

**SUICIDE**  
**ET**  
**ADOLESCENCE :**  
*Description et Prévention*

<b>Introduction</b>	3
<b>I. De la vulnérabilité de l'adolescent aux facteurs de suicide</b>	4
<b>A. L'adolescence : période de crise fragilisante</b>	4
1. <i>Transition de l'enfance à l'âge adulte</i>	4
2. <i>Conséquence de ces changements sur le psychisme</i>	4
3. <i>Conception de la mort chez l'adolescent suicidaire et émergence de l'idée de suicide</i>	5
<b>B. Différentes définitions du suicide</b>	6
1. <i>L'approche de Durkheim</i>	6
2. <i>L'approche de Freud</i>	7
3. <i>Synthèse et commentaire</i>	7
<b>C. Les facteurs suicidogènes</b>	8
1. <i>Facteurs sociaux</i>	8
2. <i>Facteurs psychologiques et psychiatriques</i>	9
3. <i>Problématique familiale</i>	10
4. <i>Hypothèse de l'association des facteurs</i>	11
<b>II. Comportements et idées morbides chez l'adolescent</b>	12
<b>A. Etude épidémiologique</b>	12
1. <i>Contexte épidémiologique</i>	12
2. <i>Situation actuelle</i>	12
<b>B. Quelques attitudes suicidaires de l'adolescent</b>	15
1. <i>Equivalents suicidaires et conduites à risque</i>	15
2. <i>Chantage au suicide</i>	16

<b>C. Le passage à l'acte : de la morosité au raptus</b>	17
1. <i>Le passage à l'acte : un concept difficile à définir</i>	17
2. <i>La morosité</i>	18
3. <i>La réalisation raptus</i>	19
<b>III. Prévention et postvention : le "psy" avant et après</b>	20
<b>A. Prévention primaire : comment éviter l'émergence de l'idée du suicide</b>	20
1. <i>Influence de la religion chrétienne</i>	20
2. <i>Prévention collective</i>	20
<b>B. Prévention secondaire : comment éviter le passage à l'acte</b>	21
1. <i>Les signes annonciateurs</i>	21
2. <i>Rôle du psychiatre de secteur</i>	22
3. <i>Une prise en charge moins "psychiatisée"</i>	22
<b>C. Prévention tertiaire : comment éviter la récurrence</b>	23
<b>D. La prise en charge de la famille et de l'entourage</b>	24
<b>Conclusion</b>	24
<b>Témoignages</b>	26
<b>Bibliographie</b>	28
<b>Index</b>	29

*"J'avais vingt ans. Je ne laisserai personne  
dire que c'est le plus bel âge de la vie."*

Paul Nizan.

Jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, on recourait à une expression pour désigner l'acte que nous appelons suicide : mort volontaire, homicide de soi-même. L'absence d'un substantif particulier, de formation simple, traduit peut-être le refus opposé par la morale chrétienne à la distinction de l'homicide et du suicide.

Le suicide chez les adolescents est un problème de santé publique majeur, car il est la deuxième cause de mortalité en France entre 15 et 24 ans après les accidents de la route (dont 5 à 10 %, d'ailleurs, sont des suicides), et la première cause entre 25 et 34 ans. Les faits suggèrent que le suicide de l'adolescence est un phénomène extrêmement divers, des adolescents de toutes appartenances confessionnelles, de tous les groupes ethniques et de tous les niveaux socio-économiques détruisent leur propre vie.

En ce qui concerne les tentatives de suicide, la moitié des premières sont suivies de récurrences, le plus souvent dans l'année qui suit. La fréquence et la gravité des récurrences augmentent après chaque nouvelle tentative.

Certains suicides sont dus à des maladies, surtout la dépression et la schizophrénie. Mais deux tiers d'entre eux surviennent en dehors de tout trouble mental.

Afin de mieux saisir la complexité de ce phénomène, nous avons jugé intéressant de nous interroger sur les points suivants :

- l'originalité du caractère suicidogène de l'adolescence,
- l'extériorisation de l'idée du suicide chez l'adolescent,
- enfin, en tant que futurs psychologues ou thérapeutes : comment prévenir, dépister et traiter la détresse qui règne autour des actes suicidaires.

## **I. De la vulnérabilité de l'adolescent aux facteurs de suicide**

D'aucuns affirment que les idées suicidaires sont plus que fréquentes voire systématiques lors du développement psychique de l'adolescent. L'enfant est, semble-t-il, particulièrement vulnérable à cet âge et la tendance au suicide est un aspect de cette fragilité. Se pose alors la question de la spécificité de l'adolescence quant à l'émergence de ces pensées morbides.

### **A. L'adolescence : période de crise fragilisante**

#### *1. Transition de l'enfance à l'âge adulte*

L'adolescence est un moment de l'évolution accélérée qu'on saisit surtout par ses difficultés et par ses déviances du comportement. L'enfance a quelque chose d'assuré et de solide ; elle a un statut, un monde à elle. Si la puberté se présente avec des caractères concrets, objectifs et mesurables, qu'en est-il des transformations psychologiques qui l'accompagnent ?

Doté d'un corps doué de capacités nouvelles et aux formes renouvelées jusqu'à en être méconnaissable, l'adolescent témoigne de réactions d'étrangeté. Il a quelque difficulté à se situer par rapport à l'enfant qu'il était la veille et à l'adulte qu'il est en train de devenir. Un des problèmes psychologiques fondamentaux qu'il doit affronter est celui de ses modifications corporelles. Le jeune doit se resituer par rapport à un corps qui remet en jeu l'image de lui-même, ses identifications antérieures, et qui réveille le conflit œdipien.

L'acquisition d'une identité sexuelle fixe et irréversible passe par un remaniement des relations de l'adolescent avec son corps, ses parents et ses pairs. Si l'adolescent a la capacité de choisir entre l'intimité avec une autre personne et la solitude, étant incapable de modération il risque souvent de choisir entre fusion et isolement, ce qui lui permet d'accéder à un état de bien-être idéal ou de détresse totale.

#### *2. Conséquences de ces changements sur le psychisme*

Cet adolescent est mal armé d'une part psychiquement pour faire face aux tensions et aux situations conflictuelles de cette période, et d'autre part, il ne s'aime pas et ne se respecte pas assez pour pouvoir prendre soin de lui, et notamment de son corps. C'est la deuxième phase de séparation-individuation,

exigeant une réorganisation structurale quasi radicale. Ces conflits sont internes chez l'adolescent normal. Il doit se dégager du cocon familial et tous ces renoncements sont source d'angoisse et de dépression. C'est également une période d'aliénation et d'atomisation de la personnalité. Rimbaud a écrit à ce sujet, dans *Les Lettres du Voyant* : "Je est un autre."

François Ladame [11] remarque qu'il est extrêmement difficile de tracer une ligne de démarcation entre le normal et le pathologique durant l'adolescence. D'aucuns affirment que la tentative de suicide n'est que l'expression de l'anxiété normale de cette période.

### *3. Conception de la mort chez l'adolescent suicidaire et émergence de l'idée de suicide*

Avant d'observer les mécanismes qui déclenchent chez l'adolescent les idées de suicide, il serait intéressant de se pencher sur la représentation qu'il peut se faire de la mort.

Selon Chabrol, "la mort est assimilée à une interruption totale et irrémédiable de toutes les manifestations de l'être." ([1], p. 36). Il reste cependant prudent en cherchant à considérer d'une part la connaissance intellectuelle de l'idée de mort et d'autre part les fantasmes conscients et inconscients qui y sont associés. Plutôt que de faire résulter la tentative de suicide d'un concept mûr de la mort, on peut se demander si elle n'est pas au contraire déclenchée par la persistance d'une attitude immature face à la mort.

Deux perspectives se dégagent ainsi : une connaissance consciente de la mort et les fantasmes liés à la mort. On aurait tendance à retenir la seconde. En effet l'immaturité intellectuelle du concept de mort est fréquente chez l'adolescent suicidaire. La mort est en quelque sorte idéalisée, comme si elle laissait survivre une partie du sujet qui puisse en tirer profit. Elle symbolise la délivrance, le soulagement et la paix refusés par le monde réel. Dans un sens, le désir de la mort n'est autre que le désir de vivre une autre vie, sans tension ni contrainte. Ainsi elle permettrait d'accéder à l'immortalité. Avec une telle vision fantastique, l'adolescent à tendance suicidaire ne peut avoir une conception mature de la mort. Ces distorsions positives font preuve plus d'une véritable conception délirante que d'une immaturité. Ceci nous amène à nous pencher sur l'émergence des idées suicidaires de l'adolescent.

Avec une telle idéalisation de la mort, le geste suicidaire devient un moyen de l'emporter sur celle-ci en affirmant une croyance, sans doute inconsciente, en son immortalité. On peut alors assimiler le désir de mort à celui d'échapper à une situation externe et interne qui s'impose comme insupportable et inévitable en dehors de la solution suicidaire.

Ceci montre bien que ce désir est étroitement lié à la dépression dont peut souffrir l'adolescent et qui sera reprise ultérieurement. Dans cet état d'intense

mal-être, le jeune tend à s'installer dans des conduites d'échec parmi lesquelles se situe la tentative de suicide. En anticipant, il apparaît que le passage à l'acte est souvent disproportionné à l'incident déclenchant étant facilité par le manque d'objectivité et de capacités de recul. Le geste suicidaire ne peut alors être considéré, là, comme une attitude d'autoagression, mais plutôt comme une fuite. Si ce geste n'a pas abouti à la mort, c'est qu'en général il n'est pas une démission totale, sinon un appel à l'intervention aidante de l'entourage. On remarque donc que la tentative de suicide est un moyen maladroit, mal adapté, morbide peut-être, mais visant plus ou moins à amorcer un dialogue. Enfin elle se fait éventuellement thérapeutique étant donné le bénéfice secondaire que le suicidaire ou le suicidant pourrait ou peut en tirer, à condition d'être entendu.

## **B. Différentes définitions du suicide**

Le suicide est un acte de mort volontaire, quel qu'en soit le motif. Lorsque l'auteur de Manon Lescaut, l'abbé Prévost, crée le mot suicide, en 1734, il permet d'éviter l'utilisation de périphrase du type "être homicide de soi-même", s'occire soi-même, ou "se meurtrir." Mais plus encore il décentre notre regard du meurtrier vers la victime.

Le verbe "se suicider" de part sa redondance ("se - soi") nous rappelle avec insistance que meurtrier et victime sont une seule et même personne.

Le suicidaire est celui qui a des idées de suicide alors que le suicidant est celui qui les a concrétisées.

### *1. L'approche de Durkheim*

En se basant sur les variations des taux de suicide dans différents pays européens selon l'âge, le sexe, l'état matrimonial et la religion, Durkheim distingue trois formes de suicide [7] :

- Egoïste : quand l'intégration sociale est faible, ou lorsque les croyances traditionnelles s'affaiblissent entraînant ainsi un état d'individualisme. L'individu se déprend des fins collectives pour ne plus poursuivre que ses intérêts propres et on voit alors les morts volontaires se multiplier. L'homme, ici le jeune, est d'autant plus exposé à se tuer qu'il est plus détaché de toute collectivité, c'est-à-dire qu'il vit davantage en égoïste.
- Altruïste : quand au contraire cette intégration est excessive et l'individuation trop rudimentaire, il peut en résulter un altruïsme intense conduisant au suicide. Toutefois, si la société moderne laisse une plus grande place à l'individualisme, les formes anciennes du lien social n'ont pas complètement disparu et il existe des groupes dans lesquels cette morale

primitive a encore toute son importance. On peut prendre l'exemple du suicide malheureusement trop fréquent du Japonais en raison d'une scolarité excessivement compétitive et prépondérante pour permettre la socialisation.

- Anomique : enfin, quand les règles sociales s'affaiblissent et n'encadrent plus avec assez de force les désirs. L'anomie selon Durkheim désigne la crise que traverse une société donnée ou un groupe social lorsque ses membres se trouvent privés des normes qui organisent leur conduite et des idéaux qui légitiment leurs aspirations. Elle est le résultat de changements sociaux qui exigent un remplacement trop accéléré du système des valeurs. C'est cette dernière forme qui serait devenue prédominante et qui expliquerait la montée générale des suicides tout au long du XIX<sup>e</sup> siècle dans la plupart des pays européens. En effet dans *Le Suicide* [7], il met l'accent sur le "mal de l'infini" dont souffre l'individu lorsque, les règles morales ayant disparu, ses désirs sont devenus illimités et donc impossibles à satisfaire.

## 2. *L'approche de Freud*

Freud, quant à lui, s'est penché sur le suicide pathologique qui apparaît dans les deux psychoses suivantes : la schizophrénie et la mélancolie [8].

Le schizophrène, muré dans son délire, n'arrive plus à percevoir le monde et donne à son suicide une valeur symbolique d'auto-immolation. Ce suicide est pathologique parce que le sujet malade est dominé par un délire de persécution.

Le suicide du mélancolique n'est pas une conduite délirante, son état de souffrance morale est tel que le suicide seul lui permet d'y échapper et d'expier. Tout comme le schizophrène, le suicide est ici pathologique en ce que le mélancolique éprouve une haine "folle" de lui-même.

## 3. *Synthèse et commentaire*

Classiquement, le suicide est le meurtre de soi-même. Actuellement on tend à envisager dans un vaste ensemble le suicide proprement dit, le chantage au suicide, les équivalents suicidaires. D'un point de vue épidémiologique, le nombre de suicides est difficilement appréciable : suicide non déclaré, non reconnaissable, etc. En effet, cet acte reste souvent perçu par notre morale judéo-chrétienne encore influente, comme destruction d'une créature divine. Ainsi de nombreux suicides sont occultés par la famille. Aussi certains décès considérés comme accidentels sont-ils en réalité la conséquence d'équivalents suicidaires. Ici encore, cela montre bien l'incapacité de l'entourage du suicidant ou du suicidé à prendre conscience de la véritable cause de la mort, le sujet lui-même ne s'en étant d'ailleurs pas toujours rendu compte.

Cependant, une étude sur l'année 1971 dénombrait déjà en France 14200 suicides, seconde cause de décès par mort violente. Les moyens utilisés sont très

variés. Par ordre de fréquence on note, en France, la pendaison, la noyade, le gaz, les armes à feu, les médicaments toxiques, les armes blanches.

Il n'existe pas de profil psychologique du suicidant. Toute affection mentale est plus ou moins suicidogène, surtout la mélancolie où le risque est majeur. Dans la dépression névrotique, le passage à l'acte paraît fonction de la structuration des défenses. Le suicide est rare au cours des délires chroniques tandis que les tentatives du schizophrène sont énigmatiques et "bizarres".

Le sens des conduites suicidaires n'est pas univoque : ce peut être une volonté destructrice dans laquelle l'auto-agressivité est très présente. Les psychanalystes envisagent soit un retournement contre soi de l'agressivité initialement dirigée contre l'autre, soit l'expression privilégiée de l'instinct de mort s'actualisant dans le geste suicidaire. La dimension hétéro-agressive souvent inconsciente est indéniable, stigmatisant l'entourage familial. La fonction de chantage est parfois présente n'en mettant pas moins en danger le patient dans cette quête de communication avec autrui. La question du passage à l'acte suicidaire est toujours très discutée, et ce d'autant que le risque mortel est très mal apprécié le plus souvent par le suicidaire.

Enfin, la récurrence pose un problème grave du point de vue préventif : 10 à 15% des suicidants finissent par se tuer.

## **C. Les facteurs suicidogènes**

### *1. Facteurs sociaux*

La remarque de Durkheim [7] est toujours exacte : les célibataires se suicident plus que les personnes mariées, les vieux plus que les jeunes. Pourtant, on note des taux de suicide et de tentatives de suicide particulièrement élevés au cours de l'adolescence comparativement aux autres périodes de la vie. Le suicide est en effet la deuxième cause de mortalité chez les sujets de 15 à 24 ans.

Toutes les classes socioprofessionnelles sont toutes à peu près uniformément touchées, à l'exception des enfants d'ouvriers, pour lesquels le taux est sensiblement supérieur à la moyenne. On remarque cependant des situations sociales relativement constantes chez les sujets suicidaires : nombreuses activités délinquantes, retard scolaire prononcé et dislocation de la cellule familiale (le plus souvent, c'est l'absence de père qui est à l'origine d'un problème de communication familiale).

On note une population particulièrement touchée : la fille d'immigrés. Ceci fait intervenir le problème d'acculturation qui rejoint aussi la notion d'anomie évoquée par Platon et reprise par Durkheim. "Il caractérise la situation dans laquelle se trouvent les individus lorsque les règles sociales qui guident les

conduites et aspirations perdent leurs pouvoirs ou deviennent incompatibles avec le contexte.”

Toolan [21] remarque que dans les familles nombreuses les aînés sont plus sujets à se sentir moins aimés et rejetés du fait de la naissance d’un puîné. En effet, ils perçoivent l’affection des parents dirigée davantage sur ce dernier et sont par là même plus candidats au suicide que le reste de la fratrie.

## *2. Facteurs psychologiques et psychiatriques*

Le suicide a toujours une signification psychologique pour l’adolescent. C’est un geste de fuite en face d’une situation ressentie par le sujet comme inextricable, angoissante. Depuis Durkheim, il est apparu que le suicide peut être le signe d’une maladie mentale, mais aussi parfois une conduite logique quand la joie de vivre a laissé la place au malheur d’être. Peut-on affirmer que le suicidant est nécessairement un malade mental ? Le suicide est-il une psychopathologie ?

Il n’y a pas d’hérédité suicidaire, mais l’hérédité psychopathique est, elle, indéniable, les “familles à suicide” relevant plutôt de l’organisation névrotique de la cellule familiale. Selon Deshaies [4], chez les sujets atteints de mélancolie, il y a une transmission héréditaire de la psychose maniaco-dépressive. Il n’a pas été possible non plus d’individualiser une constitution suicidogène. Seuls certains traits de caractère se retrouvent fréquemment chez les suicidants (émotivité, impulsivité, labilité affective...).

La dépression est un facteur systématiquement invoqué pour expliquer les tentatives de suicide. L’efficacité des traitements somatiques de la dépression définitivement démontrée dans la prévention du suicide (v. ci-dessous, III.) en rend l’évidence indiscutable. Cette conception est largement validée par l’expérience clinique et permet un dépistage précis de la dépression dans les tentatives de suicide. “Son diagnostic et son traitement sont la meilleure prophylaxie de tentatives futures” (Cuche et Moussaoui, 1977).

Une autre attitude consiste à concevoir la dépression et le suicide comme les conséquences indépendantes d’un même facteur étiologique. Selon la conception de Freud [8], il y a fixation de la personnalité à des stades de développement antérieurs à la résolution du complexe œdipien, qui sont tous marqués par l’ambivalence. L’enfant doit assumer la perte de l’objet d’amour, l’investissement d’amour se retire dans le Moi. L’agressivité se retourne contre le sujet lui-même identifié à l’objet et donne naissance à deux types de comportements : la dépression et le suicide qui est en réalité un meurtre déplacé. Freud dit également que le Moi peut se sacrifier quand il se sent haï et persécuté par le Surmoi.

Un petit nombre des suicides des adolescents, d’environ 10 à 15%, est en rapport avec une pathologie mentale franche. Au cours d’un délire paranoïde, le

jeune schizophrène vit entouré d'hostilité, d'incompréhension, d'animosité. La solitude lui devient à ce point insupportable qu'il préfère disparaître.

Le plus souvent l'adolescent ne peut pas être considéré comme un malade mental. Son suicide témoigne de sa difficulté à devenir adulte. Certains adolescents se suicident parce qu'ils sont incapables d'effectuer "le travail de deuil de l'adolescence".

Vers 4 ans, l'enfant connaît une fulguration qui lui révèle l'existence de la mort. Il sait que des gens meurent, mais il l'oublie jusqu'à l'adolescence, moment où l'instinct de mort refait son apparition.

Aucune étude n'a relevé de corrélation significative entre le Quotient Intellectuel et la propension à mettre fin à ses jours. On remarque cependant un plus grand taux de suicide chez les personnes ayant un Q.I. entre 79 et 109. Ce résultat reste néanmoins difficile à interpréter. Si les idiots et les imbéciles semblent être à l'abri du suicide, les débiles moyens ne le sont pas à cause de leur impulsivité qui joue un rôle essentiel dans le passage à l'acte.

### *3. Problématique familiale*

Le comportement suicidaire peut sembler absurde si l'on ne se réfère qu'aux causes déclenchantes souvent futiles, car l'événement actuel n'est qu'un facteur de déséquilibre : un amour contrarié ou un échec scolaire ne conduisent au suicide qu'en entrant en résonance avec une dynamique familiale déviante.

Dans *Les comportements suicidaires de l'adolescent*, Chabrol [1] observe des distorsions graves de la communication entre l'adolescent suicidaire et son entourage familial et social. D'après lui la famille est incapable d'assurer son rôle de soutien à l'égard de l'adolescent et peut dans une certaine mesure être irresponsable. Au regard des statistiques, les perturbations familiales ont une forte participation aux déterminismes du suicide. Tel est le cas de la séparation. On observe en effet que la perte d'un parent est plus fréquente chez les adolescents suicidaires que chez ceux d'un groupe contrôle (dans 30% des cas, il s'agit d'un adolescent issu d'une famille "incertaine" contre 6% dans une population normale). Par perte on entend décès, divorce ou séparation des parents, séparation d'un membre de la fratrie, etc. De même, la discorde et la dissociation familiales associées ou non à la perte sont des facteurs de risque.

On conçoit que dans de telles conditions on assiste à des stagnations et des régressions de l'évolution affective, que l'enfant soit perturbé dans ses processus d'identification et d'édification de son Surmoi.

A cette période de latence, il tend à haïr celui par lequel il se sent abandonné, mais il lui reste d'autant plus attaché qu'il a davantage besoin de lui. L'enfant se sentira coupable et mauvais plutôt que d'admettre que ses parents le sont.

Mais selon Adam, l'instabilité familiale pourrait être la principale variable étiologique alors que la perte ne serait qu'un facteur accessoire. Il met ainsi en

cause le désordre chronique du fonctionnement de la famille. De même Gaultier et coll. en 1965, (cité par Chabrol : [1], p. 25) constatent "presque toujours des carences affectives anciennes ou des conflits familiaux graves".

Dans ce déterminisme on pourra aussi inclure les attitudes éducatives extrêmes et opposées. Un contrôle parental et des attentes concernant l'adolescent trop ou trop peu exigeants en sont des exemples.

#### *4. Hypothèse de l'association des facteurs*

Selon Chabrol ([1], p. 6), "le geste suicidaire est avant tout un phénomène social et ne saurait se comprendre dans une perspective limitée à l'individu." Le suicide est l'ultime phase comportant des facteurs sociaux, culturels, familiaux, biologiques et psychologiques, ce qui est la théorie des "systèmes dynamiques". Il est la conséquence de plusieurs interactions et de faits qui s'influencent de façon réciproque et cyclique. Dans une telle optique, il s'agit d'étudier les combinaisons des différentes approches, en délaissant l'étiologie classique.

En insistant sur l'originalité des comportements suicidaires, on pourra par exemple se fonder soit sur la conception cognitive, soit sur la conception psychodynamique.

## **II. Comportements et idées morbides chez l'adolescent**

### **A. Etude épidémiologique**

#### *1. Contexte épidémiologique*

On recense actuellement en France 12 000 suicides par an, tous âges, tous sexes confondus (soit plus de victimes que les accidents de la route) et les tentatives de suicide sont estimées à plus de 160 000 par an. Vu le caractère douteux de certains cas (dissimulation de certaines morts, incertitude quant à l'intentionnalité de l'acte, etc. ), on peut estimer une marge d'environ 20 %, soit à peu près 2 400 cas de suicides qui ne seraient pas enregistrés.

En 1993, dans la catégorie des jeunes âgés de 15 à 24 ans, sur 6 027 décès enregistrés, 966 sont des suicides ou considérés comme tels.

Nous avons en France une tentative de suicide toutes les 3 minutes environ, et une mort par suicide toutes les 40 minutes.

On remarque que 2 suicides sur 5 ont lieu entre 18 heures et minuit.

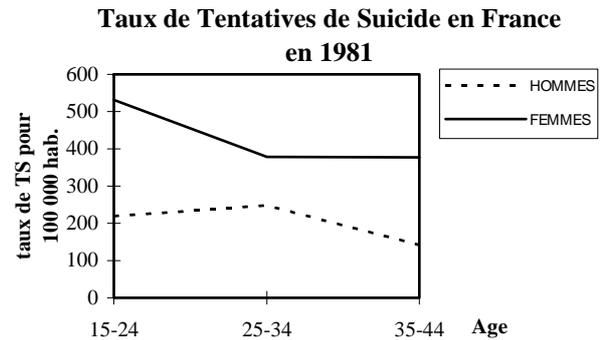
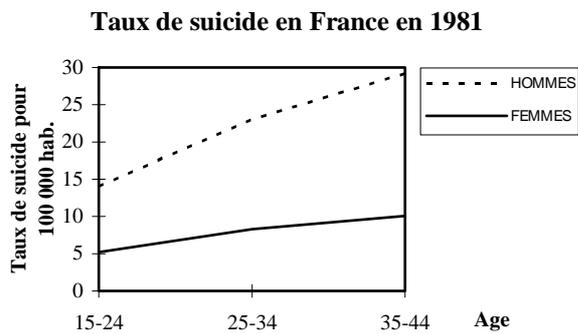
#### *2. Situation actuelle*

Bien que le suicide soit la deuxième cause de mortalité chez les jeunes, ces derniers ne sont pas ceux qui meurent le plus du suicide. En effet, les gens qui sont les plus touchés par ce phénomène sont les personnes âgées.

Mais si le taux global de suicides (tous âges confondus) a tendance à diminuer légèrement depuis le début des années 1990, les taux sont en augmentation constante chez les adolescents et les jeunes adultes, particulièrement de sexe masculin.

Un autre fait, impressionnant, est la fréquence des suicides : 37 % des suicidants réitèrent leur geste, cette proportion étant plus élevée chez les garçons que chez les filles. Cette récurrence survient dans plus de la moitié des cas au cours de l'année qui a suivi la première tentative.

La mortalité par suicide est très fortement liée au sexe. Ainsi, en France, plus de 70 % des suicides concernent les hommes. Il y a, quel que soit l'âge, au moins 2 fois plus de suicides masculins que de suicides féminins.



Une des raisons retenues pour expliquer l'augmentation du taux de suicide et de celui des tentatives de suicide est la montée du chômage, le vieillissement accentué, les phénomènes migratoires importants et des problèmes d'intégration culturelle. La corrélation avec l'alcoolisme est moins sensible qu'autrefois. Le chômage semble avoir une incidence sur la mortalité par suicide particulièrement notable pour les 15 - 24 ans. Ceci correspond aux hypothèses de Durkheim, qui ont mis en avant l'influence de l'intégration sociale sur le suicide [7].

La moyenne des taux de mortalité par suicide des deux sexes est en 1973-75 égale à celle de 1950-1951 (16,8 pour 100 000 personnes). Cependant, au cours de cette période, le taux a augmenté pour les femmes de 7,1 à 8,7 et diminué pour les hommes de 26,6 à 25. De même, les taux des hommes de moins de 45 ans ont augmenté, tandis que ceux des hommes au-delà de 45 ans ont diminué (cf. tableau ci-dessous). Ces tendances ont perduré après 1975 : forte augmentation jusqu'en 1982-84 ; diminution ensuite, qui se poursuit pour les plus de 50 ans, mais qui est presque constamment en hausse jusqu'en 1994-96.

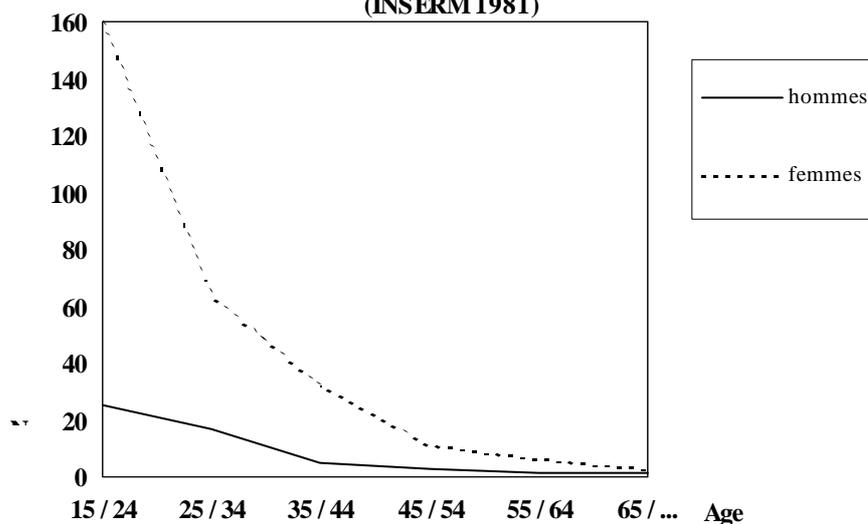
Pour les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans, le taux plafonne dès 1976-78. La cause de ce phénomène n'est pas claire, peut-être s'agit-il d'une efficacité croissante du traitement des tentatives de suicide (SAMU, soins d'urgence), efficacité qui bénéficierait moins aux jeunes hommes en raison du caractère plus souvent radical du moyen du suicide. Au demeurant, le taux de suicide des jeunes, filles et garçons, ne baisse plus depuis une dizaine d'années.

Taux de suicide de 1950 à 1996 par classes d'âge et par sexe

Période	Tous âges	15 - 24 ans	25 - 44 ans	45 - 74 ans	75 ans et +		Tous âges	15 - 24 ans	25 - 44 ans	45 - 74 ans	75 ans et +
Sexe masculin						Sexe féminin					
1950-51	26,6	6,5	19,4	49,7	94,5	1950-51	7,1	2,7	5,2	13,9	17,9
1973-75	25	11,5	21,8	42	83,5	1973-75	8,7	4,7	7,8	15,3	19,9
1976-78	25,5	13,9	24,4	39,9	84,9	1976-78	9,4	5,0	9,2	15,9	21,1
1979-81	29,4	15,2	30,3	44,6	98,2	1979-81	10,4	5,1	10,9	17,4	24
1982-84	32,6	16,1	34,6	48,1	116,7	1982-84	11,5	4,9	11,9	19,3	28,9
1985-87	33,3	15,8	35,6	48,9	119,1	1985-87	12,1	4,4	12,3	20,8	28,3
1988-90	30,2	14,5	34,6	42,2	109,4	1988-90	10,8	4,4	10,8	18,7	25,6
1991-93	30	15,4	36,7	40,8	100,2	1991-93	10,4	4,4	11,2	17,2	25,2
1994-96	29,2	14,5	37,1	39,7	91,1	1994-96	9,8	4,3	10,7	16,3	20,9

Au total, relativement à 1950-51, les taux comparatifs sont en 1994-96 supérieurs de 10 % pour les hommes et de 38 % pour les femmes. Cependant la faible hausse masculine résulte d'une compensation entre une mortalité fortement croissante avant 50 ans, et une mortalité en diminution pour les plus de 50 ans.

Nombre de tentatives de suicide pour un suicide réussi  
(INSERM 1981)



## **B. Quelques attitudes suicidaires de l'adolescent**

### *1. Equivalents suicidaires et conduites à risque*

Certains gestes, certains comportements, ou certaines pratiques, portent parfois en eux une force mortifère évidente, même si la poursuite de la mort ou du risque de mort n'est pas clairement indiquée. Parfois aussi, certains actes possèdent une potentialité létale connue, bien qu'à plus long terme. Ces comportements sont-ils de la part des adolescents concernés, des "équivalents suicidaires" plus ou moins inconscients ?

Mendel parle de "suicide inconscient". Il convient de différencier les suicides inconscients et les comportements des sujets frôlant continuellement la mort et qui sont en réalité de grands déprimés. On notera également une fréquence supérieure à la normale des accidents graves survenus avant la tentative de suicide.

Toxicomanie et tentative de suicide ont des significations différentes selon le moment de leur survenue l'une par rapport à l'autre. Si la tentative de suicide précède la première prise de drogue, elles peuvent avoir la même signification : l'autodestruction. Au début, la drogue semble combler les besoins et annihile les éventuelles tentatives de suicide, puis, la toxicomanie étant l'évitement du suicide, les deux conduites deviennent dépendantes l'une de l'autre.

La toxicomanie serait un "flirt" avec la mort où l'instinct de conservation et la résistance physique de l'individu le garderont ou non en vie.

Lebovici note également dans *La Revue du Praticien* (26, 2941-2947, 1976) des symptômes pouvant être interprétés comme étant des "équivalents" dépressifs chez l'adolescent : migraine, insomnie, troubles digestifs, fatigue, ennui, désintérêt, etc. qui peuvent mener à des comportements délinquants. Dans un deuxième temps, le jeune se tournerait plutôt vers l'alcool, l'usage de drogue et la sexualité, pour éviter de faire face à ses dépressions.

La notion d'équivalent suicidaire est relativement floue dès qu'il s'agit de comportements tels que l'on en rencontre dans certaines circonstances très particulières. Ainsi, les grands malades en phase terminale d'une maladie quasiment sans espoir thérapeutique (exemple : le SIDA, le cancer généralisé) décident d'interrompre leur traitement alors qu'ils n'ont rien d'autre à espérer qu'une survie dont seuls les médicaments pourront atténuer les souffrances physiques et mentales (cf. le cas de Montherlant qui se suicida lorsque, devenu aveugle, il avait perdu sa raison de vivre : la contemplation des beautés de ce monde).

Pour résumer, on peut donc dire que les équivalents suicidaires sont des comportements qui, par leur nature, mettent en péril la vie du sujet ou son intégrité physique. Il existe un continuum dans les différentes conduites mettant

la vie en jeu, la discrimination se faisant par la notion de conscience du désir de mort. Ainsi, il paraît utile d'employer le terme d'équivalents suicidaires à certains actes où le désir conscient de mettre fin à la vie n'est pas exprimé, mais où le contexte psychopathologique et environnemental de l'adolescent présente de grandes ressemblances avec ce que l'on voit chez les adolescents suicidants.

Il faut réserver le terme de conduite suicidaire pour les conduites comportant une certaine dose d'auto-agressivité et une volonté consciente de mort immédiate. Or, dans beaucoup de conduites à risque, la mort est un partenaire convoité, certes, mais dont on espère se rendre maître. Ces conduites sont une façon de mettre à l'épreuve son courage, de se valoriser à soi-même ; le risque recherché est souvent en accord avec l'éthique de la société et, qu'il s'agisse d'action guerrière ou de sport dangereux, elles ne sont pas obligatoirement assimilables à des conduites suicidaires.

## *2. Chantage au suicide*

Le suicide pathologique représente une grande part des suicides achevés, mais une petite part des tentatives de suicide. Les malades mentaux se ratent donc beaucoup moins souvent que les sujets "normaux", ceci peut-être parce que ces derniers se gardent une porte de sortie. Mais cela ne signifie pas que ces tentatives de suicide soient pour autant des simulacres.

Il est rare que le malade mental authentique, le psychotique, le grand mélancolique, prévienne avant de passer à l'acte. Le paranoïaque se méfie, le grand mélancolique s'isole. Par conséquent, la menace de suicide est beaucoup plus souvent faite par un sujet mentalement normal. Il est souvent difficile de dire si de telles tentatives de suicide sont la conséquence d'une structure psychologique fragile ou de tensions existentielles particulièrement douloureuses.

Toute menace de suicide peut être dangereuse, même si elle ne paraît pas sérieuse. Cela est vrai notamment des sujets déprimés mais aussi des adolescents et, bien entendu, des vieillards. La conduite à tenir doit être d'établir une relation, d'écouter sans être directif, d'éviter d'être solennel. Même si la menace paraît exagérée, il faut la prendre au sérieux ; même si le chantage est rude, il ne faut pas y céder.

Dans tous les cas, il faut permettre au sujet de sauver la face, éviter de lui infliger une humiliation. De la théorie à la pratique, la voie n'est pas simple. Les proches du sujet sont les plus mal placés pour établir avec lui la relation dont avait besoin le suicidant, car ils n'ont pas su entendre la détresse de celui-ci les semaines précédentes. Il leur est difficile mais souvent nécessaire d'avoir recours à un médecin, un psychiatre ou toute autre personne susceptible de les écouter et de les soulager. Quand la relation s'établit, les tensions suicidaires

s'atténuent. Il serait absurde d'espérer obtenir cette détente en cédant au chantage, en occultant le conflit à l'origine de ces tensions. Le mal de vivre de l'adolescent ne se résorbera pas ainsi.

Cette attitude modeste devant la menace du suicide paraît être la seule cohérente. Mis à part le cas du grand psychotique ou du grand mélancolique qui doit être interné, mis à part le cas du malade atteint d'une maladie incurable qui doit être hospitalisé, il est exceptionnel que la menace de suicide justifie une hospitalisation. Quant aux médicaments ils ne sont en pareil cas que très rarement utiles.

Certaines conduites, cependant, sont ambiguës. Elles peuvent s'interpréter comme l'expression d'une volonté inconsciente de mourir, sans le courage de regarder la mort en face. Les sujets qui prennent des risques impressionnants aidés souvent par l'alcool, sont bien différents du guerrier et du sportif concentré qui prennent un risque "calculé", ce pour une cause ou pour se prouver qu'il sont des hommes.

### **C. Le passage à l'acte : de la morosité au raptus**

#### *1. Le passage à l'acte : un concept difficile à définir*

Sous le terme de passage à l'acte, il faut comprendre une action organisée permettant une décharge instinctive par laquelle le sujet liquide, du moins de façon momentanée, les tensions nées de la confrontation d'éléments personnels et relatifs à la situation. En ce sens, le passage à l'acte n'est pas assimilable à une pathologie précise. Certes il s'observe avec une plus grande fréquence chez des patients dits psychopathes. Mais, nombre de sujets peuvent, à un moment de leur existence, réaliser des conduites ayant les mêmes caractères que ceux d'un passage à l'acte. Ce dernier connote une certaine déviance, sans que celle-ci soit assimilable, à tous les coups, à une activité délinquante.

Au-delà, ce qui caractérise davantage le passage à l'acte, c'est l'aspect de transgression significative, transgression dont le sujet ignore ou méconnaît le sens. Parfois, l'acte est révélateur du conflit spécifique, parfois pas, mais dans tous les cas c'est la répétition qui qualifie au mieux le processus. Répétition d'actes qui remplacent la parole, répétition d'un moment de l'existence inscrit dans la personnalité du sujet comme un conflit.

Chez l'adolescent, le passage à l'acte réalise une sorte de confusion entre agir et s'affirmer. Agir pour exercer une maîtrise sur le monde qu'il doit conquérir. S'affirmer en exorcisant sa peur, en se sécurisant par le droit à transgresser, enfin, en se réalisant par la remise en cause des normes et interdits parentaux.

Le moment du suicide est celui où l'acte se déclenche, où le sujet absorbe ses comprimés, appuie sur la gâchette, saute dans le vide. Les renseignements sur ce moment sont très obscurs : les récits qu'en font les suicidés sont extrêmement suspects. Cependant on distingue dans la crise suicidaire une phase critique "à l'origine de laquelle se trouve généralement un conflit situationnel que le sujet n'a pu résoudre et qui se caractérise essentiellement par une perte progressive des intérêts sociaux, professionnels et familiaux et par un repli sur soi" (M. Quidu), et le passage à l'acte dont on distingue différents types entre le raptus et le suicide réfléchi.

## 2. *La morosité*

L'entrée dans l'adolescence s'accompagne, pour certains sujets, d'un état dit de "morosité", bien décrit par P. Male [13]. "Cet état se caractérise par une sorte de défaillance instinctive qui limite les possibilités d'investir la réalité. Il existe comme une faille où s'épuise la vitalité nécessaire à l'exercice d'un choix, à la préférence d'une orientation, à la mise en place et la concrétisation des objets d'estime ou d'amour. La "morosité" est un défaut d'investissement du monde en rapport avec un manque d'énergie instructive, et, pour partie, la période de l'adolescence, du fait des remaniements physiques et psychiques, en est à l'origine." [19].

En effet, l'adolescent doit abandonner l'idéal qu'il s'était forgé de ses parents. De même, l'adolescent construit le monde à partir d'une idéalisation de son avenir, de ses propres possibilités, en rapport avec une expansion de son Moi. Tout comme il connaît des périodes de renoncement et d'infériorisation. C'est en somme l'âge des projets les plus ambitieux, les plus déréels conduits à leur terme dans le seul engouement de son imaginaire.

Il existe, parallèlement à ces variations, une "conscience morale tyrannique", reste de l'enfance, qui lui permet les objets et les êtres, les opinions et les jugements suivant des catégories extrêmes. Là, ses jugements, son appréciation du monde, lui feront considérer les êtres, les ambitions, à travers l'exagération de sa morale, alors que son quotidien s'accommode de tous les avantages d'un "à peu près" conforme aux instincts naissants et exigeants.

De toutes ces instabilités morales, affectives, sociales, il résulte une sorte de désillusion, une vacuité du monde au sein duquel le sujet cherche à exercer sa maîtrise. C'est à cette condition que s'organise la morosité qui s'apparente à l'ennui infantile.

Cet état spécifique n'a pas la même pertinence d'un adolescent à l'autre. Il semble bien que certains sujets soient en passe de vivre une relation défectueuse ancienne, conforme à l'échec de leur relation à leur mère. On doit se rappeler que les données statistiques font mention, parmi la population suicidante, de 2/3 d'adolescents ayant eu des problèmes dans l'enfance. La puberté fait ressurgir

ces difficultés anciennes, dues à un défaut d'ajustement de l'adolescent avec ses parents.

Certains auteurs tendent à identifier la morosité à un degré inférieur de dépression, tandis que d'autres y voient sa particularité dans l'absence de culpabilité et d'inhibition.

### 3. *La réalisation raptus*

“Le raptus (du latin *enlèvement*) est un comportement paroxystique à caractère de décharge brusque et irrésistible, au cours duquel le sujet risque de passer à l'acte de manière parfois dramatique.” [15]

C'est dans la rencontre de la morosité et d'événements significatifs qu'apparaît le passage à l'acte. Celui-ci s'éclaire en prenant en compte l'interaction de l'individu et de son milieu (Courchet, [2]).

L'adolescent en phase de “morosité” est dans un état spécifique d'inhibition/excitation plus ou moins actif selon l'importance attachée aux événements quotidiens. Pour peu que ceux-ci prennent un caractère significatif, l'état d'inhibition/excitation se trouve fortement exacerbé. Cet état correspond, sur le plan moteur, à la possibilité d'engager ou de suspendre un acte, sur le plan de l'idée d'exacerber une idée envahissante ou d'en faciliter la stagnation. Toutefois, le plus important reste cette extrême fragilité du sujet face au milieu environnant. Il est comme sollicité par celui-ci qui peut l'inviter, par ses déplacements et ses transformations, à une réalisation de l'acte ou inversement, qui peut par son inertie, réfréner toute action. La réalisation raptus combine cette aspiration par le milieu et l'état majeur et psychique pénible duquel le sujet s'échappe. Il s'agit d'une “induction mimétique.” Dans une situation où le temps n'existe plus pour le sujet, toutes les modifications de l'espace entraînent, de sa part, une incitation ou une inhibition de l'action.

### **III. Prévention et postvention : le “psy” avant et après**

Prévenir le suicide nécessite essentiellement une action pluridisciplinaire et multisectorielle où l'ensemble des partenaires sanitaires, sociaux ou autres ont un rôle prépondérant à jouer. Le psychologue ou le psychiatre peut intervenir à différents niveaux dans la prise en charge de l'adolescent : limiter les pensées morbides, empêcher le passage à l'acte ou la récurrence. La famille de celui-ci peut également avoir recours à un suivi psychologique.

#### **A. Prévention primaire : comment éviter l'émergence de l'idée de suicide**

Il ne fait aucun doute que l'adolescent qui a une bonne santé mentale est moins susceptible d'attenter à ses jours que celui qui a tendance à souffrir de schizophrénie ou de mélancolie. On s'aperçoit cependant que les conditions de carence parentale, étant un facteur déterminant dans la tentative de suicide, peuvent être améliorées (notamment dans les orphelinats), réduisant ainsi sensiblement les risques.

##### *1. Influence de la religion chrétienne*

En ce qui concerne la communauté chrétienne dans son ensemble, une conviction de la Bible [10] mérite d'être rappelée : ma vie n'appartient pas qu'à moi ; elle appartient à Dieu (Rm 14/7-12) et concerne aussi les autres (cf. Ph 1/21-26 et 2 Co 5/8-9). Pour les chrétiens pratiquants, cette valeur signifie que nul homme n'a le droit de mettre fin à ses jours sous peine de damnation, le suicide étant un péché mortel. On comprendra donc que le jeune catholique puisse être dissuadé de se donner la mort étant donné la condamnation de l'Eglise.

##### *2. Prévention collective*

D'après Moron, (cité par Chabrol) “un rôle majeur dans la prévention de la tentative de suicide avant la majorité revient aux milieux pédagogiques et médico-sociaux de l'enseignement.” Il explique en outre que les mesures recommandées dans le but d'une meilleure socialisation de l'adolescent ne sont pas spécifiques. Il est donc nécessaire de trouver un maximum de solutions applicables à chaque situation particulière.

#### **B. Prévention secondaire : comment éviter le passage à l'acte**

### *1. Les signes annonciateurs*

80 % des suicides sont précédés de signes annonciateurs. Il suffit parfois de savoir reconnaître ces signes pour sauver une vie. Plus qu'un signe isolé, c'est le plus souvent un ensemble de signes, survenant dans un contexte particulier, qui évoque un risque de passage à l'acte. Mais en présence d'un seul de ces signes, on doit rechercher la présence d'idées suicidaires.

C'est l'accumulation de difficultés dans les relations interpersonnelles et familiales qui provoque le passage à l'acte. Le dépistage de la phase pré-suicidaire par le médecin et le corps enseignant est primordial dans la prévention. Celui-ci pourra se faire grâce à des signes annonciateurs bien précis, le principal et celui dont les autres découlent étant la dépression.

Souvent ces signes sont :

- des propos explicites : “Je vais en finir...!”, “Bientôt, vous serez débarrassés de moi.” ;
- des insinuations : “Je prépare un long voyage.”, “Lui, il avait du courage !” ( en parlant de quelqu'un qui s'est suicidé ) ;
- des intérêts suspects : pour les armes, les histoires de suicide et de suicidés ;
- des comportements de désinvestissement : don d'objets chargés d'une forte valeur affective ou marchande, don d'argent, isolement, retrait, perte d'intérêt pour des activités ou des sujets auparavant importants, absence de réaction à la perte d'un proche ;
- des comportements déviants : vagabondages, fugues, promiscuité, consommation de psychotropes et activités antisociales,
- la tendance aux accidents ;
- une évolution psychologique : modification de la personnalité, irritabilité, hypersensibilité et anxiété sexuelle ;
- chez les filles : la fréquence d'un amaigrissement rapide dans les mois qui ont précédé la tentative de suicide.

Il existe des échelles cliniques d'estimation du risque suicidaire et des techniques psychologiques de prédiction. Cette évaluation renseignera sur le degré d'urgence d'une intervention. C'est souvent à ce moment là qu'on peut déceler l'état pré-suicidaire, lorsque l'adolescent entre en période de crise et que l'hospitalisation s'avère indispensable, parfois même sur sa propre demande.

## *2. Rôle du psychiatre de secteur*

La politique de secteur consiste simplement dans la prise en charge par une seule et même équipe, la chose la plus importante, de la totalité des problèmes de santé mentale de la population d'un territoire donné. L'équipe psychiatrique a donc la responsabilité de ce territoire et est implantée dans cette population non pas pour y desservir les simples besoins d'une psychiatrie lourde mais pour les besoins d'une présence psychiatrique au sens plus large.

Ceci va avoir comme premier effet de faire connaître à cette équipe la population qu'elle a à desservir avec ses côtés spécifiques, avec ses particularités. La connaissance du milieu devient de meilleure qualité et l'équipe est plus à même de prendre connaissance des éventuels problèmes posés par la population. La permanence de l'action est un élément indispensable.

Cette connaissance de la population la plus fragile est importante car ce n'est pas une connaissance administrative mais un contact humain. C'est souvent lorsque les personnes effectuent un séjour prolongé à l'hôpital que les contacts s'établissent. Par la suite, l'équipe est amenée à connaître les parents et l'environnement du patient. Ce qui constitue la particularité de la prise en charge des patients, c'est sa continuité en dehors de l'hôpital.

## *3. Une prise en charge moins "psychiatisée"*

Après avoir décelé les signes annonciateurs, il faudra prévoir un entretien avec un psychiatre. Celui-ci va procéder avec l'adolescent à une investigation des idées de mort, des facteurs qui incitent ou empêchent le passage à l'acte. Il faudra s'assurer auprès du jeune de ses idées suicidaires. Contrairement à ce qu'on redoute fréquemment, on ne risque pas en le faisant, d'en donner à celui qui n'en aurait pas. Mais on est sûr en s'en abstenant de laisser dans sa détresse celui qui en aurait. Cette intervention entraînera même souvent une nette amélioration de son état. En effet, l'adolescent est alors rassuré car il perçoit l'acceptation du médecin et apprécie l'absence de tabou. Il se sent enfin entendu car sa détresse est perçue dans tout ce qu'elle a de plus profond.

Quand on a constaté des idées de mort, il faut alors apprécier les facteurs de risque comme, par exemple, les troubles qualitatifs et quantitatifs de la communication avec l'entourage proche. Dans ce cas il est nécessaire de rechercher les éventuels soutiens familiaux et sociaux ainsi que le réseau de relations dont peut bénéficier l'adolescent. On s'enquerra aussi de la faculté de celui-ci à savoir s'en servir.

## **C. Prévention tertiaire : comment éviter la récurrence**

F. Terré demande dans *Le suicide* ([20], p. 176) d'éviter avant tout la banalisation de l'acte ainsi que le déni ou la dénégation de la souffrance psychique de l'adolescent et du conflit engageant la famille et l'entourage.

Cette banalisation est d'autant plus tentante que l'adolescent est enclin à aller dans ce sens. En effet, il affirme souvent ne pas vouloir recommencer, et ce de bonne foi, en insistant sur la non-gravité de son geste.

La tentative de suicide est toujours très grave, et à prendre au sérieux. Elle traduit le profond désespoir du sujet. Après la tentative de suicide, l'adolescent se sent rassuré parce qu'il sait qu'il a la capacité de passer à l'acte, donc de recommencer. Sa conception de la mort change d'aspect et lui fait moins peur. Il acquiert par cette expérience un sentiment de toute-puissance qui calme ses angoisses. De plus, l'attitude attentionnée de son entourage et en particulier de sa famille va provisoirement le satisfaire. Généralement cette attention n'est que superficielle et engendre alors chez l'adolescent une grande déception. Ceci pourra malheureusement le pousser à récidiver. Une des méthodes les plus employées consiste à effectuer un examen psychiatrique dans les heures qui suivent l'acte. La famille étant absente, elle n'empêche pas l'adolescent d'exprimer librement ses problèmes et les motivations de son acte : l'hospitalisation systématique de toute tentative, même bénigne, est capitale pour permettre au sujet de saisir la gravité de son geste. Cette hospitalisation doit s'accompagner d'une période d'isolement de l'entourage de 24h.

Ce genre de thérapie est plus adapté aux adolescents car leur structure de pensée n'est pas encore figée, leur responsabilité sociale est souvent limitée (pas de famille à charge, pas d'emploi de direction). Pourtant, il est nécessaire d'insister sur l'importance du suivi psychothérapeutique. Celui-ci est souvent ressenti comme une blessure narcissique, car il est la concrétisation d'un besoin d'aide, donc d'absence d'autonomie, si précieuse à cet âge. Or, c'est parfois cette même autonomie que le suicidant recherche par son acte.

Certains services ont donc prévu un rappel téléphonique des sujets sortis des urgences afin de faciliter le premier pas.

Il existe également plusieurs services téléphoniques fonctionnant 24h/24 et permettant souvent de rétablir un dialogue inexistant. Ces services sont majoritairement consultés par des jeunes, et par des filles. Parmi les appels reçus, 58% viennent de personnes ayant déjà effectué au moins une tentative de suicide.

La prévention du suicide ne peut pas être l'affaire des techniciens purs de la santé, qu'ils soient publics ou privés, elle ne peut être que le résultat de l'ensemble des individus.

## **D. La prise en charge de la famille et de l'entourage**

La postvention a été décrite en premier par Edwin Schneidman, le père de la suicidologie moderne, en 1973. Elle consiste à réaliser des activités qui visent à réduire les effets négatifs à court terme et à long terme, résultant d'un traumatisme causé par le suicide ou la tentative de suicide d'une personne de l'entourage plus ou moins immédiat. Elle aide à renforcer les habilités déjà existantes, à surmonter une crise.

En cas de suicide d'un adolescent, il ne faudrait pas croire que ses camarades ne sont pas au courant. Cet argument empêche souvent toute intervention, maintient les jeunes dans un état de souffrance et d'isolement, et favorise la circulation de rumeurs et de mythes dévastateurs. Il semble donc nécessaire d'avoir recours à une intervention de postvention.

Les objectifs de cette postvention sont d'aider les élèves et le personnel scolaire à comprendre et commencer le processus de deuil, d'accompagner les élèves les plus en souffrance, de dépister les élèves les plus à risque de suicide et leur offrir un soutien spécifique.

## **Conclusion**

Si le phénomène du suicide touche tous les âges et toutes les catégories sociales, il reste un phénomène "particulier" pour les adolescents, car l'adolescence par définition est une période où le jeune passe de l'enfance à l'âge adulte. Il est par conséquent dans une situation fragile où il perd ses repères pour en acquérir d'autres. Pendant cette transition plus ou moins longue, son corps, tout comme son esprit changent, ce qui le place dans une situation de faiblesse propice à l'émergence de l'idée de suicide.

La découverte de son nouveau corps engendre chez l'adolescent diverses angoisses, dont celle de la mort si le contexte s'y prête. Mais l'idée de la tentative de suicide qui a effleuré 1 garçon sur 8 et 1 fille sur 5 en France résulte-t-elle d'une conception immature de la mort ?

Il est important de différencier le suicide de l'adulte de celui de l'adolescent. En effet, ce dernier est souvent dû à la difficulté de devenir adulte, et donc de faire le "deuil de l'adolescence".

Afin d'éviter la tentative de suicide, il faut instaurer une atmosphère autour de l'adolescent qui soit propice à un bon équilibre psychologique. Pour ce faire, il est impératif que les différents services sociaux, médicaux et psychologiques, voire d'urgence (SAMU,...) ainsi que la famille et les proches, s'accordent à établir un dialogue permanent avec l'adolescent en minimisant l'opprobre du suicide.

Les travaux sur le suicide étant tellement nombreux et vastes, ce phénomène si difficile à comprendre, nous ne prétendrions en aucun cas avoir effectué une recherche suffisamment approfondie sur le sujet.

L'approche théorique que nous avons tentée nous a semblé "déshumaniser" ce problème, ce qui semble être le cas de nombre d'ouvrages spécialisés. Pourtant le suicidant extériorise par son acte le symptôme d'une grande souffrance. Ainsi, nous ne voudrions pas oublier que le suicide, en particulier celui des jeunes, est source d'une grande détresse pour la famille et l'entourage du suicidant. Dans ce sens, les responsables de la santé se sentent trop souvent démunis et impuissants lorsqu'il s'agit d'affronter ce douloureux événement, mais ils ne sont que trop rarement entendus.

Il reste à préciser que la France n'est pas un cas isolé : dans la plupart des pays occidentaux, les décès par suicide chez les jeunes sont devenus la deuxième cause de mortalité à l'adolescence après les accidents de la route, et la première pour les jeunes adultes. Cependant, la France est dans le "peloton de tête" des pays les plus concernés en Europe avec l'Autriche, la Suisse, le Danemark et la Finlande.

Outre ces considérations statistiques, psychologiques et sociales, il faudrait s'interroger sur la liberté qu'a chacun de choisir de mourir. Comment estimer avec justesse la volonté de chacun d'en finir avec cette vie ? Comment connaître le degré de lucidité du suicidant ? Peut-on réellement différencier un appel au secours d'un suicide réfléchi ?

Ces questions relèvent probablement plus de la philosophie ou de la métaphysique que de la psychologie sociale...

## TEMOIGNAGES

Armand, 18 ans, 1<sup>ère</sup> année de DEUG.

“Avec Frédéric, on était bons copains, on se disait pas mal de trucs. Un jour, il m’a dit “ J’en ai marre de tout, je vais me foutre en l’air. ” J’ai pas pris ça trop au sérieux. On dit toujours que les gens qui se suicident, ils n’en parlent pas avant. Et puis, ç’a été les vacances de la Toussaint. Le dernier jour, juste avant les vacances, il m’a offert son cuir. Ça m’a marqué, parce que son blouson, il a bossé tout l’été pour se le payer. Il m’a dit “ là où je pars, j’en n’aurais plus besoin. ” Quand, à la rentrée, on a appris qu’il s’était suicidé le premier jour des vacances, personne n’y a cru. Tout le monde l’avait trouvé plus cool juste avant les vacances, moins flippé que d’habitude. Et le jour où il m’a filé son blouson, il était carrément zen. C’est pour ça que le “ là où je pars, j’en aurais plus besoin ” m’avais pas inquiété. Depuis, le blouson, il est accroché dans ma chambre. J’oserai jamais le porter.

Christelle, 17 ans, 1<sup>ère</sup> année de DUT.

“De toute façon, avec ma mère, pas moyen de discuter. Qt à mon père, c’est même pas la peine d’en parler : avec mon frère et moi, le seul langage qu’il connaisse, c’est les coups. La première fois que j’ai pris des cachets, j’avais 14 ans. Vous auriez vu la panique... Le SAMU, les urgences et tout le cinéma. Bien sûr, je ne voulais pas mourir, je voulais juste qu’on me foute la paix. Il sont dit que c’était pas grave, que c’était un appel au secours. En fait, on s’est rien dit. Alors, deux mois plus tard, j’ai recommencé : j’ai avalé les antidépresseurs de ma mère et je me suis coupé les veines.

Là, c’était plus chaud : quand je me suis réveillée, j’étais en réanimation, j’avais des bandages aux poignets. Ils m’ont gardé deux jours, puis j’ai vu un psy, mais mon père a dit que c’était du cinéma. J’en suis à ma quatrième tentative de suicide. J’ai une copine, elle en est à sa cinquième !”

Stéphane, 15 ans, élève en 2<sup>nde</sup>.

“ “ Quand j’avais cinq ans, je m’ai tué ” : c’est un bouquin. Moi, c’était à douze ans. J’ai sauté du quatrième étage. Ils m’ont bien réparé. Je boîte encore, mais quand j’aurais fini de grandir, ils me réopèreront et on n’y verra plus rien. Quand j’étais à l’hosto, dans le plâtre, un psy venait me faire parler. Il m’a aider à parler de mon frère qui s’était tué en moto l’été d’avant. Et de mes parents qui allaient divorcer quand c’est arrivé et qui sont restés ensemble pour moi et ma sœur, tout en continuant à se faire la gueule tout le temps. Après, je l’ai vu

régulièrement. Il m'a aussi vu avec ma sœur. Maintenant, je le vois que quand j'en ressens le besoin, ça me fait du bien. Chez nous, le suicide, c'est comme héréditaire : mon grand-père et mon oncle se sont suicidés, ça a toujours été un tabou. Maintenant, j'ai vraiment envie de vivre, mais j'ai encore cette fragilité. Jusqu'à il y a encore quelques mois, je déconnais encore pas mal : dans les soirées, je picolais trop, je fumais, je rentrais en mob sans casque... La totale ! Le psy m'a fait piger que c'était un peu pareil que de me foutre par la fenêtre, et qu'il fallait qu'on en parle. Maintenant, Je m'inquiète pour ma sœur. Elle a douze ans, elle s'invente des régimes pas possibles et elle fait des fugues.”

Jocelyne, infirmière.

“Amina venait me voir pour un oui ou pour un non. Un jour un mal au ventre, le lendemain une migraine... J'ai plusieurs fois essayé de la faire parler de ce qui n'allait pas, de lui faire dire ce qu'elle essayait de me montrer à travers ces symptômes.

Un jour, je lui ai dit qu'elle pouvait venir quand elle voulait, même un jour où elle n'aurait mal nulle part, si elle avait simplement envie de parler. Ça n'a pas raté, dès le lendemain, elle est venue “ pour rien ”. Et elle a pleuré tout son saoul pour finalement me dire qu'elle avait plusieurs fois eu l'idée de se suicider mais que, ce qui la retenait, c'était qu'elle n'en avait pas le courage. Je lui ai dit de revenir me voir le lendemain et que, si elle le souhaitait, je l'enverrai voir un médecin. C'était il y a six mois. Elle vient d'arrêter les médicaments que le médecin lui avait prescrits, et elle ne vient presque plus à l'infirmierie. Hier, elle est revenue, mais c'était pour m'alerter au sujet d'une de ses copines qui lui rappelait “ elle quand elle était pas bien ”.”

## **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] : **Chabrol H.**, *Les comportements suicidaires de l'adolescent*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, 1984, P.U.F.
- [2] : **Courchet J.L.**, *Le suicide : essai d'étude psychanalytique*, Evolution psychiatrique, 1955.
- [3] : **Davidson F. et Choquet M.**, *Le suicide de l'adolescent, étude épidémiologique*, Paris, E.S.F., 1981.
- [4] : **Deshaies**, *Psychologie du suicide*, Paris, P.U.F., 1947.
- [5] : **Doron R. et Parot F.**, *Le suicide*, Paris, P.U.F., 1991.
- [6] : **Duché D.-J.**, *Les tentatives de suicide chez l'enfant et l'adolescent*, (extrait de *La Psychiatrie de l'Enfant*), Paris, P.U.F., 1964.
- [7] : **Durkheim E.**, *Le suicide*, Paris, P.U.F., 1930.
- [8] : **Freud S.**, *Deuil et Mélancolie*, Paris, Gallimard, 1968.
- [9] : **Haim A.**, *Les suicides d'adolescents*, Paris, Payot, 1969.
- [10] : **La Bible**, Traduction Œcuménique de la Bible, Société Biblique et Editions du Cerf, Paris, 1971.
- [11] : **Ladame F.**, *Les tentatives de suicide des adolescents*, 2<sup>ème</sup> édition, Masson, Paris, 1981.
- [12] : **Lebovici S.**, *L'adolescent d'aujourd'hui et les problèmes de la santé mentale*, La Revue du Praticien, 26, 2941-2947, 1976.
- [13] : **Male P.**, *La crise juvénile*, Payot.
- [14] : **Ministère de la Santé**, *Le suicide, pour une politique de la santé*, Paris, La Documentation Française, 1972.
- [15] : **Nouveau Larousse Encyclopédique**, Larousse, Paris, 1994.
- [16] : **Pélicier Y.** (sous la direction de), *Univers de la psychologie*, Paris, Lidis, 1977.
- [17] : **Pélicier Y.**, *Le suicide ; milieux et modèles*, Revue de Psychologie des Peuples, 1967.
- [18] : **Porot M.**, *Les tentatives de suicide des adolescents*, Paris, Evolution psychiatrique, 1969.
- [19] : **Rousselot, Alaméda et Fiard**, "Passage à l'acte et suicide chez l'adolescent", *Psychiatrie Pratique du Médecin* n° 44 - Novembre 1987.
- [20] : **Terré François** (sous la direction de), *Le suicide*, 1<sup>ère</sup> édition, Paris, P.U.F, 1994.
- [21] : **Toolan J.M.**, *Suicide and suicidal attempts in children and adolescents*, American Journal of Psychiatry, Baltimore, 1962.

## INDEX

<p style="text-align: center;">—A—</p> <p>accidents 7, 14, 20  Adam 10  alcoolisme 12, 15, 16</p> <p style="text-align: center;">—C—</p> <p>Chabrol 5, 10, 11, 19  chômage 12  communication 8, 10, 16, 21  comportement  dépessif 9  déviant 4, 15, 17, 20  suicidaire 10, 15  conflit œdipien 4, 9  Courchet 18  Cuche 9</p> <p style="text-align: center;">—D—</p> <p>délire 7, 9  dépression 5, 8, 9, 14, 15, 16, 18, 20  deuil  de l'adolescence 10  de la famille 23  dialogue <i>voir communication</i>  Durkheim 6, 8, 9, 12</p> <p style="text-align: center;">—E—</p> <p>entourage 6, 7, 8, 10, 16, 18, 21, 22, 23</p> <p style="text-align: center;">—F—</p> <p>famille 2, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 19, 21, 22  Freud 7, 9</p> <p style="text-align: center;">—G—</p> <p>Gaultier 11</p> <p style="text-align: center;">—H—</p> <p>hospitalisation 16, 20, 21, 22</p> <p style="text-align: center;">—I—</p> <p>idées suicidaires 5, 21  inconscient 14, 16  intégration sociale 6, 8, 12, 20</p>	<p style="text-align: center;">—L—</p> <p>Ladame 5  Lebovici 14</p> <p style="text-align: center;">—M—</p> <p>Mendel 14  morale 7, 15, 19  Moron 19  Moussaoui 9</p> <p style="text-align: center;">—N—</p> <p>Nizan Paul 3</p> <p style="text-align: center;">—P—</p> <p>parents 4, 5, 9, 10, 17, 18, 19, 21  psychanalyse 8, 9, 10  psychopathologie 9, 10, 15, 17  mélancolie 7, 8, 9, 15, 16, 19  paranoïaque 15  schizophrénie 7, 8, 10, 19</p> <p style="text-align: center;">—Q—</p> <p>Quidu 17</p> <p style="text-align: center;">—R—</p> <p>récidive 22  Rimbaud 5</p> <p style="text-align: center;">—S—</p> <p>Schneidman Edwin 23  sexe 12, 15, 20  suicide 9  suicidologie 23</p> <p style="text-align: center;">—T—</p> <p>toxicomanie 14, 20</p>
---	--

