



Journal Homepage: [-www.journalijar.com](http://www.journalijar.com)

INTERNATIONAL JOURNAL OF ADVANCED RESEARCH (IJAR)

Article DOI:10.21474/IJAR01/20795
DOI URL: <http://dx.doi.org/10.21474/IJAR01/20795>



RESEARCH ARTICLE

ACCUEIL ET GESTION DES TENTATIVES DE SUICIDE CHEZ LES ADOLESCENTS : EXPERIENCE DE L'UNITE AMBULATOIRE UNIVERSITAIRE DE PEDOPSYCHIATRIE DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH

I. Daoudi¹, H. Ibourk², B. Aabbassi² and F. Manoudi¹

1. Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI, Marrakech, Maroc
2. Laboratoire de recherche "Enfance, santé et développement", Université Cadi Ayad, Marrakech Maroc

Manuscript Info

Manuscript History

Received: 15 February 2025
Final Accepted: 19 March 2025
Published: April 2025

Abstract

L'adolescence constitue une période développementale critique marquée par des remaniements neurobiologiques, cognitifs et psychosociaux majeurs. Cette phase de transition expose les jeunes à une vulnérabilité psychique augmentant ainsi le risque de comportements autodestructeurs, notamment les tentatives de suicide. Les tentatives de suicide à l'adolescence représentent un enjeu de santé publique majeur, en raison de leur prévalence croissante et de leur potentiel évolutif vers des passages à l'acte suicidaire létal. Cependant, l'accessibilité aux soins pédopsychiatriques spécialisés demeure insuffisante dans de nombreuses régions du Maroc. La rareté des unités hospitalières dédiées contraint les professionnels de santé mentale à développer des modalités de prise en charge alternatives, adaptées aux spécificités locales et aux contraintes institutionnelles. Dans ce contexte, cette étude vise à établir un profil épidémiologique et clinique des adolescents ayant présenté une tentative de suicide et ayant été pris en charge par l'unité ambulatoire universitaire de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Nous analysons également les stratégies thérapeutiques mises en place pour pallier l'insuffisance des structures hospitalières spécialisées, en mettant en lumière les modalités d'intervention spécifiques adoptées en milieu ambulatoire.

"© 2025 by the Author(s). Published by IJAR under CC BY 4.0. Unrestricted use allowed with credit to the author."

Introduction:-

L'adolescence constitue une période développementale critique marquée par des remaniements neurobiologiques, cognitifs et psychosociaux majeurs. Cette phase de transition expose les jeunes à une vulnérabilité psychique augmentant ainsi le risque de comportements autodestructeurs, notamment les tentatives de suicide.

Les tentatives de suicide à l'adolescence représentent un enjeu de santé publique majeur, en raison de leur prévalence croissante et de leur potentiel évolutif vers des passages à l'acte suicidaire létal.

Cependant, l'accessibilité aux soins pédopsychiatriques spécialisés demeure insuffisante dans de nombreuses régions du Maroc. La rareté des unités hospitalières dédiées contraint les professionnels de santé mentale à développer des modalités de prise en charge alternatives, adaptées aux spécificités locales et aux contraintes institutionnelles. Dans ce contexte, cette étude vise à établir un profil épidémiologique et clinique des adolescents

ayant présenté une tentative de suicide et ayant été pris en charge par l'unité ambulatoire universitaire de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Nous analysons également les stratégies thérapeutiques mises en place pour pallier l'insuffisance des structures hospitalières spécialisées, en mettant en lumière les modalités d'intervention spécifiques adoptées en milieu ambulatoire.

Méthodologie.

Type et période d'étude

Cette étude est de nature descriptive et rétrospective, s'étendant sur une période de trois ans, allant d'Octobre 2021 à Septembre 2024.

Population étudiée

L'échantillon est constitué de 32 adolescents, âgés de 12 à 17 ans, ayant été admis à l'unité ambulatoire universitaire de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech suite à une tentative de suicide.

Critères d'exclusion :

Les adolescents présentant des conduites autodestructrices ne relevant pas d'une tentative de suicide caractérisée, ainsi que les patients dont les dossiers médicaux étaient incomplets, rendant l'analyse des données cliniques inexploitable.

Recueil des données

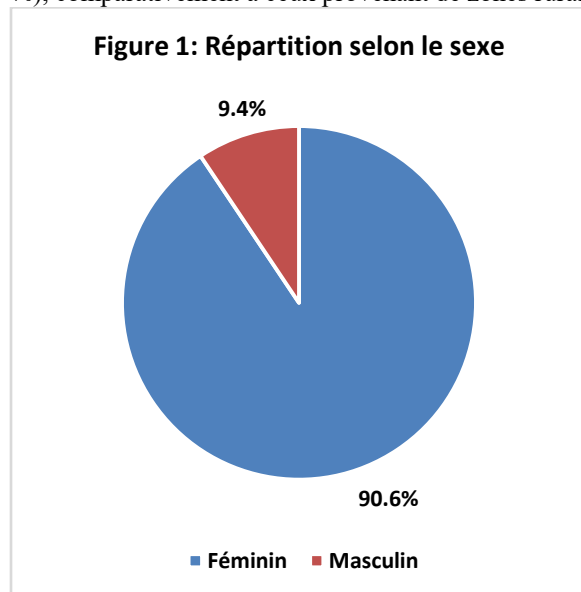
Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'exploitation intégrant des paramètres sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques.

- Les variables sociodémographiques : âge, sexe, lieu de résidence, et niveau socioéconomique.
- Les variables cliniques : antécédents psychiatriques personnels et familiaux, mode opératoire de la tentative de suicide, facteurs précipitants identifiés et le niveau du Risque Urgence Dangersité (R.U.D) évalué.
- Les variables thérapeutiques : Cadre et modalités de prise en charge mises en œuvre, incluant les modalités psychothérapeutiques (psychothérapie de soutien, intervention de crise), le recours éventuel à une pharmacothérapie, ainsi que les mesures d'accompagnement socio-familial. Le suivi post-crise ou l'orientation vers d'autres structures hospitalières de pédopsychiatrie ont également été analysés.

Résultats.

1. Les caractéristiques épidémiologiques

L'analyse des données met en évidence une nette prédominance féminine parmi les adolescents ayant réalisé une TS, avec une proportion de 90,6 % de filles, soit un sexe ratio de 0,1. L'âge moyen des patients est de 14,3 ans (12-17 ans). Sur le plan socio-économique, 72 % des adolescents pris en charge sont issus de milieux défavorisés. L'analyse de la répartition géographique révèle une prédominance des adolescents résidant en milieu urbain (62,5 %), comparativement à ceux provenant de zones rurales (37,5 %).



2. Les antécédents psychiatriques et familiaux

Des antécédents psychiatriques personnels ont été retrouvés chez 49,8 % des adolescents pris en charge : 34,2 % des sujets avaient déjà réalisé une tentative de suicide, 12,5 % présentaient un trouble dépressif caractérisé, tandis que 3,1 % présentaient des manifestations évocatrices de trouble psychotique émergent.

Un historique familial de troubles psychiatriques a été rapporté dans 37 % des cas.

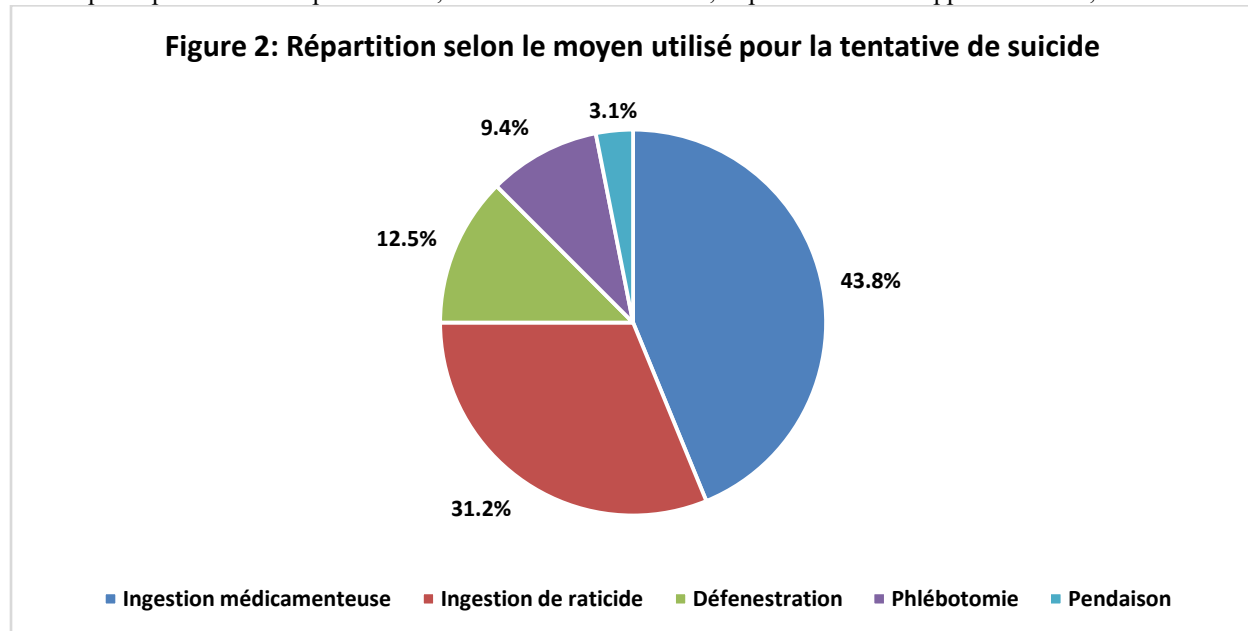
3. Les facteurs déclenchants

Les événements précipitants identifiés sont majoritairement d'ordre relationnel (les conflits intrafamiliaux et interpersonnels étant impliqués dans 53 % des cas). Une rupture amoureuse a été mise en cause chez 6 % des adolescents, tandis que la consommation de substances psychoactives a été rapportée chez 3 % des adolescents.

4. Les moyens utilisés

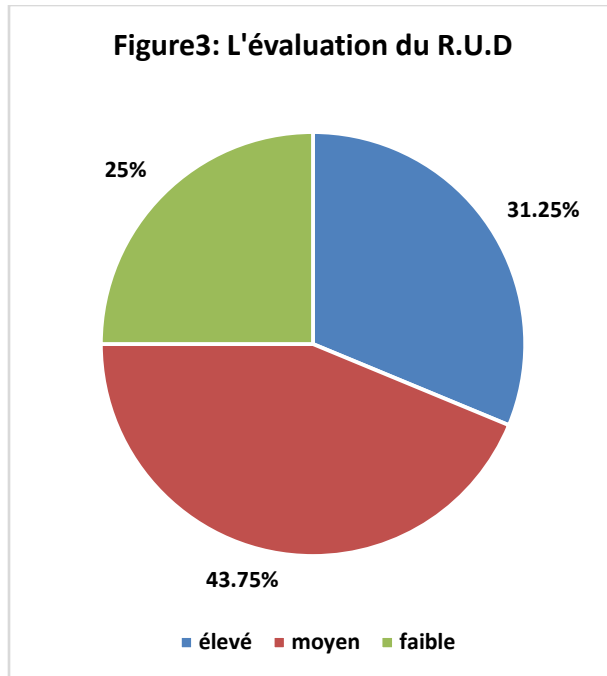
Les modalités varient en fonction du contexte et de l'accessibilité aux moyens létaux. L'ingestion médicamenteuse (rispéridone, amisulpride, fluoxétine, escitalopram, paracétamol et cétirizine) constitue le mode opératoire le plus fréquent (43,8 %), suivie par l'ingestion de raticide (31,2 %). La défenestration a été observée dans 12,5 % des cas, tandis que la phlébotomie représentait 9,4 % des situations. Enfin, la pendaison a été rapportée dans 3,1 % des cas.

Figure 2: Répartition selon le moyen utilisé pour la tentative de suicide



5. L'évaluation du R.U.D

L'évaluation clinique du R.U.D a permis de classer les patients selon trois niveaux de dangerosité : 31,25 % présentaient un R.U.D élevé, 43,75 % un R.U.D modéré et 25 % un R.U.D faible. Cette classification a orienté la décision thérapeutique et les modalités de prise en charge.



6. La prise en charge

Un suivi ambulatoire intensif a été mis en place pour 69 % des adolescents, en réponse à l'absence de l'offre hospitalière spécialisée en pédopsychiatrie dans la région de Marrakech. Cette modalité de prise en charge repose sur une approche intégrative combinant une psychothérapie de soutien, des interventions psychoéducatives et un accompagnement familial, conformément aux recommandations actuelles en matière de prévention des récurrences suicidaires chez les adolescents. En revanche, les adolescents présentant un R.U.D élevé (31 %) ont nécessité une orientation vers des unités d'hospitalisation situées hors de la ville de Marrakech.

Le suivi ambulatoire intensif a permis un tarissement de la crise avec une alliance aux soins chez 85% des adolescents.

Discussion.

L'analyse des résultats de l'étude caractérise le profil épidémiologique, clinique et thérapeutique des adolescents ayant présenté une tentative de suicide.

Concernant les caractéristiques de la population étudiée, une nette prédominance féminine a été observée (90,6 %). Ce résultat va dans le sens des données de la littérature [1, 2, 3], décrivant une fréquence plus élevée des tentatives de suicide chez les adolescentes, tandis que les garçons présentent un risque plus élevé de suicide abouti. Cette disparité entre les sexes pourrait refléter des différences dans l'expression de la souffrance psychique et les stratégies d'adaptation. Un autre facteur de vulnérabilité mis en évidence est la précarité socio-économique : 72 % des adolescents inclus dans notre étude proviennent de milieux défavorisés. Malgré la suggestion d'une association entre un bas niveau socioéconomique et les tentatives de suicide chez les adolescents, issue d'études utilisant des méthodologies rigoureuses [4,5], ce rapport demeure source de controverse [6,7]. Un biais méthodologique peut être soulevé puisque notre structure universitaire accueille majoritairement les patients démunis et relevant de milieu social précaire.

Les antécédents personnels psychiatriques étaient retrouvés chez 49,8 % des adolescents (parmi lesquels 34,2 % des antécédents de tentative de suicide et 12,5 % présentaient un antécédent de trouble dépressif). Ces résultats corroborent les données des études antérieures. Evans et al [8] rapportent qu'un antécédent de tentative de suicide est un facteur prédictif de récurrence important. Selon Nruham et al, [4] un diagnostic de trouble dépressif est un facteur prédictif important de passage à l'acte suicidaire pour les adolescents plus âgés (entre 15 et 20 ans). L'association entre les tentatives de suicide et la psychopathologie sous-jacente nécessite une évaluation systématique et rigoureuse pour ajuster l'intervention thérapeutique en conséquence.

L'analyse des caractéristiques du geste suicidaire met en lumière l'impact des conflits intrafamiliaux et interpersonnels, identifiés comme facteur déclenchant dans 53% des tentatives de suicide. Une rupture amoureuse a été mise en cause chez 6 % des adolescents. Ces résultats sont concordants avec ceux de Laurent et al. [9], qui

rapportent 50 % de conflits familiaux et 13 % d'échecs affectifs parmi les événements précipitants. Ainsi, la qualité des relations familiales semble jouer un rôle déterminant dans l'évaluation du risque suicidaire. Ce facteur est à chercher activement chez tout adolescent lors du passage à l'acte suicidaire. Il sera de grande aide pour la prévention des rechutes. L'analyse des modalités des tentatives de suicide met en évidence la prédominance des intoxications médicamenteuses volontaires (43,8 %), suivies de l'ingestion de substances toxiques (31,2 %). Les études épidémiologiques identifient l'ingestion médicamenteuse comme le moyen le plus fréquemment employé chez les adolescents en raison de sa disponibilité et de son accessibilité, [10, 11, 12, 1]. D'autres moyens sont relevés dans les séries cliniques à savoir la pendaison, l'immersion dans un puits, l'ingestion caustique et l'induction d'un coma hypoglycémique.

L'évaluation du potentiel suicidaire est basée sur trois dimensions [13, 14] (tableau 1) : les facteurs de risque prédisposant à l'émergence du comportement suicidaire (Risque), les facteurs d'urgence rendant compte de l'imminence d'un passage à l'acte (Urgence) et les facteurs de danger évaluant la létalité potentielle (Dangerosité). Un quatrième niveau est constitué par le repérage de facteurs de protection. Cette classification constitue un outil déterminant dans l'orientation des décisions thérapeutiques et l'adaptation du niveau d'intensité de la prise en charge. Un R.U.D élevé (31,25 % des adolescents) implique un risque imminent pour la sécurité du patient, justifiant une hospitalisation immédiate en milieu spécialisé afin de prévenir la récurrence et d'assurer une surveillance clinique continue. En revanche, les adolescents présentant un R.U.D modéré ou faible peuvent bénéficier d'un suivi ambulatoire intensif, sous réserve d'une évaluation régulière du risque et d'une coordination étroite entre les intervenants psychiatriques, familiaux et sociaux. Ce dispositif permet de moduler l'intervention en fonction de la gravité du risque suicidaire tout en garantissant une continuité des soins adaptée aux besoins cliniques spécifiques de chaque patient.

Tableau 1 : Évaluation du potentiel suicidaire R.U.D

Risque	Urgence	Dangerosité
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs individuels Antécédents suicidaires personnels, Problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de personnalité...), Pauvre estime de soi, Tempérament impulsif, colérique, agressif, Troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> Probabilité et l'imminence d'un passage à l'acte Moment du passage à l'acte déterminé Envisage de mettre son plan à exécution très bientôt Faible : pense au suicide, pas de scénario précis, simples flashes Moyen: scénario envisagé, mais reporté Élevé: planification claire, passage à l'acte prévu pour les jours à venir 	<ul style="list-style-type: none"> Niveau d'élaboration du scénario suicidaire Létalité du moyen prévu Niveau de souffrance Degré d'intentionnalité Éléments d'impulsivité Élément précipitant Présence de moyens létaux à disposition Qualité du soutien de l'entourage proche
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs familiaux Violence, abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'adolescent, Relation conflictuelle entre les parents et l'individu, Pertes et abandons précoces, Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents, Négligence de la part des parents, Conflits conjugaux majeurs, Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents, Problèmes de santé mentale d'un ou des deux parents. 		
<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs psychosociaux Difficultés économiques persistantes, Isolement social et affectif, Séparation et perte récente de liens importants, deuil, Placement dans un foyer d'accueil, en institution, Difficultés scolaires, professionnelles, Difficulté avec la loi, Problèmes d'intégration sociale. 		

La prise en charge ambulatoire intensive a été proposée pour la majorité de nos patients (69 %) en l'absence de structure adaptée à l'accueil et à l'hospitalisation pédiatrique au CHU Mohammed VI et à la région de Marrakech. Le consentement et la collaboration parentale étaient une condition cruciale à la décision de soins. Cette modalité de prise en charge combine une psychothérapie de soutien, un accompagnement familial et social, ainsi qu'un suivi psychiatrique étroit. Des études antérieures suggèrent que ce type d'approche, lorsqu'il est rigoureusement encadré et individualisé, permet de réduire significativement le risque de récurrence et de favoriser la réintégration psychosociale du jeune patient. Les adolescents ayant présenté un R.U.D élevé (31 %) ont été adressés vers des unités d'hospitalisation situées dans les autres villes du royaume. La contrainte géographique peut entraver la continuité des soins et compromettre l'adhésion thérapeutique, notamment en raison des ruptures dans le parcours de prise en charge. Cette situation met en évidence la nécessité de renforcer les capacités locales en matière de soins pédopsychiatriques d'urgence, notamment par la création d'unités de crise dédiées, permettant d'assurer une prise en charge immédiate et adaptée des situations à haut risque.

Ainsi dans un souci éthique, nous avons créé une offre de soin ambulatoire contextualisée à la population de la région de Marrakech et à la pénurie des structures hospitalières. Nous proposons à nos malades reçus pour tentative de suicide une prise en charge planifiée sur les quatre premières semaines suivant l'acte suicidaire selon les modalités suivantes :

1. Accueil de l'adolescent et sa famille, avec évaluation somatique réalisée par les pédiatres et prise en charge d'éventuelles complications physiques.
2. Accueil journalier en entretiens d'évaluation pédopsychiatrique durant la première semaine, afin d'évaluer la sévérité et le risque de repassage à l'acte suicidaire à court terme.
3. Renforcement de l'alliance thérapeutique par la guidance parentale et la psychoéducation du jeune sur la crise suicidaire.
4. La psychothérapie de soutien est un pivot de la prise en charge. Le pédopsychiatre accueille la souffrance psychique et la douleur morale, permet l'expression d'émotions et la verbalisation des affects, et oriente vers des solutions alternatives.
5. La mise en place dès la troisième semaine de séances de psychothérapie et d'accompagnement à raison d'une séance un jour sur deux ou deux séances par semaine, selon le tableau clinique.
6. Intégration à l'atelier de jour « Gestion de la crise suicidaire » à la fin de la quatrième semaine, ayant pour objectifs d'apprendre à identifier et gérer les différentes émotions, repérer les signes d'alerte d'une crise suicidaire, acquérir de nouvelles stratégies pour réduire la tension émotionnelle et renforcer les facteurs protecteurs.
7. La prescription médicamenteuse trouve sa place en cas de troubles psychiatriques avérés.
8. Le bilan pré thérapeutique et la recherche des effets secondaires éventuels de la médication font partie de l'évaluation à chaque rendez-vous.
9. Le médecin et la famille restent vigilants à la désinhibition comportementale si le jeune est sous ISRS.

L'évolution a été favorable chez 85% des adolescents inclus dans notre étude, soulignant la pertinence de notre approche, qui repose sur une évaluation pédopsychiatrique régulière et intensive, une psychothérapie de soutien, un accompagnement familial structuré et des ateliers thérapeutiques. Ces résultats mettent en évidence l'importance d'un dispositif de prise en charge structuré et intensif, particulièrement dans un contexte de ressources hospitalières limitées, et soulignent la nécessité de développer des alternatives thérapeutiques adaptées aux besoins spécifiques des adolescents en crise suicidaire.

Conclusion

L'analyse des tentatives de suicide chez les adolescents pris en charge par l'unité ambulatoire universitaire de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech met en évidence la fréquence du passage à l'acte suicidaire et la demande de soin psychiatrique qui reste une urgence.

Dans une perspective de réponse thérapeutique efficace, de réduction de la stigmatisation des soins psychiatriques et d'adaptation des équipes soignantes aux moyens et à la demande d'aide, les soins ambulatoires intensifs offrent une opportunité thérapeutique intéressante pour l'enfant et l'adolescent dans notre contexte marocain où il y a peu de structures d'hospitalisation de pédopsychiatrie.

Bibliographie.

1. Chérif, F., Bennouna-Greene, M., & Moro, M. R. (2012). Tentatives de suicide chez les adolescents : facteurs de risque et modalités de prise en charge. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 272-280.
2. Peyre, H., Hoertel, N., & Lebeau, G. (2014). Comportements suicidaires chez les adolescents : épidémiologie et prise en charge. *L'Encéphale*, 40(3), 251-258.
3. Spirito A, Levander W. Assessment and disposition planning for adolescent suicide attempters treated in the emergency department. *Clin Pediatr Emerg Med* 2004;5:154–63.
4. Nrugham L, Larsson BO, Sund AM. Predictors of suicidal acts across adolescence: influences of familial, peer and individual factors. *J Affect Disord* 2008;109:35—45.
5. Marcelli D, Berthaut E. Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence. Paris: Masson; 2001.
6. Peyre H, Hoertel N, Stordeur C, et al. Contributing Factors and Mental Health Outcomes of First Suicide Attempt During Childhood and Adolescence: results from a Nationally Representative Study. *J Clin Psychiatry*. 2017;78(6):e622–e30.
7. Ko MJ, Lee EY, Kim K. Relationship between socioeconomic position and suicide attempts among the Korean adolescents. *J Korean Med Sci*. 2014;29(9):1287–92.
8. Evans E, Hawton K, Rodham K. Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of populationbased studies. *Clin PsycholRev* 2004;24:957–79.
9. Laurent A, Bosson JL, Bost M, Boucharlat J. Tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents : à propos de 102 observations dans un service de pédopsychiatrie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1992;41:198—205.
10. Amami O, Aloulou J, Elleuch M, et al. Tentative de suicide du lycéen et de l'étudiant: étude Tunisienne à propos de 61 cas. *Tunis Med*. 2013;91(03):175–8.
11. Salimi S, Bouhdadi S, Rachid A, et al. Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent: une expérience Marocaine. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 2013;26(1):6–10.
12. Giraud P, Fortanier C, Fabre G, et al. Suicide attempts by young adolescents: epidemiological characteristics of 517 15-year-old or younger adolescents admitted in French emergency departments. *Arch Pediatr*. 2013;20(6):608–15.
13. Perogamvros L, Chauvet I, Rubovszky G. When should a patient in suicidal crisis be referred to the emergency ward?. *Rev Med Suisse*. 2010 Aug 25;6(259):1555-7.
14. Séguin M. Comment désamorcer une crise suicidaire. In: Anaes, editor. *La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge*. Montrouge: John LibbeyEurotext; 2001. p. 235–62.