

SUICIDE ET COMPORTEMENTS AUTO-AGRESSIFS

Thomas Jans, Yesim Taneli & Andreas Warnke

Edition en français

Traduction : Cora Cravero

Sous la direction de : David Cohen

Avec le soutien de la SFPEADA

Le 8 avril 1986, YUKIKO Okada, âgée de 18 ans, se tuait en sautant d'un immeuble de sept étages. La raison de son suicide est restée inconnue. Sa mort fut suivie au Japon de plusieurs suicides par imitation (que l'on a appelés à l'époque « le syndrome de Yukiko »). Okada était une chanteuse adulée par des millions de fans au Japon.



Thomas Jans PhD

Clinical Psychologist,
Department of Child and
Adolescent Psychiatry,
Psychosomatics and
Psychotherapy, Wuerzburg
University Hospital,
Germany

Conflict of interest: none
reported

Yesim Taneli MD, PhD,
MSc

Assistant Professor of Child
and Adolescent Psychiatry,
Department of Child and
Adolescent Psychiatry,
Uludag University School of
Medicine, Bursa, Turkey

Conflict of interest: none
reported

Andreas Warnke MD, MA

Professor of Child and
Adolescent Psychiatry &
Director of the Department
of Child and Adolescent
Psychiatry, Psychosomatics
and Psychotherapy,
Wuerzburg University
Hospital, Germany

Conflict of interest: none
reported

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Jans T, Taneli Y, Warnke A. Suicide and self-harming behaviour. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Dans de nombreux pays, le suicide est l'une des principales causes de décès chez les enfants et les adolescents. Identifier les jeunes à risque et offrir des prises en charge efficaces est une préoccupation majeure des politiques de santé mentale. Ce chapitre est une revue sur la suicidalité chez les enfants et les adolescents. Les lésions auto-infligées sans intentionnalité suicidaire seront également abordées, mais l'accent sera mis sur le suicide et les tentatives de suicide. Cette revue présente l'épidémiologie, les facteurs de risque et les facteurs étiologiques, la clinique, l'évaluation, le traitement et la prévention de la suicidalité. La clinique étant mise en avant, cette revue ne présente pas la neuropsychobiologie de la suicidalité.

Table E.4.1 Codage des lésions auto-infligées non-suicidaires, des tentatives de suicide et des suicides en tant que «cause externe de morbidité et de mortalité», selon CIM-10 (X60-X84) *

X6..	Intoxication intentionnelle suite l'exposition à :
X60.	Analgésiques non opioïdes, antipyrétiques et anti rhumatismes
X61.	Antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et autres psychotropes
X62.	Narcotiques et autres psychodysléptiques [hallucinogènes]
X63.	Autres médicaments agissant sur le système nerveux autonome
X64.	Autres drogues, médicaments, et substances biologiques non précisés
X65.	Alcool
X66.	Solvants organiques et hydrocarbures halogénés et leurs vapeurs
X67.	Autres gaz et vapeurs
X68.	Pesticides
X69.	Autres produits chimiques et substances nocives
X7../X8..	Lésion auto-infligée par:
X70.	Pendaison, strangulation et suffocation
X71.	Noyade et submersion
X72.	Arme de poing
X73.	Fusil, fusil de chasse et arme à feu de catégorie supérieure
X74.	Autres armes à feu
X75.	Explosifs
X76.	Fumée, feu et flammes
X77.	Vapeur, vapeurs chaudes et objets chauds
X78.	Objet pointu
X79.	Objet contondant
X80.	Saut d'un lieu élevé
X81.	Sauter ou se coucher devant un objet en mouvement
X82.	Accident de véhicule à moteur
X83.	Autres moyens précisés
X84.	Moyens non précisés

*Organisation Mondiale de la Santé, 1996.

Definitions

- **Suicidalité** Se réfère aux cognitions et aux activités des personnes recherchant leur propre mort, y compris les pensées, actions ou omissions y référant.
- **Suicide** (à partir du latin *sui caedere*, tuer soi-même) Désigne l'acte d'une personne causant intentionnellement sa propre mort
- **Tentative de suicide** Désigne des actes ou des préparatifs non mortels, destinés à entraîner la mort. L'acte suicidaire peut avoir été abandonné, interrompu ou n'avoir pas abouti
- **Parasuicide** se réfère à un comportement non habituel de mise en danger, menaçant sa vie, qui est réalisé sans intention de se tuer. Parce que le comportement est non suicidaire, certains auteurs préfèrent les termes «Auto agression délibérée», «Auto atteinte délibérée» ou "auto agression non suicidaire" (dans ce chapitre, le terme Auto agression non suicidaire est utilisé)

Le terme « sans intentionnalité suicidaire » ne comprend pas l'auto-agressivité ou d'autres actions entraînant des symptômes physiques avec l'intention d'obtenir des soins ou des conseils médicaux (syndrome de Münchhausen) ou les simulations (avec bénéfices secondaires).

En raison de la nature indirecte de leurs conséquences, l'automutilation, les rapports sexuels non protégés, les comportements à haut risque (par exemple les formes extrêmes de « courses de descente », les courses automobiles illégales) ou l'intoxication par des substances psychoactives ne sont pas non plus comprises dans la définition, même si une intention d'autodestruction peut être présente. A des fins descriptives, les tentatives de suicide et les lésions auto-infligées non suicidaires sont classées selon les mêmes codes.

La simple énumération des codes dans le tableau E.4.1 n'indique pas la fréquence de ces différents moyens d'automutilation chez les enfants et les adolescents. Les moyens communément utilisées sont présentées dans l'encadré. Ces moyens comprennent des comportements auto-agressifs –comme les pincements, le grattage, les morsures-, ainsi que des moyens hautement létaux, qui sont principalement associés à une intentionnalité suicidaire claire (par exemple l'utilisation d'armes à feu, les sauts d'une hauteur élevée). Cependant, d'un point de vue clinique, il est essentiel de faire la différence entre les tentatives de suicide et les lésions auto-infligées non suicidaires (voir tableau E.4.2).

Intentionnalité

La principale différence entre automutilation délibérée et tentative de suicide est l'intention de mettre fin à sa vie. Par exemple, une jeune fille de 14 ans prend un petit surdosage de paracétamol avec l'intention de se tuer, même si elle n'y parvient pas (tentative de suicide). Une autre jeune fille de 14 ans prend un surdosage de paracétamol car elle est en colère et bouleversée, sans volonté de se

Moyens utilisés fréquemment pour se faire du mal (tentatives de suicide non mortelles et auto-agressions non suicidaires) (Greydanus et al, 2009)

- Surdosage médicamenteux
- Empoisonnement / prise de toxiques
- Coupures
- Autres formes d'auto-agression :
 - Se frapper
 - Se pincer
 - Se faire des lésions de grattage
 - Se mordre
 - Se brûler
- Se tirer une balle
- Se pendre
- Sauter d'un endroit en hauteur
- Sauter dans un puits

Table E.4.2 différences entre tentative de suicide et blessures auto-infligées non suicidaires

Tentative de suicide	Auto-atteinte non suicidaire (“parasuicide”)
<ul style="list-style-type: none"> • Intention de mettre fin à sa vie 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune intention suicidaire
<ul style="list-style-type: none"> • Peut être impulsif, mais dans la plupart des cas, il s'agit d'un sentiment chronique de désespoir ou de solitude. ou une détresse intolérable 	<ul style="list-style-type: none"> • L'état émotionnel est la colère aiguë, le désespoir ou une détresse intolérable
<ul style="list-style-type: none"> • Des formes plus graves et potentiellement mortelles de comportements autodestructeurs sont typiques (par exemple, l'auto-intoxication, la pendaison, le saut, l'utilisation des armes à feu) 	<ul style="list-style-type: none"> • Des formes de comportements auto-destructeurs moins sévères ne mettant pas la vie en danger sont typiques (par exemple, des lésions de la peau par morsure, coupures, brûlures ou congélation)
	<ul style="list-style-type: none"> • En règle générale, la personne est consciente que le comportement peut provoquer des blessures graves, mais ne met pas la vie en danger
<ul style="list-style-type: none"> • Il existe un risque évident de répétition des tentatives de suicide, mais à une fréquence plus faible que les blessures auto-infligées non suicidaires 	<ul style="list-style-type: none"> • La répétition des blessures auto-infligées non suicidaires est courante

Table E.4.3 Algorithme de classification pour l'évaluation du suicide de Columbia (C -CASA) : définitions et des exemples pour l'enseignement *		
Classification/ Categorie	Definition	Exemple
Événements suicidaires		
Suicide abouti	Un comportement auto-agressif qui a abouti à une issue fatale et était associé à au moins une certaine intention de mourir à la suite de l'acte.	Après une longue dispute avec sa petite amie, qui a abouti à la fin de leur relation, le patient a pris une corde et a roulé à vélo vers un lieu isolé où il s'est pendu. Une lettre de suicide a été ensuite retrouvée.
Tentative de suicide	Un comportement potentiellement auto-agressif, associé à au moins une certaine intention de mourir, suite à l'acte. La preuve que l'individu avait l'intention, au moins dans une certaine mesure, de se tuer, peut être explicite ou déduite du comportement ou des circonstances. Une tentative de suicide peut ou non entraîner des blessures réelles.	Après une bagarre avec ses amis à l'école, après laquelle ils ont cessé de lui parler, la patiente a ingéré environ 16 comprimés d'aspirine et huit autres pilules de différents types sur le terrain de l'école. Elle a dit qu'elle méritait de mourir, ce pourquoi elle a avalé les comprimés.
Préparatifs de suicide imminent	L'individu prend des mesures pour se faire du mal, mais est arrêté par soi-même ou d'autres dans l'exécution de l'acte d'auto-agressif avant que le dommage potentiel ait commencé.	Le patient s'était enfui de la maison pendant la nuit parce que son père était allié à l'école et y avait récupéré un « mauvais » rapport de comportement récent. Il avait peur de la réaction de son père. A son retour à la maison, une dispute de 5 à 6 heures avec ses parents s'ensuivit, et il prit un couteau de cuisine (large et pointu) et se rendit dans sa chambre. Il a déclaré avoir placé le couteau sur son poignet, mais ne pas avoir entamé la peau.
Idéation suicidaire	Pensées passives : vouloir être mort ou pensées actives : se tuer soi-même, mais non accompagnées d'un comportement préparatoire.	Pensées actives: Le patient a indiqué au médecin qu'il pensait se pendre dans le placard. Il a été emmené à l'hôpital et admis.
Les événements non - suicidaires		
Comportement auto-agressif, sans intention suicidaire	Comportement auto-agressif non associé à une intention de mourir. Le comportement obéit clairement à d'autres raisons, soit pour soulager la détresse (souvent dénommé « automutilation », par exemple, des coupures superficielles ou des égratignures, se frapper / se cogner, ou des brûlures) ou pour obtenir un changement chez les autres ou dans l'environnement.	La patiente se sentait ignorée. Elle entra dans la cuisine familiale où sa mère et sa sœur parlaient. Elle prit un couteau dans le tiroir et se fit une coupure sur le bras. Elle a dit qu'elle ne voulait pas du tout mourir (« même pas un peu »), mais qu'elle voulait juste qu'elles fassent attention à elle.
Autres comportements, sans auto-gressivité élibérée	Aucune preuve de suicide ou d'auto-agression délibérée associée à l'événement. L'événement se caractérise par une blessure accidentelle, symptômes psychiatriques ou symptômes comportementaux seulement, ou symptômes ou procédures médicaux uniquement.	Le patient avait sur le cou une coupure de rasage.
Événements indéterminés ou potentiellement suicidaire		
Comportement auto-agressif, intention suicidaire inconnue	Comportement auto-agressif où l'intention associée de mourir est inconnue et ne peut pas être inférée. La blessure ou risque de blessure est clair, mais le but de ce comportement n'est pas clair.	La patiente s'est coupée aux poignets après une dispute avec son petit ami (aucune autre information).
Informations insuffisantes	Informations insuffisantes pour déterminer si l'événement impliquait un comportement suicidaire délibéré ou des idées suicidaires délibérées. Il y a des raisons de soupçonner la possibilité de tendances suicidaires, mais pas assez pour être convaincu que l'événement n'était pas autre chose, comme un accident ou un symptôme psychiatrique. Une blessure à un endroit du corps compatible avec une auto-agression ou un comportement suicidaire délibéré (par exemple, les poignets), sans aucune information quant à la façon dont les blessures ont été reçues, justifient le placement dans cette catégorie.	Un enfant qui « s'est lui-même poignardé le cou avec un crayon ». L'événement peut avoir été délibéré, par opposition à accidentel, comme le suggère « poignardé », mais il n'y a pas assez d'informations fournies pour déterminer si l'événement était délibéré.

Posner et al (2007), mais seul l'un des nombreux exemples du C-CASA est cité

suicider (auto-agressivité non suicidaire). En outre, certains actes d'automutilation non suicidaires peuvent effectivement entraîner la mort – par ignorance ou erreur de calcul (la dernière de 14 ans n'était pas au courant des effets toxiques du paracétamol et en est effectivement morte). On doit garder à l'esprit que les deux formes d'automutilation peuvent se chevaucher : les individus avec tentatives de suicide peuvent également présenter des comportements d'autoagressions non suicidaires et vice versa.

Malheureusement, évaluer l'intentionnalité est souvent difficile dans la pratique clinique. Ceci a été un obstacle majeur dans la recherche sur ce sujet. On a montré que l'algorithme de classification britannique pour l'évaluation du suicide (C-CASA) – un système de notation de suicide standardisé développé pour l'évaluation des tendances suicidaires dans les essais d'antidépresseurs – était fiable, « transposable », et la FDA a exigé qu'il soit utilisé dans les essais de médicaments psychotropes et autres (Posner et al., 2007). Bien que ce soit un instrument de recherche, il peut également être utile dans la pratique clinique, au moins pour standardiser la terminologie. Les définitions C-CASA et des exemples d'entraînement sélectionnés sont présentés dans le tableau E.4.3.

EPIDEMIOLOGIE

Selon les statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé, environ un million de personnes dans le monde meurent par suicide chaque année (taux moyen de mortalité : 16/100 000), soit un décès toutes les 40 secondes. Dans certains pays, le suicide est la deuxième cause de décès chez les 10-24 ans. Par exemple, en Allemagne seuls les accidents - essentiellement des accidents de la voie publique mortels - sont une cause plus fréquente de décès chez les adolescents âgés de 15 à 19 ans (Elsässer, 2010). Le poids relatif du suicide comme cause de décès varie selon les pays et les régions en fonction de l'impact d'une variété de facteurs (voir tableau E.4.4). Néanmoins, le suicide demeure une cause importante de décès chez les adolescents et les jeunes adultes à travers le monde.

Comme exemple de variations selon les pays dans les taux de suicide, les données européennes sont présentées dans le tableau E.4.1. Le taux moyen de suicide chez les 15-19 ans dans 27 pays européens en 2009 était de 4,9 pour 100.000 (hommes : 7,4; femmes : 2,3). Les taux de suicide varient considérablement, de 1,0 (Grèce) à 20,2 (Lituanie).

En raison de données incertaines - par exemple, constatation inexacte, attitudes religieuses ou culturelles quant au suicide -, les taux de suicide rapportés peuvent sous-estimer le problème. En outre, ces chiffres n'englobent pas les tentatives de suicide, qui se produisent 10 à 20 fois plus souvent que les suicides. On estime que des tentatives de suicide graves surviennent chez 3% des adolescents dans les sociétés occidentales. En gardant ces variations à l'esprit, des considérations générales sur l'épidémiologie du suicide peuvent être invalides pour des populations, des régions et des époques précises.

Les remarques qualitatives doivent être faites en fonction de :

- l'âge
- du sexe
- des régions et des pays spécifiques

Table E.4.4 Principales causes de décès chez les adolescents et les jeunes adultes par ordre de fréquence décroissant*

Afrique:	Asie du Sud-Est:	Amérique du Sud / Caraïbes:
1. SIDA	1. Blessures involontaires	1. Homicide/Guerre
2. Autres infections	2. Autres infections	2. Blessures involontaires
3. Homicide/Guerre	3. SIDA	3. Suicide
4. Blessures involontaires	4. Suicide	4. Autres infections
5. Suicide	5. Homicide/Guerre	5. SIDA
Pacifique occidental:¹	Europe:	Eastern Mediterranean:²
1. Blessures involontaires	1. Blessures involontaires	1. Blessures involontaires
2. Suicide	2. Suicide	2. autres infections
3. Autres infections	3. Homicide/Guerre	3. Homicide/Guerre
4. Homicide/Guerre	4. Autres infections	4. SIDA
5. SIDA	5. SIDA	5. Suicide
North America:	¹ Australie, Nouvelle-Zélande, Chine, Japon, Corée, Malaisie, Micronésie, Philippines, Singapour, Vietnam, et autres pays de cette zone ² Afghanistan, Egypte, l'Irak, la Jordanie, Arabie Saoudite, Israël, et autres pays du Moyen-Orient	
1. Blessures involontaires		
2. Suicide		
3. Homicide		
4. Cancer		
5. Autres infections		
6. SIDA		

*Adapté de Greydanus et al (2009).

- de l'ethnie et
- des tendances historiques.

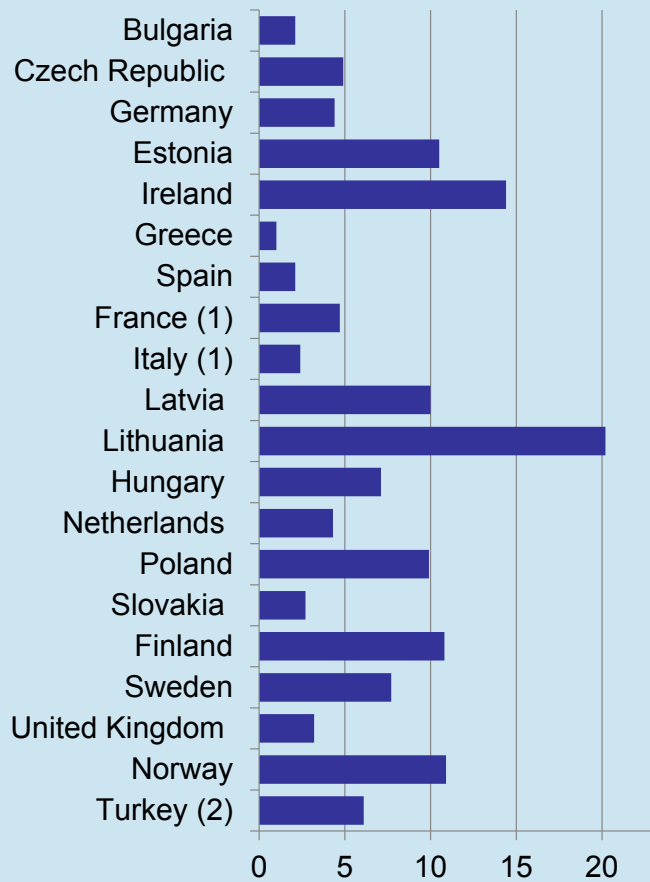
Age

Globalement, au cours des dernières décennies, les taux de suicide ont été les plus élevés chez les personnes âgées (voir Tableau E.4.2). Toutefois, selon le site web du Programme de prévention du suicide (SUPRE) de l'OMS, dans certains pays, les taux de suicide parmi les jeunes ont tellement augmenté que les adolescents et les jeunes adultes représentent le groupe le plus à risque de suicide. Il s'agit d'un tiers des pays et cela comprend des nations peu industrialisées aussi bien que des nations industrialisées. Par conséquent, des taux de suicide nettement plus élevés chez les personnes âgées semblent ne pas être présents dans le monde entier. Des taux élevés de suicide chez les adolescents et les jeunes adultes peuvent exister, par exemple, en Nouvelle-Zélande et au Japon. Chez les enfants prépubères, le suicide est très rare. A partir de l'âge de 8 ans les enfants deviennent capables de comprendre le concept de suicide et deviennent capables de le mettre en œuvre, ce qui conduit à accroître les taux de suicide chez les enfants et jeunes adolescents pubères. Les taux relativement faibles de suicide chez les enfants peuvent être expliqués par la moindre exposition à des facteurs de risque majeur de suicide, dépendant de l'âge (comme les maladies mentales ou encore les addictions aux substances) ou par la protection offerte par l'environnement familial.

Sexe

Globalement, les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes que chez

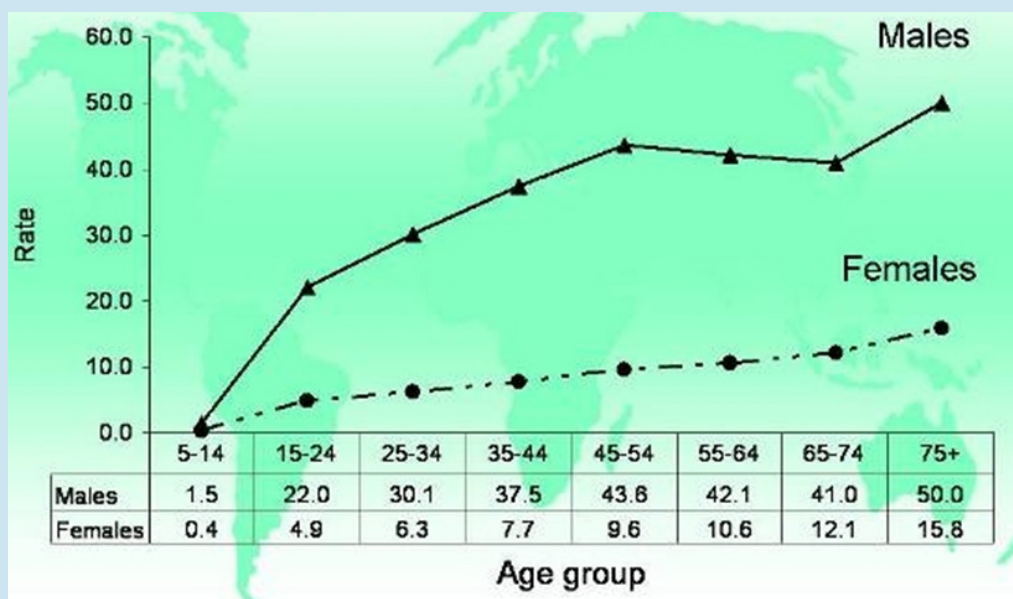
Figure E.4.1 Taux de mortalité par suicide en Europe (pays choisis): Adolescents âgés de 15 à 19 ans (taux de mortalité pour 100.000 individus)



(1) Italie, France: données de 2008

(2) Turquie: données de 2010; source: [TurkStat](#); [Suicide Statistics 2010](#)
Données de 2009; source: [Eurostat](#).

Figure E.4.2 Taux de suicide (pour 100.000) par sexe et par âge.



Données de 2000; Source: [WHO](#)

les femmes. Cela est vrai pour tous les groupes d'âge, avec un sex-ratio homme/femme d'environ 4/1 chez les adolescents et les jeunes adultes. Cependant, les rapports selon le sexe varient selon les pays. Il y a des régions dans lesquelles la répartition par sexe des suicides est similaire, comme par exemple en Chine. En Turquie, des sex-ratios homme/femme de 0,6/1 jusqu'à 14 ans et de 1,1/1 chez les 15-19 ans ont été rapportés (TurkStat; statistiques sur le suicide de 2010, www.tuik.gov.tr 2011; annuaire statistique de la Turquie 2009 www.tuik.gov.tr, 2010). Le suicide chez les jeunes filles est alarmant dans la région côtière de l'ouest de l'Inde (Kanchan et al, 2009). Les raisons de taux de suicide relativement élevés chez les jeunes femmes de certains pays d'Asie peuvent être en partie dues à l'accès et à l'usage facilités de pesticides, particulièrement létaux, et à l'accès limité aux services médicaux d'urgence (en revanche, dans les pays d'Europe occidentale, le recours à des analgésiques moins létaux est beaucoup plus répandu chez les femmes suicidaires).

Globalement les taux élevés de suicide chez les hommes sont associés à des moyens plus violents (par exemple, les armes, la pendaison) et au panel de facteurs de risque chez les hommes (par exemple, l'agressivité impulsive, l'abus ou la dépendance d'alcool). A l'inverse, les tentatives de suicide sont beaucoup plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, ce qui est parfois appelé le « paradoxe de genre ».

Régions et pays spécifiques

Les variations régionales dans les taux de suicide reflètent les variations environnementales et sociales des facteurs de risque. Les taux de suicide déclarés varient largement entre les pays, et même au sein d'états assez homogènes il existe des différences régionales (par exemple, des taux relativement élevés en Saxe, en Allemagne). Les taux les plus élevés dans le monde entier sont signalés pour les pays d'Europe de l'Est, parmi lesquels les pays avec un taux de suicide traditionnellement élevé depuis la fin du 19^{ème} siècle (par exemple, en Estonie). Des taux relativement faibles sont rapportés pour les États du Golfe.

Outre les différences dans l'enregistrement des suicides, les variations suggèrent que les facteurs de risque et les facteurs de protection du suicide sont spécifiques à un pays (par exemple les désavantages socio-économiques, les changements culturels rapides), la géographie et le climat (par exemple, l'exposition à la lumière et la dépression), l'accès aux moyens létaux (par exemple, des poisons ou des armes à feu), la consommation d'alcool et de drogues, l'ethnie, et les croyances religieuses.

Les taux de suicide faibles dans les pays du Golfe peuvent refléter les normes religieuses et la faible consommation d'alcool. En général, un gradient a été décrit, comme quoi les agnostiques présenteraient les taux de suicide les plus élevés, les musulmans les plus faibles, tandis que les chrétiens, les bouddhistes et les hindous se situeraient au milieu (Bertolote & Fleischman, 2009).

Les taux de suicide sont élevés chez les groupes minoritaires, en particulier ceux qui ont subi des changements sociaux rapides, une acculturation ou ont été privés de leurs droits, résultat de la colonisation (par exemple, les Indiens d'Amérique, les aborigènes australiens, les Inuits). Pour plus de détails, le lecteur peut se référer à Colucci et Martin (2007).

Les tendances historiques

Une augmentation du taux et du nombre absolu de suicides a été décrite dans les dernières décennies (Bertolote & Fleischman, 2009). Cependant, cette donnée n'est pas constante. Par exemple, dans les pays de l'OCDE (Organisation for Economic Co-operation and Development, comprenant 32 pays industrialisés), il y a eu une légère baisse du taux de suicide global. Certains pays ayant traditionnellement des taux élevés (par exemple, Hongrie) ont montré une forte baisse tandis que d'autres avec de faibles taux (par exemple, Corée, Japon) ont montré une forte augmentation. Les raisons de ces changements ne sont pas bien comprises, mais peuvent inclure des changements sociaux et économiques rapides (par exemple, le chômage). Toutefois, les principaux fardeaux pour une population peuvent aussi avoir l'effet inverse. Par exemple, en Allemagne, le taux de suicide a diminué considérablement dans les années qui ont suivi la 1ère et la 2ème guerre mondiale. Pendant une période circonscrite, l'urgence d'une société de se concentrer sur les besoins fondamentaux de la vie quotidienne peut protéger partiellement du suicide.

Les tendances au cours du temps semblent ne pas être stables. Par exemple, dans beaucoup de pays occidentaux, une diminution des taux de suicide chez les jeunes a été observée dans les deux dernières décennies. Cette diminution peut être expliquée par un traitement plus efficace des troubles psychiatriques (par exemple traitement pharmacologique de la dépression). Cependant, succédant à une décennie de déclin constant, une augmentation relative du suicide chez les jeunes a été observée aux Etats-Unis en 2004 et 2005 (Bridge et al., 2008). Parmi les facteurs potentiels mis en cause : l'influence des réseaux sociaux, l'augmentation du suicide chez les jeunes militaires américains et d'importants taux de dépression non traitée, faisant suite aux recommandations de la FDA concernant le risque de suicide lié à la prescription d'antidépresseurs.

Idées suicidaires et tentatives de suicide

En 2009, des élèves américains entre la 3ème et la terminale ont rapporté avoir sur les douze derniers mois :



- 13,8% : sérieusement envisagé l'idée de se suicider
- 10,9% : élaboré un scénario suicidaire
- 6,3% : réalisé une ou plusieurs tentatives de suicide
- 1,9% : fait une tentative de suicide qui s'est soldée par des blessures, une intoxication, une overdose, qui ont nécessité des soins infirmiers ou médicaux.

Les changements entre 1991 et 2009 montrent une diminution globale des idées et des comportements suicidaires chez les jeunes américains. Les données de la Youth Risk Behavior Survey indiquent que les idées suicidaires sont très communes chez les adolescents et qu'un pourcentage important d'entre eux fera une tentative de suicide sévère. Heureusement, les taux de suicide abouti sont comparativement bas (données américaines en 2006 : 4,16/100 000 parmi les 10-19 ans ; Cash & Bridge 2009). Cependant, les données indiquent une progression dans le développement de la suicidalité aiguë, de l'idée suicidaire à la planification du geste et au passage à l'acte suicidaire. C'est pourquoi les idées suicidaires doivent toujours être considérées comme un signal d'alarme nécessitant un avis spécialisé. Le sex-ratio des idées suicidaires et des tentatives de suicide est en faveur des femmes dans la plupart des pays (plus du double chez les femmes).

Il existe des différences entre les pays et les régions en termes d'idées suicidaires et de tentatives de suicide, au même titre que pour le suicide. Par exemple, au sud-ouest du Nigéria, environ 20% de jeunes âgés de 10 à 17 ans ont rapporté avoir eu des idées suicidaires, alors que 12% ont rapporté avoir fait une tentative de suicide, ce qui est plutôt élevé (Omigbodun et al., 2008). Cependant, les facteurs de risque suicidaires dans cette étude sont comparables à ceux rapportés dans la littérature internationale (par exemple un environnement familial éclaté, des problèmes financiers, des antécédents d'abus ou de violence, l'usage de substances) avec une exception : celle d'une prévalence similaire chez les hommes et les femmes.

Moyens létaux

En Amérique du Nord, les moyens létaux les plus fréquents sont les armes à feu, suivis par la pendaison, l'étouffement, l'intoxication médicamenteuse volontaire (Branco et al., 2010). En Europe de l'Ouest, à l'inverse, les armes à feu jouent un rôle mineur ; le saut d'un lieu élevé ou le fait de se jeter sous un train sont les principaux moyens létaux. L'empoisonnement aux pesticides est surtout présent dans les régions agricoles, dans les pays avec de faibles revenus comme la Chine. En Turquie, en 2010, les cinq moyens létaux les plus employés parmi les 15-19 ans étaient : pendaison, puis arme à feu, produits chimiques, saut d'un lieu élevé, saut dans l'eau (TurkStat ; Suicide Statistics 2010, www.turk.gov.tr, 2011). L'empoisonnement au monoxyde de carbone devient très répandu dans les pays du Pacifique Ouest (à Taïwan par exemple). En Europe de l'Ouest et en Amérique du Nord, les intoxications médicamenteuses volontaires avec des produits pharmaceutiques (notamment des analgésiques) vendus sans ordonnance, ainsi que les psychotropes, sont fréquentes.

Les facteurs de risque suicidaire

Les principaux facteurs de risque suicidaire chez les adolescents sont résumés dans le tableau E.4.5. Comme cela a été noté, il y a un manque de recherche



Des données récentes sur le comportement suicidaire des étudiants américains de la 3ème à la terminale sont disponibles au [Youth Risk Behavior Survey \(YRBS\)](#), Centers for Disease Control.

sur le suicide chez les pré-adolescents. Aucun modèle précis de facteur de risque n'a été trouvé dans cette population (Kloos et al. 2007). Chez les pré-adolescents, les facteurs de stress liés à l'environnement familial jouent probablement un rôle plus important que chez les adolescents, alors que la psychopathologie dépendant de l'âge (par exemple l'usage d'alcool, le trouble bipolaire, la psychose) a probablement moins d'influence.

L'influence de l'âge et du sexe a déjà été décrite. Cependant, il est important de garder à l'esprit que les risques statistiques portent sur des moyennes dans une communauté et n'ont que peu de pertinence quant à l'évaluation et au traitement d'un patient individuel. Par exemple, une adolescente a statistiquement moins de risque de se suicider après avoir déjà fait une tentative de suicide que son homologue masculin. Cependant, *l'évaluation et le traitement ne sont pas dépendants du sexe !*

Antécédent de tentative de suicide

Un antécédent de tentative de suicide est un des plus importants prédicateurs d'une nouvelle tentative de suicide ou d'un suicide (Spirito & Esposito-Smythers, 2006) :

- environ 30% des tentatives de suicide abouties concernent des personnes ayant des antécédents de tentative de suicide.
- Après une tentative de suicide, le risque de tentative de suicide est 20 fois plus élevé que chez quelqu'un n'ayant jamais fait de tentative de suicide
- le risque d'une tentative de suicide sévère est fortement associée au nombre de tentatives de suicide précédentes.

Table E.4.5 principaux des facteurs de risque de suicide chez les adolescents*

- Antécédent de tentative de suicide
- Psychopathologie
 - Troubles psychiatriques, notamment trouble dépressif majeur, trouble bipolaire, troubles des conduites, et troubles liés à l'usage de substances
 - Co-morbidité psychiatrique, en particulier la combinaison de perturbations de l'humeur, et de troubles liés à l'usage de substances
 - Les traits de personnalité dysfonctionnelle (surtout traits de personnalité antisociale, borderline, histrionique ou narcissique)
 - Des sentiments de désespoir et d'inutilité
 - L'agressivité impulsive: la tendance à réagir à la frustration ou à la provocation par l'hostilité ou l'agression
- Les facteurs familiaux
 - Une histoire familiale de dépression ou de suicide
 - La perte d'un parent par décès ou divorce
 - La mésentente familiale
- La maltraitance physique et les abus sexuels
- L'absence d'un réseau de soutien, de mauvaises relations avec les pairs et des sentiments d'isolement social
- «Coming out», ou ressentir des sentiments homosexuels, dans un environnement familial, communautaire ou scolaire qui y est défavorable
- Accès à des moyens létaux
- Avoir été exposé au suicide (par exemple, suicide ou tentative de suicide chez des membres de la famille ou des amis, médiatisation de suicide)

*Adapté de Cash and Bridge (2009).

Les troubles psychiatriques

La psychopathologie est un autre facteur de risque majeur de suicide chez les enfants et les adolescents. Des troubles psychiatriques sont présents dans 80 à 90% des suicides. Les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles des conduites et les troubles addictifs sont les troubles psychiatriques les plus fréquents. Au-delà des comorbidités, la sévérité du dysfonctionnement social causé par les symptômes psychiatriques, ainsi que le « total symptom load » ont leur importance. La sévérité du dysfonctionnement lié aux symptômes explique la plupart du risque de suicide associé aux troubles psychiatriques dans la Great Smoky Mountains Study (Foley et al., 2006). Un symptôme isolé, les troubles du sommeil, a été associé à la suicidalité (Wong et al., 2011). Les troubles du sommeil durant le début de l'adolescence ont été associés à la suicidalité et à l'auto-agression en fin d'adolescence, même si d'autres facteurs de risque -incluant la dépression- ont été pris statistiquement pris en compte.

Au-delà de la présence de troubles psychiatriques, les comportements à haut risque (les comportements perturbateurs, les prises de risque sexuelles et les prises de substances) sont associées à des risques de suicide plus élevés au début de l'adolescence (Affifi et al., 2008). Le sentiment de désespoir et d'inutilité ainsi que l'agression impulsive sont aussi liées avec la suicidalité. Bien que ces états apparaissent souvent dans le contexte d'une dépression ou de troubles du comportement, ils peuvent aussi être importants chez des individus sans aucun trouble psychiatrique. Cela se rapporte aussi aux effets désinhibiteurs de l'intoxication aiguë, qui peuvent également être comptés parmi les passages à l'acte suicidaires chez des individus qui n'ont pas de dépendance à des substances.

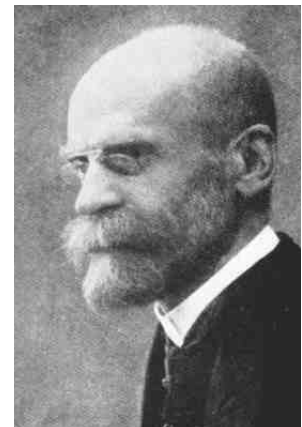
Le comportement suicidaire peut aussi apparaître chez les jeunes sans trouble psychiatrique actuel. Dans la Great Smoky Mountains Study, le suicide chez les jeunes en l'absence de troubles psychiatriques était liée à des tentatives de suicide antérieures, à des problèmes médico-légaux et à des antécédents familiaux de troubles psychiatriques.

Environnement familial

La psychopathologie parentale et les comportements suicidaires dans la famille sont associés à un risque élevé de suicide chez les enfants. La prédisposition familiale au suicide peut être indépendante des antécédents familiaux de maladie psychiatrique. Les enfants de parents ayant des troubles de l'humeur présentent plus de tentatives de suicide lorsqu'il existe des antécédents suicidaires chez les parents, comparativement aux enfants dont les parents n'ont pas fait de tentative de suicide ou de suicide. La psychopathologie familiale (en particulier les tentatives de suicide chez la mère et le mésusage de produits chez les deux parents) et la discorde familiale prédisent une suicidalité plus importante chez l'adolescent, même après stabilisation de la morbidité psychiatrique (Pfeffer et al., 1998).

Adversité

Dans la Great Smoky Mountains Study, le faible niveau socio-économique (la pauvreté) a été associé au comportement suicidaire, indépendamment du profil psychiatrique ou de la sévérité d'une psychopathologie. La stabilité du réseau psychosocial est aussi importante. Dans une étude danoise, le changement fréquent de résidence a été associé à un risque augmenté de tentatives de suicide

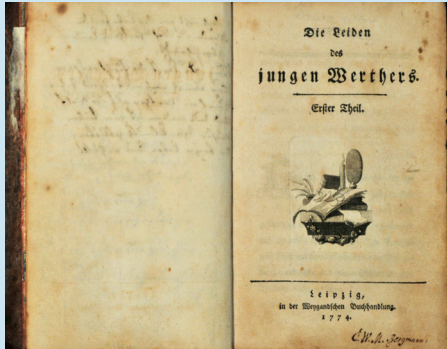


Émile Durkheim (1858-1917), sociologue français, à cherché à expliquer le suicide comme étant un phénomène social.

Le comportement suicidaire comme modèle - « L 'effet Werther »

Il ya eu beaucoup de discussions au sujet de l'influence des communications médiatiques d'actes suicidaires sur la fréquence de suicide. Un exemple classique serait ce qui s'est passé en Allemagne après la publication du livre populaire de Goethe "Les Souffrances du jeune Werther" en 1774. Sa publication a été suivie d'un certain nombre de suicides de jeunes. Ceci a été attribué à la description réaliste de l'acte du jeune protagoniste romantique de se donner la mort après avoir été rejeté par la femme qu'il aimait. Le livre a de ce fait été interdit dans presque toute l'Europe.

Des suicides en série, faisant suite à des récits médiatiques et à la présence de suicides dans des œuvres télévisées de fiction se produisent de fait ("Effet Werther").



Selon une étude sociologique allemande (Schmidtke & Hafner, 1988), la diffusion d'un feuilleton montrant le suicide d'un jeune homme de 19 ans se jetant sous un train a entraîné une augmentation (de 175%) des suicides ferroviaires chez les hommes de 15 à 19 ans.

Les facteurs associés à l'imitation sont : le temps (pic des suicides dans les premiers jours après la publication), la quantité et l'importance de la couverture médiatique, la similitude entre la victime et l'adolescent, la célébrité de la victime, la description précise du suicide (le moyen, l'heure, le lieu), la présentation par les médias de manière romancée et sensationnelle, la suggestion qu'il

ya là une épidémie de suicides, et la simplification des raisons du suicide (Organisation Mondiale de la Santé, 2008).

Les tentatives de suicide et les suicides parmi les pairs (Hazell et Lewin, 1993) augmentent aussi le risque de suicide. Divers chemins peuvent conduire à des suicides en série. En dehors des symptômes de stress post-traumatique, du deuil ou de la perte de proches, et des amitiés avec des pairs vulnérables, la simple imitation est un facteur important.

et de suicide chez les enfants et les adolescents (Qin et al., 2009). Une adversité plus sévère dans l'enfance - agression physique ou sexuelle, avoir été témoin de violences familiales – a été associée avec une morbidité psychiatrique plus élevée, des idées suicidaires et des tentatives de suicide chez l'adulte (Afifi et al., 2008). La sévérité de l'agression sexuelle est corrélée au risque de tentative de suicide dans un échantillon canadien (Brezo et al., 2008). Cela a aussi été observé chez des pré-adolescents. Dans une étude concernant la maltraitance des enfants de huit ans, 10% ont rapporté des idées suicidaires (Thompson et al. 2005).

Facteurs de stress

Le « bullying », fait d'être en butte à des brutalités, est associé aux tentatives de suicide et aux comportements auto-agressifs. Dans une étude finlandaise, la victimisation fréquente des filles a été associée à des tentatives de suicide et à des suicides, même après stabilisation de la psychopathologie. Le bullying et la victimisation ont aussi été associés à la suicidalité chez les garçons, mais pas après stabilisation des symptômes dépressifs et perturbateurs (Klomek et al., 2009).

D'autres facteurs de stress pertinents comprennent les actes médico-légaux ou relatifs à la discipline, l'incarcération et l'échec scolaire. Les environnements très compétitifs (concours sélectifs de lycées) peuvent contribuer au risque de suicide. Par exemple, en 2010 en Turquie treize jeunes de moins de 19 ans se sont suicidés, et cela a été rapporté à l'hypothèse d'un échec académique (TurkStat; statistiques sur le suicide de 2010, www.tuik.gov.tr, 2011).

Sexualité

Il est clairement évident que les jeunes gays, lesbiens et bisexuels ont un risque plus élevé de passages à l'acte suicidaire (Fergusson et al., 1999 ; Russell & Joyner, 2001). Ceci est d'autant plus le cas lors de « coming out » ou lorsque les familles ne sont pas étayantes dans ce contexte.

Internet et réseaux sociaux

Un large éventail de sites web pour le suicide sont disponibles sur Internet. Il existe des sites web d'aide anti-suicide, surtout maintenus par des groupes d'entraide, des gouvernements ou des organisations internationales. D'autre part, il existe des sites web qui glorifient le suicide, allant même jusqu'à offrir des conseils quant aux moyens létaux pouvant être utilisés, offrant des groupes de discussion en ligne, dans lesquels les utilisateurs peuvent annoncer leur intention de se suicider ou planifier une date pour un suicide collectif. Certains de ces sites web sont rattachés à des sous-cultures spécifiques (par exemple Emo). En ce qui concerne les sites en langue allemande, il y a actuellement une centaine de forums sur le suicide, parmi lesquels quarante comportent des informations jugées dangereuses pour les mineurs.

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Evolution clinique

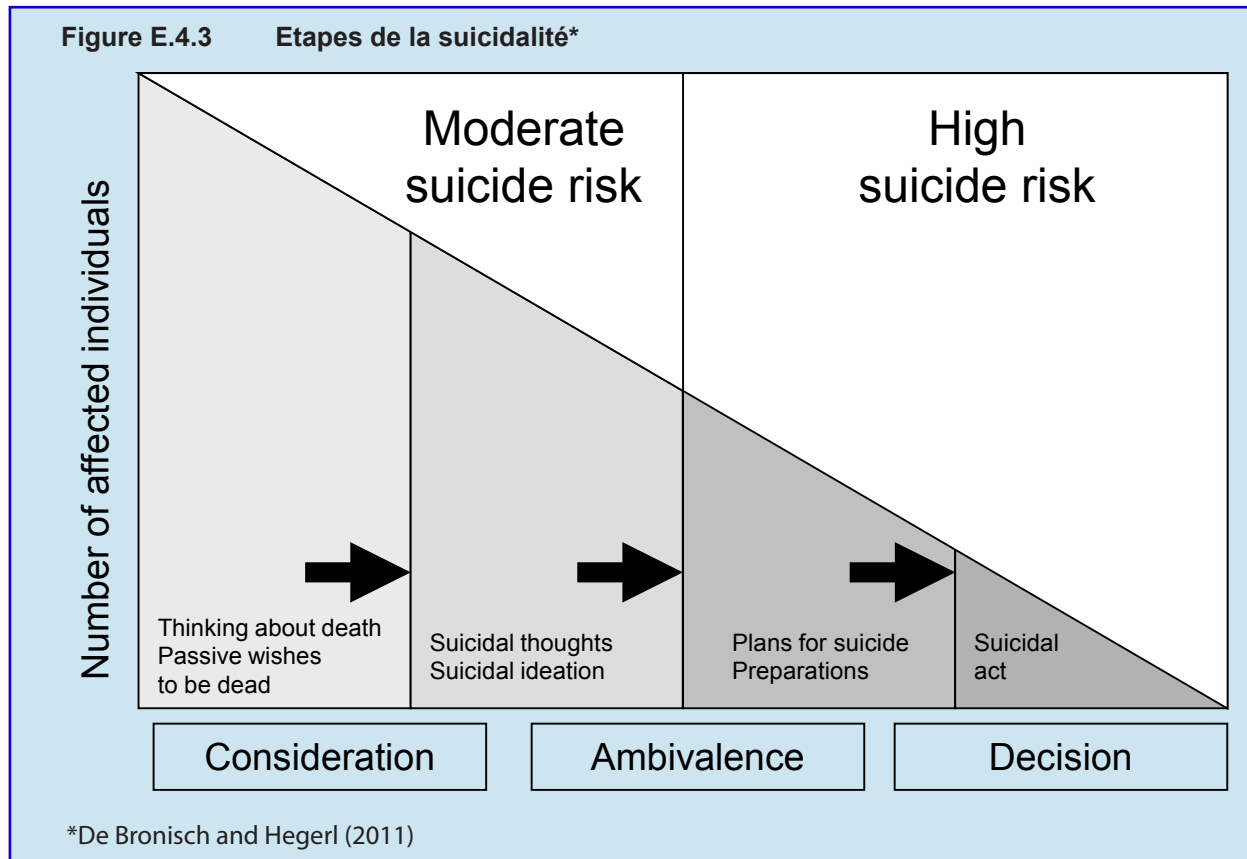
Etapas du comportement suicidaire

La suicidalité peut être conceptualisée sous la forme d'un continuum avec des idées de mort d'un côté, et des passages à l'acte sévères de l'autre (figure E.4.3 ; Bronisch & Hegerl, 2011). La suicidalité aiguë se développe souvent dans une surenchère d'idées suicidaires de plus en plus précises et une disparition de l'ambivalence, avec un sujet de plus en plus déterminé.

Lorsque les idées suicidaires deviennent plus précises, un « syndrome pré-suicidaire » caractéristique peut se développer (Ringel en 1959 ; Ringel, 1976). Selon Warnke (2008), il est caractérisé par :

- sentiment de désespoir, d'auto-accusation, sentiment de solitude et d'être incompris
- ruminations, apitoiement sur soi
- inactivité et retrait social
- auto-agressivité
- projet suicidaire et planification
- humeur dysphorique
- symptômes somatiques, troubles du sommeil, fatigue, perte d'appétit

Une fois la décision de suicide prise, le suicidant peut paraître moins agité et plus stable, ce qui peut amener les cliniciens à sous-estimer le risque suicidaire. La présence du syndrome pré-suicidaire doit être considéré comme un signal d'alerte. Cependant, il peut être moins apparent chez les enfants et les adolescents, pour lesquels le suicide impulsif est plus commun que chez les adultes. Il est donc important de garder à l'esprit que le suicide peut se produire durant toutes les phases décrites dans le tableau E.4.3.



Le suicide survient habituellement dans une période de crise et se produit rarement en l'absence d'événements importants. Pour que cette crise ait lieu, il y a normalement une prédisposition requise, un facteur déclenchant, un facteur favorisant et un moyen létal à disposition. Y être attentif permet des interventions afin de limiter le risque suicidaire aux différentes étapes de la crise suicidaire.

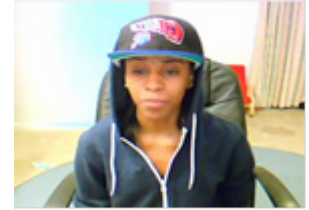
- **Prédisposition.** Comme discuté précédemment, un jeune qui fait une tentative de suicide a une prédisposition, souvent un trouble psychiatrique, en particulier une dépression.
- **Facteurs déclenchants.** La plupart des suicides ou des tentatives de suicide se produisent après un événement qui a fait que les adolescents se sont sentis mécontents, effrayés, coléreux. Les conflits interpersonnels (parents, amis, école, police) sont des facteurs déclenchants fréquents. Exemples : problèmes avec la discipline (lorsque les adolescents ont été surpris à faire quelque chose de mal, comme un vol, et sont en attente d'une punition), une humiliation publique, la menace d'une séparation avec le ou la petite amie, la révélation d'une agression sexuelle. Ces événements sont habituellement perçus par l'adolescent comme étant plus catastrophiques qu'ils ne le sont pour d'autres personnes.
- **Facteurs favorisants.** Les fortes émotions produites par les crises sont plus propices à mener au suicide si le jugement du jeune est altéré par l'alcool ou la drogue. D'autres facteurs favorisants incluent l'identification à une personne célèbre ou admirée qui a commis un suicide, des antécédents familiaux de suicide ou chez des amis, ou si l'adolescent n'a pas de croyances religieuses interdisant le suicide.
- **L'opportunité.** Finalement, les adolescents ont besoin d'avoir accès à

un moyen légal, qui soit à disposition. Bien que cela puisse sembler étrange, les gens ont souvent une idée très claire de la façon dont ils comptent s'y prendre.

A titre d'exemple, les caractéristiques du développement de la suicidalité pertinentes pour la prévention du suicide sont présentées dans la figure E.4.4. (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, AACAP, 2001).

Evolution

Dans la plupart des études sur l'histoire naturelle des comportements d'automutilation, aucune distinction n'est faite entre l'auto-agression non suicidaire et les tentatives de suicide. Ceci est en partie dû à des recherches reposant sur des données colligées dans des soins cliniques de routine non psychiatriques (sans examens approfondis relatifs à l'intentionnalité suicidaire). De plus, chez une proportion importante de patients, l'autoagressivité suicidaire ou non suicidaire peut apparaître. Comme expliqué précédemment, le risque de suicide est considérablement augmenté chez les individus avec antécédents suicidaires : 0,5% à 2% à 1 an, plus de 5% à 9 ans (Owens, 2002). Les taux de récurrence sont élevés (i.e. 16% à 1 an, 21% en 1 à 4 ans, 23% après 4 ans ; Owens, 2002). Dans un large échantillon d'enfants et d'adolescents de moins de 15 ans du Royaume-Uni qui se sont présentés dans des hôpitaux généraux suite à des troubles du comportement avec auto-agressivité, le suivi à long terme (sur 11 ans) a montré une mort par suicide chez 1% des patients (Hawton & Harris, 2008). Cela montre un risque suicidaire relativement faible dans le cas des patients avec auto-agressivité, même à long terme. D'un autre côté, les données démontrent que des personnes qui s'autoagressent ont un risque de suicide 100 fois plus élevé que la population générale.



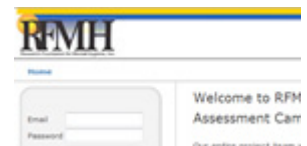
Cliquez sur l'image pour écouter un puissant message anti-suicide ("si vous pensez au suicide, ceci est pour vous...") du talentueux rappeur Angel Haze. Attention: langage grossier. (04:12)

EVALUATION

Il existe des questionnaires permettant d'évaluer le risque de suicide chez les enfants et les adolescents ; ils ne seront pas discutés en détail dans cet article car la plupart sont uniquement disponibles en Anglais et les données sur les aspects psychométriques et les traductions précises peuvent ne pas être disponibles (le lecteur intéressé pourra se référer à l'AACAP 2001).

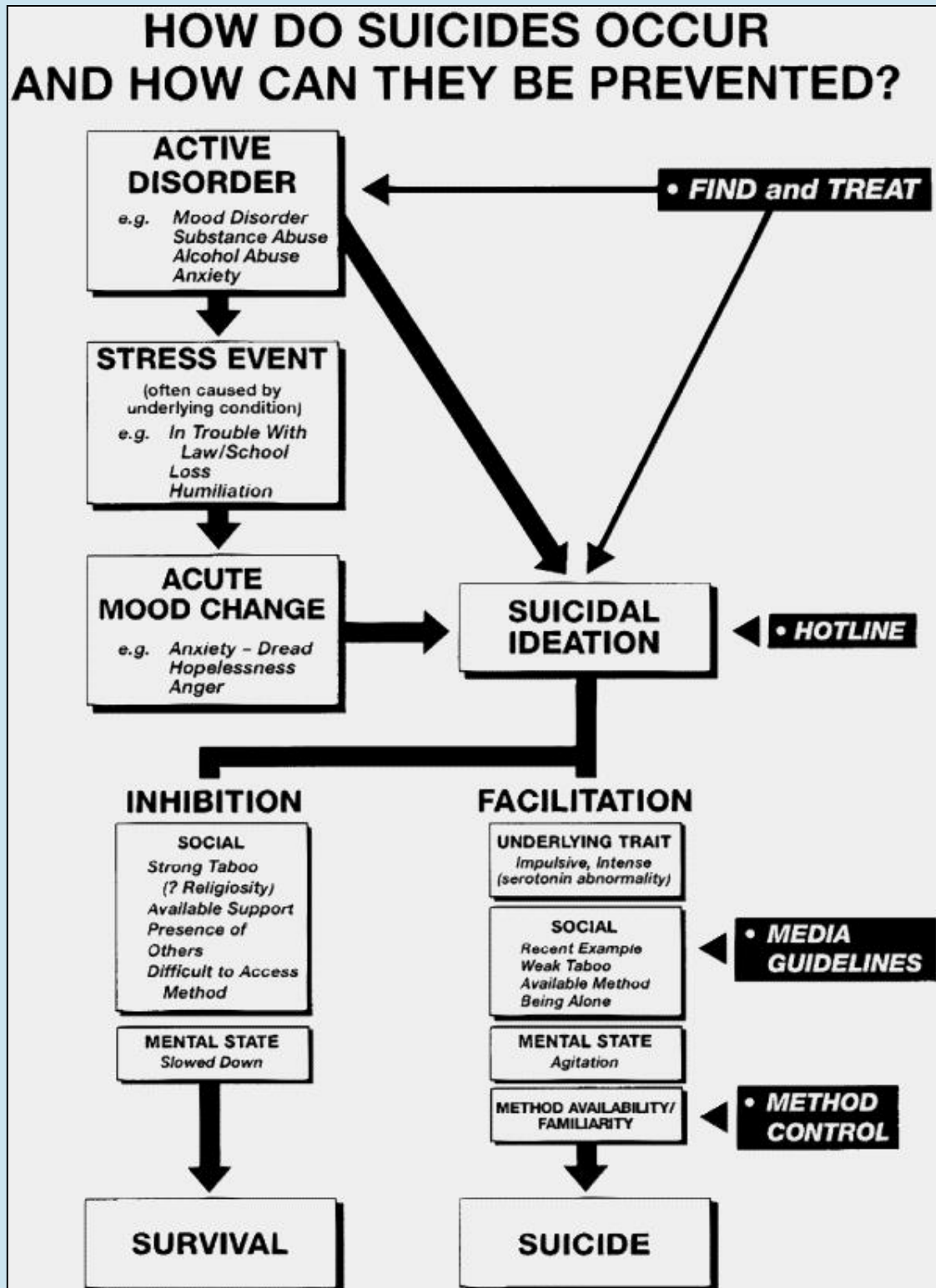
En raison de sa large distribution et de sa traduction dans plus de 100 langues, la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, Posner et al, 2011) est décrite ci-dessous. La C-SSRS a été conçue pour faire la distinction entre idées suicidaires et conduites suicidaires, en mesurant quatre points :

- La gravité des idées suicidaires (souhait d'être mort, idées suicidaires actives imprécises (sans planification), idées suicidaires avec planification (moyen légal, projet suicidaire établi)
- L'intensité des idées suicidaires (fréquence, durée, contrôlabilité, éléments dissuasifs, et raison de l'idéation suicidaire)
- Comportement (tentatives réelles, avortées, et interrompues ; comportements préparatoires (préparatifs) ; et comportements d'autoagression non suicidaire)



Cliquez sur l'image pour accéder au programme de formation à la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS)

Figure E.4.4 Modèle du développement de la suicidalité avec types d'interventions préventives ciblées



Reproduit avec la permission de Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 40 (sup):245-515. ©2001 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.

Table E.4.6 Exemples de questions à passer en revue sur le risque de suicide (DGPPN, 2009)

- "Avez-vous déjà pensé que vous ne voudriez plus vivre ou que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue ?"
- "Est-ce que cela se produit souvent?"
- "Y pensez-vous involontairement? C'est-à-dire : Avez-vous été gêné par des pensées suicidaires indésirables ?"
- "Avez-vous été en mesure d'écarter ces pensées ?"
- "Avez-vous des idées précises sur la façon dont vous le feriez?"
- "Avez-vous fait des plans ou des préparatifs?"
- "Y a-t-il quelque chose qui vous empêche de le faire?"
- "Avez-vous parlé à quelqu'un de vos idées suicidaires?"
- "Avez-vous déjà essayé de vous tuer?"
- "Est-ce que quelqu'un dans votre famille ou parmi vos amis ou connaissances a commis un suicide?"

Table E.4.7 Les indicateurs de risque suicidaire aigu - facteurs individuels fréquents (examen de l'état mental)

Idéation suicidaire:

- Pas de désengagement des tendances suicidaires, même après une longue conversation
- Pensées suicidaires fortes, émergentes spontanément
- Plan de suicide précis (méthode, lieu, moment ou autres précisions)
- Préparatifs pour le suicide, en particulier dans le cas d'un moyen violent; préparatifs d'adieu
- Idées de suicide altruistes (pseudo-altruisme), idées de sacrifice de soi

Les symptômes et les comorbidités:

- désespoir marqué (pas de perspectives d'avenir ; études insuffisantes ; échec professionnel ; conflit menant à l'idéation suicidaire restant sans solution)
- retrait social récent
- Agitation importante, irritabilité, agressivité, instabilité émotionnelle ou état de panique
- Intoxication (alcool, drogues)
- Symptômes de psychose aiguë
- Baisse du contrôle des impulsions et désinhibition (par exemple, dans le cas d'intoxication alcoolique, de délire aigu ou de manie)
- Symptômes de dépression sévère
- Symptômes importants de trouble de la personnalité ou de troubles des conduites, notamment en association avec l'abus d'alcool

Autres facteurs importants:

- Une relation stable ne peut être établie
- Le patient fait l'effort d'être admis dans une unité d'hospitalisation
- L'examen se situe moins d'un an après la dernière tentative de suicide

La co-occurrence de divers facteurs de risque devrait être prise en compte. Ceci est illustré dans les vignettes cliniques qui suivent:

- Une jeune fille de 14 ans a des doutes sur son orientation sexuelle; elle avait des sentiments amoureux envers une camarade de classe qui l'a durement rejetée récemment. La jeune fille avait des résultats scolaires médiocres et est devenue de plus en plus déprimée trois mois avant d'être examinée. Une évaluation psychiatrique fut mise en route lorsqu'elle posta un avis de suicide sur un forum internet. Ses parents ont signalé que son oncle était mort par suicide deux années auparavant.
- Un garçon de 16 ans fut adressé pour évaluation psychiatrique par l'unité d'urgence où il avait été traité pour des coupures de la peau qu'il s'était fait aux poignets, il était également en état d'ébriété. Le jeune homme a été stigmatisé par un hémangiome congénital sur sa joue gauche. Il a été élevé par une mère célibataire isolée, qui est tombée enceinte de lui à l'âge de 17 ans; elle n'avait pas de relation sentimentale stable. Le garçon avait parlé de tentatives de suicide récentes à ses camarades de classe.

Table E.4.8 Indicateurs de risque suicidaire aigu - facteurs individuels anamnestiques (histoire du patient) et de la famille (antécédents familiaux)

Antécédents du patient

- Tentatives de suicide antérieures
- Suicides dans l'entourage

Stress sociaux

- La perte d'un être cher - et plus particulièrement un parent - par suicide, mort naturelle ou accidentelle, séparation, divorce ou longue absence
- Fin d'une relation proche (amoureuse ou d'amitié)
- Manque de contacts sociaux et mauvaise intégration dans le groupe de pairs qui conduit à des sentiments de solitude et de rejet, notamment dans des cas d'émigration ou de déménagement

Symptômes et comorbidités

- Comportement agressif et délinquance
- Troubles psychiatriques, notamment dépression et abus / dépendance à des substances
- Enfants: manque de discipline, absentéisme scolaire

Autres facteurs importants

- Pas de références religieuses ou similaires
- conflits apparemment insolubles en raison d'une grossesse non désirée
- Conflits dus à l'homosexualité

Antécédents familiaux

- Suicides et tentatives de suicide chez des membres de la famille
- Psychopathologie paternelle
- Histoire familiale de violence, d'abus ou de mésusage de substances
- Relations familiales instables et conflits non résolus dans la famille, manque d'étayage social par des membres de la famille



L'accès à des moyens létaux augmente le risque de suicide

Table E.4.9 Indicateurs de risque suicidaire aigu - Caractéristiques d'une tentative de suicide antérieure

- Tentatives de suicide ou pensées suicidaires se référant à une «méthode dure» (par exemple, pendaison, arme à feu, saut d'un endroit élevé, sauter ou se coucher devant un véhicule en mouvement)
- Tentative de suicide bien réfléchie avec une planification claire
- Faible risque d'aide et d'intervention (des dispositions précises ont été prises pour empêcher d'être trouvé, par exemple, tentative de suicide dans un endroit isolé, loin des autres, moment du suicide choisi pour éviter d'être trouvé, pas d'alerte après le passage à l'acte suicidaire)
- D'autres personnes ont été informées de l'intention suicidaire, un message a été rédigé
- Expression claire d'un désir de mourir, sans soulagement d'être encore en vie

Table E.4.10 Problèmes particuliers de l'évaluation des enfants pré-pubères – exemple de questions*

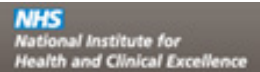
Interroger les enfants dont la compréhension des concepts de temps, de causalité et de mort peut être limitée :

- "Pensez-vous à vous tuer plus d'une fois ou deux fois par jour?"
- "Avez-vous essayé de vous tuer depuis l'été dernier / depuis la rentrée scolaire?"
- "Que pensais-tu qu'il se passerait lorsque tu as essayé de sauter par la fenêtre?"
- "Qu'est-ce qui se passerait si tu étais mort; ce serait comme quoi?"

Interroger les parents au sujet de l'idéation suicidaire et du comportement de leur enfant :

- "Qu'est-ce qui s'est exactement passé (étape par étape) le jour où votre enfant a parlé de ou a essayé de se faire du mal?"
- "Comment avez-vous découvert que votre enfant pensait à ou essayait de se faire du mal?"
- "Que faisiez-vous quand votre enfant pensait ou essayait de se faire du mal?"
- "Qu'est-il arrivé après que votre enfant a pensé ou a tenté de se faire du mal?"

*Jacobsen et al (1994)



Cliquez sur l'image pour voir la recommandation NICE "Self-harm: The Short-Term Physical and Psychological Management and Secondary Prevention of Self-Harm in Primary and Secondary Care"

[Cliquez ici pour accéder à la recommandation NICE "Self-harm: Longer-Term Management"](#)

- La létalité.

Différentes formes de cette échelle ont été développées, y compris des versions pour les enfants. Elles sont disponibles sur le site de la C-SSRS. Leur qualité psychométrique paraît adaptée (Posner et al, 2011), et le temps d'administration est de quelques minutes seulement. Un programme de formation est disponible sur le site web, ce qui est nécessaire pour les essais cliniques et fortement recommandé pour la pratique clinique avant de réaliser la passation de la C-SSRS.

Les échelles d'évaluation peuvent être utiles à des fins de dépistage - par exemple, en matière de projets de prévention pour détecter les personnes à risque. Cependant, une évaluation clinique par un professionnel qualifié est nécessaire pour évaluer le risque suicidaire. Cette évaluation devrait comprendre un examen physique et psychiatrique, y compris une anamnèse complète (avec des éléments provenant des patients, des parents et de l'entourage) pour obtenir des informations sur les facteurs de stress aigus psychosociaux, les antécédents psychiatriques, l'état mental actuel et le contexte des tentatives de suicide antérieures. Les questions sur le suicide doivent être directes et ouvertes, dans une ambiance étayante. Il n'y a aucun risque d'induire des idées suicidaires en en parlant; par contre, il y a un risque de passer à côté des idées suicidaires si l'on évite le sujet. L'évaluation devrait être progressive, en partant de questions générales et en allant vers des questions précises. Des exemples de questions à se poser lors du dépistage des idées suicidaires sont donnés dans le tableau E.4.6. On peut surseoir à une évaluation plus approfondie si le risque aigu de suicide est écarté. A contrario, l'exploration sera plus détaillée si les facteurs de risque de suicide deviennent apparents.

Une exploration poussée pourra largement couvrir tous les facteurs de risque suicidaires connus. Ils sont résumés dans les tableaux E.4.7 à E.4.9 (Warnke, 2008) et comprennent :

- les facteurs individuels à court terme (Mental State Examination)
- les facteurs individuels anamnestiques (l'histoire du patient) et dans la famille (antécédents familiaux)
- les caractéristiques précises de tentatives de suicide antérieures.

EVALUATION DES RISQUES

Le risque aigu de suicide est faible si :

- il n'y a pas de trouble psychiatrique majeur présent nécessitant un traitement
- le patient est en mesure de former une alliance thérapeutique adéquate avec le clinicien
- le suicidant n'avait pas l'intention de mourir
- le patient déclare de façon claire et crédible qu'une nouvelle tentative de suicide n'aura pas lieu
- le patient est optimiste quant à l'avenir et a des objectifs concrets avec un respect de son engagement dans ses activités quotidiennes
- un soutien social et familial stable est disponible
- il n'existe pas de stress quotidiens importants dans la vie du patient.

Bien souvent, on ne peut exclure de façon définitive le risque de suicide, et il est nécessaire d'évaluer le niveau de risque. Le tableau E.4.11 résume les facteurs

Table E.4.11 Evaluation du risque suicidaire*

	Haut risque	Risque moyen	Risque faible
État mental « à risque » : <ul style="list-style-type: none"> • Déprimé • Psychotique • Sans espoir, désespoir • Culpabilité, honte, colère, agitation • Impulsivité 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Dépression sévère • Hallucinations ou illusions commandant la mort • Obnubilation sur le manque d'espoir, désespoir, sentiments de dévalorisation • Colère sévère, hostilité sévère. 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Dépression modérée • Une certaine tristesse • Certains symptômes de psychose • Certains sentiments de manque d'espoir • Colère modérée, hostilité modérée. 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Pas de dépression, ou dépression légère • Tristesse • Pas de symptômes de psychose • Ressent de l'espoir quant à l'avenir • Pas de colère, pas d'hostilité, ou légères.
Tentative de suicide ou idées suicidaires : <ul style="list-style-type: none"> • Intentionnalité • Létalité • Accès aux moyens • Antécédents de tentatives de suicide 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Pensées constantes / précises • Preuve d'une intention claire • Antécédent de tentative à grand risque létal (quelle que soit son ancienneté). 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Pensées fréquentes • Tentatives multiples à faible risque létal • Menaces répétées. 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Pas de pensées suicidaires, ou vagues • Aucune tentative récente, ou une tentative récente de faible létalité et de faible intentionnalité.
Consommation de substances : (consommation inappropriée actuelle d'alcool et d'autres substances)	• Intoxication actuelle par une substance, abus ou dépendance.	• Risque d'intoxication, d'abus ou de dépendance.	• Pas d'utilisation de substances, ou peu fréquente.
Informations sûres : <ul style="list-style-type: none"> • Famille, proches • Dossiers médicaux • Autres intervenants et autres sources 	• Impossibilité d'accéder aux informations, de vérifier les informations, ou informations divergentes de celles de la personne à risque.	• Accès à quelques informations • Doutes sur la plausibilité du compte rendu des événements par la personne.	• Capacité d'accéder à ou de vérifier les informations ainsi que le compte rendu des événements par la personne à risque (logique, plausibilité).
Forces et ressources (étayage et capacité de lien) : <ul style="list-style-type: none"> • Communication exprimée • Disponibilité des soutiens • Motivation et capacité des personnes ressources. 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Le patient refuse l'aide • Manque de relations étayantes, ou relations hostiles • Parents ou amis non disponibles, ne voulant pas ou incapables d'aider • Maladie mentale d'un parent • Violence ou consommation de produits dans la famille. 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Le patient est ambivalent • Capacité à être en lien modérée • Peu de relations, peut être disponible mais réticent ou incapable d'une aide consistante • Troubles mentaux modérés chez des membres de la famille 	Exemples: <ul style="list-style-type: none"> • Le patient accepte l'aide • L'alliance thérapeutique s'instaure • Très en capacité de lien, bonnes relations et soutien • Relations voulant aider et capables d'aider de façon consistante • Environnement familial étayant.
Pratique réflexive : <ul style="list-style-type: none"> • Niveau et qualité de l'engagement • Instabilité du niveau de risque • Confiance dans l'évaluation du niveau de risque. 	• Bas niveau de confiance dans l'évaluation ou forte instabilité du niveau de risque ou pas de rapport • Mauvais engagement dans le soin.	• Une certaine instabilité ou dysfonctionnement parental.	• Haut niveau de confiance dans l'évaluation ou faible instabilité du niveau de risque • Bons rapports, bon engagement dans le soin.

Pas de risque (prévisible) : Après évaluation complète du risque de suicide, il n'y a pas de preuve de risque actuel pour la personne. Pas de pensées suicidaires ou d'antécédents de tentatives, dispose d'un bon réseau de soutien social.

*Adaptation du NSW Department of Health (2004, p20)

Table E.4.12 Gestion de l'urgence d'un comportement suicidaire*

Haut risque ou forte instabilité ou faible confiance dans l'évaluation : Réévaluer dans les 24 heures

- S'assurer que le patient est dans un environnement protecteur et sécurisé de manière appropriée
- Organiser une réévaluation dans les 24 heures
- Organiser la gestion continue et une surveillance étroite
- Faire des plans d'urgence pour une réévaluation rapide si la détresse ou les symptômes s'aggravent

Risque moyen (risque significatif mais modéré) : Réévaluer dans la semaine

- Organiser une réévaluation dans la semaine
- Faire des plans d'urgence pour faire une réévaluation rapide si la détresse ou les symptômes s'aggravent

Faible risque (risque de suicide identifié mais faible) : Réévaluer dans le mois

- Organiser une réévaluation dans un délai d'un mois (le calendrier de rencontre doit être déterminé sur la base de l'évaluation clinique)
- Réévaluer moins d'une semaine après la sortie de l'unité d'hospitalisation
- Fournir une information écrite sur les modalités d'accès à des soins cliniques appropriés 24h sur 24.

*NSW Department of Health (2004a, p21).

permettant de catégoriser les patients à haut, moyen, faible ou absence de risque suicidaire prévisible (NSW Department of Health, 2004a).

Une attention particulière doit être accordée à la variabilité du risque (par exemple, le risque de suicide n'est pas statique ; il varie en raison de changements dans l'état mental, les relations ou les facteurs de stress) et au degré de confiance que le clinicien accorde à l'évaluation. Un faible niveau de confiance accordé à l'évaluation peut être attribué à (1) des facteurs individuels (par exemple, antécédents personnels psychiatriques, état d'ébriété), (2) des facteurs environnementaux (par exemple un divorce avec une procédure engagée pour la garde des enfants, amenant un parent à masquer ses problèmes), ou (3) des facteurs durant l'entretien (par exemple, une évaluation incomplète, un patient refusant de donner des informations) (NSW Department of Health, 2004a).

GESTION DES COMPORTEMENTS SUICIDAIRES

La prise en charge optimale des enfants et adolescents présentant un comportement suicidaire exige une continuité de soins et une prise en charge en réseau, comprenant une intervention d'urgence, des consultations externes, une prise en charge au domicile, en hospitalisation temps plein ou en hôpital de jour (Steele et Doey, 2007). Cependant ce dispositif n'est souvent pas possible en pratique, en raison du manque de ressources.

La première étape dans la gestion de la crise suicidaire est de s'assurer que l'enfant ou l'adolescent à risque est en lieu sûr et bénéficie d'un soutien. La conduite à tenir dépend du niveau et de la variabilité du risque suicidaire, ainsi que de la confiance accordée à l'évaluation (voir le tableau E.4.12).

Aux Urgences, les jeunes ayant fait une tentative de suicide devraient être évalués par un psychiatre expérimenté, avec un entretien avec la famille et

une évaluation approfondie du risque suicidaire. Le personnel doit être formé pour offrir des soins aux jeunes suicidaires, souvent peu appréciés du personnel des Urgences. Ils doivent être traités avec la même attention et le même respect que les autres patients, en évitant de leur reprocher de mettre leur vie en danger ou à l'inverse d'essayer de leur remonter le moral de façon bien attentionnée en banalisant la gravité de leur geste. Avant la sortie, il est essentiel d'avoir préparé un plan pour faire face à la crise, en s'assurant qu'un soutien (par contact téléphonique par exemple) est disponible 24 h/24. La marche à suivre (« To-do-steps ») du plan de crise dépendra de l'intensité de la crise émotionnelle et devrait être travaillée

Un jeune garçon de 14 ans (Michael) errait sur la voie ferrée lorsqu'il a été récupéré par les travailleurs ferroviaires. La police a été appelée et le service de pédopsychiatrie contacté.

Lors de l'entretien, Michael rapporte qu'il a à plusieurs reprises falsifié ses bulletins scolaires pour dissimuler ses mauvaises notes. Une rencontre parents-professeur était prévue et allait révéler la vérité. Michael avait peur de la réaction de ses parents et ne savait pas comment gérer la situation. Il pensait que le fait de se blesser ou de se faire tuer sur la voie ferrée était la seule façon d'éviter cette confrontation avec ses parents. Hormis ses faibles résultats scolaires, aucun autre facteur de risque suicidaire n'a été identifié. Michael a été capable de discuter de son comportement avec ses parents, qui se sont montrés compréhensifs.

Comme il ne présentait aucun autre signe de trouble psychiatrique et qu'il ne comptait plus se faire de mal, il est sorti d'hospitalisation le lendemain de son admission. Un rendez-vous avec un pédopsychiatre a été programmé trois jours après sa sortie. Michael et ses parents ont convenu qu'il serait bien d'impliquer l'école dans la gestion de la situation. Ses mauvais résultats et les convocations chez le CPE sont toujours restés une source importante de soucis pour Michael.

Une conduite à tenir a été définie avec Michael et ses parents de la façon suivante:

1. **Pour Michael:** *si je me sens désespéré et que je ressens le besoin de me faire du mal, je prendrai l'initiative d'en parler ouvertement avec mes parents. Nous contacterons alors <nom du spécialiste de santé>. <Nom du spécialiste de santé> nous proposera alors un rendez-vous dans la journée ou le lendemain.*
2. **Pour Michael:** *si mes parents ne sont pas présents, je contacterai une personne de confiance, <nom de la ou des personnes de confiance>. Si aucune de ces personnes n'est disponible, je contacterai <nom du spécialiste de santé> moi-même.*
3. **Pour Michael et ses parents:** *si <nom du spécialiste de santé> ne peut être contacté, nous appellerons <numéro de téléphone du service de pédopsychiatrie> et nous demanderons un rendez-vous en urgence. <Le service de pédopsychiatrie> nous proposera un rendez-vous dans les heures qui suivent.*
4. **Pour les parents de Michael:** *si Michael se trouve dans le cas décrit plus haut, l'un de nous restera avec lui jusqu'à ce que le rendez-vous soit effectué. Si cela n'est pas possible, nous demanderons un rendez-vous en urgence, comme précisé ci-dessus.*
5. *Si, pour une raison ou une autre, <nom du spécialiste de santé> ne peut pas proposer de rendez-vous, un rendez-vous sera pris avec un de ses collègues.*

Planification des éventualités (Ministère de la Santé de l'état de Nouvelles Galles du Sud, 2004a, p23).

La planification d'urgence exige que le clinicien, la personne à risque et sa famille anticipent une probable escalade des risques tels que:

- Détérioration des relations familiales
- Augmentation des symptômes (dépression, insomnie, hallucinations, pensées suicidaires)
- Indisponibilité temporaire du clinicien ou de l'équipe de soins aigus

La planification d'urgence peut être encadrée, communiquée et expliquée de la manière suivante:

- Si le patient <par exemple, a une aggravation des pensées suicidaires>, alors le patient devra <effectuer des actions, par exemple téléphoner à tel médecin, en parler avec ses parents>
- La famille devra <effectuer des actions, par exemple s'assurer que le patient ne soit pas laissé seul, téléphoner à tel médecin, donner tel médicament prescrit>
- Le service devra <effectuer telle action, par exemple organiser une consultation d'urgence, faire une visite à domicile>

en collaboration avec le patient et les soignants (NSW Department of Health, 2004a). Avant de décider la sortie d'un patient d'une unité d'urgence ou d'un centre de crise, il est toujours nécessaire (AACAP, 2001) de :

- prévenir le patient et sa famille des effets de désinhibition de l'alcool et des autres drogues
- vérifiez que les armes à feu et les substances et médicaments létaux peuvent être effectivement gardés hors de portée ou retirés
- vérifier qu'il y a une personne étayante à la maison
- vérifiez que le rendez-vous de suivi a été prévu (voir tableau E.4.12).

En outre, un contrat de non-suicide peut être utile (formulé comme un engagement pris par le patient et non pas comme une assurance de non-passage à l'acte pour le professionnel de santé mentale, car il n'existe aucune preuve empirique que les contrats de non-suicide sont réellement efficaces). Un contrat de non-suicide comprend généralement (1) la confirmation que le patient ne met pas sa vie en danger pendant un court laps de temps défini (par exemple jusqu'au lendemain ou jusqu'à la prochaine consultation avec le thérapeute), (2) un engagement du patient d'adhérer à la thérapie, (3) un engagement du patient de se conformer au plan d'urgence.

La gestion de la suicidalité chez les jeunes nécessite une communication claire avec le jeune et sa famille. Cela vaut également pour le contact avec l'école, qui devrait toujours essayer d'être établi, après avoir acquis le consentement du jeune et de sa famille.

Messages importants aux jeunes suicidaires, à leurs parents et aux enseignants :

Il est essentiel que les cliniciens inspirent confiance et donnent l'impression qu'ils sont familiers avec ce type de problème et qu'ils le contrôlent, en évitant d'aviver le drame de façon inutile, mais en étant au contraire calmes, rassurants et apaisants pour tout le monde.

Cependant, il faut faire attention à ne pas décevoir les patients ou à promettre des choses qui ne peuvent pas être tenues.

Messages aux jeunes suicidaires :

- Ma principale préoccupation est votre sécurité et je vais essayer de l'assurer de la meilleure façon que je puisse
- Votre traitement sera confidentiel, sauf si vous me donnez votre accord pour en discuter avec d'autres professionnels ou s'il y a un risque immédiat pour votre vie ou celle d'autres personnes
- Beaucoup de jeunes pensent à la mort ou au suicide et certains tentent de se tuer à un moment donné
- Presque toutes les décisions que vous prenez peuvent être modifiées. Cependant, la mort est définitive et irrévocable. Cela vaut la peine de prendre assez de temps pour peser les avantages et les inconvénients
- Nous aimerions en savoir plus sur vous. Ensemble, nous pouvons arriver à comprendre les circonstances qui vous ont placé dans cette situation critique
- Chaque jeune suicidaire que j'ai rencontré avait ses raisons pour ses idées auto-destructrices, mais dans la plupart des cas ces raisons ont changé au cours du temps



Cliquez sur l'image pour voir l'élève de seconde Jonah Mowry partager son histoire, des années d'harcèlement scolaire et d'automutilations, ses peurs pour l'avenir (04:36)

- Je suis sûr qu'ensemble nous pouvons trouver un moyen de vous sortir de cette situation -même si cela vous semble hors de portée en ce moment
- Dans un premier temps, nous allons essayer de mettre en place un plan d'urgence avec vous et vos parents.

Messages aux parents et aux soignants :

- Les idées suicidaires et les tentatives de suicide ne sont pas rares chez les jeunes. Dans la plupart des cas, il s'agit d'une crise aiguë qui est surmontée après un court laps de temps. Nous avons l'habitude de la gestion des crises suicidaires et nous voulons discuter franchement avec vous de chaque étape
- Comme avec chaque traitement médical, nous sommes tenus à la confidentialité. En cours de traitement, il peut être utile d'établir des contacts avec d'autres professionnels (enseignants, psychologues, par exemple). Cependant, ces contacts seront établis uniquement avec le consentement de votre enfant ou s'il existe un risque immédiat pour la vie de votre enfant.
- La première priorité est d'assurer la sécurité de votre enfant. Une surveillance étroite est nécessaire jusqu'à ce que nous puissions estimer le risque de suicide. Selon le risque estimé, nous déciderons des différentes options possibles après consultation avec vous et votre enfant
- Dans un premier temps, nous allons élaborer un plan d'urgence entre vous, votre enfant et nous
- Faire face à un comportement suicidaire n'est efficace que s'il y existe une étroite coopération entre vous, votre enfant et l'équipe soignante.

Les parents devraient recevoir des informations précises sur les options mises au point et les options thérapeutiques concernant la prise en charge de leur enfant. Ils devraient avoir la possibilité d'exprimer leurs opinions et leurs sentiments. Un contact non programmé (par téléphone ou de visu) devrait être proposé pour faire face à un comportement suicidaire, ou s'il y existe des questions ou des plaintes au sujet de la gestion de la crise.

Messages aux enseignants et au personnel de l'école :

- Quand le jeune suicidaire retourne à l'école, une estimation approfondie des risques aura été réalisée et aura conclu qu'il est suffisamment stable pour s'engager dans les activités quotidiennes de l'école
- Un plan d'urgence pour faire face aux problèmes potentiels aura été imaginé. Cela comprend des conseils précis sur ce que le personnel de l'école peut faire et qui contacter en cas de problème avec l'élève
- Comme l'école est une partie importante de la vie d'un jeune, les enseignants et autre personnel de l'école peuvent être utiles pour aider les élèves après une crise suicidaire. Des stratégies précises seront discutées avec l'équipe scolaire, la famille et les professionnels de santé
- Les enseignants devraient parler régulièrement à l'élève et aux parents afin de garder un œil sur ses progrès
- La suicidalité est plus un phénomène dynamique qu'un phénomène statique. Par conséquent, les élèves peuvent éprouver à nouveau une crise. Les enseignants doivent se sentir libres de parler ouvertement aux

jeunes s'ils craignent qu'ils ne soient en train de se détériorer. Éviter d'argumenter ou de donner des conseils précipités, mais plutôt en parler avec médecin ou le psychiatre traitant.

- Les stratégies générales en cas de crise suicidaire peuvent inclure :
 - ne laissez pas l'élève suicidaire seul, même sur un temps court ; accompagnez-le à l'écart des autres élèves dans un endroit sûr
 - Demandez-leur s'ils sont en possession d'objets ou de médicaments potentiellement dangereux. Si les élèves ont des objets dangereux, essayez de les convaincre de vous les donner, mais sans vous engager dans une lutte physique
 - Si un élève conserve des objets dangereux, fait clairement des déclarations suicidaires ou est agité, appelez une ambulance, la police et les parents
 - Si l'élève est coopératif, contactez les parents et demandez leur de venir chercher leur enfant
 - Dites aux élèves et à leurs parents que vous souhaitez contacter le service de santé mentale qui traite leur enfant pour les informer de la situation
- Le personnel scolaire doit documenter toutes les mesures prises.

Admission à l'hôpital ou non

Ce ne sont pas toutes les personnes à risque de suicide qui peuvent ou doivent être admises à l'hôpital. L'hospitalisation peut avoir peu d'avantages et même augmenter le risque pour certaines personnes.

De nombreux facteurs sont impliqués dans la décision d'hospitalisation - la disponibilité des ressources, les lits d'hôpitaux, les réseaux de soutien informels et les traditions culturelles peuvent tous jouer un rôle - et il n'y a pas de règle absolue, mais une telle décision doit être prise sur des bases cliniques, impliquant le patient et sa famille. En cas de doute, on devrait consulter un collègue. En général, l'hospitalisation peut s'avérer nécessaire si :

- Le risque de suicide est élevé, surtout si aucun des moyens alternatifs pour assurer la sécurité du patient n'est disponible
- Il y a eu une tentative de suicide récente ayant nécessité des soins médicaux intensifs
- Il n'est pas possible d'estimer de manière fiable le risque de suicide.

Si l'hospitalisation est nécessaire, le traitement devrait idéalement avoir lieu dans un environnement pédopsychiatrique sécurisé. Si ce n'est pas possible - par exemple, si des soins chirurgicaux ou médicaux sont nécessaires - une surveillance étroite du patient doit être assurée. Quand une crise suicidaire aiguë se produit avec une grande agitation, on peut envisager une médication à court terme (par exemple des benzodiazépines, des neuroleptiques). Un traitement hospitalier peut sauver la vie, procure un soulagement face à un stress aigu et à des demandes écrasantes et peut permettre aux patients de retrouver progressivement le contrôle de leur vie, ainsi que de prendre en charge une éventuelle maladie psychiatrique concomitante.

Les unités hospitalières qui prennent en charge les patients suicidaires devraient établir des protocoles afin de maximiser la sécurité. Cela inclut une fouille de routine à l'admission et de nouvelles recherches quand il existe des

souçons. Une attention particulière doit être accordée à l'environnement physique du patient (par exemple les points où se pendre, les angles morts dans les pièces (« blind spots »), les sorties, la conception des fenêtres, les lieux de stockage de substances toxiques). Une version de « Access to Means of Suicide and Deliberate Self-harm Facility Checklist » peut être trouvée dans le Service de Santé Mentale NSW (2004b).

Les principes généraux de la gestion de la suicidalité

La prise en charge doit être adaptée à chaque patient afin de cibler les facteurs de risque suicidaire d'un patient précis. Les interventions ne doivent pas être limitées à des interventions psychopharmacologiques ou psychothérapeutiques mais doivent impliquer un plan de traitement complet, y compris d'autres stratégies de prise en charge des facteurs de stress aigus. Cela dépendra en grande partie des services disponibles. Dans les pays à faible niveau économique, cette gestion globale peut paraître irréaliste. Cependant, dans la plupart des endroits, des soutiens informels peuvent être mis en place pour assurer la sécurité des patients en sollicitant le soutien de la famille élargie, des anciens de la communauté (« community elders ») et des personnalités religieuses. Ces principes peuvent inclure :

- Des stratégies pour améliorer l'adhésion aux soins (par exemple en offrant de brèves interventions acceptables pour le jeune ; parfois, le fait de se concentrer sur l'étayage est plus efficace qu'une psychothérapie axée sur l'introspection)
- La participation active du patient et ses parents dans la planification et la mise en œuvre des interventions
- Protéger le patient si des facteurs d'adversité majeurs menacent sa santé physique et mentale
- Offrir un soutien à la famille (par exemple en cas de conflits conjugaux, de problèmes découlant d'un divorce, de maladie mentale chez les parents, de « poor parenting practices », d'abus de substances des parents)
- Mobiliser le soutien des agences de protection de l'enfance si cela est indiqué
- Soulager des exigences excessives (par exemple des exigences scolaires dépassant la capacité actuelle des patients)
- Le traitement des troubles psychiatriques sous-jacents
- Une surveillance régulière du risque de récurrence des comportements suicidaires
- Un plan d'urgence pour les crises suicidaires aiguës
- Offrir des séances de traitement flexibles, avec des temps et fréquences adaptés aux besoins du patient
- Établir une communication efficace entre les différents professionnels impliqués (travailleur social, psychothérapeute, pédopsychiatre, pédiatre).

Les interventions psychosociales

Celles-ci ont été résumées par Daniel et Goldston (2009) et comprennent :

- Les interventions visant à favoriser la recherche d'aide et à améliorer le suivi sont importantes en raison de la faible observance qui a été décrite à plusieurs reprises chez les jeunes qui ont tenté de se suicider : il s'agit de motiver les jeunes et leurs parents en leur proposant une psychoéducation lors de leurs passages aux urgences. En outre, la compliance est favorisée par le fait de contacter de façon proactive les familles immédiatement après la sortie de leur enfant des urgences. L'efficacité de la messagerie SMS et d'autres approches utilisant les nouveaux média sont également examinées.
- L'organisation de la prise en charge des jeunes suicidaires, par exemple par des travailleurs sociaux participant au suivi du jeune. D'autres approches consistent à identifier et à coacher des personnes ressource dans l'environnement du patient (parents, famille élargie, membres de l'école ou de la communauté religieuse).
- Les stratégies pour améliorer les relations parents-enfant. Il s'agit notamment de résoudre les problèmes au sein de la famille, les compétences de parentalité et les problèmes de communication (« These include improving problem solving within the family, parenting and communication skills ».)
- La thérapie cognitive et comportementale (TCC)
- La thérapie multisystémique (TMS)
- La thérapie comportementale dialectique (TCD) (voir chapitre H.4). Développée à l'origine pour le traitement du trouble de la personnalité borderline, la TCD consiste en une formation de pleine conscience de soi, de compétence dans les relations interpersonnelles, de régulation des émotions et de tolérance au stress et a été adaptée pour les adolescents au comportement suicidaire.

Les données empiriques sur l'efficacité des interventions sont rares et, actuellement, aucune intervention ne peut être recommandée par rapport à une autre (Daniel & Goldston, 2009 ; Robinson et al, 2011). En ce qui concerne l'engagement dans la thérapie, des traitements psychologiques spécifiques ne semblent pas être supérieurs au traitement habituel (Ougrin & Latif, 2011).

Une revue de la littérature par Crawford et al (2007) sur l'efficacité des interventions psychosociales sur l'autoagression (principalement chez les adultes) a conclu qu'il n'y a aucune preuve qu'elles réduisent le risque de suicide.

Les traitements psychopharmacologiques

Il n'existe pas de médicaments spécifiques aux suicidaires. Cependant, les médicaments peuvent être nécessaires pour traiter des pathologies psychiatriques sous-jacentes. Le risque de comportements suicidaires (levée d'inhibition) avec l'utilisation des ISRS a été largement discutée (voir les chapitres A.8 et E.1). Les adolescents déprimés traités avec des médicaments, et leurs familles, ont besoin de connaître ce risque et ce qu'il faut faire en cas de réémergence de comportement suicidaire. Ces patients requièrent un suivi rapproché.

Problèmes et risques de la prise en charge

Les pièges et les défaillances dans la gestion des jeunes suicidaires peuvent se produire si :

- Il n'y a pas assez coopération ou de communication entre les différents

organismes et les personnes impliquées

- Les informations collatérales ne sont pas obtenues
- Les comorbidités ne sont pas traitées
- Les exigences et les facteurs de stress sont négligés
- Le comportement suicidaire est étiqueté comme un acte manipulateur ou bénin
- La minimisation (« fuite vers la santé ») venant du patient est acceptée sans discernement (par exemple « Je suis OK », « Tout va bien »)
- L'accent est trop mis sur la thérapie, surchargeant le patient
- Les stratégies de confrontation sont trop dures
- Il n'y a pas assez validation de la situation du patient
- Il y a trop d'utilisation de clichés
- L'arrêt du traitement ou la non-observance sont acceptés sans examen minutieux
- Les facteurs de risque de suicide sont négligés
- La suicidalité n'est pas surveillée pendant le traitement
- La dépendance à l'égard du thérapeute est négligée à la fin de la prise en charge
- Les thérapeutes négligent leur propre supervision.

PREVENTION

Le programme de prévention du suicide de l'Organisation Mondiale de la Santé (SUPRE) souligne la réduction de la mortalité, de la morbidité et d'autres conséquences des comportements suicidaires en :

- minimisant l'accès aux moyens létaux (comme les substances toxiques ou encore les armes à feu)
- détectant de façon précoce et en traitant les troubles psychiatriques
- responsabiliser les media qui diffusent ou relatent les suicides.

Les facteurs de risque sont universels, mais leur nature et leur importance relative diffèrent en fonction des régions. L'OMS exécute des programmes de prévention du suicide en prenant en compte certaines questions spécifiques à la culture (http://www.who.int/mental_health/prévention/suicide). Par exemple, l'amélioration de la détection précoce et du traitement des troubles mentaux sont plus importants à réaliser dans les pays à faible niveau socio-économique que dans les autres ; il est plus important de contrôler l'accès aux armes à feu en Amérique du Nord qu'en Europe de l'Ouest ; a contrario, il est plus important de construire des barrières (par exemple au niveau des ponts, des voies ferrées) en Europe de l'Ouest, où il y a plus de sauts de hauteur élevée. (« controlling access to firearms is more important in North America than in Western Europe where building physical barriers (e.g., in bridges, railways) to make jumping difficult is more relevant »). Le fait de restreindre l'accès aux pesticides et d'informer le grand public de leurs effets est particulièrement important dans les pays à faible ou moyen niveau socio-économique. Réduire la consommation nocive d'alcool est une préoccupation majeure en Europe occidentale et orientale, mais de moindre importance au Moyen-Orient. Des programmes de lutte contre le désavantage



World Health Organization

L'Organisation Mondiale de la Santé possède des guides utiles concernant la prévention du suicide, destinés aux :

- Médecins
- Professeurs et personnel scolaire
- Professionnels des médias

Table E.4.13 Prévention du suicide: recommandations pour les enseignants et le personnel scolaire (OMS, 2000; p16)

Le suicide n'est pas un coup de tonnerre dans un ciel serein: les étudiants suicidaires donnent aux gens autour d'eux des avertissements et une prévisibilité suffisants pour intervenir. Dans le travail de prévention du suicide, les enseignants et autres personnels scolaires sont confrontés à un défi d'une grande importance stratégique, dans lequel il est fondamental de:

- Identifier les élèves ayant des troubles de la personnalité et de leur offrir un soutien psychologique
- Nouer des liens plus proches avec les jeunes en leur parlant et en essayant de comprendre et d'aider
- Soulager la détresse psychologique
- Être attentif et formé à la reconnaissance précoce de communication suicidaire que ce soit par des déclarations verbales et / ou par des changements de comportement
- Aider les élèves moins à l'aise avec leur travail scolaire, être attentif à l'absentéisme scolaire
- Déstigmatiser la maladie mentale et aider à éliminer les abus d'alcool et de drogues, orienter les élèves vers le traitement de troubles psychiatriques et d'abus d'alcool et de drogues
- Limiter l'accès des élèves à des moyens de suicide - médicaments ou produits toxiques et mortels, pesticides, armes à feu et autres armes, etc.
- Donner aux enseignants et autres personnels scolaires l'accès sur place à des moyens de soulager leur stress professionnel.

Table E.4.14 Prévention du suicide: recommandations pour les professionnels des média (OMS, 2008; p3)

- Profitez des occasions pour sensibiliser le public au sujet du suicide
- Évitez un discours qui sensationnalise ou normalise le suicide, ou qui le présente comme une solution à des problèmes
- Évitez de mettre au premier plan et de répéter inutilement des histoires de suicide
- Évitez la description explicite de la méthode utilisée dans un suicide ou dans une tentative de suicide
- Évitez de fournir des informations détaillées sur le site d'un suicide ou d'une tentative de suicide
- Titres et mots soigneusement pesés
- Faites preuve de prudence dans l'utilisation de photos ou de séquences vidéo
- Faites particulièrement attention en parlant du suicide de célébrités
- Reconnaître que les professionnels des média eux-mêmes peuvent être affectés par des histoires de suicide
- Montrer la considération appropriée pour les personnes endeuillées par un suicide
- Fournir des informations sur les endroits où chercher de l'aide.

des peuples autochtones minoritaires sont également nécessaires (par exemple les Aborigènes en Australie, les Maoris en Nouvelle-Zélande, les Indiens aux États-Unis, et les Inuits au Canada et au Groenland).

Les recommandations à délivrer aux écoles et aux professionnels des médias sont résumées dans les Tables E.4.13 et E.4.14. Se reporter à la figure E.4.4 pour avoir un aperçu des stratégies préventives.

Il existe peu de preuves empiriques de l'efficacité des interventions de prévention du suicide sur la réduction des comportements suicidaires (Wasserman et al, 2010). Conformément aux recommandations de l'AACAP (2001), les stratégies suivantes ont été étudiées dans des études interventionnelles :

- Recherche directe de cas parmi les élèves ou parmi les patients de médecins généralistes (« primary practitioners ») en répertoriant les conditions qui ont fait que ces jeunes étaient à haut risque de suicide (fort niveau de preuve et recommandé)

- Conseiller les médias pour minimiser les risques de suicide par imitation (efficacité non prouvée, mais recommandé)
- Entraîner des professionnels pour améliorer la reconnaissance et le traitement des troubles de l'humeur (efficacité possible, recommandé)
- Mettre en place des numéros d'urgence en cas de crise suicidaire (efficacité non prouvée, mais recommandé)
- Contrôler les moyens de suicide, par exemple les armes à feu (efficace et recommandé ; cependant, un effet au long cours semble douteux)
- Recherche indirecte de cas en éduquant le public, par exemple les enseignants, les parents, les pairs, pour identifier les signes avant-coureurs (pas efficace - cela peut augmenter les suicides - non recommandé).

En Europe, un large essai contrôlé randomisé multinational (le projet SEYLE « Saving and Empowering Young Lives in Europe ») est actuellement en cours (Wasserman et al, 2010 ; <http://www.seyle.eu/>). SEYLE étudiera trois programmes de prévention : (1) autonomiser les étudiants en augmentant leur auto-efficacité, (2) autonomiser les professionnels de la santé mentale dans l'identification des sujets à risque, et (3) autonomiser les enseignants et les parents face à des cas à risque de suicide et se référer à des établissements de santé mentale.

LES AUTO-AGRESSIONS SANS VOLONTE SUICIDAIRE

Cette section porte sur les autoagressions non-suicidaires (ANS) chez des patients émotionnellement instables, agissant sur leur détresse intérieure. Cependant, les comportements d'autoagressivité peuvent aussi se produire dans d'autres troubles psychiatriques tels que la psychose, le retard mental, les troubles du spectre autistique, et les situations de déprivation sévère. Pour la gestion de l'autoagressivité dans ces troubles, se référer au chapitre correspondant dans ce manuel.

Les autoagressions non-suicidaires concernent principalement des lésions cutanées (par exemple se couper ou se découper la peau ; triturer une blessure ; gratter, frotter, tripoter la peau jusqu'à ce qu'elle saigne ; se mordre ; s'insérer des objets sous la peau ; se tatouer ; se brûler ou se geler la peau ; s'arracher les cheveux ; se frapper). Le fait d'avaler des objets tranchants ou non comestibles et les auto-intoxications non-suicidaires se produisent également. Les refus de prendre un médicament prescrit dans le cas d'une maladie grave ou des comportements à risque comme un symptôme d'un trouble psychiatrique précis ne sont généralement pas intégrés dans le concept de l'ANS (par exemple le fait de refuser de manger dans le cas de l'anorexie mentale, l'autoagression dans le cadre de la psychose, les troubles du comportement avec autoagressivité dans le cadre du retard mental). La relation entre l'automutilation culturellement sanctionnée (par exemple dans la scène de Goth (dans les tribus gothiques ?) dans certaines sociétés occidentales, les rituels initiatiques) et l'ANS n'est pas bien comprise.

Epidémiologie

L'autoagression non-suicidaire délibérée est très fréquente dans des pays à revenu élevé. Des taux de 26 % à 37% ont été rapportés pour des échantillons en population générale américaine de jeunes de classes moyenne à supérieure (3ème-

terminale) (Yates et al, 2008). Toutefois, la prévalence varie entre les échantillons et les régions. Dans un échantillon en population générale canadienne, 17% des jeunes ont déclaré qu'ils s'étaient nuï à eux-mêmes au moins une fois (Nixon et al, 2008). Des taux entre 6 et 10 % ont été décrits pour les échantillons irlandais, australiens et japonais (Greydanus & Shek, 2009). Une revue de la littérature sur des études en population générale a décrit des prévalences allant de 13 à 23% (Jacobson & Gould, 2007). La prévalence est plus élevée à la fin de l'adolescence qu'en début d'adolescence ou que durant l'enfance. Le pic de fréquence d'apparition se situe au début de l'adolescence, entre 12 et 14 ans.

Les facteurs de risque

L'ANS chez les adolescents est associée à une morbidité psychiatrique élevée, en particulier aux troubles de l'humeur, aux addictions et aux « externalizing disorders » (Nitkowski & Petermann, 2011). Toutefois, les données sur la morbidité psychiatrique chez les individus présentant des autoagressions sont limitées parce qu'elles se réfèrent principalement à des échantillons cliniques. Dans une étude en population générale, seuls les idées suicidaires, l'épisode dépressif majeur et les événements de vie indésirables prédisaient les autoagressions non-suicidaires (Garrison et al, 1993).

Outre la psychopathologie, il existe d'autres facteurs de risque associés à l'ANS, comme les antécédents d'agressions sexuelles ou physiques, les événements de vie négatifs, et les symptômes souvent liés à la morbidité psychiatrique (dépression, dissociation, anxiété, alexithymie, hostilité, faible estime de soi, comportement antisocial, tabagisme, réactivité émotionnelle, déficits de régulation des émotions) (Jacobson & Gould, 2007). Les événements de vie stressants impliquent souvent les conflits interpersonnels, les pertes, la discorde familiale, les difficultés avec les amis, les problèmes dans les relations amoureuses et les problèmes scolaires (de Kloet et al, 2011). Jacobson et al (2008) dans une « chart review » a comparé quatre groupes d'adolescents en ambulatoire : (1) sans ANS, (2) ANS seule, (3) tentative de suicide, et (4) tentative de suicide, plus ANS. Ils ont constaté que les patients avec ANS avaient des taux similaires d'idéation suicidaire à ceux sans autoagression, confortant la validité de la distinction entre tentatives de suicide et ANS. D'autres résultats soulignent les conclusions supplémentaires suivantes (Jacobson & Gould, 2007) :

- La dépression ne semble pas être un facteur de risque spécifique à l'ANS (au contraire des tentatives de suicide)
- La co-occurrence de l'ANS et de la tentative de suicide pointe une psychopathologie plus grave
- Tous les facteurs de risque empiriquement trouvés pour l'ANS ne sont pas spécifiques et sont également des facteurs de risque de comportement suicidaire
- Le comportement suicidaire et l'ANS sont liés : s'engager dans un des deux comportements augmente la probabilité de se livrer à l'autre (Lofthouse & Yager –Schweller, 2009).

Le tableau E.4.15 résume les différentes fonctions psychologiques qui peuvent exister dans l'ANS. Selon une revue de la littérature par Klonsky (2007), tous ces modèles sont au moins soutenus de façon modérée par des preuves

empiriques. Un cadre d'analyse des comportements d'ANS est fourni par la théorie de l'apprentissage opérant et résumé dans le tableau E.4.16 (Nock et Prinstein, 2004). Le comportement d'autoagression a des aspects de renforcement positif et de renforcement négatif et répond à la fois à des fonctions (sociales) intra- et interpersonnelles.

L'évolution clinique

La plupart des ANS chez les adolescents se résout spontanément avec le temps et ils deviennent de jeunes adultes. Une série de cohortes qui ont suivi 1800 adolescents de plus de 14-15 ans (« over from the age of 14-15 years ») a révélé qu'environ un sur dix s'était déjà fait du mal (Moran et al, 2011).

Table E.4.15 Fonctions hypothétiques des auto agressions non-suicidaires et leur validité empirique.*

Fonction	Description	Validité empirique
Régulation des affects	Pour diminuer un affect négatif aigu ou une excitation affective déplaisante	forte
Lutte contre la dissociation	Pour mettre fin à des sentiments de dépersonnalisation ou à d'autres états dissociatifs	modeste
Anti-suicide	Pour remplacer, ou à titre de compromis, ou pour éviter des tentatives de suicide	modeste
Limites interpersonnelles	Pour affirmer son autonomie ou une distinction entre soi et les autres	modeste
Influence interpersonnelle	Pour demander de l'aide ou manipuler les autres	modeste
Autopunition	Pour se punir ou exprimer sa colère envers soi-même	forte
Recherche de sensations	Créer une excitation	modeste

*Klonsky (2007)

Table E.4.16 Analyse fonctionnelle des conséquences des auto agressions non-suicidaires*

	Intrapersonnelle	Interpersonnelle
Renforcement positif	<ul style="list-style-type: none"> · Pour se punir · Pour se sentir détendu 	<ul style="list-style-type: none"> · Pour attirer l'attention ou l'aide de personnes qui comptent · Pour mettre les autres en colère, les punir ou pour exercer un contrôle
Renforcement négatif	<ul style="list-style-type: none"> · Pour se distraire de pensées et de sentiments négatifs (régulation des affects) · Pour sentir quelque chose, même si c'est de la douleur (anti-dissociation) · Des blessures peuvent éviter de s'engager dans des auto agressions graves (anti-suicide) 	<ul style="list-style-type: none"> · Pour éviter de faire quelque chose de désagréable (ce qui devrait être différencié d'une simulation)

*Nock and Prinstein (2004)

L'automutilation était plus fréquente chez les filles et le moyen le plus courant était les coupures/scarifications (« cutting ») ou les brûlures. Cependant, l'automutilation diminuait de manière significative à partir de l'âge de 17 ans, avec neuf sur dix de ceux qui avaient initialement rapporté une automutilation qui ne rapportaient plus d'automutilation en début d'âge adulte. L'automutilation était plus susceptible de persister chez les femmes et était associé à la dépression et l'anxiété, aux comportements antisociaux, à une consommation d'alcool à haut risque, à une consommation de cannabis, de tabac.

Evaluation

Chaque enfant ou adolescent qui s'est fait du mal devrait être évalué vis-à-vis du risque de récurrence et du risque de suicide. Selon les recommandations NICE (2011), l'évaluation devrait prendre en compte :

- Les moyens et la fréquence des autoagressions actuelles et passées
- Les tentatives suicidaires actuelles et passées
- Les symptômes dépressifs et leur relation avec les autoagressions
- Les maladies psychiatriques et leurs liens avec les autoagressions
- Le contexte personnel et social et tous les autres facteurs spécifiques précédant l'autoagression, comme des états affectifs spécifiques déplaisants ou des émotions et des changements dans les relations sociales du sujet
- Les facteurs de risque et des facteurs de protection (sociaux, psychologiques, pharmacologiques et motivationnels) qui peuvent augmenter ou diminuer les risques associés à l'autoagression
- Les stratégies d'adaptation que la personne a utilisées soit pour limiter avec succès ou prévenir l'autoagression, soit pour contenir l'impact des facteurs personnel, social ou autre précédant des épisodes d'autoagression
- Des relations particulières qui peuvent être, soit favorables, soit représenter une menace (comme la violence ou la négligence) et qui peuvent changer le niveau de risque
- Les risques immédiats et à long terme.

Les parents et les autres acteurs importants dans les soins devraient être inclus dans l'évaluation. L'évaluation individuelle est essentielle et devrait tenir compte des besoins psychologiques satisfaits par l'autoagression, décrits dans le tableau E.4.15, où l'un ou plusieurs d'entre eux peuvent prédominer pour chaque patient. L'utilisation des outils et des échelles d'évaluation des risques pour prédire un futur suicide ou une récurrence de comportement autoagressif n'est pas recommandée par les directives NICE.

Traitement

Pour plus d'informations, se référer aux recommandations cliniques NICE (« The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care » (NICE, 2004)). (« La gestion physique et psychologique à court terme et la prévention secondaire de l'automutilation dans les soins primaires et secondaires »). Ces recommandations comprennent à la fois la gestion de l'ANS et celle des tentatives de suicide.

L'hospitalisation est nécessaire si :



- l'ANS coexiste avec un risque suicidaire élevé
- l'ANS coexiste avec des comorbidités sévères nécessitant un traitement en milieu hospitalier
- l'ANS compromet gravement la santé physique ou le fonctionnement social du patient (par exemple lorsque des interventions chirurgicales répétées sont nécessaires, ou encore un comportement autodestructeur à l'école)
- La prise en charge ambulatoire n'a pas été couronnée de succès,
- Une évaluation fiable n'est pas possible en ambulatoire.

Les patients qui se nuisent de façon grave peuvent avoir besoin de la même surveillance étroite que les patients à risque suicidaire moyen ou élevé. Après les recommandations NICE (2011), le traitement à long terme des lésions auto-infligées comporte une psychoéducation des patients et de leur famille. Les objectifs du traitement peuvent inclure :

- prévenir l'escalade des autoagressions
- réduire les dommages résultant de l'autoagression
- réduire ou arrêter l'autoagression
- réduire ou arrêter d'autres comportements à risque liés
- améliorer le fonctionnement social ou professionnel
- améliorer la qualité de vie
- améliorer tout problème de santé mentale associée.

Un plan de gestion des risques devrait être élaboré avec des stratégies couvrant les risques identifiés (psychologiques, pharmacologiques, sociaux et relationnels).

Ce plan devrait inclure des stratégies d'autogestion et des moyens d'accéder à des services et de recevoir un soutien en cas de crise lorsque les stratégies d'autogestion échouent. Les recommandations NICE conseillent également d'envisager des interventions psychologiques à court terme qui ciblent de façon précise l'autoagression. Les interventions pourraient inclure des éléments cognitivo-comportementaux, psychodynamiques ou résolvant des problèmes – les thérapeutes devraient être spécifiquement formés au traitement qu'ils utilisent dans la gestion des autoagressions. Les stratégies peuvent impliquer des interventions

Une jeune fille de 16 ans a été appelée par son petit ami pour annuler leur rendez-vous prévu ce soir-là parce que ses copains de foot avaient une réunion à laquelle il préférerait assister [événement déclenchant]. Lors de l'appel elle dit être d'accord, mais ensuite elle se sentit blessée et des pensées négatives se développèrent (« Il ne m'aime pas "" Je vais le perdre », "Je ne suis pas attirante pour lui ou pour quelqu'un d'autre »). La jeune fille se sentit de plus en plus désespérée, en colère contre elle-même ; des envies de se faire du mal commencèrent à émerger. Finalement, elle commença à scarifier ses bras superficiellement avec un rasoir, en regardant le sang suinter des blessures [réactions cognitives, affectives et comportementales]. En regardant ses bras saigner elle se sentit soulagée [conséquence renforçante]. Lorsque son petit ami apprit ce qui s'était passé, il s'excusa et la reconforta [conséquence renforçante] et promit de ne jamais refaire quelque chose de semblable [conséquence renforçante]. Avec son thérapeute, elle a recherché des façons différentes de faire face à cette situation: planifier plus attentivement les rendez-vous ; exprimer sa déception et ses désirs au lieu d'accepter en silence ; examiner des interprétations différentes du comportement de son petit ami au lieu de se dévaluer elle-même ; trouver d'autres activités pour la soirée ; faire attention aux conséquences à long terme de son auto agression (ici, les cicatrices) ; se récompenser pour des comportements alternatifs.

déjà décrites plus haut dans la section sur la gestion des comportements suicidaires. Le traitement individuel devrait être basé sur une analyse fonctionnelle des comportements autoagressifs, tenant compte (1) des antécédents, (2) du type de comportement autoagressif et des cognitions, émotions et sensations associées, et (3) des conséquences des lésions auto-infligées, principalement en terme de besoins psychologiques rencontrés par l'ANS, décrits dans le tableau E.4.15.

Des comportements alternatifs qui pourraient être utiles pour déjouer les comportements automutilatoires comprennent :

- une faible envie de s'automutiler : proposer des activités distrayantes telles que jouer avec un animal de compagnie, écouter de la musique, chanter, lire, écrire, peindre, appeler un ami, compter ses respirations, prendre un bain chaud, aller faire une promenade pour être avec des gens, faire de la méditation ou de la relaxation, regarder une comédie, répéter cinq choses vues, senties, touchées, goûtées autour de soi.
- une envie modérée de s'automutiler : provoquer des comportements hyperactifs, qui stimuleront les sens tout en restant inoffensifs, comme manger un citron, mordre un bracelet en caoutchouc attaché au poignet, courir, faire du vélo, s'asseoir et se relever plusieurs fois, frapper dans des oreillers, danser, utiliser un stylo rouge pour marquer sur la peau les endroits où les scarifications ont lieu habituellement, malaxer une boule anti-stress, faire du bruit, crier dans un oreiller, déchirer du papier (de vieux annuaires, des journaux).
- besoin pressant d'automutilation : stimulation modérément douloureuse mais inoffensive, par exemple mâcher des piments jalapeño, prendre une douche très froide, mettre les mains dans l'eau glacée, marcher avec des pois secs dans les chaussures, se frotter de la glace sur la peau aux endroits où les scarifications ont lieu habituellement.

Dans les cas graves, des conseils sur les techniques de réduction des dommages pourraient être prodigués (à l'aide d'une lame propre et aiguisée, en évitant de couper des zones proches des veines et des artères majeures, sans partager les instruments utilisés pour l'automutilation, assurant une protection contre le tétanos ; avoir accès aux premiers soins et avoir une connaissance de base des soins médicaux ; éviter d'associer alcool et autres drogues avec l'automutilation).

Malgré des résultats encourageants d'études pilotes, des preuves empiriques de l'efficacité des interventions psychosociales, y compris la thérapie comportementale dialectique, dans le traitement des comportements automutilatoires chez les adolescents est encore insuffisante (Wilkinson & Goodyer, 2011). Il n'y a également aucune preuve que les médicaments réduisent les autoagressions, bien qu'ils puissent être indiqués pour traiter les comorbidités.

REFERENCES

- Affi T, Enns M, Cox B et al (2008). Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *American Journal of Public Health*, 98:946-952.
- AACAP, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2001). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40 (sup): 24S-51S.
- Bertolote JM, Fleischman A (2009). A global perspective on the magnitude of suicide mortality. In D Wasserman & C Wasserman (eds) *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*, New York: Oxford University Press, pp91-98.
- Branco B, Inaba K, Barmparas G et al (2010). Sex-related differences in childhood and adolescent self-inflicted injuries: a National Trauma Databank review. *Journal of Pediatric Surgery*, 45:796-800.
- Brezo J, Paris J, Vitaro F et al (2008). Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British Journal of Psychiatry*, 193:134-139.
- Bridge J, Greenhouse J, Weldon A et al (2008). Suicide trends among youths aged 10 to 19 years in the United States, 1996-2005. *Journal of the American Medical Association*, 300:1025-1026.
- Bronisch T, Hegerl U (2011). [Suizidalität]. In H Möller, G Laux & H Kapfhammer (eds) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie. Band 1: Allgemeine Psychiatrie*. Berlin: Springer Medizin, pp1469-1501.
- Cash S, Bridge J (2009). Epidemiology of youth suicide and suicidal behaviour. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:613-619.
- Colucci E, Martin G (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review part 1: Rates and methods of youth suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 37:197-221.
- Crawford M, Thomas O, Khan N et al (2007). Psychosocial interventions following self-harm: systematic review of their efficacy in preventing suicide', *The British Journal of Psychiatry*, 190:11-17.
- Daniel S, Goldston D (2009). Interventions for suicidal youth: a review of the literature and developmental considerations. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 39:252-268.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (eds) for the Guideline Group Unipolar Depression (2009). *S3-Guideline/National Disease Management Guideline Unipolar Depression*. Short Version. DGPPN, ÄZQ, AWMF: Berlin, Düsseldorf.
- Elsässer G (2010). [Unfälle, Gewalt, Selbstverletzungen bei Kindern und Jugendlichen - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2008].
- Fergusson DM, Horwood LJ, Beautrais AL (1999). Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?', *Archives of General Psychiatry*, 56:876-880.
- Foley D, Goldston D, Costello E et al (2006). Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*, 63:1017-1024.
- Garrison CZ, Addy CL, McKeown RE et al (1993). Nonsuicidal physically self-damaging acts in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 2:339-352.
- Greydanus D, Shek D (2009). Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *The Keio Journal of Medicine*, 58:144-151.
- Hawton K, Harris L (2008). Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:441-448.
- Hazell P, Lewin T (1993). Friends of adolescent suicide attempters and completers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32:76-81.
- Jacobsen LK, Rabinowitz I, Popper MS et al (1994). Interviewing prepubertal children about suicidal ideation and behaviour. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 33:439-452.
- Jacobson C, Gould M (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 11:129-147.
- Jacobson C, Muehlenkamp J, Miller A et al (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm', *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:363-375.
- Kanchan T, Menon A, Menezes R (2009). Methods of choice in completed suicides: gender differences and review of literature. *Journal of Forensic Sciences*, 54:938-942.
- Kloet L de, Starling J, Hainsworth C et al (2011). Risk factors for self-harm in children and adolescents admitted to a mental health inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:749-755.
- Klomek A, Sourander A, Niemela S et al (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48:254-261.
- Klonsky E (2007). The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27:226-239.
- Kloos A, Collins R, Weller R et al (2007). Suicide in preadolescents: who is at risk? *Current Psychiatry Reports*, 9:89-93.
- Lofthouse N, Yager-Schweller J (2009). Nonsuicidal self-injury and suicide risk among adolescents. *Current Opinion in Pediatrics*, 21:641-645.
- Moran P, Coffey C, Romaniuk H et al (2011). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*

- DOI:10.1016/S0140-6736(11)61141-0
- Nixon MK, Cloutier P, Jansson SM (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178:306-312.
- Nitkowski D, Petermann F (2011). [Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: ein Überblick]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79:9–20.
- Nock MK, Prinstein MJ (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:885–890.
- NSW Department of Health (2004). *Framework for Suicide Risk Assessment and Management for NSW Health Staff*.
- NSW Department of Health (2004). *Suicide Risk Assessment and Management Protocols - Mental Health In-Patient Unit*.
- Omigbodun O, Dogra N, Esan O et al (2008). Prevalence and correlates of suicidal behaviour among adolescents in southwest Nigeria. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54:34–46.
- Ougrin D, Latif S (2011). Specific psychological treatment versus treatment as usual in adolescents with self-harm: systematic review and meta-analysis. *Crisis*, 32:74–80.
- Owens D (2002). Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 181:193–199.
- Pfeffer, CR, Normandin, L & Kakuma, T 1998, 'Suicidal children grow up: relations between family psychopathology and adolescents' lifetime suicidal behavior', *The Journal of nervous and mental disease*, vol. 186, no. 5, pp. 269–275.
- Posner K, Brown G, Stanley B et al (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168:1266–1277.
- Posner K, Oquendo M, Gould M et al (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, 164:1035–1043.
- Qin P, Mortensen P, Pedersen C (2009). Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 66:628–632.
- Ringel E (1976). The presuicidal syndrome. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 6:131–149.
- Robinson J, Hetrick S, Martin C (2011). Preventing suicide in young people: systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45:3–26.
- Russell ST, Joyner K (2001). Adolescent sexual orientation and suicide risk: evidence from a national study. *American Journal of Public Health*, 91:1276–1281.
- Ryan C, Huebner D, Diaz R et al (2009). Family rejection as a predictor of negative health outcomes in white and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123:346–352.
- Schmidtke A, Hafner H (1988). The Werther effect after television films: new evidence for an old hypothesis. *Psychological Medicine*, 18:665–676.
- Spirito A, Esposito-Smythers C (2006). Attempted and completed suicide in adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2:237–266.
- Steele M, Doey T (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(sup6):35S-45S.
- Thompson R, Briggs E, English D et al (2005). Suicidal ideation among 8-year-olds who are maltreated and at risk: findings from the LONGSCAN studies. *Child Maltreatment*, 10:26–36.
- Warnke A (2008). [Suizid und Suizidversuch – Suizidalität]. In B Herpertz-Dahlmann, F Resch, MJ Schulte-Markwort & A Warnke (eds) [*Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen ; mit 227 Tabellen*]. Stuttgart: Schattauer, pp1006–1023.
- Wasserman D, Carli V, Wasserman C et al (2010). Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 10:192.
- Wilkinson P, Goodyer I (2011). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20:103–108.
- Wong M, Brower K, Zucker R (2011). Sleep problems, suicidal ideation, and self-harm behaviors in adolescence. *Journal of Psychiatric Research*, 45:505–511.
- World Health Organization 1996, *Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders in children and adolescents*, Cambridge University Press, Cambridge, New York.
- World Health Organization (2008). *Preventing Suicide: A Resource for Media Professionals*. Geneva: World Health Organization.
- Yates T, Tracy A, Luthar S (2008). Nonsuicidal self-injury among "privileged" youths: longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76:52–62.



Ruslana Sergeevna Korshunova (1987-2008), mannequin à succès Kazakh, décède après avoir sauté du 9e étage du balcon de son appartement de Manhattan