

Dépression et suicide sont fortement corrélés chez l'adolescent

Mots clés :
Adolescent
Dépression
Soin primaire
Suicide

Le suicide est l'une des principales causes de mortalité à cet âge : près de 1 000 décès annuels chez les 15-24 ans, probablement près de 100 fois plus de tentatives de suicide (TS), dont 3 sur 4 n'entraînent pas d'hospitalisation, et de nombreux accidents de circulation assimilables à des comportements suicidaires. Ces données françaises datant de 10 ans semblent toujours d'actualité¹. La corrélation entre dépression et geste suicidaire est forte bien que difficile à quantifier, notamment pour des problèmes méthodologiques de définition des manifestations de la dépression de l'adolescent². La controverse sur le risque potentiel des IRS s'est interposée dans le débat (*Bibliomed* 377). Les conclusions de la conférence de consensus de 2000 restent pour l'essentiel valides³. Quelques études et synthèses récentes apportent des éléments de réflexion novateurs pour la prise de décision⁴⁻⁶.

Dépression et geste suicidaire à l'adolescence

Il existe peu de données épidémiologiques récentes. La dépression, sous différentes formes, y compris des épisodes très brefs, mais récurrents, était retrouvée 7 à 8 fois sur 10 dans les études chez des adolescents hospitalisés après TS². L'association dépression et tendance au suicide est courante à l'adolescence (prévalences respectives dans l'étude canadienne : 7,6 et 13,5%⁵) et étroitement liée aux suicides « réussis »^{2,5}. Les auteurs européens d'inspiration analytique insistent surtout sur une perspective dynamique où entrent en jeu à la fois une vulnérabilité interne propre aux adolescents (même si les troubles de l'humeur sont le plus souvent en cause²) et la défaillance de l'environnement familial, scolaire ou social⁴. La perspective anglo-saxonne, plutôt d'inspiration comportementaliste, est assez proche^{5,6}.

Reconnaître et comprendre pour anticiper...

La seule façon d'y parvenir est de rechercher systématiquement la présence d'idées de suicide chez des adolescents en désarroi ou chez lesquels les plaintes, notamment somatiques, ne s'expliquent pas^{2,3}. La conférence de consensus³ insistait sur 3 types de signes : les expressions d'idées et d'intentions suicidaires, les manifestations de la crise psychique et le contexte de vulnérabilité, en particulier en cas d'évènements traumatiques de vie récents ou à date anniversaire.

Que retenir pour notre pratique ?

- **Aucune TS ne peut être considérée comme à « faible risque »**, bien qu'elles soient souvent banalisées, à commencer par les adolescents eux-mêmes² et les facteurs déclenchants (fatigue, surmenage, rupture sentimentale, dispute familiale...) très souvent minorés par l'adolescent et sa famille¹. L'hospitalisation reste, malgré l'absence d'études contrôlées, la solution immédiate la plus protectrice et la plus sûre en cas de TS²⁻⁶.
- **La corrélation entre dépression et suicide est très forte à l'adolescence.** Le traitement de la dépression s'impose de lui-même (*Bibliomed* 588). Il était souligné, déjà en 1998, bien avant la controverse sur l'emploi des IRS, que « *s'en tenir à la seule prescription de médicaments peut être considéré comme une négligence professionnelle* »².
- **Depuis des décennies, la référence incessante à une pratique de « réseau »** semble au mieux relever de l'incantation conjuratoire. Les divers planifications ou projets n'ont jamais abouti à une solution concrète...
- **Repérer les signes prémonitoires est essentiel**, nous y reviendrons.

Diagnostiquer une dépression dans un tel contexte est « *une étape incontournable [...] : l'expérience de Götlund démontre que la reconnaissance puis le diagnostic par des généralistes qui ont suivi un programme de FMC sur ce thème débouchent sur une réduction significative du taux de suicide* »². La conférence de consensus insistait sur l'évaluation de la dangerosité et de l'urgence³. Mais au-delà de cette approche « utilitaire », il importe de ne pas isoler la crise du contexte de l'adolescence. L'expérience de Necker⁴ a montré qu'une évaluation approfondie du fonctionnement psychique de l'adolescent au moment du geste suicidaire et un an plus tard, avec un accompagnement durant cette période de « haut danger », permettait à l'adolescent de « *rattacher son geste à un sens latent et de remettre en activité un processus psychique temporairement pétrifié* ».

Accompagner : maintenir le « lien »

Toutes les publications^{2,6} insistent sur l'importance du travail en réseau entre généraliste, psychiatre et psychothérapeute (exception française notable : l'équipe « pluridisciplinaire » est exclusivement hospitalière⁴) : le généraliste accueille et parfois reste le seul soignant mais « *doit pouvoir s'entourer des conseils d'un spécialiste et partager éventuellement avec lui la responsabilité des décisions thérapeutiques* »².

Références

- 1- HCSP. *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. Février 2000.
- 2- Laederach J, Ladame F. *Suicide des jeunes et dépression*. In: *La dépression avant 20 ans*. Lempérière T. Paris: Masson; 1998.
- 3- Conférence de consensus. *La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Paris, 19 et 20/10/2000.
- 4- De Kernier N, Canoui P, Golse B. *Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire*. *Arch Pédiatrie*. 2010; 17: 435-41.
- 5- Cheung AH, Dewa CS. *Canadian Community Health Survey: Major Depressive Disorder and Suicidality in Adolescents*. *Healthcare Policy*. 2006; 2: 76-89.
- 6- Shain BN and the Committee on Adolescence. *Suicide Attempts in Adolescents*. *Pediatrics*. 2007; 120: 669-76.