

**Adolescence et suicide :**  
*Quels facteurs de risque psychologiques ?*

**Adolescence and suicide:**  
*Which psychological risk factors?*

HADERBACHE Yamina , Doctorante en psychologie  
Laboratoire LSMN, Université de Bejaia

**Résumé**

Le suicide est un phénomène multifactoriel et la littérature scientifique révèlent de nombreux facteurs de risques. Dans le présent article, nous allons exposer une revue de littérature sur les facteurs psychologiques qui peuvent sous-entendre l'apparition de suicide. Nous allons axer notre présentation sur les différentes recherches réalisées pour explorer l'apport de l'état psychologique et des troubles mentaux dans le passage à l'acte suicidaire chez la catégorie des adolescents.

**Mots clés :** le suicide, tentative du suicide, l'autopsie psychologique, la maladie mentale, adolescent.

**Abstract**

Suicide is a multifactorial phenomenon, and the scientific literature reveals many risk factors.

In this paper, we will present a review of the literature on the psychological factors that may imply the onset of suicide. We will focus in our presentation on the various research carried out to explore the contribution of the psychological state and mental disorders in the passage to the suicidal act in the category of adolescents.

**Keywords :** suicide, attempted suicide ,psychological autopsy, mental illness, teenager.

## Introduction

Les données de prévalence indiquent une hausse dans les chiffres de suicide. Plus de 800 000 personnes se suicident chaque année dans le monde, soit une personne toutes les 40 secondes. Selon [Belgacem](#) (2021), le taux de suicide en Algérie « oscille entre “zéro” et “cinq” pour 100 000 habitants, est l’un des plus faibles des pays maghrébins. C’est ce que révèle une cartographie publiée, par le site en ligne français L’Important. Ce chiffre, légèrement revu à la hausse par rapport à l’année 2019, s’est stabilisé en 2020 et 2021. En effet, selon la Banque mondiale, le taux de suicide en Algérie en 2019 oscillait entre “zéro” et “2,5” pour 100 000 habitants. (<https://www.liberte-algerie.com/radar/le-taux-de-suicide-en-algerie-se-stabilise-365768>). Cette présente publication portera sur l’exploration des différents facteurs psychologiques et la santé mentale qui peuvent être déterminantes dans le phénomène de suicide notamment chez la catégorie des adolescents.

### 1. Suicide et tentatives de suicide

Selon Gelder (2001), le suicide peut être défini comme « tout acte entraînant la mort, délibérément entrepris et exécuté par une personne consciente de son issue fatale et dans le but de se donner la mort » (Terra et Pacaut-Troncin, 2008, p.322).

Selon Mishara, Tousignant (2004), ce que l’on identifie comme tentatives de suicide « sont des actes intentionnels fait par une personne dans le but de se suicider et qui n’aboutissent pas à la mort ». (Mishara et Tousignant, 2004, p.34)

### 2. Historique ; facteurs de risque et suicide

Face à la gravité du phénomène du suicide, de nombreuses recherches ont été réalisées dans différents pays dès le milieu du XIXe siècle, dans le but d’identifier les facteurs de risque du suicide. L’utilisation de l’analyse des caractéristiques épidémiologiques et sociologiques du suicide s’est largement répandue en se basant sur les données de mortalité.

De nombreuses enquêtes épidémiologiques (prospectives, de suivi de cohortes de patients hospitalisés et/ou présentant une pathologie donnée, rétrospectives sur dossiers) indiquent que la majorité des suicides survenaient dans un contexte de désordre psychique.

Dans ces enquêtes réalisées, les données essentielles sont recueillies auprès des personnes ayant fait des tentatives de suicide non mortelle. En effet, l'intérêt des études sur des tentatives de suicide (TS) pour comprendre le geste suicidaire pose de nombreuses questions. La démarche est supposée être source d'informations sur des individus jugés très semblables aux suicidés, ce que confirment Mann (2003), dans ses recherches où il indique que l'étude clinique et neurobiologique des suicides non aboutis est une source de connaissances sur les suicides aboutis, car les deux populations sont semblables d'un point de vue clinique et démographique. Elle comporte toutefois des limites. ( Batt et al., 2005)

À ce titre, nous présentons quelques données, parfois contradictoires, de la littérature.

Selon Batt et al. (2005), les études épidémiologiques, sur le suicide et la tentative de suicide (TS) ont été généralement décrits comme des phénomènes bien distincts : concernant les tranches d'âge et le sexe où ils ne présentent pas la même prévalence chez les hommes et chez les femmes. Or, il apparaît de manière de plus en plus évidente que les deux phénomènes ne sont pas aussi indépendants l'un de l'autre (risque de suicide accru par le nombre de TS antérieures, variation simultanée des taux de suicide et de tentatives de suicide).

Pour certains auteurs, TS et suicide constitueraient l'expression d'un continuum de comportements autodestructeurs (Lineham, 1986 ; Anaes Conférence de consensus, 2000).

En effet, en se basant sur ce qui précède, la différenciation entre TS grave et suicide se dissimule, en raison de l'efficacité de plus en plus grande des services de réanimation qui parviennent à réanimer des personnes qui, sans leur intervention, seraient décédées.

Selon Schmidtke et al., (1996), l'hypothèses sur la convergence des deux phénomènes - suicide et TS - les statistiques identifie davantage d'hommes dans de suicide alors que les femmes sont le plus sujettes à la dépression et font le plus grand nombre de TS.

En effet, plusieurs études épidémiologiques (Beck et Steer, 1989 ; Leon et al., 1990 ; Isometsä et Lönnqvist, 1998 ; Cavanagh et al., 1999 ; Forman et al., 2004), ont montré que les antécédents de tentatives de suicide sont le principal prédicteur d'un suicide abouti ultérieur. (Batt et al., 2005)

### **3. L'autopsie psychologique**

Elle est dérivée d'une méthode initialement développée à Los Angeles et destinée à améliorer les investigations de routine des médicaux Officers aux États-Unis ou des coroners en Grande-Bretagne devant un cas de mort suspecte (open verdict). Une série d'entretiens intensifs auprès des proches d'une personne décédée dans des circonstances mal définies était alors destinée à reconstituer les circonstances sociologiques et psychologiques associées au décès.

L'utilisation de ces termes est attribuée à Farberow et Schneidman (1961). Durant les années 1955-1965, les travaux du Centre de Prévention du Suicide de Los Angeles (LASPC), auxquels ont contribué Litman, Farberow et Schneidman, ont eu un grand retentissement et ont surtout consisté en un travail de classification des causes de décès. Ce sont finalement les travaux de Robins et al. (1959), Dorplat et Ripley (1960) et Barraclough et al. (1974) qui ont servi de modèles aux travaux modernes car ils étaient méthodologiquement bien définis et comportaient des entretiens standardisés des proches d'un grand nombre de cas consécutifs de suicide sur une zone géographique bien délimitée. ( Batt et al., 2005, p. 20)

D'après Batt et al., ( 2005), le recours à l'autopsie psychologique nécessite de prendre en considération différents points méthodologiques. Concernant le choix du type d'enquête, les premières études de cas isolés ou de cas consécutifs, trop narratives et ne permettant pas de comparaison entre les études, ont ensuite fait

place aux études de cas-témoins (case control) où chaque cas de suicide est associé à un cas-témoin, appareillé sur le sexe, l'âge et, dans la mesure du possible, le maximum de données sociodémographiques, sociologiques, cliniques ou environnementales pertinentes, compte tenu des objectifs de l'étude. L'hypothèse est que les variables qui différencient le cas du témoin sont vraisemblablement en rapport avec le geste suicidaire (caractéristiques, circonstances, contexte) et, de ce fait, peuvent alors être interprétées comme des facteurs de risque de suicide. De la même façon, les individus d'un groupe contrôle qui présentent les caractéristiques les plus proches des cas peuvent être considérés comme des individus à risque de suicide ultérieur. Cette hypothèse s'est trouvée vérifiée dans les recherches de Pallis et al. (1982, 1984).

### **3.1. L'autopsie psychologique dans le cas de suicide des adolescents**

L'autopsie psychologique se fait avec les parents, les frères et sœurs, les amis très proches et les enseignants sont sollicités. Les contacts de même âge que la victime sont préférables, car ils ont pu partager le même genre d'expériences (usage d'alcool et de substances toxiques, chômage, problèmes socio-économiques et affectifs).

Le choix d'un groupe témoin est déterminé par les objectifs spécifiques de l'enquête. Il est habituellement aisé de choisir des témoins appariés sur le sexe et l'âge dans une enquête de cas-témoins. Toutefois, dans le cas particulier de l'autopsie psychologique, on ne peut éluder l'existence d'une asymétrie entre les témoins et les cas (Velting et al., 1998).

En effet, selon Isometsä (2001), les témoins sont des personnes qui sont capables de s'exprimer, alors que les cas sont décédés. De manière idéale, pour contourner ce biais, les informations sur les témoins devraient être recueillies uniquement auprès de leurs proches, comme c'est le cas pour les sujets décédés (Isometsä, 2001).

## **4. Troubles mentaux et suicide**

L'existence d'un trouble mental chez des personnes suicidées a été mise en évidence très tôt (Barraclough et Pallis, 1975). La prévalence et la nature des troubles mentaux ont été précisées dans de nombreuses recherches (Marttunen et al., 1991 ; Lesage et al., 1994 ; Cheng, 1995 ; Asukai, 1995 ; Conwell et al., 1996 ; Foster et al., 1997 ; Vijayakumar et al., 1999).

Parmi 53 adolescents pris en compte dans l'autopsie psychologique systématique qui a été réalisée en Finlande en préalable à la rédaction du programme de prévention du suicide (Marttunen et al., 1991), 94 % des sujets présentaient un trouble mental (axe I et/ou axe II du DSM-III-R). Les troubles les plus fréquents étaient les troubles dépressifs (51 %) et l'abus et/ou la dépendance d'alcool (26 %). (Batt et al., 2005)

Selon Lesage et al. (1994), un diagnostic de l'axe I du DSM-III-R, porté indépendamment par deux psychiatres expérimentés, était présent dans 88 % des cas au sein d'un groupe de 75 hommes âgés de 18 à 35 ans, pour 37,3 % chez les témoins (prévalence à 6 mois). Le diagnostic le plus courant était celui de dépression majeure (38,7 %/5,3 %), suivi d'une dépendance à l'alcool (24,0 %/5,3 %) puis à une substance psychoactive (22,7 %/2,7 %). Des personnalités borderline étaient aussi détectées dans 28 % des cas.

Dans les recherches de Cheng (1995), la proportion de troubles mentaux était comprise entre 97 et 100 %. Les troubles mentaux prévalents étant la dépression et l'alcoolisme. (Batt et al., 2005, p. 27)

## **5. Suicide chez les jeunes adolescents**

Les études sur les jeunes suicidés notamment les adolescents, ont été développées très tôt. Comme chez les adultes, on note une forte prévalence de troubles mentaux. On retrouve les troubles de l'humeur:

- Dépression (Marttunen 1991, 1994a ; Brent et al., 1999 ; Pfeffer, 2002), troubles bipolaires (Brent et al., 1988),
- Troubles de l'adaptation (Marttunen et al., 1994c),
- Troubles de la personnalité (Johnson et al., 1999)

- Troubles des conduites avec consommation excessive d'alcool et de substance toxiques. (Shaffer et al., 1996 ; Renaud et al., 1999)

Les troubles mentaux comme facteur de risque s'inscrivent souvent dans une histoire perturbée souvent depuis l'enfance (Shafii et al., 1985 ; Shaffer et al., 1996 ; Houston et al., 2001 ; Pfeffer, 2001 ; Koplin et Agathen, 2002) aussi on trouve la présence de la psychopathologie familiale, la violence parentale et abus. (Batt et al., 2005, p. 33)

Selon Batt et al., (2005), une comparaison entre la catégorie de jeunes hommes et la catégorie de jeunes filles de 13 à 22 ans a dévoilé que les filles qui ont fait une TS souffrent plus souvent d'une psychopathologie sévère (troubles de l'humeur pour 68 % d'entre elles avec dépression grave dans 37 % des cas contre 14 % chez les témoins). Plus de la moitié des jeunes filles ont fait un passage en psychiatrie et présentent des antécédents suicidaires (63 % contre 30 % chez les témoins) et d'abus de substances (Marttunen et al., 1995).

Dans une étude d'un groupe de jeunes victimes de 15-24 ans, Houston et al. (2001) ont identifié un trouble mental dans 70 % des cas, principalement une dépression pour 55 %, non traitée pour la plupart. Les troubles de la personnalité étaient présents dans un cas sur trois, ainsi que l'usage excessif d'alcool. L'abus de substances toxiques n'allait pas systématiquement de pair avec l'abus d'alcool. Au moment de leur geste suicidaire, tous les sujets de l'étude sauf un affrontaient deux, trois problèmes, voire davantage (problèmes de santé mentale, en relation avec leur travail, un proche et/ou leur partenaire, des problèmes financiers ou avec la justice). Selon les auteurs, le taux de traitement de la dépression est très inférieur à ce qu'il devrait être, y compris chez des sujets ayant connu des hospitalisations en psychiatrie. (Batt et al., 2005)

Dans l'étude de Brent et al. (1999), l'augmentation du suicide observée chez 105 adolescents de plus de 16 ans comparés à 35 adolescents de moins de 16 ans est liée à la plus grande prévalence dans la première tranche d'âge d'une psychopathologie, principalement

l'abus de substances toxiques, et des intentions suicidaires plus affirmées. L'augmentation du suicide dans le groupe des jeunes hommes de cette étude, pourrait être liée au choix des méthodes (plus violentes et irréversibles) et à la plus grande prévalence des troubles des conduites.

Dans un échantillon de 43 suicides aboutis d'adolescents auxquels avait été attribué un diagnostic de troubles de la personnalité (probable ou défini) et appariés à 43 sujets témoins sur les caractéristiques sociodémographiques et sélectionnés dans la communauté environnante, Brent et al. (1994) ont remarqué que les troubles de la personnalité (spécialement histrionique, narcissique, borderline ou antisocial,) étaient plus fréquents chez les cas que chez les témoins. L'analyse des traits de personnalité révélait, chez les victimes, davantage d'agressivité, une plus grande impulsivité, ainsi qu'une tendance à « l'évitement de la douleur » sans que soit retrouvée la recherche de sensations nouvelles. Toutefois, contrairement à l'hypothèse initiale des auteurs, le suicide était aussi associé aux différentes dimensions du cluster C (personnalité évitante, passive/agressive, dépendante et compulsive). Les comportements antisociaux (difficulté à se plier à une discipline et/ou non-respect de la loi) ainsi que les événements de vie négatifs sont très présents chez les jeunes (Marttunen et al., 1994b), en lien avec des séparations familiales, des problèmes d'alcool et de violence parentale, surtout chez les victimes de sexe masculin. Les événements de vie à caractère négatif sont non seulement plus nombreux mais plus stressants chez les jeunes dans les semaines précédant le suicide que chez les témoins. (Batt et al., 2005)

D'autre part, les stressors psychosociaux sont plus souvent rencontrés chez les jeunes suicidés dépendants de l'alcool que chez les déprimés (Marttunen et al., 1998 ; Cooper et al., 2002).

L'accumulation d'événements stressants avec l'absence de support familial est plus souvent caractérisée chez les jeunes ayant des conduites addictives, tandis que les événements de vie récents semblent avoir moins d'impact sur les jeunes présentant un trouble

mental sévère. Dans une étude réalisée auprès de jeunes de moins de 25 ans, les sujets suicidés se différencient de ceux ayant effectué des TS graves par la présence d'une majorité de jeunes hommes souffrant de troubles de l'humeur (Beautrais et al., 2003). Les autres facteurs de risque (troubles de l'humeur, antécédents psychiatriques, stress et faible éducation) n'étaient pas discriminants entre les deux groupes. (Batt et al., 2005)

### **a. L'influence des antécédents familiaux**

Les études d'autopsie psychologique affirment le pronostic négatif que représente une histoire familiale de suicide ou de maladie mentale (Brent et al., 2002 ; Qin et al., 2002). La place du climat psychiatrique familial avait été relevée dès 1988 par Shafii et al. (1988) et, parmi les facteurs de risque de suicide relevés dans une étude portant sur 37 sujets âgés de 10 à 21 ans, Pfeffer (2001) et Schmidt et al. (2002) relèvent un environnement familial perturbé. Cependant, à partir des 120 sujets de moins de 20 ans qui faisaient l'objet de l'étude de Shaffer et al. (1996), des chercheurs de la même équipe s'attachent à démontrer que, contrairement à une idée reçue, on ne peut pas attribuer l'augmentation des taux de suicide des jeunes durant ces trente dernières années à l'augmentation des divorces (Gould et al., 1998). Ces auteurs avaient déjà pointé que l'environnement socioéconomique familial alourdissait les facteurs de risque chez les adolescents, ce que ne confortent pas les travaux de Agerbo et al. (2002) pour lesquels le poids de la situation socio-économique des parents diminue après ajustement pour l'histoire familiale de maladie mentale et/ou de suicide.

### **b. Facteurs neuropsychologiques et biologiques**

Certains traits cognitifs et tempéramentaux représentent un facteur de risque de conduites suicidaires chez l'adolescent, mais aussi chez l'adulte: la rigidité cognitive, les difficultés de résolution de problèmes, le degré de désespoir et de neuroticisme, ainsi que l'impulsivité. Comme chez l'adulte, l'un des corrélats biologiques

principaux de la suicidalité est le taux bas de 5-HIAA (métabolite de la sérotonine) dans le liquide céphalorachidien .

### **c. Facteurs familiaux**

Il existe une transmission familiale des conduites suicidaires : cela peut être lié à la transmission génétique d'une vulnérabilité spécifique, à des facteurs environnementaux (liés à l'impact de la psychopathologie parentale sur les interactions familiales et le développement de l'enfant) et à l'interaction de ces deux facteurs. Il faut également prendre en compte un effet de renforcement et de corrélations entre facteurs génétiques et environnement : les troubles du comportement chez l'enfant peuvent augmenter le risque suicidaire par des effets directs, mais sont également susceptibles d'aggraver des difficultés éducatives dans des familles fragiles avec un risque de maltraitance conduisant aussi à une augmentation du risque suicidaire. (Courtet, 2010)

### **d. Modèle stress-vulnérabilité des conduites suicidaires**

Les résultats brièvement présentés plus haut, et d'autres, ont permis de modéliser les conduites suicidaires et d'abord de les concevoir comme des entités pathologiques et non plus comme de « simples » complications des pathologies psychiatriques sévères. D'autre part, si de nombreux modèles des conduites suicidaires existent, tous suggèrent peu ou prou que ces actes résultent d'une vulnérabilité individuelle préexistante, révélée par certains traits de personnalité et traits biochimiques, et générée par différents types de facteurs développementaux (par ex. maltraitements dans l'enfance) et génétiques. (Courtet, 2010)

La vulnérabilité au long cours explique le risque de récurrence de ces actes. A l'occasion des aléas de la vie, des facteurs de stress interagiraient alors avec cette vulnérabilité. Dans ce classique modèle médical stress vulnérabilité, les stress comprennent à la fois les événements de vie négatifs récents mais aussi la prise d'alcool et de substances, la dépression ou tout état psychopathologique aigu. Ce processus interactif morbide faciliterait ainsi le déroulement de la crise

suicidaire de son déclenchement dans des conditions de stress à son aboutissement potentiel, l'acte suicidaire, en passant par les idées suicidaires. L'acte peut être létal ou pas en fonction de nombreux facteurs, notamment le sexe, le degré d'intention suicidaire et le niveau d'ambivalence, la disponibilité d'un moyen létal et la connaissance du potentiel létal du moyen choisi, la communication d'une intention à un proche, l'intervention d'un proche ou d'un inconnu avant ou peu après le geste, ou... la chance. (Courtet, 2010)

Il semble en outre que les facteurs favorisant les idées suicidaires soient partiellement différents de ceux facilitant le passage à l'acte en présence d'idées suicidaires. Par exemple, sur le plan clinique, la dépression est prédictive d'idées suicidaires mais beaucoup moins de passage à l'acte contrairement à des troubles marqués par l'anxiété, l'agitation et le faible contrôle des impulsions. De même, alors que les études d'épidémiologie génétique suggèrent que les conduites suicidaires aient une hérédité propre, ces études révèlent aussi que les idées suicidaires suivent la transmission des troubles mentaux comme la dépression.

Un champ de recherche en « suicidologie » cherche aujourd'hui à distinguer les facteurs présidant à l'émergence des idées suicidaires et ceux facilitant la transition des idées aux actes. Il serait bien entendu simpliste de considérer que les événements négatifs récents et la vulnérabilité ont des origines indépendantes. D'une part, on peut imaginer que la répétition des événements de vie stressants puissent conduire à une fragilisation de certains sujets et donc à une vulnérabilité « acquise ». Il est possible que cela corresponde au cas de certaines personnes réalisant un premier acte suicidaire tardivement dans leur vie . La relation inverse est aussi vraie : Si on conçoit que la vulnérabilité suicidaire consiste, entre autre, en une plus grande difficulté à interagir adéquatement avec autrui, il est aisé d'imaginer que cette vulnérabilité augmente le risque de faire l'expérience de relations interpersonnelles perturbées donc de générer des facteurs de stress.

En résumé, la relation entre vulnérabilité et facteurs de stress doit être comprise comme une interaction complexe et dynamique. En outre, la vulnérabilité peut être modélisée comme un ensemble de facteurs et mécanismes facilitant le déclenchement puis le déroulement de la crise suicidaire jusqu'à l'acte proprement dit. Tout comme différents types de facteurs (différents événements, différents états pathologiques, etc.) sont susceptibles de déclencher une crise suicidaire chez un individu vulnérable, il est très probable que différentes vulnérabilités suicidaires existent, fruits de mécanismes développementaux divers. (Courtet, 2010)

## **6. Psychopathologie et conduites suicidaires chez l'adolescent**

Les gestes suicidaires de l'adolescent semblent davantage liés à une psychopathologie sous-jacente que ceux de l'enfant. Deux études d'autopsies psychologiques réalisées chez des suicidés de moins de 20 ans pointent la forte prévalence de diagnostics psychiatriques au moment du geste suicidaire, plus de 90% des adolescents qui décèdent par suicide auraient un trouble psychiatrique avéré, essentiellement la dépression.

Le taux de psychopathologie a été longtemps sous-évalué chez les adolescents réalisant des TS, toutefois il apparaît que la majorité des adolescents suicidants auraient un trouble psychiatrique, en particulier la dépression (qui pourrait toucher jusqu'à 75 %). Les données indiquent que les dépressions mineures et sub-syndromiques, non identifiées par les critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur (EDM) seraient significativement associés au risque de TS chez l'adolescent et associées à des idées suicidaires dans 30 % des cas.

Les auteurs soulignent la fréquence des formes sub-syndromiques de dépression (jusqu'à 12 % des adolescents contre 2 % de prévalence pour les EDM dans cette étude) ; une reconnaissance précoce de ces formes dépressives mineures permettrait probablement un dépistage plus sensible et plus efficace des adolescents à risque. Par ailleurs d'autres diagnostics que la dépression sont impliqués dans le risque de TS : ainsi, 20 % des patients bipolaires adolescents ont déjà

fait un geste suicidaire , tandis que la schizophrénie, dont la prévalence est faible à cet âge, n'est pas classiquement retrouvée chez l'adolescent suicidant.

L'abus de substances, et particulièrement l'usage problématique d'alcool (à type d'ivresses aiguës répétées), est également corrélé au suicide accompli et aux gestes suicidaires de l'adolescent : le lien dépendre à la fois de la comorbidité avec d'autres diagnostics psychiatriques comme la dépression et le trouble des conduites, mais aussi de la facilitation du passage à l'acte sous l'effet des toxiques. Enfin le trouble des conduites est fortement associé à la pathologie suicidaire, mais présente aussi un ensemble de facteurs de risque communs.

Les antécédents de violence agie et subie augmentent le risque suicidaire ce qui peut être expliqué par l'existence de traits d'impulsivité-agressivité impliqués dans la vulnérabilité suicidaire.

Les troubles du comportement alimentaire sont aussi retrouvés plus fréquemment chez les adolescentes suicidantes, alors que le TDAH augmenterait le risque suicidaire chez les garçons. Il faut souligner que le facteur de risque principal de geste suicidaire reste l'existence d'un geste antérieur , ce qui souligne l'existence d'une vulnérabilité spécifique aux conduites suicidaires.

## **6.1. Place de la psychopathologie en général**

La pathologie mentale comme facteur de risque de décès par suicide est une donnée classique . Le type de troubles rencontrés et leur prévalence ont fait l'objet de nombreuses études dont les résultats montrent une proportion élevée (généralement entre 90 et 100 %) de pathologies mentales chez les personnes suicidées, les diagnostics plus fréquents étant les troubles de l'humeur et le mésusage de l'alcool). Cette dernière étude calcule que la fraction de la part attribuable (en termes de mortalité) à un trouble mental, varie de 47 à 74 % des suicides étudiés (sans spécificité), la part attribuable à un trouble affectif de 21 à 57 % et la comorbidité entre un trouble mental et l'abus de substances toxiques de 23 à 46 %. Le cas particulier des sujets décédés par suicide

ne présentant pas de pathologie psychiatrique a aussi fait l'objet de quelques études notamment celle de Marttunen. Ces études indiquent la plus grande fréquence des hommes, le rôle des substances psychoactives et des évènements de vie récent en particulier les problèmes avec la police, en notamment chez les sujets jeunes.

## **6.2. Suicide et psychose**

Dans une étude finlandaise des décès par suicide, Heilä et al., rapportent que 7 % des personnes souffraient de schizophrénie. La maladie était dans une phase active dans 78 % des cas et un épisode dépressif (64 %) était retrouvé chez les sujets juste avant leur suicide, tandis que 71 % des sujets présentaient des antécédents de TS. Cette étude indique également que le suicide est susceptible d'intervenir tout au long de la maladie, plus particulièrement chez les femmes.

Chez les patients décédés par suicides et porteurs d'un trouble de l'humeur, la comparaison des sujets avec et sans caractéristiques psychotiques ne met pas en évidence de différence sociodémographique, clinique, ou de comorbidité avec d'autres facteurs (alcool, usage de substances toxiques). En revanche, les sujets psychotiques avaient utilisé des moyens plus violents que les autres.

## **6.3. Suicide et trouble de personnalité**

L'existence d'un trouble de personnalité comorbide à une pathologie de l'axe I, comme facteur de risque de décès par suicide, est documentée par de nombreuses études, en population générale mais aussi dans des populations cliniques spécifiques comme par exemple les enfants et des adolescents ou bien chez les personnes âgées.

Dans une étude réalisée par Heikkinen et al. sur 56 sujets d'une sous-population de 229 sujets tirés au sort de façon aléatoire à partir de l'échantillon finlandais, souffrent de troubles de la personnalité. Chez 95 % d'entre eux au moins, est également détecté un syndrome dépressif et/ou un trouble de l'utilisation de substances psychoactives. Seuls le fait de vivre seul et le fait de ne pas avoir de confident pour les hommes différenciaient les sujets suicidés avec et sans trouble de

personnalité. Au total, l'existence d'un trouble mental représente le principal facteur de risque, bien avant les facteurs psychosociaux et les problèmes de « perte » (d'un proche, du travail, de relations sociales, etc.) et l'existence d'un trouble de personnalité aux côtés d'un trouble de l'axe I est associé à un surrisque important.

Pour certains auteurs il s'agirait d'un facteur de risque indépendant de la pathologie de l'axe I. Les troubles de la personnalité les plus souvent mis en évidence sont les personnalités émotionnellement labiles (antisociale et limite), les personnalités évitantes ou dépendantes. Certaines dimensions de personnalité semblent plus impliquées dans la vulnérabilité au suicide, telles que l'impulsivité, la violence et l'agressivité.

#### **6.4. Suicide et les troubles paniques**

Le rôle des troubles anxieux dans les décès par suicide a fait l'objet de peu d'études s'appuyant sur les techniques d'autopsie psychologique. Dans l'étude d'Henriksson, le pourcentage de trouble panique s'élève à 1,2 %, la prévalence étant plus élevée chez les femmes (2,8 %) que chez les hommes (0,7 %). Les auteurs suggèrent que le suicide intervient chez des personnes atteintes de trouble panique comorbide avec un trouble dépressif majeur, un abus de substances toxiques ou avec un trouble de la personnalité.

#### **6.5. Suicide et conduites addictives**

Le mésusage d'alcool comme facteur de risque de suicide est bien établi. Les caractéristiques des sujets ainsi que la superposition avec d'autres facteurs de risque diffèrent selon que l'alcool coexiste ou pas avec d'autres toxiques. Ainsi, les individus qui sont seulement alcoolodépendants (sans usage associé de drogues) ont fréquemment souffert d'un épisode dépressif majeur et sont moins enclins à communiquer leurs intentions suicidaires. Comparés à un groupe de déprimés, les alcoolodépendants ont connu davantage de problèmes psychosociaux tels que les stress interpersonnels, les problèmes financiers ou un épisode de chômage. Ainsi, les effets de l'alcool

pourraient se superposer avec les conséquences psychosociales du mésusage d'alcool.

## **7. Le Suicide chez les jeunes**

Comme chez les adultes, on note une forte prévalence de troubles mentaux chez les enfants et adolescents décédés par suicide. L'ensemble des diagnostics psychiatriques est représenté notamment les troubles de l'humeur, ainsi que les troubles des conduites avec consommation excessive d'alcool et de substance toxiques. Les troubles mentaux comme facteur de risque du décès par suicide coexistent avec des biographies familiales perturbées dès l'enfance (psychopathologie familiale, antécédents de violence et d'abus). Enfin, les stressors psychosociaux sont plus souvent rencontrés chez les jeunes suicidés dépendants de l'alcool que chez les déprimés. Des études menées chez des adolescents suicidés suggèrent un niveau d'intentions suicidaires plus élevé avec des choix de méthodes plus violentes et plus irréversibles, notamment celle de Brent et al. Le rôle des troubles de personnalité (histrionique, narcissique, borderline ou antisociale) mais également celui des troubles de personnalité du cluster C (personnalité évitante, passive/agressive, dépendante et compulsive) est également bien documenté.

## **8. Le rôle préventif du dépistage et la prise en charge des troubles mentaux**

Le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux constituent une importante stratégie de prévention du suicide (Tableau 1). Gardons en tête les effets de l'étude historique de Gotland qui a montré une diminution de 60 % des suicides deux ans après la mise en place d'un programme de formation de médecins généralistes, et plus récemment les effets démontrés de l'intervention multidimensionnelle NAD (Nuremberg Alliance Against Depression) pour améliorer la prise en charge de la dépression, qui comprenait un programme de formation des médecins généralistes à la détection et la prise en charge collaborative de la dépression mais aussi vers d'autres acteurs de la communauté (prêtres, travailleurs sociaux, enseignants, etc.), des

campagnes de déstigmatisation sur la dépression auprès de la population générale et enfin des offres d'autosoins et des lignes d'appel. Une baisse significative (-24 %) du nombre de suicides a été rapportée à 2 ans, comparativement au taux dans la région contrôle et notamment pour les tentatives de suicide avec les moyens les plus létaux.

Des études ont montré l'efficacité de traitements pour réduire le risque de suicide : les antidépresseurs chez les adultes, ou chez les personnes âgées de plus de 75 ans souffrant de dépression, le lithium chez les personnes vivant avec un trouble bipolaire, les antipsychotiques dans le trouble schizophrénique, des thérapies cognitivo-comportementales, ou des thérapies comportementales dialectiques. A contrario, les benzodiazépines sont associées à une augmentation du risque de suicide, probablement à cause de leur effet désinhibiteur et leur toxicité en overdose.

Au-delà de la prise en charge médicale, il est absolument nécessaire de briser le tabou et la stigmatisation persistante autour des troubles mentaux et des idées et actes suicidaires. Cela implique une stratégie de prévention universelle, à l'échelle de la société.

Aller vers une veille post-tentative de suicide Établir un contact ou rester en contact avec un suicidant sont des composantes essentielles de la prévention du suicide, telles la veille post-tentative de suicide, les lignes d'urgence téléphonique et les démarches de post-intervention, mises en place en parallèle d'une éventuelle prise en charge.

Plusieurs essais cliniques ont testé ces interventions (envoi de courrier ou de cartes postales), et montré leur efficacité dans la réduction des tentatives de suicide, ou sont en cours (essai de recontact systématique par SMS proposé par l'équipe du CHU de Brest).

Partant des résultats de ces études, un dispositif (Algos) qui consistait notamment en des contacts réguliers par téléphone ou par SMS a été testé en France dans 23 centres auprès de 1055 patients âgés de 18 ans ou plus, via un essai clinique randomisé comparant les effets de l'algorithme à un groupe contrôle de suicidants traités de façon

usuelle. Face aux résultats favorables à l'algorithme, l'Agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais a accepté, en 2015, la transposition de ce protocole de recherche en pratique clinique sous le nom de Vigilans. Le dispositif de soins Vigilans propose ainsi dans différents territoires, un accompagnement post-hospitalier pour les personnes ayant fait une tentative de suicide, avec une veille sur une période de 6 mois via un numéro d'appel d'urgence, des contacts par téléphone, etc.

En février 2022, Vigilans était déployé dans 17 régions en France dont 4 d'Outremer. L'objectif est d'approfondir la couverture territoriale, afin notamment que chaque région dispose d'un dispositif opérationnel d'ici fin 2022. Des études dans d'autres pays ont montré l'efficacité des hotlines téléphoniques en termes d'apaisement de la détresse émotionnelle en début et fin d'appel et de diminution de l'urgence suicidaire.

Les interventions multidimensionnelles dans certains groupes professionnels à risque de suicide que nous avons présentés incluent une hotline pour les travailleurs du monde agricole (agri écoute), les policiers ou personnels pénitentiaires, ou aux États-Unis pour les travailleurs du bâtiment.

Selon une étude rapportée dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire du 5 février 2019, SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, et Suicide Écoute ont reçu en 2016 un total de 543 883 appels qui ont abouti à des entretiens, dont 19 500 concernaient directement la problématique du suicide. Les causes les plus souvent évoquées étaient la dépression et le burn-out, les maladies psychiques, la solitude, les difficultés relationnelles et les ruptures affectives.

## **Conclusion**

Pour conclure, nous pouvons dire que le phénomène de suicide reste très complexe, difficile à analyser et de faire pronostique de sa survenue. Nous avons tenté de présenter les différents facteurs psychologiques qui peuvent conduire les personnes notamment les adolescents en désespoir extrême à un passage à l'acte par la réalisation de l'acte de suicide. En plus des facteurs psychologiques, l'étude de ce

phénomène doit être pluri disciplinaire afin de mieux cerner les différents facteurs de risque et de protection Il nous paraît primordiale de ne pas considérer le suicide une maladie mentale mais un mécanisme de lutte contre la souffrance psychique qui devenue insupportable pour lui. Les professionnelles de la santé en générale et les psychologues en particulier ont un rôle majeur à jouer dans la prévention des tentatives de suicide et des suicides. Il est aussi primordial de prendre au sérieux les signes alarmants du suicide, ce sont des cris de secours et des appels de détresse.

## Bibliographie

- Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen Pb. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people : Nested case-control study. *BMJ* 2002, 325 : 74-77
- Batt, A., Bellivier, F., Delatte, B., & Spreux-Varoquaux, O. (2005). *Suicide: autopsie psychologique, outil de recherche en prévention* (Doctoral dissertation, Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)).
- Brent Da, Johnson Ba, Perper J, Connolly J, Bridge J, Bartle S, Rather C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, 33 : 1080-106
- Courtet, P. (2010). *Suicides et tentatives de suicide*. Lavoisier.
- Franc, N., & Purper-Ouakil, D. (2010). Particularités des enfants et adolescents. In *Suicides et tentatives de suicide* (pp. 177-181). Lavoisier.
- Isometsä Et. (2001) .Psychological autopsy studies – a review. *Eur Psychiatry*, 16 : 379-385
- Jollant, F. (2018). Cinquante ans de recherche sur les causes du suicide: où en sommes-nous?. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 202(7), 1651-1663.
- Mishara, B. L. et Tousignant M. (2004). *Comprendre le suicide. Paramètres*. Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.
- Terra, J. & Pacaut-Troncin, M. (2008). Crises suicidaires, tentatives de suicide et décès par suicide : convergences et spécificités. *Perspectives Psy*, vol. 47(4), p. 321-329.
- Velting Dm, Shaffer D, Gould Ms, Garfinkel R, Fisher P, Davies M. (1998). Parent-victim agreement in adolescent suicide research. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 37, p. 1161-1166

- [Belgacem](https://www.liberte-algerie.com/radar/le-taux-de-suicide-en-algerie-se-stabilise-365768), F.(2021) Le taux de suicide en Algérie se stabilise.Repéré de <https://www.liberte-algerie.com/radar/le-taux-de-suicide-en-algerie-se-stabilise-365768>).