alors que s'engager sur une intention suicidaire implique un projet avec un engagement individuel plus important.

En quelque sorte, on passe brutalement d'une relation de soins à une relation de « spectateur » d'une transgression d'un interdit, « tu ne tueras point et tu ne te tueras point » au cours de laquelle on est appelé comme complice potentiel de quelque chose qui est finalement chargé d'un tabou. (1)

Les adolescents sont moins directs que les adultes dans leurs allusions suicidaires ; leurs propos ressembleraient plutôt à : « ce serait mieux pour ma famille si j'étais mort » ou « de toute façon je ne manquerai à personne »...

La reconnaissance du risque suicidaire passe par la mise en évidence d'idées de mort au cours de l'entretien médical ; dont la conduite repose sur une technique qui s'acquiert et nécessite une formation. Souvent, les médecins généralistes appréhendent d'interroger les patients sur leurs idées suicidaires et s'en sentent peu compétents.

Contrairement à une idée reçue tenace, aborder ce thème avec un individu en souffrance ne risque pas d'inciter celui-ci à commettre un acte auquel il n'aurait pas spontanément pensé. Sur cette question, Durkheim avait déjà noté que le suicide n'était pas contagieux.

A ce sujet, Vedrinne souligne qu'il existe une idée reçue selon laquelle « celui qui veut vraiment se suicider n'en parle pas » : outre le fait que cela s'avère faux dans les trois quarts des cas, on peut se demander si cette image du « vrai suicidé » qui n'aurait rien dit avant le geste fatal ne correspond pas à un désir inavoué du groupe social de ne rien avoir à entendre, de le réduire au silence (ce même silence que l'on retrouve après le geste dans les différents niveaux de l'entourage : familial, professionnel...). Or les futurs suicidants laissent en quelque sorte à l'interlocuteur la liberté de ne pas comprendre. (65)

**Au fond parler de la mort à un adolescent correspond à notre capacité à sympathiser avec lui.**

### 3) Place des parents

Le désir, tant de l'adolescent que de la famille, de banaliser l'acte, de l'oublier au plus vite peut être incriminé, mais il ne faudrait pas qu'à ce déni, compréhensible, s'ajoute la complicité du corps médical.

Beaucoup de familles dénie la gravité du geste, comme si le reconnaître c'était risquer de révéler des conflits familiaux sous-jacents.

La dimension de chantage parfois évoquée par les parents est à récuser. Elle ne peut être que facteur de rejet et d'incompréhension. En effet, la dimension d'appel ne doit pas être considérée sous son aspect négatif de manipulation, mais au contraire comme un facteur de meilleur pronostic dans la mesure où elle montre la persistance d'une relation.

La place des parents est importante car ceux-ci peuvent être demandeurs, percevant la souffrance de leur jeune. C'est souvent la mère qui prend le premier rendez-vous.

Il n'y aura pas obligatoirement conflit avec les parents et -paradoxalement- le jeune pourra chercher à les protéger en n'évoquant pas avec eux sa souffrance.

La famille joue un rôle très important dans l'avenir proche d'un patient suicidaire ou suicidant.

Elle peut être un support essentiel pour passer la première période difficile après la tentative et tout au long du traitement.

Mais elle peut aussi (parfois très vite) pousser le patient vers une récurrence si le contexte familial a joué un grand rôle dans l'acte préalable.

Les parents demandent parfois au médecin d'éduquer l'adolescent sur sa santé, ce qui revient souvent à ré expliquer à l'adolescent ce qu'il sait déjà.

De plus, face au monde des soignants, l'adolescent ne sait pas trop ce qu'il peut attendre. **Il demanderait plutôt à ce qu'on le rassure sur sa normalité.**

#### 4) L'accès aux soins

Thésèse Lampérière (77) constate qu' « une minorité des adolescents déprimés sont pris en charge par un médecin pour leurs troubles alors que la grande majorité consulte régulièrement le médecin généraliste ». Ainsi, plus de 80 % des adolescents consultent un médecin au moins une fois dans l'année. La question se pose donc des facteurs facilitant l'accès aux soins en cas de dépression précoce.

Si les travaux portant sur ce thème spécifique sont rares, les résultats sont concordants. Ils montrent que la gravité des troubles dépressifs, la comorbidité avec les comportements perturbateurs et les troubles somatiques sont des facteurs facilitant la prise en charge médicale des troubles dépressifs chez l'adolescent.

**A trouble dépressif égal, les filles, les adolescents les plus âgés et ceux dont les parents sont séparés ont une probabilité plus grande d'être pris en charge.** Plusieurs mécanismes sont en cause : la tendance de l'entourage à s'inquiéter plus facilement pour les enfants de parents divorcés, la tendance des filles à demander une aide extérieure plus souvent que les garçons et une moyenne d'évolution plus longue des troubles chez les adolescents les plus âgés. Aux Etats-Unis, contrairement à la France ou au Canada, un niveau social défavorisé est un facteur limitant l'accès aux soins pour l'ensemble des troubles psychiatriques.

## D/A PROPOS DES GROUPES BALINT

Il nous a semblé utile d'évoquer ici une autre forme de consultation, ne serait-ce que parce qu'elle existe et peut séduire le praticien en lui procurant un « outil » supplémentaire afin d'aborder ses patients dans les meilleures conditions ; il s'agit en quelque sorte d'un « debriefing », pour reprendre une expression à la mode, qui peut permettre au médecin généraliste de verbaliser ses difficultés face à un patient donné et ce en présence de ses pairs.

### 1) Historique

C'est un psychiatre psychanalyste anglais, d'origine hongroise, Michael Balint (1896-1970), convaincu de la richesse des relations entre médecins et malades qui proposa à des médecins généralistes une formation de groupe différente des cours enseignés à la faculté.

Balint avait découvert en étudiant avec un groupe de médecins généralistes la manière dont fonctionnait la médecine générale que « **le premier médicament administré au patient est le médecin lui-même** ».

Et il ajoutait que « **dans aucun manuel il n'existe la moindre indication sur la dose que le médecin doit prescrire de sa propre personne** ». (9)

### 2) Comment fonctionnent-ils ?

Un groupe Balint est constitué d'une dizaine de médecins praticiens, généralistes ou spécialistes, le groupe est « dirigé » par un ou deux « leader », qui doivent être, selon la règle, psychanalystes. Les médecins se réunissent en général deux ou trois fois par mois et pendant 2 ou 3 heures, discutent des cas présentés par certains d'entre eux. Les médecins qui en éprouvent le besoin exposent au groupe les « cas » qui, pour une raison ou une autre, les angoissent, et pas nécessairement les cas exclusivement psychologiques. Le groupe essaie d'aider le médecin à mieux comprendre ce qui se passe, de l'éclairer sur ses motivations, sur le sens de la relation qu'il entretient avec son malade et l'utilisation dynamique qui peut en être faite. (9)

Il s'agit d'échanger les hésitations, difficultés et émotions nées de la relation avec ce patient. L'écoute respectueuse des uns et des autres, les échanges avec le groupe favorisent une prise de conscience des réactions et des émotions de chacun.

Par une pratique régulière, le praticien, conscient de ses limites, peut ainsi mieux adapter sa relation thérapeutique à chaque patient.

### 3) Avenir

On parle beaucoup aujourd'hui des groupes Balint ; le nom est devenu familier, il est pour certains le symbole d'une « humanisation » de la médecine, de la prise en charge de la dimension psychologique de la médecine. (9)

Nous n'avancions pas ici le fait que les groupes Balint constituent la solution au problème des tentatives de suicide des adolescents ; cependant il peut s'agir d'une alternative intéressante pour les praticiens se sentant en accord avec cette approche qui au demeurant nécessite une grande disponibilité.

Il est à noter que la ville de Limoges possède son propre groupe Balint.

## E/CONCLUSION

### 1) La relation médecin-adolescent

La qualité de l'examen clinique et la bonne qualité relationnelle avec le jeune sont presque toujours des médiateurs importants dans l'établissement d'une relation thérapeutique. Le décodage des symptômes a des impératifs : tête-à-tête de première intention, entraînant un certain climat d'intimité, de confiance et de disponibilité, respectant le droit de l'adolescent au secret médical et à la confidentialité. L'examen clinique revêt une importance particulière. C'est l'occasion pour l'adolescent de poser des questions sur le fonctionnement de son corps et c'est l'occasion pour le somaticien de se situer comme médecin du corps. Tout en observant l'adolescent et en dialoguant avec lui, il crée une relation thérapeutique différente qui facilite la mise en route d'une stratégie de prise en charge.

Ce bilan organique nécessite parfois un avis spécialisé, afin de dépister un éventuel problème psychopathologique ; il faudra alors négocier et collaborer avec l'adolescent.

Cette approche clinique comporte un certain nombre de pièges : fausses urgences, déni ou banalisation, trouble du soignant, du soigné qui refuse les examens, présente des signes fonctionnels qui embrouillent tout. La disponibilité et l'accessibilité ne suffisent pas, et le praticien risque de s'identifier à l'adolescent, de se laisser entraîner par un copinage passif ou actif, favorisé par des phénomènes de séduction, de manipulation ou à l'inverse il peut être amené à rejeter le jeune.

Le style et la personnalité du soignant ne sont pas sans importance dans le déroulement de cette consultation. La qualité de l'accueil, du contact, de l'écoute, de la possibilité d'une relation de confiance seront des éléments de satisfaction pour l'adolescent.

Il ne faut pas opposer une consultation de somaticien et celle d'un psychiatre ou celle d'un généraliste et celle d'un spécialiste.

Le somaticien peut être sollicité par un adolescent considéré comme normal ; il est alors intéressant d'apprécier la normalité de l'examen clinique, de répondre aux questions posées, d'apprécier la façon dont l'adolescent s'intègre dans son milieu familial ou scolaire, ses projets d'avenir. La consultation peut également se situer dans un contexte de crise ou encore de maladie chronique.

Il n'est pas nécessaire d'avoir une relation de grande proximité, ni de position de toute puissance.

Schématiquement le praticien se doit de :

- **respecter la valeur défensive et protectrice du symptôme corporel**, c'est-à-dire savoir l'entendre, le reconnaître, le décoder mais sans le disqualifier en dévoilant totalement le sens à l'adolescent et à son entourage ;

- mais également **éviter l'enfermement de l'adolescent dans son symptôme** et l'utilisation préférentielle, sinon exclusive, de ce dernier comme moyen de communication.

**Le symptôme corporel ne doit pas devenir un néo-langage, ni enfermer l'adolescent dans une conduite répétitive.**

Deux impératifs majeurs de l'approche des adolescents sont l'ouverture sur la communication et l'accès à une progressive « mentalisation » avec prise de conscience des désirs et des conflits. (67)

Mais cette consultation doit s'articuler à des **réseaux** permettant à chacun d'être bon dans son domaine tout en sachant quand déléguer. Il y aura des zones de chevauchement qui doivent servir à une réflexion commune.

Le somatique et le psychologique seront toujours liés ; cette articulation des réseaux permettra un enrichissement mutuel, elle facilitera les rencontres et les réflexions théoriques. (63)



De manière générale, les jeunes souhaitent voir en leur médecin une source d'information. Pour les adolescents qui aspirent à leur autonomie, le fait que leur médecin prenne le temps de leur expliquer des questions médicales témoigne de respect et leur permet de prendre des décisions éclairées. Qu'il soit homme ou femme, le médecin de famille peut atténuer l'anxiété et établir la confiance en donnant des renseignements pertinents sur les raisons de l'examen et sur le diagnostic.

Les jeunes donnent l'exemple de ces médecins de famille qui s'intéressent à leur vie personnelle en leur posant des questions sur l'école ou qui font judicieusement des confidences, comme le fait qu'ils aient ou non des enfants. Les adolescents aiment être considérés comme des « personnes ».

Il faut créer un climat accueillant pour les jeunes : accepter le fait que l'adolescent puisse « consulter en passant » plutôt que de prendre rendez-vous ; garantir la confidentialité même si leurs parents consultent le même médecin ; soulever avec eux des questions peut-être gênantes, notamment sur le sexe, les drogues, l'alcool ou la violence ; et apprendre à aborder les préoccupations en matière de santé et les comportements des adolescents sans porter de jugement et de manière utile.

## 2) L'empathie :

La consultation médicale est une activité interactionnelle complexe : dans cette ligne, l'empathie est un concept fondamental : elle peut, au premier abord, se résumer dans la définition de Cosnier (63) comme étant « le partage synchronique d'états psycho-temporels, c'est à dire le fait qu'à un même instant, les partenaires de l'interaction vivent et éprouvent un état semblable. Ainsi peut-il y avoir empathie de pensée, empathie d'action, empathie d'affects ».

Smith et Hoppe (63) ont décrit la relation empathique comme un processus comportant six étapes ; il s'agit pour le médecin :

1. de reconnaître les moments d'émotions ;
2. de demander au patient ce qui se passe, c'est-à-dire lui demander s'il peut formuler l'émotion que le médecin a l'impression de percevoir ;
3. de nommer l'émotion ;
4. de la légitimer ;
5. de respecter les efforts du patient pour y faire face (stratégie de *coping*) ;
6. de lui offrir aide et soutien pour le futur.

L'explication des idéations suicidaires est une tâche qui, corrélativement, exerce une fonction préventive. Le médecin ne peut cependant se contenter de dire au patient : «Je vous écoute ». Il existe toutefois, chez le médecin, un risque important de banalisation de la situation ; il peut ne mener aucune investigation active, car révéler le problème fait peur ou il peut par manque d'empathie, pousser le patient à se murer dans un mutisme qu'il est facile, croit-on, d'interpréter.

Les trois caractéristiques de l'approche de l'adolescent suicidaire ou suicidant peuvent se résumer ainsi :

- être attentif à tout changement récent (notamment scolaire)
- être attentif aux adolescents hyper sensibles ou influençables
- approcher les idées suicidaires de manière progressive en dehors de la présence des parents.

# **DEUXIEME PARTIE :**

# **L'ENQUETE**

L'enquête par entretien est « une démarche qui soumet le questionnement à la rencontre, au lieu de le fixer d'avance ».

A.BLANCHET.(13)

# I-RECHERCHES

## A-DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE : SA CONSTRUCTION

La littérature médicale présente souvent des questionnaires « miracle » permettant de faire le tour d'une question précise en quelques minutes. Or, en pratique, il s'avère difficile de tout évaluer.

Notre propre enquête est une enquête épidémiologique descriptive basée sur un questionnaire comportant trois parties distinctes :

- **La consultation**
- **L'adolescent : typologie**
- **L'identité du médecin généraliste, la formation**

L'étude a porté sur une population de 47 médecins généralistes, à la fois praticiens **urbains, semi-ruraux ou ruraux**. A noter que le nombre total de médecins généralistes en Haute-Vienne s'élève à 407.

Le recueil total des résultats a nécessité environ 6 mois, au cours desquels nous avons proposé notre questionnaire aux 43 médecins ayant accepté de nous recevoir.

La prise de contact s'est déroulée par téléphone, afin de solliciter un entretien n'excédant pas 20 minutes, ce qui correspond à la durée moyenne d'une consultation en médecine générale.

Cette notion de temps revenait en effet systématiquement dans le discours des généralistes et conditionnait véritablement leur acceptation de l'entretien.

Il s'agit dans le cas présent d'un entretien directif qui repose sur la base d'un questionnaire sans réelle question ouverte.

Parmi les 47 médecins contactés, 4 ont refusé l'entrevue.

Les motifs avancés étaient les suivants :

- manque de temps
- pas d'adolescent ayant pratiqué des tentatives de suicide : ces médecins ne voyaient donc pas l'utilité d'un entretien ; il avait été précisé lors de la prise de contact téléphonique que cela ne constituait pas un obstacle à l'enquête.

Il se trouve que certains facteurs ont conditionné la prise de rendez-vous à distance ; en effet les épidémies virales hivernales ainsi que certains événements météorologiques (tempête...) ont décalé dans le temps une partie des interviews.

**Au final, 43 questionnaires ont pu être remplis par le biais d'un entretien de 15 minutes en moyenne.**

Le premier temps de l'enquête s'est constitué d'une partie « faisabilité », afin de tester le questionnaire auprès de 7 médecins, qui ont ensuite été inclus dans l'enquête globale.

Concernant ces entrevues, qui se devaient de respecter le temps imparti, l'accueil a été chaleureux dans son ensemble.

Il est à noter que seuls deux médecins ont demandé les raisons qui faisaient que le choix de l'enquête s'était porté sur eux.

La plupart de ceux qui n'avaient pas d'adolescents suicidaires à proposer ont quand même accepté l'entrevue.

Une grande majorité a « réfléchi » entre le premier contact téléphonique et l'entretien lui-même à un « cas » qui pouvait correspondre.

Ceux qui n'avaient pas « préparé » avant ont cherché dans leur mémoire un souvenir plus ou moins lointain.

L'on peut se demander, compte tenu du nombre de médecins n'ayant pas souvenance d'un cas, si le facteur temps n'a pas été nuisible, à savoir si ces cas n'étaient pas trop anciens pour que les praticiens s'en souviennent de manière suffisamment précise.

Il faut souligner que la date de survenue dans le temps des tentatives de suicide n'était pas limitée, et que nous avons recueilli à la fois les histoires de tentatives de suicide, mais également les suicides « réussis » pour reprendre l'expression finalement assez déplacée mais cependant répandue ; un peu comme s'il était honteux ou mal vu de « se rater »...

Le questionnaire a été élaboré à partir de certaines bases de données : INSERM (M. Choquet et son équipe), journaux médicaux, Observatoire Régional de la Santé du Limousin.

En ce qui concerne les journaux médicaux, ceux-ci ont été contactés par courrier et nous ont procuré certains articles en rapport avec le sujet étudié.

Enfin, des abonnements personnels ont permis, après « épluchage », de rassembler des données intéressantes ; les sources de journaux médicaux sont les suivantes :

- Le Généraliste
- La Revue du Praticien Médecine Générale
- Le Quotidien du médecin
- Le Concours médical
- FMC hebdo
- Le Panorama du Médecin
- Impact Médecin hebdo

Il est apparu que la première question de l'enquête concernant le nombre d'adolescents parmi la clientèle pouvait se positionner en termes de pourcentages : plus ou moins 10 %.

En effet, les médecins ont, pour la plupart, eu recours à leur Relevé Individuel d'Activité afin de répondre à cette question, avec des difficultés car les tranches d'âge s'y répartissent de la sorte :

- moins de 16 ans
- 16 à 59 ans
- 60 à 69 ans
- 70 et plus

Au final, les généralistes dans leur majorité ont d'eux-mêmes situé leur population adolescente autour du chiffre de 10 %.

Concernant le statut social et culturel, la grille illustrant la profession des parents est utilisée dans les services administratifs : elle correspond aux données INSEE ; à noter la correspondance professions libérales - cadres supérieurs qui n'apparaît pas dans notre questionnaire.

Le fait qu'un médecin ne possède pas dans sa clientèle d'adolescent ayant tenté de se suicider n'a pas été un obstacle à l'enquête car cela a permis des digressions très enrichissantes concernant la prise en charge des adolescents et non plus seulement centrée sur un éventuel passage à l'acte ; car enfin il s'agissait avant tout d'une rencontre humaine et le fait de parler des adolescents en général et pas seulement suicidaires ou suicidants nous a semblé très enrichissant.

L'enquête n'a pas été poursuivie au-delà des 47 médecins car nous n'avons pas jugé utile de récupérer des résultats qui n'auraient pas forcément donné des informations supplémentaires ; de plus le facteur temps intervenait également pour nous et ce travail d'enquête n'est que l'approche d'une plus vaste entreprise qui pourrait être appliquée par exemple à l'ensemble du département de la Haute-Vienne.

## B) CRITIQUES

Il y a eu modification du questionnaire sur deux questions.

**La première modification** a eu lieu à la suite de la faisabilité du questionnaire. Il s'agit de l'âge des adolescents, qui n'apparaît pas au long de ce questionnaire, ce qui peut sembler assez surprenant. En effet, au cours de la « faisabilité » de ce travail, force a été de constater que les médecins rencontrés ne se souvenaient pas de ce critère ; ils avaient le souvenir, parfois très vivace, d'un visage, d'une histoire (souvent lointaine) ou bien encore du niveau de scolarité de ces adolescents, mais l'âge était pour eux une énigme et il était pour ainsi dire impossible d'obtenir une réponse claire. En général, la réponse habituelle était la suivante : « je ne sais plus, il (ou elle ) devait être en telle classe... ». De plus, certains médecins n'avaient plus la trace « papier » des dossiers de ces jeunes ; la plupart d'entre eux enfin, n'étaient pas informatisés ; d'autres encore, visiblement pressés ou peu intéressés par le sujet, ne se donnaient pas la peine de chercher dans leur mémoire ou leurs dossiers.

Cela a donc contribué à entretenir un « flou » autour de ces adolescents, flou qui n'est d'ailleurs pas sans rappeler celui qui subsiste toujours autour de la définition de l'adolescence et les limites d'âge qu'elle exprime.

En effet, il est important et paradoxal de souligner qu'il s'agit dans la majorité des cas de la première question posée par les médecins rencontrés, à savoir dans quelle tranche d'âge devaient se situer les cas demandés. Pour beaucoup de médecins, il semblait licite d'étendre l'âge de l'adolescence à 25 ans révolus, et d'inclure ainsi de « jeunes adultes » dans cette population, ayant ou non une activité professionnelle.

Devant les difficultés réelles à obtenir des réponses à ce critère bien précis, et plutôt que d'avoir des « fourchettes » vagues, nous avons préféré supprimer cet item, en dépit de son importance au vu des différentes études ayant cours actuellement et au sein desquelles il apparaît systématiquement ; cela ne nous a pas semblé être un écueil trop gênant pour l'enquête, les médecins ayant par ailleurs fourni des détails très intéressants sur les adolescents rencontrés (parfois très furtivement) et dont ils avaient gardé une « impression globale » suffisante à notre sens pour les besoins de l'enquête, et le plus souvent non dénuée d'affect et très riche émotionnellement et d'où semble surgir un sentiment d'impuissance et d'angoisse concernant la conduite à tenir.

On note dans ces cas précis un incontestable vécu douloureux de cette expérience suicidaire par le médecin généraliste.

**Une deuxième remarque** concerne la question du statut culturel de l'adolescent.

La modification concernant cet item est intervenue lors de l'analyse des résultats du questionnaire.

On trouve dans la littérature actuelle (88) la remarque suivante : il existe des adolescents ayant des difficultés de repérage culturel, dans les populations immigrées en particulier. Jeammet précise cette notion chez les jeunes de 20 ans originaires du Maghreb, en fin de scolarité. (66)

Au cours de l'enquête, cette question a systématiquement été proposée aux médecins, et la réponse a été négative dans 100 % des cas, à savoir qu'aucun des adolescents rencontrés ne pouvait prétendre à une origine ethnique autre que française ; c'est la raison pour laquelle ce résultat n'est pas exploité dans l'analyse de l'enquête car cette notion apparaît dans plus de 95 % des cas.

Certains praticiens ont avancé le fait que les tentatives de suicide observées au cours de leur pratique n'entraient pas dans les « clichés » classiques en la matière de milieux défavorisés ou d'une origine culturelle de type maghrébine par exemple ; or il est exact que le suicide est fortement condamné dans les religions afférentes à ces populations et constitue une réelle entrave au repos de l'âme après la mort.

**Enfin** nous avons déjà souligné le trop faible échantillon de médecins généralistes interrogés. Il nous faut également préciser que le nombre d'adolescents recensés suicidants comprend ceux ayant survécu à la tentative de suicide et les suicidés, ce qui n'apparaît pas dans le questionnaire.



## C) PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE

### 1) Choix des items

#### a) La consommation de produits

Il semblerait que dans certains milieux populaires, ce soit davantage la sobriété qui soit perçue comme anormale : boire de l'alcool est un signe de virilité.

**Pour les adolescents, la « première cuite » est un rite de passage.**

En France, l'initiation est précoce : 80 % des garçons et 70 % des filles déclarent avoir consommé de l'alcool dès l'âge de 11 ans. Dans l'ensemble, cette consommation est plutôt familiale. C'est ce que révélait récemment la toute première enquête réalisée par le Comité Français d'Education pour la Santé (CFES ; 1999) auprès de 4 000 adolescents âgés de 12 à 19 ans.(12)

Mais la même enquête enregistre une progression de la consommation d'alcools forts chez ces jeunes ; associés à d'autres substances psychoactives, ces alcools sont utilisés par certains d'entre eux comme de véritables drogues destinées à atteindre un état d'ivresse.

Comme pour la consommation de tabac, note le CFES, les jeunes de 15 ans et plus ayant déjà eu des rapports sexuels et/ou ayant déjà pris du cannabis sont des consommateurs d'alcool réguliers.

En ce qui concerne le **tabagisme**, l'enquête Baromètre santé jeunes 97/98 (12) révèle que parmi les 12-19 ans, un peu plus d'un quart (28,8 %) des jeunes déclare fumer (23,6 % régulièrement - au moins une cigarette par jour - et 5,2 % occasionnellement). Il est à noter que depuis 1977, la prévalence tabagique décroît pour les 12-18 ans (46 % à cette époque contre 25,3 % en 1997). Pour les drogues illicites, un peu plus d'un quart (28,3 %) des jeunes âgés de 15-19 ans déclare avoir expérimenté une drogue au cours de leur vie. Le cannabis est le produit principalement consommé (32,7 % de consommateurs chez les garçons, 23,5 % chez les filles).

En ce qui concerne l'alcool, un peu moins d'un quart (23 %) déclare en avoir consommé au moins une fois par semaine au cours de la dernière année, et parmi ces derniers 1,2 % tous les jours.

**L'abus d'alcool et de drogues sont parmi les meilleurs facteurs de risque de tentative de suicide et de mort par suicide chez l'adolescent, qu'il y ait ou non des signes de maladie dépressive (8).** C'est pourquoi ces items apparaissent dans la première partie, et ce, de façon « groupée ».

Les antécédents personnels reprennent la notion de consommation de tabac, d'alcool, de drogues, de façon séparée cette fois, afin que la distinction puisse se faire si besoin est.

Il nous a semblé logique de rassembler le tabac, l'alcool et la drogue car cette association est la plus souvent retrouvée dans les différentes études (Choquet), la drogue sous-entendant une consommation de type haschich ou autre. (31)

Cette question peut donc être entendue au sens de **conduites addictives**.

Il n'y a pas eu, de la part des praticiens interrogés, de réelles considérations concernant la notion de prise de risque avec un véhicule, notion qui semble totalement négligée car non perçue comme pouvant appartenir à une entité syndromique pathologique.

### b) Les plaintes somatiques

Les items choisis par Choquet et son équipe (30) étaient les suivants: réveils nocturnes fréquents, cauchemars fréquents, souvent l'impression d'être fatigué, maux de tête fréquents, douleurs digestives fréquentes, nausées fréquentes, dorsalgies fréquentes ; nous nous sommes inspirés de certains de ces éléments pour les besoins de notre questionnaire.

Concernant l'item « **spasmophilie** » dans la question traitant des troubles somatiques, il nous a semblé utile d'en préciser la définition (selon Garnier et Delamare) (96) : « tétanie chronique constitutionnelle ou idiopathique, tétanie latente. Predisposition souvent héréditaire aux crises de tétanie. Elle est caractérisée par une hyper irritabilité neuromusculaire particulière, généralement latente, mais qui peut se manifester par des lipothymies, des paresthésies, des troubles psychiques, des spasmes viscéraux, des crises convulsives ou même des crises typiques de tétanie. Elle semble due à une instabilité spéciale du système qui contrôle à la fois le métabolisme calcique et l'excitabilité neuromusculaire (glandes parathyroïdes, centres nerveux sous-corticaux) ».

En effet, les médecins rencontrés se sont interrogés quant à la signification de ce terme au demeurant fréquemment employé, et ce à la fois par les patients et les soignants. Le choix de cet item s'explique par le fait que nous y avons souvent été confrontés au cours de notre expérience clinique et que cette pathologie nous a laissés perplexes.

## 2) Choix de la population de médecins généralistes étudiée :

« Définir la population c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions posées ».(13)

En 1990, la population de moins de 20 ans rapportée à la population totale s'élève à :

- Haute-Vienne : 21,9 %
- Limousin : 21,4 %
- France totale : 26,5 % (Ile de France comprise) (62)

Au début du siècle les personnes âgées ne formaient que 8,5 % de la population ; leur nombre a doublé et tandis que simultanément la proportion des jeunes de moins de 20 ans a continué à diminuer.

Au recensement de 1990 les personnes de 65 ans et plus sont désormais plus nombreuses que les jeunes de moins de 20 ans, cas unique en France. (62)

En ce qui concerne la région Limousin, seuls les cantons de Brive, Sud-Est et Limoges-Le Palais font figure de « pôles » de jeunesse, avec deux à trois fois plus de jeunes que de personnes âgées. Partout ailleurs, la population est un peu ou beaucoup plus âgée que la moyenne française, même dans les banlieues et zones périurbaines des agglomérations principales alors que les jeunes y sont plus nombreux que les personnes âgées, parfois le double (10). C'est ce qui explique le choix de la population de médecins généralistes étudiés dans cette enquête, centré sur la zone comprenant le **Sud-Est de Limoges, l'agglomération du Palais sur Vienne et s'étendant jusqu'aux bourgades de Saint-Léonard de Noblat et d'Eymoutiers**, afin d'inclure des médecins ruraux, semi-ruraux et urbains. Il se trouve par ailleurs que cette zone correspond à une partie du secteur 3 de la sectorisation psychiatrique ayant cours à Limoges.

La zone géographique concernée par notre enquête comportait notamment la Cité des Coutures, édifiée entre 1929 et 1932 mais également le quartier de Beaubreuil, plus récent.

Concernant Beaubreuil, une précision mérite d'être signalée : en effet, en 1983, le Comité Régional d'éducation pour la santé du Limousin s'était intéressé aux corrélations éventuelles entre le type de l'habitat et une altération de la santé mentale.

Une enquête avait alors été réalisée auprès de 28 médecins généralistes de Limoges, portant sur 190 patients domiciliés à Beaubreuil. Ce travail objective une très nette prédominance féminine (79 % chez cette population dont 65 % sont âgées de 30 à 60 ans). Cette population se compose de près d'un tiers d'anxieux pour un tiers de déprimés sans distinction particulière en ce qui concerne l'âge et le sexe.

Il y aurait donc une corrélation entre les conditions de vie et la santé mentale des citoyens.

De plus un retard scolaire serait observé dès le début de la scolarité plus particulièrement dans ces quartiers précis. (46)

## II-COMMENTAIRE DES 43 QUESTIONNAIRES

### A-DESCRIPTION DES RESULTATS

Il importe de préciser que les résultats exprimés ici en pourcentage ont été arrondis en tenant compte du chiffre après la virgule.

#### 1) 1<sup>ère</sup> partie : la consultation

- 1) Tous les médecins généralistes ont des adolescents dans leur clientèle.

Le nombre d'adolescents représente **environ 10 %** de la clientèle des médecins généralistes ; nous nous sommes basés sur le rapport d'activité des médecins pour faciliter la réponse des généralistes, ceux-ci ayant des hésitations manifestes devant cette question ; de plus les personnes interrogées ont, dans leur grande majorité, eu le réflexe de s'enquérir de ce rapport.

C'est pourquoi la question telle qu'elle apparaît dans le questionnaire (qui figure en annexe de ce document) n'a pas été posée de la sorte ; nous avons proposé aux médecins de préciser s'ils avaient dans leur clientèle moins de 10 % d'adolescents, environ 10 % ou encore plus de 10 % d'adolescents.

Pour les besoins de l'analyse et plus particulièrement de la saisie des résultats, le chiffre 0 correspondait à l'item moins de 10 %, le chiffre 1 à l'item 10 %, et le chiffre 2 à plus de 10 % ; ceci explique le chiffre moyen de « 1,14 » qui apparaît dans le premier tableau des statistiques descriptives qui apparaît en annexe de ce document.

- 2) La fréquence des tentatives de suicide de ces adolescents est d'environ **74 %**, ce qui paraît être un chiffre important ; à noter que cela correspond dans notre étude à une réponse positive pour 32 médecins sur les 43 interrogés.

Nous nous devons de signaler le faible échantillonnage de la population de médecins étudiés, élément à prendre en compte dans l'analyse de ce résultat.

Le nombre de tentatives de suicide par adolescent est de « 1,7 », donc plus proche de 2. Ces adolescents avaient à leur actif une à deux tentatives de suicide ; il y avait donc bien des récidivants parmi ces jeunes.

En ce qui concerne les conduites à risque, 58 % des adolescents sont consommateurs de tabac, drogues, d'alcool, ces trois items étant rassemblés volontairement.

En outre, à ces conduites addictives se surajoutent dans 19 % des cas des rapports sexuels non protégés. Cet item a semble-t-il intéressé les médecins, en tout cas plus que la prise de risque avec un véhicule, notion qui a provoqué un certain étonnement.

- 3) La forme de passage à l'acte retrouvée le plus fréquemment s'est avérée être la **prise médicamenteuse** (66 % des cas), ce qui est confirmé par l'ensemble des études à ce sujet.

Viennent ensuite, à pourcentage égal, la phlébotomie et l'arme à feu ; il est important de préciser dans le cas précis de l'arme à feu qu'il s'agissait d'une arme familiale conservée dans la maison de l'adolescent et de ses parents. Il est à noter qu'aucun des médecins rencontrés n'avait le souvenir d'une noyade ou d'une pendaison parmi leurs adolescents suicidaires.

Dans deux cas la volonté de mort était telle que l'adolescent a utilisé la prise médicamenteuse puis s'est défenestré ! Il faut préciser que dans ces cas précis l'adolescent est décédé. Enfin, il s'agissait de jeunes souffrant de troubles appartenant au registre psychotique, de même que dans le cas des adolescents ayant utilisé l'arme à feu comme moyen de passage à l'acte.

- 4) 75 % des adolescents ont consulté le médecin généraliste avant le geste suicidaire ; 41 % ont consulté plus de deux mois avant le passage à l'acte.

Aucun n'a consulté le jour même de la tentative de suicide.

- 5) Dans 81 % des cas ces adolescents ont consulté pour des plaintes somatiques.

- 6) Concernant le type de plaintes, on retrouve dans 34 % des cas des **plaintes mal définies ou à type de palpitations, spasmophilie** ; viennent ensuite les troubles digestifs et les troubles du sommeil, seuls ou associés.

Les problèmes dermatologiques n'ont pas été retenus, ce qui est assez surprenant, étant donné la fréquence de ces affections (on pense à l'acné juvénile), leur forte implication psychologique et leur caractère rebelle, récidivant.

Les autres items reviennent en proportion égale : céphalées, dorsalgies, fatigue, nervosité, malaises.

- 7) Dans 47 % des cas, cet adolescent suicidaire était un patient régulier mais qui venait rarement.

## 2) 2ème partie : l'adolescent : typologie

- 1) Les adolescents concernés par ces tentatives de suicide étaient en majorité des **jeunes filles** (69 % des cas) ; ceci est confirmé par les données INSERM.
- 2) En ce qui concerne la fratrie, la notion d'enfant unique prédomine (fils unique plus précisément), ainsi que les critères « 1 sœur plus âgée » et « 1 sœur plus jeune » ; la notion de famille nombreuse n'est pas prédominante ; ces données sont peu significatives, compte tenu de l'échantillon trop faible.

Cette question a donné lieu à des réponses relativement précises, tous les médecins ayant un souvenir d'adolescent suicidaire se souvenaient également de la fratrie de l'adolescent concerné, et ce de façon précise ; ceci peut paraître en décalage avec le fait que l'âge de l'adolescent était difficile, voire impossible à faire préciser.

Substituts familiaux : dans 59 % des cas, les adolescents sont élevés par leurs **parents** ; dans 31 % par la mère seule, ce qui rejoint la notion de père absent retrouvée dans la littérature.

Le statut matrimonial des parents retrouve des parents **mariés** dans 53 % des cas ; on ne note pas de couple en concubinage parmi ces résultats.

La situation familiale de l'adolescent est une question qui a bénéficié d'une réponse dans tous les cas ; la case « non renseigné » n'a jamais été choisie ; elle n'apparaît donc pas dans l'analyse.

- 3) La catégorie socioprofessionnelle du père n'est pas renseignée dans 34 % des cas ; on retrouve ensuite la catégorie des « ingénieurs et cadres techniques d'entreprise », ce qui va dans le sens des médecins généralistes qui pour certains ont avancé le fait que les adolescents suicidaires n'étaient pas forcément issus de milieux défavorisés socialement.

La catégorie socioprofessionnelle de la mère quant à elle comporte 25 % de « non renseigné » puis viennent à pourcentage égal les cadres administratifs et commerciaux d'entreprise et les ouvrières.

Les médecins ont eu des difficultés à se remémorer ces notions ; le biais « mémoire » est intervenu pour cet item.

L'absence du statut culturel dans la grille d'analyse s'explique par le fait que plus de 95 % des médecins n'avaient pas d'adolescents d'autre culture que française parmi leur population suicidante, ce qui va à l'encontre des données de la littérature évoquant l'origine culturelle comme facteur de risque potentiel d'inadaptation sociale et donc de fragilité psychique conduisant au passage à l'acte suicidaire.

- 4) **81 % des adolescents étaient scolarisés au moment du passage à l'acte ; 42 % étaient alors en lycée secondaire, 19 % étaient au collège, 15 % faisaient partie d'un lycée professionnel ; les autres se répartissaient entre la faculté et les BEP, CAP ; un seul cas n'était pas renseigné.**

De cette répartition peut se déduire une estimation approximative des tranches d'âge de ces adolescents, avec un biais non négligeable souligné par les médecins généralistes eux-mêmes : les redoublements de ces jeunes, qui peuvent aisément « brouiller les pistes ».

C'est l'item « lycée secondaire » qui prédomine, ce qui correspond approximativement à la tranche d'âge « 16-20 ans ».

**50 % des jeunes n'avaient pas de difficultés scolaires ; une fois encore l'on se trouve en dehors du « cliché » de l'adolescent suicidaire qui a des difficultés à l'école.**

- 5) La rubrique des antécédents personnels permet d'individualiser les items regroupés à la question n° 2 de la première partie de notre questionnaire.

Le tabac est assurément prépondérant (40 %), mais il est à nouveau retrouvé en association avec les drogues et l'alcool ; puis avec les troubles des conduites alimentaires.

Il n'est pas impossible que le fait d'avoir regroupé les items « tabac drogue, alcool » en première partie de ce questionnaire ait quelque peu faussé les résultats quant à la consommation réelle de ces produits, mais il est prouvé que cette association est une (triste) réalité et que malheureusement ces items se doivent d'être considérés comme substances addictives au sens large, entraînant une dépendance physique et psychique.

La notion de maladie chronique non traitée n'a pas été retrouvée ; elle consiste bien cependant en une conduite dangereuse pour soi-même : c'est l'exemple des diabétiques insulino-dépendants qui « jouent avec la mort ».

Cinq adolescents sur 32 ayant tenté de se suicider étaient porteurs d'une maladie chronique traitée ou bien dont l'observance était inconnue par le médecin traitant.

Les antécédents familiaux montrent 59 % de « non renseigné », 22 % de suicide, 16 % d'éthylisme ; 3 % de maladie mentale.

Le suicide est retrouvé dans les données de la littérature concernant les antécédents familiaux des adolescents suicidaires.

Le geste suicidaire était dans **69 % des cas réactionnel à un événement**, en rapport avec une pathologie mentale autre que dépressive dans 19 % des cas, inexplicable dans 9 % des cas, en rapport avec un état dépressif chronique dans 3 % des cas ; la notion d'accès aigu dépressif n'est pas retrouvée.

- 6) La situation affective au moment du geste souligne dans **43 % des cas une rupture sentimentale**, ce qui va dans le sens des données actuelles de la littérature.

La transplantation hors du milieu familial n'apparaît pas ici.



### 3) 3<sup>ème</sup> partie : le médecin généraliste ; la formation

- 1) Il n'y a pas de distinction dans la surprise provoquée par le passage à l'acte : **il y a eu autant de médecins surpris que de médecins non surpris.**
- 2) Dans 53 % des cas c'est la famille qui a dirigé l'adolescent vers un service d'urgence, sans faire appel au médecin traitant.
- 3) **Dans 59 % des cas, les généralistes se sont considérés comme « informés et partenaires des équipes soignantes spécialisées », au cours de la prise en charge des adolescents suicidaires.**

Ils ont ressenti l'exclusion dans 34 % des cas ; seulement 6 % se sont sentis « acteur principal ».

- 4) Depuis la tentative de suicide ont été instaurées dans la majorité des cas **une hospitalisation, une psychothérapie, et une chimiothérapie.**

L'item « autre » correspond en fait aux cas où il n'y a pas eu de réelle prise en charge instaurée depuis la tentative de suicide.

L'association psychothérapie et hospitalisation se retrouve également, en troisième position.

A noter que la chimiothérapie a très rarement été instaurée par le médecin généraliste seul ; la façon dont le questionnaire est construit en ce qui concerne cet item fausse la réponse, car les généralistes n'ont pas saisi dans l'ensemble que cette question s'adressait à eux seuls et qu'il ne s'agissait pas d'une prise en charge commune avec le milieu hospitalier ; ainsi il est un peu difficile de savoir « qui a fait quoi ».

Il est ainsi difficile de savoir si les médecins généralistes instaurent des antidépresseurs aux adolescents vus en consultation, et notamment lors de la première consultation. Marcelli insiste sur le fait qu'une prescription d'antidépresseurs chez un adolescent vu pour la première fois est fortement déconseillée.

L'accompagnement social n'apparaît pas, il est vraisemblable en effet que celui-ci s'initie plutôt en milieu hospitalier.

- 5) Le devenir des adolescents correspond dans 56 % des cas à l'item « autre », qui est mal exprimé et renvoie en fait à un suivi en consultation classique de médecine générale, au cabinet du généraliste.

On note 34 % de « perdus de vue » ; les autres (9 %), font venir leur médecin à domicile, ce qui est assez peu coutumier des populations jeunes.

- 6) Parmi les correspondants réguliers des généralistes, on note qu'il s'agit dans 41 % des cas des **psychiatres libéraux et hospitaliers sans distinction réelle, puis des psychiatres hospitaliers plus particulièrement** dans 18 % des cas ; les assistantes sociales, médecins scolaires et éducateurs n'apparaissent que très rarement.
- 7) **56 %** des généralistes n'ont pas eu connaissance de formations continues sur le thème des adolescents suicidaires.
- 8) **Sur les 19 médecins qui ont eu connaissance de formations à ce sujet, 8 les ont suivi.**
- 9) **74 %** des médecins sont disposés à suivre des formations au sujet des adolescents suicidaires.
- 10) Le mode de communication avec les spécialistes psychiatres est à la fois **le téléphone et le courrier, avec une petite préférence pour le mode épistolaire.**
- 11) Identité du médecin généraliste :
- L'âge moyen des médecins généralistes est de **43 ans**.
  - On note une majorité d'**hommes** (63 % contre 37 % de femmes) interrogés.
  - Ces médecins exercent **seuls** dans 56 % des cas, contre 44 % en groupe.
  - Dans 84 % des cas ces médecins sont **originaires de leur ville d'exercice**, à savoir Limoges.
  - 63 % d'entre eux ont une **spécialité particulière** (diplôme universitaire, capacité...)
  - 77 % ont une **activité en dehors de l'activité libérale** autre que le SAMU, les Pompiers, les institutions ; il s'agit par exemple de bénévolat dans des associations, de médecine préventive, enseignement... ; en deuxième position viennent les institutions telles que les maisons de retraite surtout.

- La pratique de ces médecins se répartit en une majorité de **consultations** (88 %)
- La clientèle de ces praticiens se situe d'après eux dans la tranche des « 20 - 30 ans » ; il s'agit donc d'une **population jeune**.
- Il s'agit d'une clientèle **citadine** dans 90 % des cas, ce qui explique par ailleurs la majorité de consultations (39 médecins citadins et 4 médecins ruraux interrogés).

## B-STATISTIQUES DE L'OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU LIMOUSIN (90)

### 1) Présentation de l'étude

Il s'agit dans le cas présent d'une enquête **téléphonique réalisée en 1998 et 1999** par les équipes de l'Observatoire Régional de la Santé du Limousin, auprès des médecins généralistes de la **Corrèze**.

Cette démarche a trouvé sa justification dans le manque d'informations épidémiologiques concernant le suicide et les tentatives de suicide (les seules statistiques utilisables sans investigations complémentaires concernent les décès, ces données étant produites par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale).

Ce problème a été classé lors de la Conférence régionale de Santé de 1996 en seconde position en Creuse et en troisième position en Corrèze et en Haute-Vienne.

C'est à la demande du Comité Technique de Coordination des actions de santé publique de la Corrèze que l'Observatoire Régional de la Santé a été sollicité afin d'effectuer un bilan de la situation corrézienne.

L'état des lieux s'est articulé autour de quatre axes :

- aspects épidémiologiques
- prise en charge hospitalière
- prise en charge par les médecins généralistes
- actions de prévention du risque suicidaire.

Il s'agit d'une enquête prospective qui inclut **tous les suicidants de 15 ans ou plus** et qui a pour objectif de départ le recueil de 100 questionnaires. L'enquête a duré **7 mois au total ; au décours de ce délai, 80 questionnaires ont été recueillis, et seuls 30 % des questionnaires reçus sont complets**. Ceci

confirme bien le problème que posent les enquêtes « à distance », qui comportent ainsi un biais de déclaration.

Nous avons rassemblé ici quelques résultats qui nous ont semblé en rapport avec notre propre investigation.

## 2) Quelques chiffres

Nombre annuel moyen de décès par suicide et % sur l'ensemble des décès chez les 15-24 ans en Limousin en 1995-1997 :

Hommes : 7 (18,2 %)

Femmes : 1 (10,5 %)

En ce qui concerne le sexe des suicidants, plus de la moitié sont de jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans ; près des  $\frac{3}{4}$  des tentatives de suicide concernent des femmes.

## 3) Histoire du passage à l'acte

**L'intoxication médicamenteuse est le plus souvent retrouvée, en deuxième position vient la phlébotomie qui lui est associée le plus souvent.**

Sur 21 suicidants, la dernière consultation remonte pour 50 % d'entre eux à plus d'un mois, pour 9 % d'entre eux à moins d'une semaine. Les 41 % restants ont été vus entre 2 et 4 semaines avant la tentative de suicide actuelle.

Lors de cette dernière consultation, dans 82 % des cas, le médecin traitant a perçu des troubles essentiellement à type d'anxiété ou de dépression.

Dans la majorité des cas la personne fait partie de la clientèle habituelle du médecin, et les  $\frac{3}{4}$  consultent régulièrement.

Le diagnostic secondaire le plus souvent retrouvé est la rupture sentimentale ou les conflits conjugaux.

**Le contexte relationnel affectif est le facteur déclenchant des tentatives de suicide des adolescents dans la majorité des cas (83 %).** Pour 10 % des médecins répondants, ce geste reste inexplicable ; dans 10 % des cas il s'agit du contexte social, dans 10 % des cas d'une maladie mentale, jamais d'une maladie organique grave. (le total est supérieur à 100 car il y a plusieurs réponses possibles).

C'est le contexte social qui vient en tête avant le contexte affectif chez les adultes ; le geste est inexplicité dans 3 % des cas.

#### 4) Les médecins généralistes

42 % des médecins ont choisi de s'installer dans la ville ou la région dont ils sont originaires.

71 % ont suivi une formation complémentaire : 14 % médecine d'urgence ; 24 % gériatrie, médecine du sport, acupuncture, homéopathie...

Le psychiatre hospitalier est le correspondant auquel il est le plus souvent fait appel ; les psychiatres libéraux semblent moins disponibles ; les médecins évoquent les longs délais d'attente pour obtenir une consultation.

Les médecins sont interrogés sur les dispositions qu'il leur semble nécessaire de prendre pour prévenir une éventuelle récurrence de tentative de suicide ; le plus fréquemment on retrouve le suivi spécialisé et l'écoute, l'accompagnement.

**Ils se décrivent le plus souvent comme « le médecin de première ligne, le premier recours qui doit être disponible et à l'écoute. »**

**Le thème le plus fréquemment évoqué concernant les besoins de formation, jugé le plus souvent insuffisant par les praticiens eux-mêmes, est le suicide des adolescents.**

Les généralistes situent difficilement leur rôle dans la prise en charge.

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être retenues à l'issue de ce travail :

favoriser la coordination et étoffer les réseaux ville hôpital, généralistes-spécialistes ; améliorer la formation des professionnels médicaux et non-médicaux pour accroître l'efficacité et la qualité de leurs interventions.

## C-POINTS RESSORTANT DE NOTRE ETUDE

- Le généraliste est en première ligne face aux adolescents suicidaires.
- Les adolescents suicidaires sont des filles qui absorbent des médicaments.
- Les adolescents suicidaires ont des conduites à risque.
- Les adolescents suicidaires se présentent souvent à la consultation du médecin généraliste avec des somatisations écrans et ce avant le passage à l'acte.
- Ces adolescents ne viennent pas forcément d'un milieu défavorisé et ne sont pas forcément en échec scolaire.
- Le plus souvent la tentative de suicide est réactionnelle à une rupture sentimentale.
- L'insuffisance de formation des généralistes dans ce domaine précis est une réalité.

# **TROISIEME PARTIE :**

# **DISCUSSION-SYNTHESE**

« La vie, c'est l'ensemble des fonctions qui résistent à la mort ».

Xavier Bichat.

L'utilisation des statistiques a permis de faire apparaître, non pas des constantes, mais ce que nous pourrions appeler des dominantes du fonctionnement mental. Notre travail n'a pas la prétention d'en faire autant, mais a été réalisé dans le but d'apporter un recueil de témoignages « sur le vif » des « acteurs de l'ombre » que sont trop souvent les généralistes.

Lorsque nous avons entrepris ce travail, nous avons comme point de départ les hypothèses suivantes :

- Les tentatives de suicide des adolescents sont en augmentation et posent un véritable problème de Santé Publique.

- Les adolescents suicidaires consultent le médecin généraliste avant le passage à l'acte et ce pour des plaintes somatiques qui semblent dissimuler un mal-être.

- Les médecins généralistes sont démunis face à ces adolescents et insuffisamment formés à la pédopsychiatrie de l'adolescent mais également à la médecine de l'adolescent.

- Que penser de la prévention des récurrences de tentatives de suicide, fréquentes (environ un tiers des suicidants récidivent, le plus souvent au cours de la première année (4)) ?

- Cette prévention doit-elle s'orienter vers la détection de facteurs de risque spécifiques du passage à l'acte suicidaire ou doit elle porter l'accent sur l'initiation du médecin généraliste aux caractéristiques propres de l'adolescence, période qui brille par son absence au cours des études de médecine ?

- Enfin chaque médecin réagit avec sa propre histoire, sa propre expérience des adolescents et la relation au patient est un exercice difficile, d'où l'unicité de chaque prise en charge.

- Un autre aspect de la prévention concerne le travail en réseau qui à l'avenir va s'avérer un outil très utile, voire indispensable.

Notre but n'était pas de rencontrer les adolescents hospitalisés au CHU de Limoges au décours d'une tentative de suicide ou encore de remonter la filière des médecins généralistes les suivant en consultation.

Au contraire, nous avons souhaité une enquête de terrain, orientée volontairement sur un secteur géographique répertorié au niveau du recensement du Limousin (10) comme étant le lieu de résidence d'une population « jeune » en comparaison avec le reste de la région.

En outre, la fréquence des tentatives de suicide obtenue à partir des données hospitalières constitue un ordre de grandeur minimal mais sous-évalue la réalité dans la mesure où toutes les tentatives de suicide ne sont pas hospitalisées.

Environ 75 % des premières tentatives de suicide n'auraient bénéficié d'aucune prise en charge hospitalière, d'après une donnée de la littérature (30).



Notre volonté était de nous situer dans le cadre de notre formation initiale, et d'aller ainsi à la rencontre des médecins généralistes, afin de recueillir leur point de vue sur le sujet désarmant des adolescents suicidaires.

Le support du questionnaire était nécessaire mais le plus souvent il s'est agi d'une conversation « à bâtons rompus » qui a permis aux médecins interrogés la verbalisation de notions plus personnelles.

## I-CONCLUSIONS DE L'ENQUETE EN DIX POINTS

### - Premier point :

Notre investigation relève une fréquence importante des tentatives de suicide parmi les adolescents consultant (74 %) ; le nombre de ces tentatives est plus proche de 2 que de 1.

### - Deuxième point :

Les conduites à risque sont une (triste) réalité : 58 % des adolescents concernés par le questionnaire sont consommateurs de tabac, drogues, alcool et le plus souvent les trois à la fois. Les facteurs de risque sont des indicateurs peu spécifiques et aucun pris isolément n'est réellement prédictif ; c'est le cumul des facteurs qui apparaît comme étant dangereux.

Une mention spéciale doit être faite en ce qui concerne les rapports sexuels non protégés (19 %).

Certaines remarques nous ont semblé intéressantes à ce sujet. En effet des médecins ont évoqué leurs difficultés face à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse chez les adolescentes.

Ces praticiens ont suggéré que ces « IVG » pouvaient être classées dans les conduites à risque et peut-être même être considérées comme des équivalents suicidaires.

Le rapport Nizan de 1998 (12), fait état de 10 000 grossesses par an et de 6500 IVG par an chez les mineures.

### - Troisième point :

L'intoxication médicamenteuse reste le moyen le plus utilisé afin d'attenter à ses jours lorsque l'on est adolescent ou plutôt adolescente ; cette notion est retrouvée au niveau de la population de jeunes adultes de l'enquête de L'Observatoire Régional de la Santé ; la phlébotomie vient en deuxième position.

### - Quatrième point :

75 % des adolescents ont consulté avant le passage à l'acte, et ce plus de deux mois avant ; ceci est retrouvé au niveau de l'ORS (plus d'un mois avant). Dans le cadre de notre enquête, les adolescents ont consulté pour des plaintes somatiques, au demeurant plutôt mal définies (spasmophilie, palpitations...) alors que c'est l'anxiété et la dépression qui étaient au premier plan pour la population adulte de L'ORS.

Selon Choquet, parmi les 11-19 ans, 31,3 % ne présentent jamais ou rarement les sept symptômes : céphalées, dorsalgies, fatigue, cauchemars, réveils nocturnes ; 48,8 % fréquemment un ou deux, 19,9 % en totalisent au moins trois, 3,2 % en cumulent cinq et plus.

Ces plaintes sont différentes selon le sexe et progressent avec l'âge. (30)

Il s'agissait dans les deux enquêtes de patients réguliers.

### - Cinquième point :

Les adolescents suicidaires étaient en majorité des filles ; les adultes de l'enquête ORS également.

### - Sixième point :

Ces adolescents étaient élevés par leurs parents (mariés) dans la majorité des cas, ce qui va à l'encontre des notions de famille monoparentale et de père absent retrouvées dans la littérature même si ce critère se retrouve en deuxième position. Néanmoins, on peut se demander quelle est réellement la nature du climat familial, car enfin des parents mariés ne sont pas forcément des parents qui s'entendent.

### **- Septième point :**

La catégorie socioprofessionnelle des parents montre qu'il ne s'agit pas forcément de milieux défavorisés.

L'appartenance à une catégorie socio-économique ne semble pas déterminer un facteur de risque suicidaire (M. Debout, 1990) (41). Ce sont davantage des modifications brutales du niveau social, comme le chômage, qui semble constituer un facteur de risque.

D'après H.Moula (89), il n'y a pas de catégorie socioprofessionnelle épargnée et il n'y a pas de petit suicide.

Pour l'un des médecins rencontrés, « l'adolescent est aliéné par l'argent des parents; il vient en consultation pour obtenir quelque chose (certificat, etc.) et ne voit pas forcément le médecin comme un allié ».

En ce qui concerne l'appartenance culturelle, nous n'avons pas recueilli d'éléments particuliers; en effet les médecins interrogés n'avaient pas d'adolescents étrangers ayant tenté de se suicider dans leur clientèle.

Ceci ne permet pas d'avancer beaucoup d'hypothèses du fait de notre trop faible échantillon, mais selon certains auteurs, la progression de l'athéisme dans les pays développés n'est pas sans rapport avec l'augmentation du nombre de suicides et, dans les pays musulmans, le suicide reste un phénomène marginal car il symbolise une véritable « malédiction » en entravant le repos de l'âme.

### **- Huitième point :**

Les adolescents étaient non seulement pour la plupart scolarisés, mais n'avaient pas de difficultés scolaires (pour 50 % d'entre eux).

Pour certains médecins généralistes, l'absentéisme scolaire serait un signe annonciateur de conduites suicidaires par la suite; un praticien exerçant dans le quartier de Beaubreuil s'est déclaré particulièrement concerné par ce problème et se trouve très souvent sollicité dans ce contexte.

En ce qui concerne les antécédents personnels :

Les jeunes qui tentent de se suicider sont souvent en mauvaise santé, beaucoup ont une maladie chronique non traitée (diabète, asthme, colopathie...) à rechercher systématiquement, comme le souligne le Dr E. Cuzin. (35)

C'est ce que nous avons tenté de faire à travers ce questionnaire, et nous avons répertorié des jeunes porteurs de maladie chronique parmi les suicidaires (5 sur 32), mais nous n'avons pu individualiser de jeunes ayant des conduites à risque vis-à-vis de cette affection, c'est-à-dire ayant une mauvaise observance des traitements en rapport.

Dans le même registre, les troubles des conduites alimentaires se doivent d'être signalés ; ils seraient plus fréquents chez les jeunes filles d'origine maghrébines, d'après l'enquête de Choquet (30) en 1993 auprès des étudiants.

Les résultats concernant les antécédents familiaux ne sont pas significatifs dans notre étude (beaucoup de « non renseigné »).

### - Neuvième point :

Le geste suicidaire était réactionnel à un événement à tonalité affective, puisqu'il venait en écho d'une déception sentimentale ; ceci est confirmé par l'étude de l'ORS qui précise que dans le cas des adultes, c'est le contexte social qui est la cause du passage à l'acte.

Pour l'adolescent, « *l'humeur fléchit lorsqu'elle n'est plus supportée par la certitude ou l'espoir d'être aimé ; idéalement, l'élue doit être un « plus que mère » ou « plus que père », certainement pas un simple substitut* ». (70)

L'ANAES postule que la tentative de suicide est sous tendue par des situations de conflit ou de rupture qui n'ont pu trouver d'autre voie de résolution que l'atteinte corporelle.

On estime à moins d'un tiers la proportion d'adolescents chez qui l'idéation suicidaire s'inscrit dans un processus psychopathologique évolutif. L'ANAES précise que « dans 20 à 30 % des tentatives de suicide il existe une pathologie psychiatrique sous-jacente (dépression, trouble sévère de la personnalité) qui favorise le passage à l'acte. Il faut systématiquement la rechercher, l'identifier et la traiter ». (4)

## - Dixième point :

Les médecins généralistes se considèrent comme « informés et partenaires des équipes soignantes spécialisées » ; la moitié des médecins traitants se sont déclarés surpris par le geste suicidaire ; c'est également ce que montre une étude réalisée dans le canton de Berne (70).

C'est l'association hospitalisation-psychothérapie-chimiothérapie qui a le plus souvent été mise en œuvre au décours de la tentative de suicide ; l'accompagnement social est exceptionnellement retrouvé.

L'effet bénéfique de l'association d'une mesure sociale à une prise en charge psychothérapique individuelle ou familiale est une illustration de la nécessité à l'adolescence d'un étayage extérieur pour accompagner et permettre un remaniement du fonctionnement psychique interne. (102)

L'hospitalisation systématique des adolescents suicidants même limitée dans le temps, dans un service de pédopsychiatrie, montre qu'elle permet d'augmenter très sensiblement l'observance du traitement et du suivi. (95)

Selon une autre étude de Choquet il est noté que 26 % des adolescents ayant été hospitalisés pour une tentative de suicide ont consulté le médecin scolaire et renouvelé cette consultation plusieurs fois. C'est peut-être une autre voie de prévention qui s'ouvre ici, par le biais de la médecine scolaire et la question de sa mission, de sa formation.

Un certain nombre d'adolescents ne parviennent pas à honorer les rendez-vous prévus à l'issue de leur séjour en milieu hospitalier après une tentative de suicide, avec le médecin hospitalier ou le psychothérapeute. Le médecin généraliste reste alors parfois le seul interlocuteur. La qualité de son alliance thérapeutique avec l'adolescent constitue un atout lui permettant de rediscuter les modalités du suivi, voire de procéder à certains aménagements afin de redynamiser l'adhésion à un programme de soins. Ce travail d'accompagnement s'effectue aussi en direction des parents qui ont souvent besoin d'être soutenus.

Les praticiens ont suggéré la nécessité d'un spécialiste facilement joignable qui pourrait grâce à son évaluation de la situation, aider à la construction d'un "filet de sécurité", selon l'expression de Ladame (72) autour de l'adolescent à risque.

Toujours d'après Ladame, l'impuissance et la solitude ressenties par les personnes confrontées à un risque suicidaire jouent un rôle important dans le défaitisme, voire le déni du risque de mort en dépit de l'évidence.

Les généralistes sont le plus souvent en contact avec les psychiatres hospitaliers et insistent sur les importantes difficultés rencontrées afin d'obtenir une consultation spécialisée dans des délais acceptables.

Les praticiens ont eu connaissance de formations à ce sujet mais peu les ont suivies. Le manque de temps considérable en pratique libérale explique que les médecins « sélectionnent » les thèmes proposés et sont dans l'impossibilité d'assister à toutes les réunions.

Le manque de formation des médecins généralistes en psychiatrie se retrouve dans l'ensemble des pays européens. Le cursus actuel français est on ne peut plus minimaliste, 50 heures de cours maximum. (19) Le stage en psychiatrie, non obligatoire, ne permet pas d'appréhender la psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, du moins en ce qui concerne la ville de Limoges. On peut en déduire l'intérêt du récent "stage chez le praticien", stage de terrain très profitable à notre sens, qui peut permettre de rencontrer des adolescents, au hasard des consultations. Il est vrai que la formation psychiatrique succincte reçue par le médecin généraliste pendant ses études ne lui permet pas de se familiariser avec les techniques d'entretien et d'écoute.

Le psychiatre entretient avec le généraliste des relations particulières, différentes d'avec les autres spécialistes. Malgré les progrès récents apportés à l'image du psychiatre, qu'il soit hospitalier ou libéral, bon nombre de patients et bon nombre de médecins répugnent à utiliser précocement les services de ce type de spécialiste médical. (19)

Le profil des médecins rencontrés est le suivant : il s'agit d'un homme de 43 ans en moyenne, originaire de la ville d'exercice, à savoir Limoges, qui possède une formation annexe et possède une activité en dehors de la médecine libérale, qui a une majorité de consultations et dont la clientèle est plutôt jeune et citadine.

Les avis concernant le suivi médical des adolescents étaient divergents : certains médecins ont avancé l'idée que ces jeunes se suivaient bien, d'autres étaient d'avis contraire, et avaient pu au cours de leur pratique constater que les adolescents ne venaient consulter seulement lorsqu'une affection somatique les y obligeait, et par conséquent le moins souvent possible.

Parmi les médecins rencontrés, l'un d'eux a réalisé, à l'énumération des plaintes somatiques, qu'il était peut-être passé « à côté de quelque chose », et a reconnu n'avoir que très peu de notions en Pédopsychiatrie.

La clientèle adolescente lui est en effet apparue comme « insaisissable » en raison des consultations ponctuelles ; pour ce généraliste cette clientèle est la moins fidèle.

En dépit de ces considérations, les adolescents vus en consultation lui ont semblé « heureux ». Ce médecin a évoqué un « cap à passer ». Pour lui, les suicides sont plus fréquents au moment des orientations professionnelles ou lors de la recherche d'un emploi.

Certains praticiens se sont sentis très concernés par le problème : il s'agissait de médecins pour lesquels la psychiatrie ne constituait pas un « **tabou** ».

L'un d'eux a évoqué le fait que tous ses patients adolescents étaient des « **suicidants potentiels** ».

Un aspect très souvent évoqué reste la difficulté pour les généralistes de déterminer le moment opportun pour « **passer la main** » au confrère psychiatre.

La possibilité de travailler en réseau n'a que très rarement été évoquée.

Certains ont suggéré que les solutions à ce problème de Santé Publique qu'est la prévention secondaire des tentatives de suicide des adolescents pourraient se trouver du côté des sociologues et non du côté des médecins. L'un des médecins rencontrés a postulé que les solutions au problème adolescent pouvaient se trouver du côté des sociologues comme Durkheim.

En effet Durkheim, le fondateur français de la sociologie, avait déjà souligné en 1897 la complexité du phénomène que constitue le suicide. Il insistait sur le rôle de l'intégration comme facteur essentiel du lien social en montrant qu'un tel lien est sans doute l'une des armes les plus puissantes pour combattre le suicide.

Dans l'esprit de Durkheim, un jeune qui se suicide c'est d'abord une personne qui éprouve une souffrance psychique qui lui rend la vie insupportable telle qu'il la vit. Cette souffrance psychique peut avoir de multiples origines qui sont à rechercher dans l'histoire familiale, affective, sociale, scolaire, professionnelle. Mais aussi dans l'indifférence de son environnement à sa douleur, qui lui fait désespérer de sa propre existence aux yeux des autres et donc de lui-même.

L'augmentation du suicide dans de nombreux pays développés a été amplifiée avec la crise économique et le développement du chômage. S'il existe bien un lien entre suicide et chômage, la nature de ce lien reste complexe et les pays où le chômage a le plus augmenté ne sont pas ceux où le suicide est le plus accru ; la bonne santé économique ne suffit pas à faire diminuer la souffrance psychique de certains et son aboutissement suicidaire. Plus que le chômage ou la difficulté économique, c'est sans doute la diminution des liens familiaux et sociaux accentuée par des changements économiques non maîtrisés qui peut rendre compte de l'augmentation du suicide. (48)

La prise en charge des adolescents suicidaires ne saurait se réduire à une simple prescription de médicaments psychotropes ; force est d'ailleurs de constater qu'un jeune suicidant sur deux a consulté un médecin généraliste dans les 15 jours qui ont précédé son geste et que les produits employés lors de la tentative de suicide sont ceux qui lui avaient été prescrits lors de cette consultation. La plupart d'entre eux développent des troubles d'allure fonctionnelle et ont des conduites de rupture dont la précocité d'apparition, l'intensité, le cumul et la chronicisation sont autant d'indicateurs de gravité.

D'autres praticiens pensent que les adolescents vont « droit au but » en consultation et n'ont aucun mal à exprimer leur malaise psychique.

De plus, ces adolescents, véritable « population à part », ne souhaiteraient pas d'intervenants extérieurs, toujours d'après ces praticiens.

Les médecins généralistes hésitent parfois à référer leurs patients suicidants aux psychiatres et psychothérapeutes. Ils constatent souvent que non seulement les patients ne se rendent pas chez ces spécialistes, mais qu'ils ne les voient pas non plus revenir chez eux. En effet, les jeunes qui confient leur détresse à un soignant qui a su gagner leur confiance peuvent se sentir rejetés s'ils sont d'emblée référés ailleurs. Il est donc important que le médecin de premier recours accueille et contienne la détresse et le risque suicidaire remis entre ses mains, mais il est tout aussi important qu'il puisse s'entourer des conseils d'un spécialiste et partager éventuellement avec lui la responsabilité des décisions thérapeutiques.

(77)

Ces mêmes généralistes ont pu par leur réflexion suggérer que certains de leurs patients adolescents suicidaires se trouvaient dans une situation matérielle très confortable mais souffraient par ailleurs d'un indiscutable manque d'affection et d'écoute de la part de leur famille.

La conclusion de ces réflexions était que l'argent ne protège pas forcément d'un passage à l'acte suicidaire, parfois même bien au contraire.

Parfois l'adolescent se retrouve plus isolé que dans certains milieux ; la dimension culturelle de la famille n'est pas la même : c'est la notion de « tribu » qui apparaît alors.

## II-RECOMMANDATIONS DE L'ANAES

Dans le cadre du programme national de prévention du suicide chez les jeunes, mis en place par le Secrétariat d'Etat à la Santé, l'ANAES a été saisie afin d'élaborer des recommandations professionnelles concernant la prise en charge hospitalière des adolescents suicidants, en collaboration avec la Fédération Française de Psychiatrie. En voici quelques extraits.

L'ANAES précise bien qu'une tentative de suicide chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine à mettre sur le compte d'une "crise d'adolescence", et qu'elle ne doit jamais être banalisée, si minime soit-elle dans sa dangerosité. En effet, outre la possibilité de survenue de complications somatiques potentiellement mortelles à court terme, le risque principal est la prolongation d'une souffrance psychique qui s'exprime fréquemment par une récurrence suicidaire.



Il est nécessaire de rencontrer les parents et/ou l'entourage proche, afin d'appréhender leur propre vécu, de recueillir leurs difficultés et leurs plaintes, et d'apprécier la qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital.

L'évaluation sociale est indispensable.

L'hospitalisation doit être la règle, tout particulièrement en cas :

- de risque de récurrence immédiate de la tentative de suicide, en particulier s'il existe une forte intentionnalité suicidaire, afin d'assurer la sécurité du patient.
- de pathologie psychiatrique non stabilisée.
- d'environnement extérieur jugé défavorable.
- si l'adolescent le désire.
- s'il n'est pas possible de mettre en place rapidement un suivi suffisamment structuré par un réseau ambulatoire.

**En l'absence d'indication d'hospitalisation, le relais sous forme d'un réseau d'intervenants extra hospitaliers peut être envisagé. Ce réseau peut faire intervenir les centres médicopsychosociologiques, mais aussi des praticiens libéraux, médecins généralistes ou psychiatres.**

Ainsi des liens préalables à la sortie doivent être établis entre l'équipe hospitalière et les intervenants extérieurs qui vont participer à la prise en charge. Cette préparation conditionne la qualité du suivi, l'adhésion de l'adolescent et l'impact à court et moyen terme de la prise en charge.

## **III-VERS UNE PREVENTION SECONDAIRE**

Tous les programmes de prévention réunis auraient 10 % d'efficacité !

La prévention secondaire des tentatives de suicide des adolescents semble extrêmement difficile, pour ne pas dire illusoire ; **elle repose vraisemblablement sur une qualité de relation avec les adolescents, sur l'importance de garder un lien avec eux, et non pas sur des « conduites à tenir » telles qu'on peut les trouver en ce qui concerne certaines affections organiques.** En effet il n'y aura jamais de « recette toute prête » pour permettre aux généralistes de faire face à cette situation critique ; l'idée serait peut-être d'initier les médecins à l'adolescence au sens large du terme, à la façon d'aborder l'adolescent(e).

Car le but est que cet adolescent revienne en consultation au sortir de l'hôpital, parce qu'il aura gardé un bon souvenir de son médecin traitant, de celui qui « l'aura bien soigné » ; pour que le lien ne soit pas rompu.

De part sa personnalité, chaque médecin va intervenir différemment, en terme de disponibilité (temporelle et surtout psychique), de tolérance personnelle à l'égard des suicidants, de possibilité à résoudre ce genre de problèmes, de résonance affective.

Pour G. Lopez (80), les généralistes se défendent contre la culpabilité et l'angoisse vis-à-vis du suicide, sujet tabou, par des mécanismes de défense habituellement mis en œuvre dans les processus névrotiques ; amnésie, déplacement, rationalisation, dénégation. De même, l'appel à une formation spécifique serait un essai de rationalisation secondaire.

Il serait souhaitable d'inclure la santé des adolescents dans l'enseignement théorique universitaire de la Faculté de Médecine ; cela a pu être appliqué à Limoges, et ce depuis 1999, afin de sensibiliser les étudiants de troisième cycle (donc déjà en fin d'études) à la période de l'adolescence, jusqu'alors inconnue en théorie.

En ce qui concerne la relation au patient, M.A. Puel (97) souligne que **« si une certaine possibilité de prévention passe par une relation chaleureuse, il semble imprudent qu'en médecine générale elle passe par le fac-similé du lien affectif manquant originel »**.

Il n'existe pas de réponse ni de solution univoque et systématique. En revanche, ce qui conduit à l'échec est mieux connu. Par exemple, si les prescriptions sont pour l'adolescent synonymes d'obéissance et de soumission et si la confiance dans le médecin n'est pas acquise, il est peu probable que les actions et le discours médical aient un impact et soient intégrés.

Dans ce sens il semblerait que les médecins généralistes soient demandeurs d'une **« omniformation »** qui leur permettrait de faire face à toutes les situations, **« non pas une conduite à tenir univoque (irréaliste) mais une façon d'être, modulable »**. (97)

Ceci rejoint en quelque sorte les groupes Balint.

Cette formation permet (d'après M.-A. Puel) aux praticiens de constater et éventuellement d'améliorer leur façon d'être, d'avoir une qualité d'écoute qui laisserait au patient la place et le temps pour l'expression de sa détresse. La reconnaissance de cette détresse étant nécessaire mais sûrement pas suffisante à la prévention d'une tentative de suicide.

Car comme le disait Balint lui-même, **« La capacité d'écouter est une aptitude nouvelle qui exige un changement considérable bien que limité dans la personnalité du médecin. »**

La difficulté pour le médecin réside dans l'articulation entre une démarche diagnostique rigoureuse et optimiste d'un côté, et une référence aux données des études prospectives, généralement moins réjouissantes.

Cela nécessite de s'appuyer sur un travail en réseau, coordonné par un psychiatre référent. Tout médecin motivé peut éventuellement y avoir sa place, à condition de ne pas s'isoler, de collaborer.

De nombreux services hospitaliers pédiatriques (dont celui de Limoges) développent depuis quelques années des programmes d'accueil des adolescents. Des liens privilégiés avec ce type d'unités devraient permettre au médecin traitant d'expliquer à l'adolescent et à ses parents les conditions de l'hospitalisation, de soutenir le projet de soins et d'assurer un suivi cohérent après le passage à l'acte. (100)

L'enjeu est que la tentative de suicide appartienne bien à l'adolescent et non que son acte lui soit en quelque sorte dérobé par le désir de l'entourage de banaliser le geste et d'en nier la gravité.

Certains auteurs (111) ont proposé des « stratégies » afin d' « accrocher » l'adolescent ; nous les reproduisons ici car elles nous semblent aller dans le sens de notre propos :

- reconnaître que ce n'est pas facile de venir chez le docteur
- admettre que cela est normal d'être gêné
- écouter sans porter de jugement
- laisser entendre aux adolescents qu'on est là pour les protéger.

Tout entretien peut être un acte de prévention, estime le Dr Pitois-El- Aziz (94), mais la neutralité n'est pas de mise, le soignant doit toujours se sentir interpellé par l'acte suicidaire et savoir que, même si cet acte ne s'adresse pas à lui, il s'adresse à quelqu'un.

En pratique, la priorité peut être de proposer une consultation rapprochée lorsque l'état du patient ne justifie pas une hospitalisation d'emblée mais laisse présager un risque.

Pour M.J.Guedj (68), il n'y a aucun dommage à « psychiatriser » l'adolescence. Les jeunes actuellement ont connaissance du monde « psy » et ils utilisent beaucoup ce vocabulaire entre eux, dans leurs lectures, etc. **Il vaut mieux trop faire appel au psychiatre que pas assez, et surtout lui demander d'abord un avis ponctuel.**

Par ailleurs, l'intérêt des doubles prises en charge est repéré à l'adolescence et le médecin généraliste restera toujours engagé dans le suivi, même si des entretiens psychiatriques ont lieu.

Madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés, a postulé lors de la clôture de la conférence Européenne de Nantes sur la «Prévention du suicide des jeunes » le 20 septembre 2000, que l'éducation pour la santé doit être amplifiée afin de persuader les jeunes que la santé est un tout irremplaçable qu'il faut entretenir et développer et non un fardeau ou une contrainte supplémentaire.

Il semblerait que dans plusieurs autres pays que la France l'organisation générale de la santé publique soit construite autour d'unités de soins communes aux disciplines somatiques et psychiatriques, permettant une meilleure connexion entre les deux dispositifs et en particulier des relations plus étroites avec les médecins généralistes.

Il nous faut préciser que la Fédération Française de Psychiatrie, avec l'aide méthodologique de l'ANAES et le soutien de la Direction Générale de la Santé, a abordé très récemment lors d'une conférence de consensus (octobre 2000) le sujet de la crise suicidaire depuis l'adolescence jusqu'à la personne âgée, en vue d'aboutir à des recommandations.

## **IV-A PROPOS DES ABUS SEXUELS**

M et E Lauffer, cités par Chabrol, insistent sur le fait que la tentative de suicide à l'adolescence est une expérience traumatique, soit en elle-même, soit elle révèle un traumatisme antérieur. (26)

LEGER, GAROUX, BOURRAT en 1977, relevaient dans un article les répercussions que pouvaient prendre des traumatismes initiaux précoces : « ce qui nous a paru notable dans notre population, c'est que le corps de nos adolescents a souvent été l'objet d'un traumatisme et le plus souvent dans la prime enfance. Parfois celui-ci a été minime et s'est trouvé majoré par l'importance qu'on lui a accordée. »(99)

Dans « La Connaissance de l'enfant par la psychanalyse », Lebovici et Soulé, écrivent, à propos du traumatisme pathogène et de l'expérience vécue : « La valorisation de l'événement dramatique n'est pas sans danger en matière d'hygiène mentale ».(33) Les expériences vécues par les enfants ont des conséquences imprévisibles : les événements les plus dramatiques peuvent n'avoir pas de conséquences alors que les situations ordinaires de la vie peuvent se révéler désorganisatrices.

Certains traumatismes se vivent dans le secret, dans l'incommunicable. Ces événements peuvent être un facteur supplémentaire de vulnérabilité à cette période sensible du développement.

Il est difficile de ne pas être envahi par l'idée du traumatisme ou de la recherche systématique de celui-ci ; il faut rester à l'écoute, disponible pour entendre, ressentir, la souffrance, la plainte, le signal qui prennent parfois des formes inattendues. (98)

Dans leur enquête, Marie Choquet et Sylvie Ledoux (1993) (30) observent que 3,8 % des 11-19 ans déclarent avoir subi des violences sexuelles.

Les jeunes qui ont subi des violences sexuelles ont près de quatre fois plus de risque de faire une tentative de suicide que les autres et ceci à âge, sexe et dépressivité constants.

Cependant la recherche d'éléments ne doit pas être menée de façon intrusive et systématisée.

En outre, il n'est pas indispensable d'avoir été abusé physiquement ou sexuellement dans son enfance, d'appartenir à une famille déchirée par les conflits pour songer au suicide et passer à l'acte. (72).

C'est donc volontairement que la question des abus sexuels n'a pas été abordée dans notre interrogatoire ; en effet la fiabilité de cette question est discutable et il est fort probable que les médecins rencontrés auraient eu des difficultés à répondre à cet item qui pourrait faire le thème d'une étude autre et être ainsi individualisé.

Il n'était pas question cependant pour nous d'ignorer cette problématique, c'est pourquoi nous l'abordons succinctement ici.

# V-LA PAROLE AUX ADOLESCENTS

Nous avons jugé utile de rapporter ici un document Canadien qui donne la parole aux adolescents :

SUJETS DONT LES JEUNES AIMERAIENT DISCUTER AVEC UN MEDECIN ( à partir d'une enquête réalisée au Québec) (73)

Pour plus de >50 % des jeunes:

- Forme physique, bonne alimentation
- Croissance, caractères sexuels secondaires
- Menstruation, fonctionnement des organes génitaux
- Poids (obésité)
- Maladies Sexuellement Transmissibles, contraception
- Drogues, alcool
- Peur du cancer
- Sentiments dépressifs et piètre estime de soi

Pour 25 % à 50 % des jeunes:

- Maladie dans la famille
- Conflit avec les parents
- Tabagisme
- Poids
- Performance scolaire
- Relations amoureuses (baisers, caresses, coït)
- Agression sexuelle

Cette « liste » peut éventuellement servir de « guide » aux médecins généralistes et permet d'avoir une idée sur les questionnements des adolescents sans pour autant servir de référence exhaustive.

En donnant ponctuellement (et artificiellement) la parole aux jeunes, nous voulons indirectement souligner que **l'adolescent est parfaitement libre de se rendre à la consultation du généraliste. Au contraire, l'hospitalisation au décours d'une tentative de suicide va entraîner la rencontre incontournable avec le spécialiste pédopsychiatre, rencontre parfois peu désirée et surtout imposée quant au choix du thérapeute.** Il nous faut insister sur le caractère spontané de la démarche de l'adolescent qui consulte de lui-même. Ainsi il semble indispensable de ne pas « rater » ce moment précieux.

Après analyse de l'abondante bibliographie disponible sur le sujet des tentatives de suicide des adolescents, on peut conclure avec M.Debout que « s'il convient en matière de prévention du risque suicidaire d'oser un regard neuf et de sortir des schémas habituels, il importe aussi de conserver une grande modestie dans l'approche comme dans l'exposé des solutions susceptibles d'éviter que des êtres humains se donnent la mort ou tentent de le faire ».

# CONCLUSION

« L'adolescence est vraiment une période de la vie excitante, enrichissante, voire exaltante...mais pour qui ? Probablement pour les psychologues, les thérapeutes, les travailleurs sociaux...Pour les parents, c'est plutôt... Y vont tu finir par avoir 18 ans ! »

Yvon Deschamps, sociologue.(73)



Nous avons postulé que la relation médicale avec l'adolescent supposait d'abord la confiance. A cet âge, l'imaginaire est très riche, et le jeune a besoin de garder un « **jardin secret** » dans lequel l'adulte -donc le médecin- aura toujours du mal à pénétrer.

Le médecin généraliste peut occuper une place privilégiée dans l'approche de l'adolescent, qu'il soit ou non suicidaire ou suicidant.

Nous avons tenté tout au long de cet exposé d'apporter une vision **holistique** de l'approche de l'adolescent suicidaire ou suicidant par un certain nombre de médecins généralistes de Limoges et de ses environs proches.

Nos effectifs sont très faibles et les résultats de nos recherches n'ont pas la prétention d'établir une solution-type au problème des tentatives de suicide des adolescents, mais de fournir une « cartographie » ponctuelle, une impression globale du vécu des médecins généralistes.

Il apparaît que les adolescents qui ont consulté les médecins interrogés et ce pour des plaintes somatiques mal définies étaient pour beaucoup des adolescents suicidants ou suicidaires, ayant pour la plupart des « comportements à risque », et qui n'étaient pas forcément issus d'un milieu défavorisé, de parents divorcés et n'avaient pas forcément de difficultés scolaires. Par contre ces adolescents étaient pour la plupart « amoureux » lors du passage à l'acte et se sont montrés incapables de supporter la séparation d'avec la personne aimée.

La prévention est difficile ; les signes prémonitoires se caractérisent le plus souvent par le retrait et l'isolement relationnel. La meilleure prévention serait de prendre l'habitude d'aider à la verbalisation des conflits, en ne pensant pas là encore que les « parler » serait les créer, comme les taire serait les rendre inexistants.

**La prévention secondaire après une première tentative de suicide existe, elle n'est pas un mythe.** Elle désigne un sujet qui a pris des risques et qui est toujours susceptible de recommencer. Il est important alors d'avoir une attitude et une action cohérentes car la tentative de suicide du jeune est souvent vécue dans un contexte de dramatisation et d'urgence.

Vouloir protéger l'adolescent se retourne souvent en son contraire, ce dernier pouvant percevoir dans cette attitude une crainte, une peur ou un manque de confiance de la part du médecin.

Il faut introduire une différence entre les adultes afin que l'adolescent réalise que certains peuvent constituer une ressource pour lui.

Les médecins cliniciens ont évoqué avec franchise les difficultés rencontrées dans l'approche de l'adolescent suicidaire ; il n'est pas certain que l'adolescence au sens large a fait l'objet de réflexions de leur part. La plupart des généralistes interrogés se sont déclarés perplexes mais se sentent finalement « rassurés » lorsque l'adolescent se présente avec des plaintes somatiques bien systématisées.

Ainsi il serait fort utile de faire le lien entre l'adolescence (supposée « normale ») et l'adolescent suicidaire car la dichotomie entre ces deux entités peut faire que le praticien « ne rencontrera pas » l'adolescent qui consulte. Il est licite de se demander si réellement le généraliste est à même d'exercer une prévention en ce qui concerne les adolescents suicidants ou suicidaires et s'il est vraiment nécessaire de multiplier les formations à ce sujet.

### **L'adolescence s'avère être un défi à la fois pour le clinicien et pour l'adolescent.**

Cette période difficile où l'on acquiert progressivement une identité propre et une autonomie affective et sociale complète, n'est exempte ni de remise en question ni de doute.

Confronté à ses limites physiques par une maladie, un handicap ou une performance sportive décevante, déprimé par des situations affectives difficiles ou par un mal-être sans réponse, sollicité par des paradis artificiels, l'adolescent vient vers l'adulte avec pudeur et maladresse.

Au-delà du symptôme, le clinicien recherche cette histoire de vie et les impasses auxquelles l'adolescent est confronté. Il conseille et guide.

On peut retenir les suggestions suivantes concernant l'abord de cet adolescent « **hérisson** », finalement plus connu par les plaintes de ses parents que par sa demande directe :

- savoir parler des investissements cognitifs ;
- évaluer l'entourage ;
- ne pas avoir peur de parler du suicide ;
- savoir travailler à plusieurs.

C'est ainsi postuler que le médecin praticien se doit d'accompagner du mieux possible l'adolescent dans son cheminement, afin de l'aider à mettre en place les éléments pour « **réussir son inadaptation au monde** ». (Puyelo) (101)

Comme la pulsion, l'adolescence a une source, une direction et un but. Sur ce chemin de temps en temps, les adolescents, selon une expression que nous leur empruntons, « se payent la honte ». Car il est normal que l'idéal se dérobe constamment. Encore faut-il le supporter...

# BIBLIOGRAPHIE

« La Nature est un temple où de vivants piliers  
Laissent parfois sortir de confuses paroles ».

Charles Baudelaire.

- 1-ADORIAN E., BAUMANN F., COLONNA L., CORDIER B., PRINGUEY D., SECHTER D., **Le Généraliste face au Suicide**, Gazette Médicale, 1989, numéro 17, 96.
- 2-ALLEON A-M. , MORVAN O., FACY F.: **Tentative de suicide à l'adolescence: clinique de la tentative de suicide. Approche épidémiologique de la tentative de suicide.** Encycl.Méd.Chir., (Elsevier Paris), Psychiatrie, 1991, 7 pages, 37216- H.
- 3-ALVIN P., **Suicidal Adolescents :lessons to be learn from early intervention**, Journal Paediatric Child Health, 1993.
- 4-ANAES(Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé), **Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide, Texte des recommandations**, novembre 1998.
- 5-ANDRONIKOF A., **Les Ingrédients psychiques du suicide à l'adolescence**, Neuropsychiatr.Enfance, 1998, 46(10-11), 571-574.
- 6-ANZIEU D., **Le Moi-Peau**. Paris, Editions Dunod, 1995, 2ème édition, 291 p.
- 7-ARSENAULT PA. , **"J'ai mal au ventre, j'ai mal à l'âme". La somatisation chez l'adolescent**, Le Médecin du Québec, mai 1997, volume 33, numéro 7.
- 8-ASCHKENASY JR., CLARK DC., RICHTSMEIER AJ., **The non-psychiatric physician's responsibilities for the suicidal adolescent**, NY State J Med 1992 Mar;92(3):97-104.
- 9-BENSAID N., **La Consultation**, Mercure de France, 1974.
- 10-BERNARD-ALLEE P., ANDRE M-F., PALLIER G., **Atlas du Limousin, une nouvelle image du Limousin**, édition Presses Universitaires de Limoges, 1994.
- 11-BIRRAUX A., **L'adolescent face à son corps**. Paris, Editions Universitaires, 1990, 177 pages.
- 12-BIZEL P., CHAUVIN F., SANDRIN BERTHON B., **Prise de risques et santé des adolescents**, Prévention Education Santé, novembre 1999, n°6, lettre destinée aux médecins généralistes, Comité Français d'Education pour la Santé.
- 13-BLANCHET A., GOTMAN A., **L'enquête et ses méthodes, l'entretien**, Nathan, Paris, 1995, p 50.

- 14-BOCHEREAU D., **Tentatives de suicide à répétition chez l'adolescent**, La Revue du Praticien (Paris) 1998, 48.
- 15-BOLOGNINI M., **Tracas quotidiens et santé à l'adolescence**, Neuropsychiatr.Enfance, 1998, 46(56), 297-305.
- 16-BONNET D., CHABROL H., RAYNAUD JP. , MORON P., **Perception et prévention des comportements suicidaires de l'adolescent : une évaluation en milieu scolaire**, Neuropsychiatr.Enfance, 1994, 42(6), 240-248.
- 17-BONNET D., RAYNAUD J.Ph., AUBY Ph., MORON P., **Adolescents suicidaires : alliances, liaisons, relais**, Psychologie médicale, 1993, 25, 5 :420-422, Paris.
- 18-BOUVARD MP. , **Etude de l'environnement familial des enfants et des adolescents, hospitalisés dans un service de psychiatrie de l'enfant**, Neuropsychiatr.Enfance, 1991, 39(11-12), 522-527.
- 19-BOYER P., DARDENNES R., EVEN C., GAILLAC V., GERARD A., LECRUBIER Y., LE PEN C.; WEILLER E., **Dépression et santé publique, données et réflexions**, collection Acanthe, éditions Masson, Smith Kline Beecham, Paris, 1999.
- 20-BRACONNIER A., **La dépression à l'adolescence : un avatar de la transformation de l'objet d'amour**, Adolescence, 1986, 4, 2, 263-273.
- 21-BRACONNIER A., CHILAND C., CHOQUET M., POMMAREDE R., **Adolescentes, adolescents, Psychopathologie différentielle**, Bayard Editions, Fondation de France, Paris, 1995.
- 22-BRETON MP. , DUCOT B., SPIRA A., LEVY-LEBLOND E., COURTECUISSIE V., **Les tentatives de suicide de l'adolescente, Aspects épidémiologiques**, Arch. Fr. Pédiatr., 1985, 42, 255-259.
- 23-CAGLAR H., LADAME F., RAIMBAULT G., MOUNIR H. SAMY, **Adolescence et suicide**, Editions Sociales Françaises, Paris, 1989.
- 24-CAHN R., **L'adolescent dans la psychanalyse**, PUF, Paris, 1998.
- 25-CHABROL H., MORON P., **Discussion de l'Approche Comportementale les tentatives de suicide de l'adolescent**, Neuropsychiatr. Enfance, 1989, 37(5-5), 280-283.

- 26-CHABROL H., **Le suicide de l'adolescent**, Neuropsychiatr. Enfance, 1982, 30(10-11), 579-588.
- 27-CHARENT I. , **Psychiatres-Généralistes : Enquête d'alliance**, Impact Médecin Hebdo, 3 mars 2000, n°482.
- 28-CHOQUET M., **Epidémiologie et psychiatrie : A propos des recherches auprès des adolescents**, Perspectives psychiatriques, 1993/1994, 32<sup>ème</sup> année, n°40/V.
- 29-CHOQUET M., **Le vécu du corps par les adolescents suicidaires, approche épidémiologique**, Psychologie Médicale, 1989, 21, 4 :449-452, Paris.
- 30-CHOQUET M., LEDOUX S., **Adolescents. Enquête nationale. Analyse et prospective**. Les éditions INSERM, Paris, 1994, 346 pages.
- 31-CHOQUET M., LEDOUX S., **Epidémiologie et adolescence. Confront.** Psychiatr., 1993, 35, 287-309.
- 32-CHOQUET M., MENKE H., **Suicidal thoughts during early adolescence : prevalence, associated troubles and help-seeking behavior**, Acta Psychiatr Scand , 1990 Feb, 81 (2):170-7.
- 33-CORCOS M., **Conduites suicidaires et états limites à l'adolescence, réflexions sur une problématique de filiation**, La Revue du Praticien (Paris) 1998, 48.
- 34-COTGROVE A., **Secondary Prevention of attempted suicide in adolescence**, Journal of Adolescence, 1955, 18, 569-577.
- 35-CUZIN E., **Suicide de l'adolescent**, Impact Médecin Hebdo, 28 mai 1999, n°454.
- 36-DALIGUANT L., **La relation parents enfants : ouverture à la parole, ou source de violence ?** , Journal de Médecine Légale, Droit Médical, 1992, T35, n°6, 335-344.
- 37-DARCOURT G., **Médecine Générale et Psychiatrie**, Perspectives psychiatriques, septembre-octobre 1998, vol 37, n°4, p 239-240.
- 38-DAVIDSON F., CHOQUET M., **Le suicide de l'adolescent : étude épidémiologique**, Les éditions E.S.F., deuxième édition, 1982, 135 pages.

- 39-DAVIDSON F., ANGEL P., **Prévoir et prévenir le suicide des adolescents**, Cah. Méd., 1978, 3, 38, 2247-2253.
- 40-DEBOUT M., **Guide de l'entretien avec un Patient Suicidaire**, Dep Relief, 1998.
- 41-DEBOUT M., **Le suicide**, collection Vivre et Comprendre, Ellipses, Paris 1996.
- 42-DEBRAY R., **Adolescence et maladie somatique, quelques réflexions actuelles**, Adolescence, 3, 2, 309-319, 1985.
- 43-DE CLERCQ M., FEYS J.L., GILLAIN B., PARISEL L., **L'abord thérapeutique des tentatives de suicide de l'adolescent**, Psychologie Médicale, 1993, 25, 5 :408-410, Paris.
- 44-DELAGRAVE M., **L'adolescence : pour qu'elle ne soit pas une maladie de parents**, Le Médecin du Québec, 7 juillet 1998, volume 33, numéro 7.
- 45-DIATKINE R., LEOVICI S., SOULE M., **Nouveau traité de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent**, Paris 1995, tome 2, PUF, 2ème édition.
- 46-DIVERNESSE B., **Beaubreuil, la fin d'un urbanisme**, Thèse de Doctorat de 3 ème cycle en géographie sociale, 1986.
- 47-DOLTO F., **La cause des Adolescents**, Laffont, Paris 1988.
- 48-DRASS, **Programme Régional de Santé « Suicides / Tentatives de suicide » 1998-2002.**
- 49-DUCHE D.J., **Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent**, Psychiatrie de l'Enfant, Editions Presses Universitaires de France, 1964, tome 7, volume 1.
- 50-DUPLANT D., **Données projectives et signification diagnostique à l'adolescence**, Neuropsychiatr. Enfance, 1991, 39 (8-9), 331-336.
- 51-EPELBAUM C., **Pour une démarche psychopathologique en pédiatrie**, Médecine & enfance, octobre 1998.
- 52-FABRE N., **Aspects non formalisés de la rencontre avec l'adolescent**, Neuropsychiatr. Enfance, 1980, 28 (10-11) 483-485.

- 53-FACY F., JOUGLA E., HATTON F., **Epidémiologie du suicide de l'adolescent**, La Revue de Praticien (Paris), 1998, volume 48.
- 54-GAREL P., **Le rôle stratégique de l'omnipraticien auprès de l'adolescent suicidaire : Comment peut-il détecter ces jeunes à très haut risque et identifier plus précisément ceux qu'il devrait adresser à un psychiatre ?**, Le Médecin du Québec, mai 1997, volume 33, numéro 7.
- 55-GORIAUX J.L., **Pour une pratique psychothérapeutique en médecine générale**, La Revue du Praticien, Médecine Générale, septembre 1998, Tome 12, n°428.
- 56-GRANBOULAN V., **Devenir de l'adolescent suicidant**, La Revue du Praticien (Paris) 1998, 48.
- 57-GUEGEN JP. , **Tentatives de suicide chez l'adolescent, quelle prévention ?**, Soins Pédiatrie Puériculture, 1997.
- 58-GUERIN M., **Le Généraliste et son patient**, Dominos Flammarion, 1997.
- 59-HALFON O., **La conduite suicidaire de l'adolescent**, Médecine et Hygiène, sept 95.
- 60-HARDY P., **La prévention du suicide : rôle des praticiens et des différentes structures de soins**, Références en Psychiatrie, n° 2, 1997.
- 61-HERBERT CAROL P., **La santé des jeunes : qu'attendent les adolescents de leur médecin de famille ?**, Le Médecin de famille canadien, novembre 1998, volume 44.
- 62-INSEE (Institut National de la statistique et des études économiques), **Le recensement département par commune**, Haute-Vienne, Direction Régionale du Limousin, 1990.
- 63-JACQUET Y., **L'adolescent en consultation. Attentes et Perspectives**, Neuropsychiatr. Enfance, 1998, 46 (4) 212-220.
- 64-JEAMMET PH. , **Etudes sur la mort : l'adolescent et la mort**, collection 'esprit du temps', 1998, n° 113.
- 65-JEAMMET PH. , **Conduites suicidaires à l'adolescence**, Revue du Praticien, Paris, 1998, n° 48.



- 66-JEAMMET PH., **Les tentatives de suicide des adolescents, réflexions sur les caractéristiques de leur fonctionnement mental**, *Adolescence*, 1986, 4, 2, 225-232.
- 67-JEAMMET PH., **L'expression somatique dans la psychopathologie de l'adolescence**, *Génitif* volume 2, 1980, n°4-5.
- 68-JONAS C., GUEDJ M-J., **Psychiatrie du généraliste: modalités pratiques, situations concrètes**, Editions scientifiques L&C, octobre 1999, volume 2.
- 69-KATZ P., **The psychotherapie, traitement of suicide of adolescents**. *Adolescent Psychiatry*, 1995, volume 20. (Annals of the American society for Adolescents Psychiatry).
- 70-LADAME F., OTTINO J., PAWLACK C., **Adolescence et Suicide**, Masson, Médecine et Psychothérapie, Paris 1995.
- 71-LADAME F., **Les tentatives de suicide des adolescents : pourquoi ? comment ?**, *Adolescence et suicide, La vie de l'enfant*, E.S.F, 1989, 17-35.
- 72-LADAME F., PERRET-CATIPOVIC M., **Tentative de suicide à l'adolescence**, *Encycl. Méd. Chir. (Elsevier, Paris), Psychiatrie*, 1999, 37-216-H-10, 6 p.
- 73-LAVOIE E., GIRARD M., **Comment aborder sans difficulté l'adolescent qui n'a rien à dire ?**, *Le Médecin du Québec*, mai 1997, volume 33, numéro 7.
- 74-LAZAROVICI R., **Séparation et recomposition familiale : la dépression des adolescents face à la désillusion et à la sexualité des parents**, *Neuropsychiatr.Enfance*, 1998, 41(3-4), 198-205.
- 75-LEGER J.M., GAROUX R., BOURRAT M.M.: **Place du narcissisme dans la problématique de l'adolescent suicidant et sa famille**, *Psychol. Méd.*, 1977, 9, 5, 819-828.
- 76-LE HEUZEY MF. , ISENARD P., BADOUAL A.M., DUGAS M., **Enfants et adolescents suicidants**, *Arch.Fr.Pédiatr.*, 1995, 2, 130-135 Paris.
- 77-LEMPERIERE T., **La dépression avant 20 ans**, collection Acanthe, éditions Masson, Smith Kline Beecham, Paris, 1998.
- 78-LEWKOWICZ A., **Les règles de la prise en charge des adolescents après une tentative de suicide**, *Le Quotidien du Médecin*, lundi 22 mars 1999, n°6460.

- 79-LIBERMAN R., **Evaluer le risque suicidaire chez les adolescents**, Le Quotidien du Médecin, février 1999, n° 6440.
- 80-LOPEZ G., **Echo d'une réunion de généralistes sur le thème corps et suicide**, Psychologie Médicale, 1989, 21, 4 :491-492, Paris.
- 81-MARCELLI D., **Dépression de l'adolescent**, Perspectives psychiatriques, septembre, octobre 1998, vol 37, n° 4, p 241-248.
- 82-MARCELLI D., **L'adolescence aux mille visages**, Collection Adolescences, Editions Universitaires, Paris, 1988.
- 83-MARCELLI D., BRACONNIER, **Psychopathologie de l'adolescent**, 3ème édition Masson, Paris 1992.
- 84-MARCELLI D., **Suicide et dépression chez l'adolescent**, La Revue du Praticien (Paris), 1998, tome 48.
- 85-MILLET B., **Tentatives de suicide de l'adolescent, indication d'une prise en charge institutionnelle**, Neuropsychiatr. Enfance, 1994, 42 (10), 704-710.
- 86-MORON P., **Suicide de l'adolescent**, Neuropsychiatr. Enfance, 1989, 37 (56), 275-279.
- 87-MORON P., CLAVERIE J., JARRIGE A., MOUNIO C., **L'hospitalisation de l'adolescent au décours d'une tentative de suicide**, Neuropsychiatr. Enfance, 1981, (29), 8-9, 479-482.
- 88-MOULA H., **Prévention du suicide de l'adolescent : la part du médecin généraliste**, Exercer, pratique, étude et recherche en médecine générale, novembre/décembre 1999, n°54, page 26.
- 89-MOULA H., MERCIER -NICOUX F., VELIN J., **Un questionnaire amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents par 41 médecins généralistes**, La revue du Praticien-Médecine Générale, 8 décembre 1997, Tome 11, n°402.
- 90-ORS (Observatoire Régional de la Santé du Limousin), **Bilan des différentes modalités de prise en charge des suicidants en Limousin**, décembre 1999.
- 91-OTTINO J., **Honte et suicide à l'adolescence**, Nervure, novembre 1998, Tome 11, n°8.

- 92-OVERHOLSER J.C., ADAMS D.M., LEHNERT K.L., BRINKMAN D.C., **Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents**, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1995 July, 34(7): 919-28.
- 93-PAYET J., BOUVARD M.P., **L'adolescent suicidant**, Thérapeutiques, janvier 1998, n°28.
- 94-PITOIS-EL-AZIZ C., **Suicide, et après ?**, Le Généraliste, n°1921, vendredi 19 février 1999, n°1921.
- 95-POMMEREAU X., **Approches thérapeutiques du suicide de l'adolescent**, La Revue du Praticien (Paris) 1998, 48.
- 96-POMMEREAU X., **Quand l'adolescent va mal**, Lattès, Paris, 1997.
- 97-PUEL M.A., **Corps sain, corps absent, corps malade dans la consultation du suicidant en médecine générale**, Psychologie Médicale, 1989, 21, 4 :489-490 ; Paris.
- 98-RAYNAUD J.P., **Evénements traumatiques de l'enfance et conduites suicidaires à l'adolescence**, La Revue du Praticien (Paris) 1998, 48.
- 99-REJAUD M.P., **« Le fil noir de la mort volontaire » : mythe et histoire du corps chez l'adolescent suicidant**, Thèse pour doctorat en Médecine, 1996, 190 pages.
- 100-REY C., GRANDAZZI M-H., ALVIN P., **Tentative de suicide de l'adolescent : le rôle du médecin traitant est incontournable**, La Revue du Praticien-Médecine Générale, 2 mars 1998, Tome 12, N°412.
- 101-ROCHE J.F., **Enjeux de l'enfance**, Médecine & enfance, octobre 1998.
- 102-ROCHE J.F., PLOUGEAUT C., BOURRAT M.M., GAROUX R., GILBERT B., PALOMERA S., BOULESTEIX J., **Prise en charge des adolescents hospitalisés dans un service de pédiatrie du CHRU à la suite d'une tentative de suicide, Evolution des modalités d'hospitalisation et de suivi (1988-1990)**, Neuropsychiatr. Enfance, 1992, 40 (11-12), 639-643.
- 103-ROY P., **Adolescents : « c'est au généraliste d'ouvrir le dialogue »**, Quotidien du Médecin, 23 septembre 1996, n°5913.
- 104-ROY P., **Il faut prendre au sérieux la souffrance psychique des adolescents**, Le Quotidien du Médecin, lundi 13 mars 2000, n°664.

- 105-ROY P., **Le médecin de famille : un acteur décisif face à la crise suicidaire**, Quotidien du Médecin, 7 février 1997, n°6002.
- 106-SOURIS M., **Prévention du suicide**, Cours programmé à l'usage des médecins, Paris, Masson, 1975.
- 107-TARRAGANO O., **L'asthénie chez l'adolescent**, Impact Médecin Hebdo, 19 mars 1999, n°444.
- 108-TITON J.C., **Lutte contre le suicide : les médecins relèvent le défi**, Le Quotidien du Médecin, lundi 15 février 1999, n° 6435.
- 109-VACHERON M.N., **Les conduites suicidaires à l'adolescence**, Nervure, Journal de la psychiatrie, avril 1997, Tome 10, n°3.
- 110-VANNOTTI M., REY H., **La consultation médicale peut-elle jouer un rôle préventif auprès des adolescents suicidaires ?**, Médecine et Hygiène, 28 octobre 1998, 56 : 2041-8.
- 111-VEIT F., **Adolescents suicide attempts : a general practice perspective**, Australian Family Physician, 1995 november, vol. 24, n°11.
- 112-VENISSE J.L., **Dépendance et dépression, le modèle adolescent**, Neuropsychiatr. Enfance, 1998, 46 (10-11) 553-555.
- 113-VILNA J., **Suicide des jeunes : l'effet de mode**, La Recherche, janvier 1987, volume 18, n°184, page 111.
- 114-WALTER M., **Place des interventions psychothérapeutiques brèves dans la prise en charge des jeunes suicidants**, Annales de Psychiatrie, 1997, vol 12, n°1, Paris.
- 115-WESLEY ALLEN T., **Family physicians key partners in preventing suicide among youth**, The Journal of the American osteopathic association, Editorial, n°9, september 1994, volume 97.
- 116-WIDLOCHER D., **Méthodologie de la recherche en psychiatrie**, Encycl.Med.Chir., décembre 1980, Paris, Psychiatrie, 37040 B 10.

# TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION p14

PRESENTATION DU TRAVAIL p14

PREMIERE PARTIE : NOTIONS THEORIQUES p17

I-EPIDEMIOLOGIE p20

*a) Définitions* p20

*b) Progression importante des suicides et des tentatives de suicide* p22

*c) Population étudiée* p23

*d) Chiffres concernant les adolescents en consultation, les conduites à risque* p24

II-L'ADOLESCENCE , PERIODE DE MUTATIONS p27

A/DEFINITION DE L'ADOLESCENCE p27

B/DES LIMITES FLOUES p28

C/L'EVOLUTION SOCIOLOGIQUE p29

D/REMANIEMENTS A L'ADOLESCENCE p30

*a) Première remarque : l'adolescence est une création de la culture* p30

*b) Deuxième remarque : l'adolescence est un fait récent de notre culture* p30

*c) Transformations somatiques à la puberté* p31

*d) Transformations psychiques* p31

E/L'ADOLESCENT ET SES PARENTS p33

F/DEPRESSION ET DEPRESSIVITE A L'ADOLESCENCEp35a) Dépressivité p35b) Dépression p36G/L'ADOLESCENT ET LA MORT p37H/TRISTESSE ET MOROSITE A L'ADOLESCENCE p391) L'ennui p392) La morosité p40III-LA TENTATIVE DE SUICIDE A L'ADOLESCENCE p40A/DEFINITION p40B/PSYCHOPATHOLOGIE p41C/SIGNIFICATION DES FORMES DE PASSAGE A L'ACTE : PLACE A PART POUR LA PHLEBOTOMIE p43D/FILLES GARCONS, QUELLE DIFFERENCE ? p441) La tentative de suicide p442) Les conduites à risque p44E/FONCTIONS DU GESTE p45F/FACTEURS PREDICTIFS p46G/LES DECEPTIONS SENTIMENTALES p48H/DEVENIR DES ADOLESCENTS SUICIDAIRES p48

## IV-LA CONSULTATION p49

### A/LA CONSULTATION EN MEDECINE GENERALE p49

### B/L'APPROCHE DE L'ADOLESCENT EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE p51

- 1) Généralités p51
- 2) L'approche corporelle ; le corps sexué, représentant de l'union des parents  
p53
- 3) Les plaintes somatiques : quelle signification ? p53
- 4) Le carnet de santé p55
- 5) La demande accompagnée p55

### C/L'APPROCHE DE L'ADOLESCENT SUICIDAIRE EN CONSULTATION DE MEDECINE GENERALE p56

- 1) Généralités p56
- 2) Parler de la mort avec l'adolescent suicidaire p58
- 3) Place des parents p59
- 4) L'accès aux soins p60

### D/A PROPOS DES GROUPES BALINT p61

- 1) Historique p61
- 2) Comment fonctionnent-ils ? p61
- 3) Avenir p62

### E/CONCLUSION p62

- 1) La relation médecin-adolescent p62
- 2) L'empathie p64

## DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE p66

### I-RECHERCHES p67

#### A/DESCRIPTION DU QUESTIONNAIRE : SA CONSTRUCTION p67

#### B/CRITIQUES p70

#### C/PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE p72

- |   |            |
|---|------------|
| <i>1) Choix des items</i>                                 | <u>p72</u> |
| a) La consommation de produits                            | <u>p72</u> |
| b) Les plaintes somatiques                                | <u>p73</u> |
| <i>2) Choix de la population de médecins généralistes</i> | <u>p73</u> |

## II-COMMENTAIRE DES 43 QUESTIONNAIRES P75

#### A/DESCRIPTION DES RESULTATS p75

- |   |            |
|---|------------|
| <i>1) Première partie : la consultation</i>                       | <u>p75</u> |
| <i>2) Deuxième partie : l'adolescent, typologie</i>               | <u>p77</u> |
| <i>3) Troisième partie : le médecin généraliste, la formation</i> | <u>p80</u> |

#### B/STATISTIQUES DE L'OBSERVATOIRE DE LA SANTE DU LIMOUSIN p82

- |  |            |
|--|------------|
| <i>1) Présentation de l'étude</i>      | <u>p82</u> |
| <i>2) Quelques chiffres</i>            | <u>p83</u> |
| <i>3) Histoire du passage à l'acte</i> | <u>p83</u> |
| <i>4) Les médecins généralistes</i>    | <u>p84</u> |

#### C/POINTS RESSORTANT DE NOTRE ETUDE p85



<b><u>TROISIEME PARTIE : DISCUSSION</u></b>	
<b><u>SYNTHESE</u></b>	<b><u>p86</u></b>
<b><u>I-CONCLUSIONS DE L'ENQUETE EN DIX</u></b>	
<b><u>POINTS</u></b>	<b><u>p88</u></b>
<b><u>II-RECOMMANDATION DE L'ANAES</u></b>	<b><u>p95</u></b>
<b><u>III-VERS UNE PREVENTION SECONDAIRE</u></b>	<b><u>p96</u></b>
<b><u>IV-A PROPOS DES ABUS SEXUELS</u></b>	<b><u>p99</u></b>
<b><u>V-LA PAROLE AUX ADOLESCENTS</u></b>	<b><u>p101</u></b>
<b><u>CONCLUSION</u></b>	<b><u>p103</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE</u></b>	<b><u>p106</u></b>
<b><u>ANNEXES</u></b>	<b><u>p121</u></b>

# ANNEXES

## ***LEXIQUE DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES***

### PREMIERE PARTIE : La consultation

- adoclien** : Avez-vous des adolescents dans votre clientèle ?
- nbados** : Si oui, combien ?
- tsados** : Ont-ils fait des tentatives de suicide ?
- nbts** : Si oui, combien ?
- carisq** : Conduites à risque.
- passact** : Quelle était la forme du passage à l'acte ?
- csltav** : Ces adolescents ont-ils consulté avant le geste suicidaire ?
- tpsavt** : Si oui, combien de temps avant ?
- somatiq** : Ont-ils consulté pour des plaintes somatiques ?
- typlait** : Type de plainte.
- typados** : Adolescent régulier, régulier qui venait rarement, non régulier.

### DEUXIEME PARTIE : L'adolescent, typologie

- adots** : Adolescent de sexe masculin (M) ou féminin (F).
- fratrie** : Fratrie.
- subfamil** : Substituts familiaux.
- statmatp** : Statut matrimonial des parents
- CspPere** : Catégorie socioprofessionnelle du père.
- CspMere** : Catégorie socioprofessionnelle de la mère.
- Adoscol** : L'adolescent était-il scolarisé au moment de son passage à l'acte ?
- Sitscol** : Si oui, situez-le.
- Diffscol** : Si oui, avait-il des difficultés scolaires ?
- Atcdper** : Antécédents personnels.
- Atcdfam** : Antécédents familiaux.
- Rapport** : Avec quoi le geste suicidaire était-il en rapport ?
- affect** : Situation affective au moment du geste.

### TROISIEME PARTIE : Le médecin généraliste, la formation

- surpris** : A posteriori, ces tentatives de suicide vous ont-elles surpris ?
- urgence** : Par qui l'adolescent a-t-il été dirigé vers un service d'urgence ?
- charge** : Comment vous situez vous dans la prise en charge de cet adolescent ?
- place** : Depuis la tentative de suicide, qu'avez-vous mis en place auprès de cet adolescent ?

- devsuiv** : devenir et suivi à ce jour ?
- corres** : Correspondants réguliers.
- fmc** : Avez-vous eu connaissance de FMC sur la prise en charge des adolescents ?
- suivfmc** : Si oui, en avez-vous suivi ?
- oksuiv** : Souhaiteriez-vous en suivre ?
- compsy** : Comment communiquez-vous avec les psychiatres ?
- okcom** : Cela vous convient-il ?

*Identité du médecin généraliste concerné :*

- agemg** : Age moyen du médecin généraliste.
- sexmg** : Médecin homme ou femme.
- exercice** : Seul ou en groupe.
- delimog** : Etes-vous originaires de la ville d'exercice ?
- diplom** : Avez-vous des spécialités particulières ?
- actautr** : Exercez-vous ailleurs ?
- pratiq** : Visites, consultations.
- tranche** : Dans quelle tranche d'âge situez-vous votre clientèle ?
- typclien** : S'agit-il d'une clientèle plutôt rurale ou citadine ?

CENTRE HOSPITALIER  
REGIONAL  
ET UNIVERSITAIRE  
HOPITAL UNIVERSITAIRE DUPUYTREN

Service de PEDIATRIE 1  
Unité de Consultation pédopsychiatrique

Docteur Jean François ROCHE  
Docteur Florence JOUPPE  
Pédopsychiatres

LIMOGES le, 3 décembre 1999

Docteur Frédérique DANTOINE  
Docteur Christophe PEUGNET  
Chef de Clinique-Assistant

*Mon cher confrère,*

*Je vous remercie d'avoir accepté de recevoir Mademoiselle BOUBY qui travaille dans le cadre de sa thèse de médecine -qu'elle effectue sous ma direction- sur le problème posé par les tentatives de suicide des adolescents, en particulier dans la dimension de prévention secondaire dont vous, médecin généraliste êtes parmi les principaux acteurs.*

*Cette étude permettra de préciser l'implication des médecins généralistes dans cette prise en charge, mais aussi d'adapter les aides que peuvent lui apporter les services de psychiatrie d'adolescents ou des démarches de formation.*

*Au terme de ce travail nous vous donnerons des informations des conclusions qui en seront tirées.*

*Je vous prie de croire, Mon Cher Confrère, à l'expression de mes sincères salutations.*

*Docteur J. F. ROCHE,*

① Avez-vous des adolescents dans votre clientèle ?

OUI       NON

SI OUI Combien ?

② Ces adolescents ont-ils : - fait des T. S.

OUI       NON

SI OUI Combien ?

- des conduites à risque ?

consommation de tabac, de drogues, d'alcool

prise de risques avec un véhicule

rapports sexuels non protégés.

③ Quelle était la forme du passage à l'acte

pendaison

noyade

phlébotomie

prise médicamenteuse

arme à feu

défenestration

④ Ces adolescent ont-ils consulté avant le geste suicidaire ?

OUI       NON

si OUI, Combien de temps avant

le jour même du passage à l'acte

une semaine avant le passage à l'acte

le mois précédent

il y a plus de 2 mois

5 Ont-ils consulté pour des plaintes somatiques ?

OUI       NON

Si OUI, s'agissait-il de (d'après CHOQUET M. -INSERM- LEDOUX S.) :

- troubles digestifs à type de nausées, douleurs abdominales
- céphalées
- dorsalgies
- fatigue
- nervosité
- troubles du sommeil (insomnie, réveils nocturnes, cauchemars)
- malaises
- problèmes dermatologiques
- Autres (spasmophilie, palpitations...)

6 Avant cette tentative de suicide, cet adolescent était-il ?

- un patient régulier
- un patient régulier mais qui venait rarement
- non régulier

## 2ème Partie

## L'ADOLESCENT : typologie

❶ L'adolescent ayant fait ces T. S. était-il de sexe :

Masculin       Féminin

❷ SITUATION FAMILIALE DE L'ADOLESCENT(E)

- Fratrie .

- Substituts familiaux, c'est-à-dire élevé(e) par qui :

- Statut matrimonial des parents :

divorcés

séparé

couple en concubinage

couple marié

- Non renseigné :

❸ STATUT SOCIAL ET CULTUREL

Professions des parents	Mère	Père
Agriculteurs, artisans		
Commerçants et assimilés		
Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise		
Policiers et militaires		
Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise		
Ouvriers		
Retraite		
Chômeurs		
Non renseigné		

- Immigré ou transplanté       d'un autre pays européens  
 d'un pays hors des frontières européennes

- Maintien d'un lien avec le milieu d'origine :  OUI     NON



#### ④ SCOLARITE

L'adolescent était-il scolarisé lors de son passage à l'acte :

OUI       NON

Si OUI, situez-le :

- Collège
- Lycée secondaire
- Lycée professionnel
- BEP, CAP ou formation professionnelle
- Autre
- Non renseigné

Si OUI, également, avait-il des difficultés scolaires

- OUI
- NON
- Non renseigné

#### ⑤ ANTECEDENTS

1) Personnel

	OUI	NON
consommation de tabac		
consommation d'alcool		
consommation de drogues		
troubles des conduites alimentaires (anorexie et/ou boulimie)		
Troubles du sommeil		
Maladie chronique (diabète, asthme, colopathie, autres)		
	Traitée	
	non traitée	

Non renseigné

2) Familiaux psychiatriques

- suicide
- maladie mentale
- éthyliste
- non renseigné

3) Si le geste suicidaire était en rapport avec une pathologie s'agissait-il ?  
(d'après Gazette médical 89)

- d'un accès aigu dépressif
- d'un état dépressif chronique
- d'un accès aigu réactionnel à un événement
- d'un geste inexplicable
- d'une autre pathologie mentale

⑥ SITUATION AFFECTIVE AU MOMENT DU GESTE

- Rupture sentimentale
- Deuil
- Transplantation hors du milieu familial (placement en foyer par exemple)
- Autre
- Non renseigné

## 3ème Partie

**"LE MEDECIN GENERALISTE"  
"LA FORMATION"**

① A posteriori ces tentatives de suicide vous ont-elles surpris ?

- OUI       NON

② Concernant la prise en charge de l'adolescent au moment de son passage à l'acte, a-t-il été dirigé vers un service d'urgence par :

- vous  
 la famille

③ Comment vous situez-vous dans la prise en charge générale de cet adolescents ?

- acteur principal  
 informé et partenaire des équipes soignantes  
 exclu de la prise en charge

④ Depuis la tentative de suicide avez-vous mis en place auprès de cet adolescent :

- une chimiothérapie  
 une psychothérapie  
 un soutien psychologique  
 un accompagnement social  
 une hospitalisation  
 Autre

⑤ Devenir et suivi à ce jour :

- à domicile  
 Autre  
 Perdu de vu

⑥ Avez-vous des correspondants réguliers tels que :

- psychiatres libéraux  
 psychiatres hospitaliers  
 assistantes sociales  
 médecins scolaires  
 éducateurs

⑦ Avez-vous eu connaissance des formations continues sur la prise en charges des adolescents ?

OUI       NON

⑧ Si OUI en avez-vous suivi ?

OUI       NON

⑨ Souhaiterez-vous en suivre ?

OUI       NON

⑩ Concernant votre collaboration avec les spécialistes psychiatres, quelque mode de communication utilisez-vous ?

téléphone surtout

courrier surtout

Cela vous convient-il ?

OUI       NON

(11) IDENTITE DU MEDECIN GENERALISTE CONCERNE :

Age :

Sexe:  M       F

Exercez-vous :  seul  
 en groupe

Etes-vous originaire de la ville d'exercice :  OUI       NON

Avez-vous des spécialité particulières ?  OUI       NON  
(Diplômes Universitaires, capacités...)

Exercez-vous ailleurs : (Activités autre que l'activité libérale)

- SAMU
- Pompiers
- Institution
- Autre

Votre pratique se répartit en une majorité :

- de visites
- de consultations

Dans quelle tranche d'âge situez-vous votre clientèle ?

- enfants
- 20-30 ans
- 30-50 ans
- > 50 ans

S'agit-il d'une clientèle plutôt :

- rurale
- citadine

## Statistiques descriptives

	nbados	nbtb	agemg
Moy.	1,140	1,688	43,581
Dév. Std	,889	1,308	5,279
Erreur Std	,136	,231	,805
Nombre	43	32	43
Minimum	0,000	1,000	33,000
Maximum	2,000	6,000	55,000
# Manquants	0	11	0
Variance	,790	1,706	27,868
Coef. Var.	,780	,774	,121
Etendue	2,000	5,000	22,000
Somme	49,000	54,000	1874,000
Som. Carrés	89,000	144,000	82842,000
Moy. Géom.	•	1,409	43,263
Moy. Harm.	•	1,280	42,940
Asym.	-,275	2,186	-,064
Aplat.	-1,648	3,803	-,680
Médiane	1,000	1,000	44,000
Interquartile	2,000	1,000	7,000
Mode	2,000	1,000	•
10% Moy. élaguée	1,171	1,346	43,657
DAM	1,000	0,000	4,000

## Distribution en fréquence pour adoclien

	Nombre	Pourcentage
O	43	100,000
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour teados

	Nombre	Pourcentage
N	11	25,581
O	32	74,419
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour cariaq

	Nombre	Pourcentage
A	25	58,140
AB	2	4,651
ABC	2	4,651
AC	8	18,605
B	1	2,328
C	5	11,628
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour passact

	Nombre	Pourcentage
C	3	9,375
CD	1	3,125
D	21	65,625
DF	2	6,250
E	3	9,375
F	2	6,250
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour tpsavt

	Nombre	Pourcentage
2	7	29,167
3	7	29,167
4	10	41,667
Total	24	100,000

## Distribution en fréquence pour caltav

	Nombre	Pourcentage
N	8	25,000
O	24	75,000
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour somatiq

	Nombre	Pourcentage
N	6	18,750
O	26	81,250
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour typaint

	Nombre	Pourcentage
ADEF	1	3,846
EFGI	1	3,846
ABCDEFGF	1	3,846
A	2	7,692
AD	1	3,846
AF	2	7,692
AI	2	7,692
B	1	3,846
E	1	3,846
EF	1	3,846
EI	1	3,846
F	1	3,846
FI	1	3,846
GI	1	3,846
I	9	34,615
Total	26	100,000

## Distribution en fréquence pour typados

	Nombre	Pourcentage
1	11	34,375
2	15	46,875
3	6	18,750
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour adots

	Nombre	Pourcentage
F	22	68,750
M	10	31,250
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour fratrie

	Nombre	Pourcentage
1 frère plus âgé	1	3,125
1 demifrère	1	3,125
1 frère plus ag	1	3,125
1 frère plus âgé	1	3,125
1 sœur plus âgée	1	3,125
1 sœur 3 frères	1	3,125
1 sœur plus âgée	2	6,250
1 sœur plus âgée	4	12,500
1 sœur plus jeune	4	12,500
2 frères plus jeunes	1	3,125
2 frères plus âgés	1	3,125
2 sœurs plus âgées	1	3,125
2 sœurs plus jeunes	1	3,125
3 frères saines	1	3,125
4 sœurs plus âgées	2	6,250
fil unique	4	12,500
fil unique	5	15,625
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour statut

	Nombre	Pourcentage
1	10	31,250
2	5	15,625
4	17	53,125
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour subfamille

	Nombre	Pourcentage
grandparents	2	6,250
mère	10	31,250
parents	19	59,375
parents adoptifs	1	3,125
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour Csp Père

	Nombre	Pourcentage
2	1	3,125
3	8	25,000
4	1	3,125
5	8	18,750
6	5	15,625
9	11	34,375
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour Csp Mère

	Nombre	Pourcentage
2	5	15,625
3	3	9,375
4	1	3,125
5	7	21,875
6	7	21,875
8	1	3,125
9	8	25,000
Total	32	100,000



## Distribution en fréquence pour Atcdper

	Nombre	Pourcentage
ABC	4	12,500
DEF	1	3,125
DFG	1	3,125
ABCD	1	3,125
AD FG	1	3,125
ADEF	1	3,125
ACDFG	1	3,125
A	13	40,625
AC	1	3,125
AD	3	9,375
AE	1	3,125
C	1	3,125
D	2	6,250
E	1	3,125
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour Atcdfer

	Nombre	Pourcentage
A	7	21,875
B	1	3,125
C	5	15,625
D	19	59,375
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour Rapport

	Nombre	Pourcentage
2	1	3,125
3	22	68,750
4	3	9,375
5	6	18,750
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour Sitacol

	Nombre	Pourcentage
1	5	19,231
2	11	42,308
3	4	15,386
4	2	7,692
5	3	11,538
6	1	3,846
Total	26	100,000

## Distribution en fréquence pour Adoecol

	Nombre	Pourcentage
N	6	18,750
O	26	81,250
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour Difacol

	Nombre	Pourcentage
1	8	30,769
2	13	50,000
3	5	19,231
Total	26	100,000

**Distribution en fréquence pour surpris**

	Nombre	Pourcentage
N	16	50,000
O	16	50,000
Total	32	100,000

**Distribution en fréquence pour affect**

	Nombre	Pourcentage
1	14	43,750
2	2	6,250
4	10	31,250
5	6	18,750
Total	32	100,000

**Distribution en fréquence pour urgence**

	Nombre	Pourcentage
1	15	46,875
2	17	53,125
Total	32	100,000

**Distribution en fréquence pour charge**

	Nombre	Pourcentage
1	2	6,250
2	19	59,375
3	11	34,375
Total	32	100,000

**Distribution en fréquence pour place**

	Nombre	Pourcentage
ABE	6	18,750
BCE	1	3,125
ABCE	1	3,125
AB	2	6,250
AE	3	9,375
B	1	3,125
BC	2	6,250
BE	4	12,500
C	1	3,125
CE	3	9,375
E	3	9,375
F	5	15,625
Total	32	100,000

**Distribution en fréquence pour devsuiv**

	Nombre	Pourcentage
1	3	9,375
2	18	56,250
3	11	34,375
Total	32	100,000

## Distribution en fréquence pour fmc

	Nombre	Pourcentage
N	24	55,814
O	19	44,186
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour sulvfm

	Nombre	Pourcentage
N	35	81,395
O	8	18,605
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour oksuiv

	Nombre	Pourcentage
N	11	25,581
O	32	74,419
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour compey

	Nombre	Pourcentage
A	8	18,605
AB	24	55,814
B	11	25,581
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour okcom

	Nombre	Pourcentage
N	3	6,977
O	40	93,023
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour corres

	Nombre	Pourcentage
ABD	1	2,326
ABC	1	2,326
ABD	1	2,326
ACD	1	2,326
ABCD	2	4,651
ACDE	1	2,326
ABCDE	1	2,326
A	7	16,279
AB	18	41,860
B	8	18,605
BD	2	4,651
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour sexmg

	Nombre	Pourcentage
F	15	34,684
f	1	2,326
M	27	62,791
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour delmog

	Nombre	Pourcentage
N	7	16,279
O	35	81,395
o	1	2,326
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour exercice

	Nombre	Pourcentage
1	24	55,814
2	19	44,186
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour diplom

	Nombre	Pourcentage
N	27	62,791
O	16	37,209
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour actaur

	Nombre	Pourcentage
1	3	6,977
2	1	2,326
3	6	13,953
4	33	76,744
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour pratq

	Nombre	Pourcentage
1	5	11,628
2	38	88,372
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour tranche

	Nombre	Pourcentage
2	13	30,233
3	23	53,488
4	7	16,279
Total	43	100,000

## Distribution en fréquence pour typcien

	Nombre	Pourcentage
1	4	9,302
2	39	90,698
Total	43	100,000

## Adolescence Le chemin de l'autonomie

Avec l'âge de la puberté, votre enfant entre dans l'adolescence. Cette étape nouvelle et importante de sa vie s'accompagne de transformations et de possibilités nouvelles à la fois physiques, psychologiques, sexuelles et sociales. Tous ces changements le pousseront à se poser des questions et à tenter ses propres expériences.

Depuis sa naissance, vous vous êtes activement occupés de la santé de votre enfant. A partir de maintenant, toujours avec votre aide, votre enfant va réclamer davantage d'autonomie: il participera aux choix que l'on prend pour lui, ses compétences et devra lui-même de sa santé.

Les jeunes adolescents à la fois dynamique et comprennent leurs désirs et en même temps de ne pas sous-estimer leurs besoins importants. Un accompagnement est particulièrement

traversant une période fragile: il est essentiel de leur offrir un environnement d'indépendance pas sous-estimer leurs bienveillant, tout au long de l'adolescence souhaitable.

L'âge du début de la puberté est très variable d'une personne à l'autre, y compris au sein de la même famille. Il se situe dans 85% des cas entre 9 et 14 ans chez le garçon. La durée de la puberté est elle-même variable, de moins de 1 an à plus de 3 ans.

S'il n'y a aucun signe de puberté au début de 13-14 ans chez une fille, ou de 15-16 ans chez un garçon, il est nécessaire de consulter un médecin. Avec la puberté et la poussée de croissance qui l'accompagne, il est naturel qu'un poids ou une entourage se développe et les choses se passent normalement. Un bilan de santé est donc utile au début ou au cours de la puberté. A cette occasion, l'adolescent est encouragé à être traité et comme un grand(e) et d'avoir un moment de réflexion avec le médecin, surtout lors de l'examen physique.



## Prendre soin de soi

Ce carnet de santé est désormais aussi le votre. Vous arrivez à l'âge de l'adolescence, il peut vous aider à devenir le plus responsable de vous-même et de votre santé. Prenez-en connaissance: vous y trouvez des éléments de l'histoire de votre croissance (poids, taille, vaccins, maladies...).

Votre corps change: les premiers stries du développement sexuel que fera de vous une femme ou un homme apparaissent. Si vous aimez l'hygiène, il est important de vous en occuper. Si vous avez des questions sur la sexualité, n'hésitez pas à en parler à un médecin.

J'SUIS ADO MAIS JE NE SOIGNE PLUS TANT vos rapports avec les filles, amant(e), nouvelles formes de relations affectives, Selon la personnalité de chacun(e), les peuvent commencer plus tard.

L'adolescence n'est pas une période toujours facile: pas facile d'accepter de si grands changements dans son corps, dans sa tête et dans son cœur, pas toujours facile de se rapprocher de ses parents, des adultes ou les amis, dans la famille, à l'école, au sein de la société.

Il est normal de rencontrer des difficultés. Mais, si elles s'accroissent, durent ou s'accumulent, il ne faut pas rester isolé et il faut tout faire pour en parler.

Les membres de votre famille et de votre entourage sont vos interlocuteurs "naturels". Il y a aussi d'autres personnes qui peuvent vous accueillir et vous permettre d'exprimer vos difficultés: adulte de "confiance", médecin, psychiatre, psychologue, infirmier, travailleur social.

Adolescent(e), même mineur(e), vous pouvez consulter un médecin de votre propre initiative, en cabinet ou à l'hôpital. Vous avez le droit au secret médical.

\* Traiter: diffuser, répandre, répandre à la suite de la puberté, pour le mal de la santé (contaminé, affecté) dans un contexte scolaire, université et recherche scientifique; pour les troubles sexuels, conduisant à ne pas manger, par exemple, l'alimentation, les habitudes.

# Repères

principales causes de mort et de blessures graves chez les jeunes, les accidents de la circulation sont souvent provoqués par une vitesse excessive, aggravée par les effets de la consommation de produits entants : alcool, mais aussi cannabis et autres substances.

Ce traitement demande de la patience, surtout dans les formes graves.

L'utilisation d'un moyen contraceptif péjore pratiquement à un accident, préventif ou autre, permet d'éviter une grossesse non désirée. Si un contraceptif se croit enceinte, ou si elle en est sûre après avoir fait un test diagnostique (vendu en pharmacie), attendre ne sert à rien : elle doit consulter un médecin le plus rapidement possible.

diverses maladies se transmettent lors des relations sexuelles. Les plus graves sont le sida et les hépatites qui se transmettent aussi par le sang. Certaines risquent d'entraîner une stérilité.

Il n'existe pas actuellement de vaccin contre le sida. Renseignez-vous sur les vaccins contre certaines hépatites.

Il y a plusieurs façons d'éviter de contracter le virus du sida et les MST : S'abstenir de toute forme de relation sexuelle (abstinence), maintenir dans le compte une pillette rétrograde.

Ce choix implique que chaque partenaire puisse être certain, notamment grâce à un test de dépistage, de ne pas avoir été contaminé lors d'une rencontre précédente. en tant qu'êtres humains, nous ne pouvons nous empêcher de commettre des erreurs... L'utilisation des préservatifs (vendus en pharmacie, en distributeurs ou en grande surface).

La pilule contraceptive protège ni du sida, ni des MST. L'utilisation du préservatif lors d'un rapport sexuel est très fortement recommandée.

écouter souvent de la musique à un volume élevé, baladeurs, chaînes, concert peut endommager votre audition.

Certains jeunes en viennent à utiliser de façon dangereuse divers produits ayant des effets sur le cerveau : tabac et alcool en quantités importantes, médicaments et produits détournés de leur usage normal, substances interdites par la loi (habituellement appelées "drogues").

Non seulement l'utilisation de ces produits implique ne résout aucun problème, mais elle nuit à la santé et compote, pour certains d'entre eux, de graves risques de dépendance physique et psychique.

La dépendance résulte de l'impossibilité de se passer de ou de produits toxiques, ce qui entraîne l'augmentation des quantités consommées et la fréquence des prises, quels qu'ils soient les dangers. Progressivement, elle conduit à la vie. Elle conduit souvent les utilisateurs de drogues illicites à commettre des délits et à s'exposer à des sanctions.

Un régime amaigrissant sans suivi médical est dangereux. une exposition excessive et non protégée au soleil (surtout au printemps) la peau et peut provoquer plus tard des maladies (cancers de la peau).

Si vous avez régulièrement des problèmes de sommeil, consultez votre médecin. Dans tous les cas, n'utilisez jamais de médicaments "pour dormir" sans son avis. faire du sport est bénéfique, à condition d'éviter l'épuisement, les accidents, le dopage.

# Des personnes et des lieux pour trouver de l'information et de l'aide

Comment en savoir plus ?

- un premier accueil
- une écoute
- de l'information
- des adresses

Service social des mairies

Pour trouver près de chez vous

Services nationaux d'aide téléphonique, anonymes et gratuits (N°)

- Drogues Info Service
- Sida Info Service
- Allo Enfance Multilatérale
- Violences Conjugales
- Femmes Info Service
- Fil Santé Jeunes

Personnes et lieux spécialisés

- Hôpitaux
- Médecins généralistes et pédiatres
- Pharmaciens
- Centres de dépistage anonyme et gratuit (CEDAG)
- Centres de protection maternelle et infantile (PMI)
- Comités régionaux et départementaux d'éducation pour la santé (GRES, CDES)
- Centres de planification et d'éducation familiale
- Centres d'accueil et de soins pour alcooliques, toxicomanes...
- Caisses d'allocation familiales...

Personnes et lieux non spécialisés

- Centres sociaux
- Associations de prévention spécialisée
- Missions locales et Permanences d'Accueil, d'Information et d'Orientation (PAIO)
- Centres information jeunesse, Bureaux et points information jeunesse (CII, BIJ, PIJ)
- Maisons pour tous (MPT), maisons des jeunes et de la culture (MJC)
- Foyers de jeunes travailleurs (FJT)

Associations

- Médecins et infirmières
- Associations sociales
- Comités d'environnement social

Associations départementales

- Directions régionales et départementales de l'action sanitaire et sociale
- Directions régionales et départementales de la jeunesse et des sports
- Recteurs et inspections académiques
- Directions régionales de la protection judiciaire de la jeunesse



CONCERTION C.A.M. ASSOCIAMES  
Destiné de Jean Sarrailh, avec l'assistance de la Fondation de France et des A.G.F.

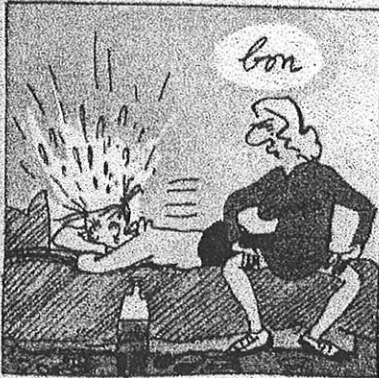
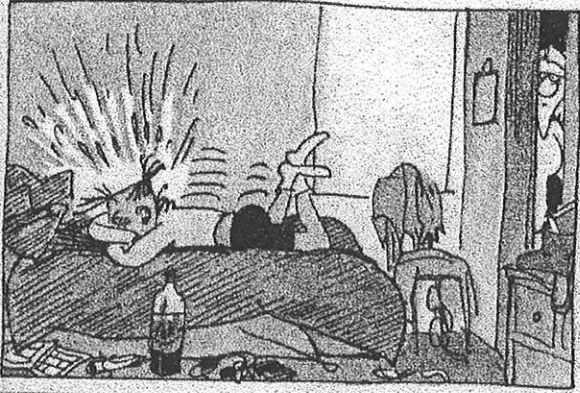


Caricature, André-Philippe Côté. Dans : Delagrave M. *Les Ados : mode d'emploi à l'usage des parents*. Beauport : Publications MNH, 1995.

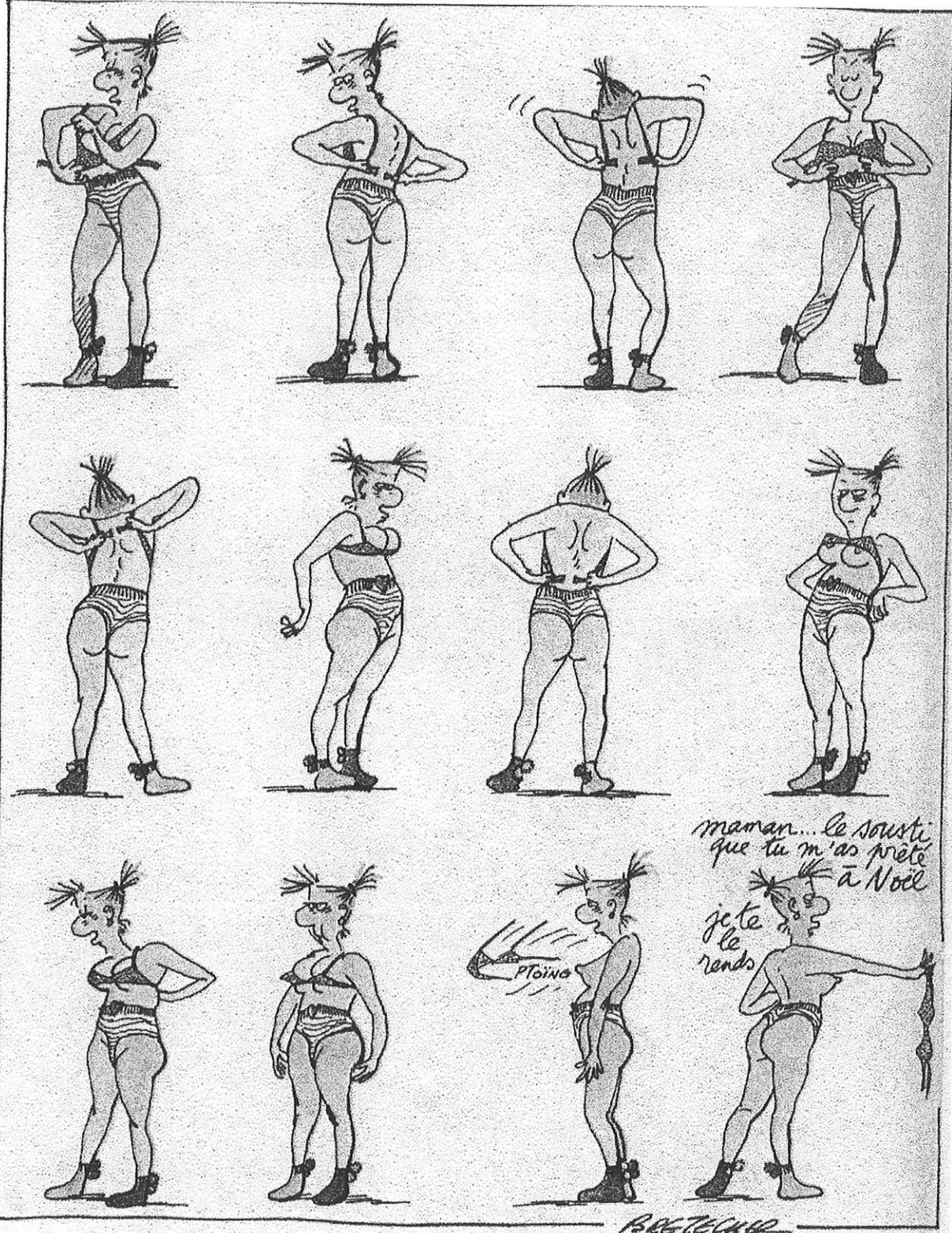


Caricature, André-Philippe Côté. Dans : Delagrave M. *Les Ados : mode d'emploi à l'usage des parents*.  
Beauport : Publications MNH, 1995.





BRETHER

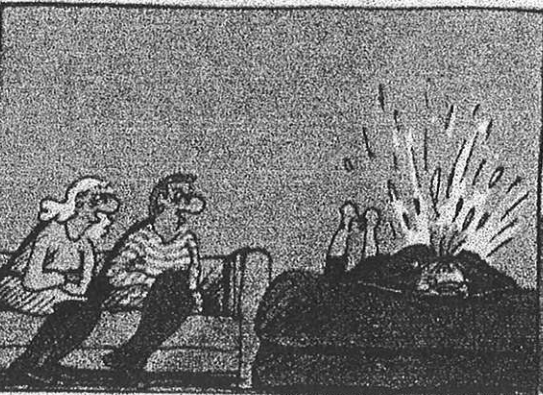
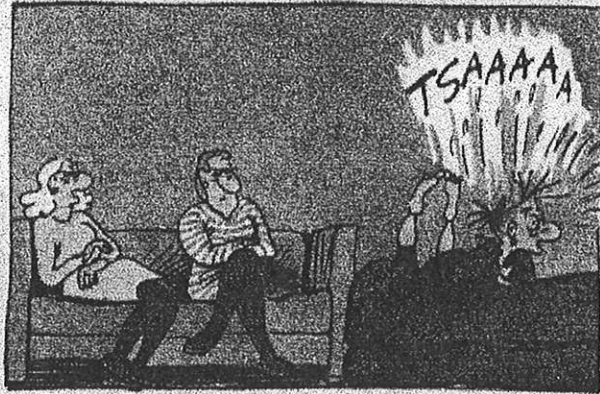
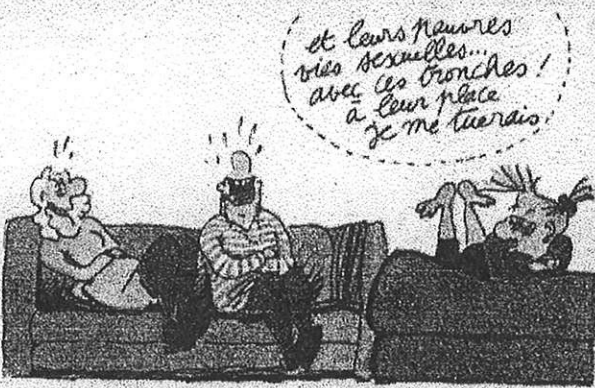


maman... le sousti  
que tu m'as prêté  
à Noël

je te le  
rends

Ploino

BETTELIER



tendance  
à l'auto-épitoiement  
par les temps  
qui courent

BRECHER

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 163

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

...

VU et PERMIS D'IMPRIMER  
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

## RESUME

C'est l'histoire de la rencontre de 43 médecins généralistes de la région Limousin. Il apparaît que l'adolescent est une réalité de la consultation de médecine générale. Il s'agit parfois d'un adolescent suicidaire ou suicidant, situation déroutante pour le praticien car l'adolescent s'exprime à travers des plaintes somatiques floues, souvent mal définies.

La formation du médecin généraliste se pose alors comme ébauche de prévention secondaire des tentatives de suicide de l'adolescent. Mais il ne s'agit pas seulement d'une « conduite à tenir optimisée » face à une situation donnée.

Cela implique que la relation médecin-adolescent repose sur la confiance et que le praticien soit à même d'appréhender l'adolescence dans sa globalité.

### Mots Clés :

- Suicide (tentative de)
- Adolescence
- Somatisations
- Médecin généraliste
- Consultation
- Empathie