

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 3^{ème} année de pédopsychiatrie

Conduites suicidaires chez l'adolescent

Pr. S. Mouffok- Dr T.Feghoul

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ADOLESCENT

Plan

1. Définition.
2. Epidémiologie.
3. Facteurs de risques.
4. Psychopathologie du suicide de l'adolescent.
5. Quel est l'adolescent suicidant ?.
6. Eléments cliniques
 - 6.1.. Contexte de survenue
 - 6.2. Eléments de pronostic
 - 6.3. Eléments de prévention primaire.
- 7 - les principes de prise en charge et de prévention.
 - 7.1 - Généralités
 - 7.2 - principes de prise en charge des TS
 7. 2. 1 - Hospitalisation recommandée.
 7. 2. 2 - Évaluation « triple »
 - Evaluation somatique.
 - Evaluation psychologique
 - Evaluation sociale.
 - 7.2.3 - Multidisplinarité
 - 7.2.4 - Chimiothérapie
 - 7.2.5 - Organisation du suivi ultérieur
- 8 - Conclusion

Introduction :

Les conduites suicidaires chez l'adolescent sont un enjeu de santé publique en raison de leur fréquence, de leur possible gravité et des difficultés des mesures de prévention.

Le repérage des situations à risque et la prise en charge des tentatives de suicide sont les bases de la prévention du risque de répétition et de décès par suicide.

Les conduites suicidaires ne doivent pas être banalisées et ne sont « jamais à mettre sur le compte d'une crise d'adolescence ».

1.- Définitions

- * Un suicide est une mort volontaire par désir conscient ou non de se donner la mort.
- * Une tentative de suicide (TS) est un acte intentionnel ayant pour but de se donner la mort, mais sans y parvenir. Il s'agit de l'échec d'un suicide quelle que soit la cause de cet échec.
- * Une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est une TS par absorption de médicaments.
- * Les idées ou idéations suicidaires sont le fait de penser au suicide comme une issue possible dans un contexte de souffrance morale.
- * Une crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide.
- * Les équivalents suicidaires sont des conduites à risque où la vie du sujet peut être mise en jeu sans expression d'un désir ou d'une volonté de se donner la mort.
- * Suicidé = individu qui s'est donné la mort volontairement.
- * Suicidant = individu survivant à sa tentative de suicide.
- * Quand une personne décède par suicide, on parle de suicide « abouti » et pas de suicide « réussi ».
- * Cet acte doit être inhabituel : les conduites addictives (alcool, drogues...) sont donc exclues ainsi que les automutilations répétées et les refus de s'alimenter.

2 - Épidémiologie :

Le suicide est chez les adolescents la 2^e cause de mortalité après les accidents de la voie publique. Le taux de suicide reste faible jusqu'à l'âge de 14 ans soit 40 décès en 2010. Dans la tranche des sujets de 15-24 ans, il atteint 4,1 pour 100 000 soit 496 décès en 2010 dont 380 garçons. Ce nombre, certainement inférieur à la réalité, est plus faible que dans les tranches d'âge plus élevées et a diminué depuis 2000 comme à tous les âges.

Le sexe masculin est surreprésenté. Les modes de suicide sont par ordre de fréquence : pendaison, saut d'un lieu élevé, intoxication, armes à feu. Une comorbidité psychiatrique (dépression majeure, psychose) est retrouvée dans 60 à 90 % des cas, sans prise en charge antérieure 2 fois sur 3.

L'évaluation épidémiologique des tentatives de suicide (TS) est difficile : 40 000 par an environ chez les sujets âgés de moins de 24 ans. L'incidence augmente fortement à partir de l'âge de 11 ans. Le rapport est de 22 TS pour 1 suicide chez le garçon et de 160 TS pour 1 suicide chez la fille.

Ainsi, contrairement aux suicides, les TS touchent majoritairement les filles (75 % des cas). Le mode de TS est majoritairement médicamenteux (8/10). Les produits utilisés sont principalement des psychotropes, souvent prescrits à l'adolescent lui-même dans les semaines précédant l'acte. Le paracétamol est le 2^e médicament utilisé. L'intoxication est parfois poly médicamenteuse et/ou associée à d'autres substances comme l'alcool (25 %) ou une autre drogue.

Seule 1 TS sur 5 serait hospitalisée. Le taux de récurrence après TS varie entre 10 et 40 %, surtout dans la période des 6 premiers mois, et semble très lié à la réelle possibilité de suivi après l'acte initial. Le risque de décès par mort violente après TS serait multiplié par 20 dans les 5 années qui suivent le premier geste.

L'idéation suicidaire est d'évaluation épidémiologique encore plus difficile. Chez les sujets de 15-19 ans, 5 à 7 % des garçons et 11 à 13 % des filles reconnaissent avoir eu des idées suicidaires au cours de l'année précédente

Le lien entre idéation suicidaire et passage à l'acte est important

(Les données sont issues en France des publications Inserm et des Baromètres santé jeunes).

3 - Facteurs de risques :

On doit évaluer le risque suicidaire chez tout adolescent consultant, quel que soit le motif.

Les consultations sont peu nombreuses pendant la période de l'adolescence et doivent permettre d'apprécier l'état de santé globale de l'adolescent, au plan physique et psychique.

Pour cela, toute consultation doit comporter un entretien avec l'adolescent seul.

Les questions concernant le repérage de facteurs de risque (FDR) suicidaire doivent s'intégrer dans la même démarche que le dialogue autour du mode de vie, des consommations de produits ainsi que de la sexualité.

Identifier avant tout : antécédents de TS, humeur dépressive, idées suicidaires ou de mort

Tableau 64.1 Facteurs de risque suicidaire

FDR familiaux		<ul style="list-style-type: none"> - Perturbations familiales importantes : <ul style="list-style-type: none"> • rupture des liens (surtout récente), difficultés de communication • conflits répétés, violences conjugales • antécédents de maltraitance, abus sexuels (inceste) - Antécédents psychiatriques familiaux : <ul style="list-style-type: none"> • maladie psychiatrique d'1 ou 2 parents • TS ou suicide • alcoolisme
FDR individuels	Non spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de fugue - Antécédents d'accidents répétés ou de plaintes somatiques récurrentes - Consommations régulières de tabac, alcool, drogues, psychotropes - Maladies chroniques (asthme, diabète, obésité, épilepsie) - Homosexualité, troubles de l'identité sexuelle - Victime de harcèlement - Difficultés scolaires (redoublement, absentéisme, déscolarisation, orientation)
	Psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de TS - Dépression (masquée ou niée à cet âge), humeur dépressive - Idées suicidaires - Impulsivité - Trouble psychotique - Troubles du comportement alimentaire - Deuil récent dans l'entourage - Prise de certains médicaments (isotrétinoïne, montelukast, psychotropes)

4 - psychopathologie du suicide de l'adolescent :

Les idées suicidaires sont très fréquentes à l'adolescence. Il faut être attentif au sujet qui exprime des idées suicidaires et ne pas en banaliser l'expression d'autant que celle-ci ne préjuge en rien de la réalisation ou non d'un geste suicidaire. A côté des idées suicidaires, certaines conduites à risques peuvent parfois prendre une signification suicidaire. Dans d'autres cas elles peuvent aussi être une expression de toute-puissance devant le danger. Le geste suicidaire - ou son équivalent - chez l'adolescent n'a évidemment pas "d'explication" univoque. Il faut donc bien se garder de le stigmatiser en ne le considérant que sous le primat de la problématique adolescente... Le suicide, quel que soit l'âge auquel il survient, représente avant tout une vicissitude de la trajectoire d'un sujet et ne peut être réduit à un avatar isolé du développement. Par ailleurs, il ne semble pas exister d'organisation de la personnalité particulière se rattachant au risque suicidaire à l'adolescence. Comme le constatent fréquemment les parents d'adolescents mais aussi tous les professionnels amenés à rencontrer des jeunes, l'adolescent, bien souvent, agit-réagit, souvent de façon impulsive, comme s'il court-circuitait la pensée et la souffrance psychique qui s'y rattache. Cette tendance à l'agir est actuellement considérée par de nombreux auteurs comme un processus défensif visant à évincer les conflits intrapsychiques sous-jacents. Ces conflits sont en particulier de nature identitaire, en lien avec les profonds remaniements pubertaires.

5 - quel est l'adolescent suicidant ? :

- La tentative de suicide est une attaque du corps au cours d'un acte impulsif. Il s'agit généralement d'une tentative d'échapper à une situation vécue comme insupportable. Elle peut aussi constituer une tentative extrême de « maîtrise du corps en cours de sexualisation ».

- L'adolescent suicidant (= qui fait une tentative de suicide) n'a pas de profil de personnalité ni de pathologie psychiatrique définis. Le contexte présuicidaire est souvent marqué par des changements récents ou des facteurs déclenchant qui doivent alerter : rupture relationnelle, décrochage scolaire, troubles du sommeil, accidents, plaintes somatiques, survenue ou majoration d'une consommation de toxiques.

- La connaissance des facteurs de risque et de ces éléments contextuels doit permettre :

- d'évoquer le risque de passage à l'acte suicidaire ou le risque de récurrence après un 1^{er} geste
- d'en évaluer la gravité et le degré d'urgence.

Les conduites suicidaires modifient l'équilibre familial antérieur (« attaqué comme le corps ? ») et entraînent soit des remaniements positifs, soit une plus grande rigidité des mécanismes interactifs familiaux.

- Deux éléments de la réaction familiale ont un impact favorable sur la prise en charge ultérieure : la capacité à reconnaître la gravité de l'acte (opposée à la banalisation) ; la

capacité à reconnaître la souffrance psychique de chacun (opposée au déni de cette souffrance).

- Cette double reconnaissance concerne l'adolescent, ses parents et l'équipe soignante. Dans les jours qui suivent le passage à l'acte, survient le plus souvent une amélioration symptomatique qui ne doit pas faire surseoir à la nécessité d'un suivi de l'adolescent et de sa famille à distance.

Deux questions : risque de passage à l'acte suicidaire et risque de récurrence après un geste suicidaire.

6. Eléments cliniques :

6.1.. Contexte de survenue

Il existe souvent des éléments précurseurs, susceptibles d'être repérés par le médecin, la famille, le milieu scolaire... Les signes d'alarmes, importants à connaître et à identifier, sont décrits au paragraphe 7 (prévention). 3.4.2. Moyens utilisés 161 Les suicides sont le plus souvent violents : défenestration, pendaison, armes à feu, noyade. Les tentatives de suicide plus souvent médicamenteuses : - Les médicaments sont en général ceux de la famille, le plus souvent de la mère - Porter une attention particulière au danger que représentent les médicaments 3.4.3. Place de la pathologie psychiatrique Dans 75-80% des cas, aucun diagnostic psychiatrique ne peut être porté. Mais il faut savoir rechercher systématiquement une pathologie associée et en particulier connaître le lien entre suicide et dépression. Si la dépression est présente, le potentiel de récurrence est important. Rôle important de l'impulsivité à l'adolescence. La gravité psychologique du geste suicidaire n'est pas proportionnelle à la gravité somatique. Le sens du geste peut être aussi inquiétant avec quelques comprimés non nocifs que face à un état somatique grave.

6.2. Eléments de pronostic

Un tiers des adolescents suicidants récidivent. Parmi les facteurs de risque de récurrence les plus fréquemment identifiés, on trouve la notion d'une personnalité pathologique, d'antécédents familiaux pathologiques (alcoolisme, abus sexuels notamment), de pathologie relationnelle familiale, de pathologie dépressive. Mais il est également un facteur évident de

risque de récurrence, qui concerne l'absence de prise en compte du premier geste de la part de l'entourage du jeune. Ce "raté" concerne en particulier les équivalents suicidaires ou encore les tentatives de suicide n'ayant pas mis en jeu le pronostic vital et qualifiées à tort de "TS a minima". La banalisation du geste est donc un facteur de risque majeur de récurrence, souvent plus grave (escalade dans la prise de risque). Il est enfin très difficile d'évaluer un pronostic à distance de la tentative de suicide chez l'adolescent. Une étude française récente montre que la mortalité à 5 ans chez les adolescents hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide est sept fois plus élevée que celle de la population générale du même âge.

6.3. Eléments de prévention primaire

Les données scientifiques actuelles montrent qu'il convient d'être très prudent et modeste en matière de prévention primaire du suicide chez l'adolescent. On peut toutefois insister sur l'importance de reconnaître les facteurs de risques et de les traiter chaque fois que possible. Parents et professionnels (soignants et non-soignants) doivent être informés sur les signes d'alarme qui indiquent qu'un adolescent souffre et est éventuellement en "crise suicidaire". Il s'agit principalement de : - Contexte de deuil, de perte douloureuse, affectivement.

Propos ou écrits avec allusion directe ("Je vais me foutre en l'air") ou indirecte ("Je ne vous embêterai plus... Vous allez avoir la paix"...) - Comportements de retrait avec recherche d'isolement, repli, appauvrissement affectif. Il faut insister sur toutes manifestations en rupture nette avec une trajectoire antérieure (+++), d'autant que les signaux d'alarme se multiplient, s'amplifient, s'associent et se pérennisent. Cette sensibilisation doit être complétée d'une information sur les moyens, les dispositifs, les ressources qui peuvent être sollicités de façon directe ou indirecte (réseaux de soins, réseaux sociaux, réseaux scolaires). La prévention sera nettement améliorée par une bonne connaissance réciproque des partenaires du réseau et par tout ce qui pourra faciliter l'accès des adolescents à l'écoute et au soin.

7 - les principes de prise en charge et de prévention

7. 1- Généralités

Les principes de prise en charge et de prévention sont très liés. Les liens entre les trois situations : idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides sont forts.

Des recommandations font suite aux travaux de l'HAS et Anaes de 1998. Elles cherchent à prévenir la morbidité physique et psychique des tentatives de suicide et la mortalité par suicide.

Les grands principes de prise en charge sont :

- l'hospitalisation des TS de l'enfant et de l'adolescent, quelle que soit sa gravité au plan somatique ;
- l'évaluation triple « somatique, psychologique et sociale » ;
- une prise en charge multidisciplinaire ;
- la faible utilisation de chimiothérapie à visée psychiatrique ;
- un suivi ultérieur organisé avec un réseau ambulatoire.

Une TS de l'adolescent ne doit jamais être banalisée

7. 2 - principes de prise en charge des TS

7. 2. 1 - Hospitalisation recommandée

Toute TS de l'enfant et de l'adolescent, quelle qu'en soit la gravité, devrait bénéficier d'un temps d'évaluation hospitalière.

Pourtant, seulement 20 % des TS de l'adolescent sont hospitalisées.

Plusieurs raisons sont évoquées pour expliquer ce constat : absence de repérage de l'acte, banalisation par l'entourage, réticences des familles ou des médecins, absence d'organisation des services d'accueil, absence de place hospitalière, absence de structure adaptée aux adolescents.

Il n'existe pourtant pas de parallélisme entre la gravité de l'acte et l'évolution ultérieure. L'intérêt de l'hospitalisation a été confirmé par des études prospectives et rétrospectives portant surtout sur le risque de récurrence et l'adaptation sociale.

Le lieu d'hospitalisation est le plus possible adapté à l'âge de l'enfant ou l'adolescent.

Les services d'accueil doivent comporter les ressources nécessaires au bilan somatique, psychique et social. Beaucoup d'enfants et adolescents sont hospitalisés après une TS en secteur pédiatrique où interviennent des unités de psychiatrie de liaison.

La durée minimum d'hospitalisation recommandée est de 3 jours mais est variable.

L'hospitalisation des adolescents pour TS est un « moment à ne pas rater ». Elle va permettre les évaluations indispensables et elle « entérine aussi la notion de crise », ce qui est indispensable à la prise en charge en offrant un lieu tiers en dehors de sa famille.

7.2.2 - Évaluation « triple »

Évaluation somatique

Dès le service d'urgences, l'objectif est de prendre en charge la gravité somatique immédiate et d'expliquer les raisons de l'hospitalisation. L'équipe des urgences exerce un rôle de réparation du corps, sans aucun jugement de valeur sur le geste suicidaire.

L'évaluation somatique permet de mesurer les conséquences physiques de la TS, pouvant faire l'objet d'une prise en charge : recherche et traitement d'une intoxication, surveillance en réanimation selon l'état clinique et les risques induits, prise en charge traumatologique, etc.

L'intervention de l'équipe multidisciplinaire qui prendra en charge ultérieurement l'enfant ou l'adolescent est souhaitable dès ce temps de l'urgence. Des explications sont données aux parents sur la nécessité d'une hospitalisation.

Au cours de l'hospitalisation, l'évaluation somatique est poursuivie.

Des comorbidités physiques sont recherchées. Les évaluations du développement pubertaire, de l'état staturo-pondéral, la recherche de scarifications ou d'automutilations sont indispensables. Il peut parfois être utile de proposer un dépistage d'infections sexuellement transmissibles ou encore un test diagnostique de grossesse.

Tout ceci doit se faire en parfaite confidentialité avec l'adolescent. L'examen du corps permet souvent d'initier un dialogue autour des problèmes de l'adolescent. « Le corps est le moyen d'agir et la cible des agissements ».

Évaluation psychologique

Elle est effectuée par le psychiatre en liaison avec l'équipe somatique. Elle a lieu dès que possible, en tenant compte de l'état physique de l'adolescent.

Elle doit être systématique et articulée sur la prise en charge ultérieure.

On recherche des facteurs de risque de récurrence à court terme (voir *supra*) et l'existence d'une pathologie psychiatrique sous-jacente en particulier une dépression. Il est important d'analyser et de rechercher des antécédents de traumatisme psychique ou physique : maltraitance sexuelle ou physique, carences, événements douloureux.

L'utilisation de l'échelle de Beck sur l'intentionnalité suicidaire est recommandée mais assez peu utilisée (voir Annexe 64.1). Des évaluations complémentaires sont parfois nécessaires à l'aide de tests projectifs pour le dépistage des pathologies psychiatriques.

Évaluation sociale

Cette évaluation est toujours nécessaire, en lien avec le service social.

Elle précise le contexte familial, scolaire, professionnel et éducatif. On évalue les conditions de vie de l'adolescent : vie en famille ou en collectivité, difficultés d'insertion. Un réel travail de liaison sociale est aussi souvent nécessaire autour des adolescents en grande difficulté : recherche de prises en charge précédentes, contacts avec les éducateurs.

La crise est souvent l'occasion de révélation de difficultés familiales. L'hospitalisation permet d'évaluer la souffrance familiale et parfois de réduire les clivages entre l'adolescent et sa famille.

Annexe 64.1 Éléments permettant d'évaluer l'intentionnalité d'un geste suicidaire selon l'échelle de BECK (HAS, 1998)

A. Circonstances objectives de la TS
1. Isolement (une personne était-elle présente ou a-t-elle été jointe par téléphone par le suicidant ?)
2. Gestion du temps (la TS a-t-elle été planifiée de manière que le patient ne puisse pas être découvert ?)
3. Précautions prises pour ne pas être découvert (par exemple TS dans une pièce fermée à clé)
4. Dissimulation de la TS aux personnes présentes (le sujet a-t-il évoqué sa TS lorsqu'il a été sollicité ?)
5. Actes réalisés en prévision de la mort (changements de projets, cadeaux inhabituels)
6. Préparation de la TS
7. Intention écrite de TS
8. Communication verbale de l'intention suicidaire
9. But de la tentative (y avait-il une intention de disparaître ?)
B. Propos rapporté par le patient
10. Attentes par rapport à la létalité du geste (le patient pensait-il qu'il allait mourir ?)
11. Appréciation de la létalité de la méthode employée (le patient a-t-il utilisé un moyen plus dangereux que ce qu'il croyait être ?)
12. Gravité perçue du geste suicidaire (le patient pensait-il que ce geste suicidaire était suffisant pour mourir ?)
13. Attitude ambivalente par rapport à la vie (le patient souhaitait-il réellement mourir ?)
14. Perception de l'irréversibilité de l'acte (le patient était-il persuadé de mourir malgré d'éventuels soins médicaux ?)
15. Degré de préméditation (le geste a-t-il été impulsif ou a-t-il succédé à plusieurs heures de réflexion à son sujet ?)
16. Réaction à l'issue de la prise en charge (le patient regrette-t-il d'être en vie ?)
17. Représentation de la mort (la mort est-elle représentée de façon positive ?)
18. Nombre de TS antérieures (y a-t-il eu dans le passé plusieurs TS ? Ont-elles été rapprochées ?)

7.2.3 - Multidisciplinarité

La prise en charge hospitalière doit être globale et associer plusieurs intervenants.

Elle doit répondre à des règles institutionnelles de travail en équipe, de recherche de continuité des soins, à adapter individuellement à chaque adolescent. L'équipe pluridisciplinaire est composée au mieux d'une équipe mixte de prise en charge somatique et psychique avec un référent psychiatre.

Le soin institutionnel pendant le séjour hospitalier a été comparé par certains à de véritables « soins intensifs » psychiques autour de trois dimensions :

- travail individuel de l'adolescent qui amorce un travail d'élaboration psychique ;
- travail de groupe avec confrontation aux pairs hospitalisés ;
- travail avec la famille autour de la crise familiale qui accompagne cette crise suicidaire

7.2.4 - chimiothérapie

Aucun médicament n'a d'action spécifique sur le risque de récurrence suicidaire.

La tentative de suicide ne constitue pas une indication à utiliser des antidépresseurs ou des sédatifs.

L'instauration d'un traitement antidépresseur d'un anxiolytique ou même d'un neuroleptique dépendra des symptômes associés (dépression, anxiété activité délirante ou troubles perceptifs) et dépendra aussi des comorbidités

7. 2.5 - Organisation du suivi ultérieur

L'hospitalisation initiale n'a de sens que si elle s'articule avec un suivi ambulatoire. Cette articulation nécessite un travail d'accompagnement et de liaison avec le référent ou l'équipe psychiatrique et/ou somatique qui organisera la prise en charge ultérieure.

Des facteurs de réussite de cette orientation ont été mis en évidence : durée de séjour hospitalier suffisante, nombre suffisant d'entretiens pendant l'hospitalisation, identification d'un référent hospitalier, existence d'un lien réel entre l'hôpital et l'intervenant ultérieur, prise de rendez-vous immédiate au cours de l'hospitalisation.

Il est important que la première consultation de suite soit proche de la sortie (2 à 7 jours). La plupart des équipes hospitalières proposent actuellement des consultations relais faites par l'équipe initiale et une transition « présentée et personnalisée » à l'équipe de soins ultérieurs. Les modalités de soins psychothérapeutiques sont adaptées à l'adolescent.

La sortie d'hospitalisation se fait en associant la famille. Les membres de la famille participent aux orientations du projet de soins et l'indication d'une thérapie familiale peut

être posée. Leur adhésion au projet est un facteur important d'observance. Le soutien aux familles angoissées par le risque de récurrence est nécessaire.

Le médecin traitant peut être associé à la prise en charge de l'adolescent si celui-ci le souhaite. Il aide l'adolescent et sa famille dans cette période post-crise et favorise l'observance de l'adolescent à la prise en charge proposée.

La liaison scolaire ne peut se faire que dans le respect d'une stricte confidentialité imposant de ne transmettre éventuellement des informations qu'au médecin scolaire lié par le secret médical. Cette liaison peut être nécessaire s'il a été repéré des problèmes importants autour de la scolarité pendant l'hospitalisation. Le lien doit être discuté et accepté par l'adolescent et sa famille.

La liaison sociale permet d'organiser la sortie des adolescents en difficultés : lien avec les éducateurs qui suivaient l'adolescent avant la crise, recherche d'une mesure d'aide éducative en cas de repérage de situation sociale difficile.

La prise en charge de l'adolescent suicidant doit permettre d'améliorer significativement des éléments du contexte (personnel, familial, social) qui avaient conduit à la tentative de suicide. Les Maisons des adolescents ont une place dans ce réseau de soin autour des risques suicidaires.

Elles peuvent par leur accessibilité et leur très forte fréquentation être des lieux de relais dans le parcours des adolescents.

Conférence de consensus, octobre 2000 : Face à un adolescent qui donne des signes d'alarme.

« Triple évaluation » du potentiel suicidaire : RUD (risque, urgence, dangerosité).

- Evaluer le risque : y a-t-il des facteurs de risques ? (les traiter).
- Evaluer l'urgence (= imminence du passage à l'acte) :
 - Y a-t-il un scénario suicidaire ? (prendre des dispositions)
 - Y a-t-il une absence d'alternative au suicide ? (proposer des alternatives)
 - Y a-t-il une impulsivité particulière ?
- Evaluer la dangerosité (du scénario suicidaire) :
 - Le moyen envisagé est-il létal ? (prendre des dispositions)
 - L'adolescent a-t-il accès direct à ce moyen ?
 - Tenir compte là aussi de l'impulsivité.

Evaluer les ressources propres à l'adolescent, à son entourage, les partenariats possibles. Mettre en place des mesures pour désamorcer la crise suicidaire.

	risque	urgence	dangérosité	ressources
Faible (+)				
Moyen (++)				
Elevé (+++)				

8 - conclusion

La crise suicidaire est une crise psychique réversible et temporaire, dans un contexte de vulnérabilité. Les ressources adaptatives de la personne sont épuisées, le suicide est une des sorties possibles de cette crise qui en fait sa gravité.

L'entretien psychiatrique a pour but l'**évaluation du risque** (recherche de facteurs de risque et de facteurs de protection), de l'**urgence** (niveau de souffrance élevé et degré d'intentionnalité élevé) et de la **dangerosité** (létaleté du moyen considéré et facilité d'accès à ce moyen).

L'**hospitalisation** (libre ou sous contrainte) s'impose en cas de niveau d'**urgence élevée**. Dans les autres cas, la décision d'hospitaliser sera à adapter à la situation. Il faut en tout cas penser à la mise à distance des moyens létaux. En cas de soins ambulatoires, l'entourage doit idéalement être proche et disponible. On prévoira une réévaluation rapide.

Références Bibliographiques

1. BURY . J.A Education pour la santé publique, santé des enfants, santé des jeunes,
2. OMS la santé des jeunes, un repli, un espoir, Genève 1994.
3. POMMERAU, le suicide des adolescents. 1995.
4. BERGERET , psychopathologie de l'adolescent.
5. DURKHEIM. Le suicide.
6. LESTER, le suicide dans une perspective internationale
7. QUE SAIS JE ? Le développement psychoaffectif
8. ALVIN, P., 2009. L'envie de mourir, l'envie de vivre. Doin, Paris.
9. DE KERNIER, N., CANOUI, P., GOLSE, B., 2010. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. Arch. Pediatr. 17, 435-441.
10. DE TOURNEMIRE, R., 2010. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence : données épidémiologiques, comment s'y retrouver ? Arch. Pediatr. 17, 1202-1209.
11. GIRAUD, P., FORTANIER, C., FABRE, G., GHARIANI, J., GUILLERMAIN, Y., ROUVIERE, N., ET COLL., 2013. Tentatives de suicide : étude descriptive d'une cohorte de 517 adolescents de moins de 15 ans et 3 mois. Arch. Pediatr. 20, 608-615.
12. DUVERGER, P.H., 2011. Psychopathologie en service de pédiatrie : pédopsychiatrie de liaison. Elsevier Masson, Paris