



Articles originaux

Profil épidémiologique des tentatives de suicide chez les adolescents : étude rétrospective au CHU Mohammed VI de Marrakech (2021-2025)

Epidemiological profile of suicide attempts among adolescents: a retrospective study at the Mohammed VI University Hospital in Marrakesh (2021–2025)

Perfil epidemiológico de las tentativas de suicidio en adolescentes : estudio retrospectivo en el Hospital Universitario Mohammed VI en Marrakesh (2021-2025)

Majda Hafissi ⁽¹⁾, **Bouchra Aabbassi** ^(1,2), **Fatiha Manoudi** ⁽³⁾

(1) Équipe universitaire de pédopsychiatrie, CHU Mohamed VI de Marrakech, Maroc.

(2) Centre de recherche " Santé, enfance et développement" Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Maroc, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

(3) Équipe de recherche pour la santé mentale, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

RÉSUMÉ

Objectif. Établir le profil épidémiologique, clinique et évolutif des tentatives de suicide chez les adolescents pris en charge au service de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech. **Matériel et méthodes.** Étude rétrospective monocentrique portant sur 131 adolescents âgés de 10 à 17 ans, hospitalisés

ou suivis pour tentative de suicide entre janvier 2021 et décembre 2025. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux et analysées par le logiciel SPSS version 27. **Résultats.** L'âge moyen était de $14,71 \pm 1,38$ ans avec une nette prédominance féminine (82,4 %). Les méthodes les plus utilisées étaient l'intoxication médicamenteuse (40,5 %) et les méthodes violentes (53,4 %). Un conflit familial était le facteur déclenchant principal

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

(63,4 %). Une dépression chronique était retrouvée dans environ 40 % des cas. La prise en charge était ambulatoire intensive dans 61,8 % des cas avec une évolution favorable dans la majorité des patients. **Conclusion.** Les tentatives de suicide chez les adolescents à Marrakech s'inscrivent dans un contexte de vulnérabilité multifactorielle dominée par les troubles dépressifs et la dysfonction familiale. Un renforcement de la prévention et de la coordination des soins est nécessaire.

Mots-clés : Tentative de suicide, Adolescent, Épidémiologie, Pédopsychiatrie, Marrakech

ABSTRACT

Objective. To establish the epidemiological, clinical and outcome profile of suicide attempts among adolescents managed in the child and adolescent psychiatry department of Mohammed VI University Hospital in Marrakech. **Methods.** Retrospective inpatient study of 131 adolescents aged 10 to 17

years, hospitalised or followed for a suicide attempt between January 2021 and December 2025. Data were collected from medical records and analysed with SPSS version 27. **Results.** Mean age was 14.71 ± 1.38 years with a marked female predominance (82.4 %). The most frequent methods were medication overdose (40.5 %) and violent methods (53.4 %). Family conflict was the main precipitating factor (63.4 %). Chronic depression was found in approximately 40 % of cases. Intensive outpatient care was provided in 61.8 % of cases, with a favourable outcome in the majority of patients. **Conclusion.** Suicide attempts among adolescents in Marrakech occur in a multifactorial context of vulnerability dominated by depressive disorders and family dysfunction. Strengthening primary and secondary prevention, as well as improving care coordination, is required.

Keywords: Suicide attempt, Adolescent, Epidemiology, Child and adolescent psychiatry, Marrakech

RESUMEN

Objetivo. Determinar el perfil epidemiológico, clínico y evolutivo de los intentos de suicidio en adolescentes atendidos en el servicio de psiquiatría infantil del Hospital Universitario Mohammed VI de Marrakech. **Material y métodos.** Estudio retrospectivo monocéntrico realizado con 131 adolescentes de entre 10 y 17 años, hospitalizados o en seguimiento por intento de suicidio entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Los datos se recopilaron a partir de los historiales médicos y se analizaron con el programa SPSS, versión 27. **Resultados.** La edad media fue de $14,71 \pm 1,38$ años, con un claro predominio femenino (82,4 %). Los métodos más utilizados fueron la

intoxicación medicamentosa (40,5 %) y los métodos violentos (53,4 %). El principal factor desencadenante fue un conflicto familiar (63,4 %). Se observó depresión crónica en aproximadamente el 40 % de los casos. El tratamiento fue ambulatorio intensivo en el 61,8 % de los casos, con una evolución favorable en la mayoría de los pacientes. **Conclusión.** Los intentos de suicidio entre los adolescentes de Marrakech se inscriben en un contexto de vulnerabilidad multifactorial en el que predominan los trastornos depresivos y la disfunción familiar. Es necesario reforzar la prevención y la coordinación de la atención sanitaria.

Palabras clave: Intento de suicidio, Adolescente, Epidemiología, Psiquiatría infantil, Marrakech



REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1- 19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

INTRODUCTION

L'adolescence est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme la période de la vie comprise entre 10 et 19 ans (OMS, 2024) et constitue une étape cruciale du développement humain, marquée par d'importants remaniements physiques, cognitifs, émotionnels et sociaux. Bien qu'elle offre de nombreuses opportunités de croissance et de construction identitaire, cette période représente également un moment de vulnérabilité accrue aux troubles de la santé mentale (Moreau, 2024).

Dans ce contexte, les conduites suicidaires constituent un problème majeur de santé publique. La crise suicidaire est définie comme un processus temporaire et réversible d'épuisement psychique du sujet, dont le risque évolutif est le passage à l'acte suicidaire (Fédération Française de Psychiatrie [FFP], 2000).

Au niveau mondial, le suicide représente la troisième cause de mortalité chez les 15-29 ans (OMS, 2026).

Au Maroc, les données de l'enquête Global School-based Student Health Survey (GSHS) 2016 révèlent une prévalence élevée des conduites suicidaires chez les adolescents : 16,0 % ont rapporté des idées suicidaires sérieuses et 14,6 % un plan suicidaire au cours des 12 derniers mois, avec des taux de tentatives de suicide particulièrement préoccupants, surtout chez les filles (Tom & Mahfoud, 2022).

Les données nationales sur le suicide accompli restent limitées ; selon les estimations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2025), le taux de mortalité par suicide au Maroc était estimé à 3,0 pour 100 000 habitants en 2021, mais ces chiffres sont probablement sous-estimés en raison de la sous-déclaration liée aux facteurs culturels et religieux. La région de Marrakech-Safi compte plus de 4,5 millions d'habitants, dont une proportion importante d'adolescents. Le CHU Mohammed VI de Marrakech est le principal centre de référence pour la pédopsychiatrie dans le sud du Maroc. Le service de pédopsychiatrie assure les consultations, le suivi ambulatoire et l'évaluation des urgences pédopsychiatriques. Il n'existe pas, à ce jour, d'unité d'hospitalisation dédiée à la pédopsychiatrie à Marrakech ; Les adolescents nécessitant une hospitalisation sont ainsi orientés vers des structures disposant de services d'hospitalisation pédopsychiatrique.

À l'unité ambulatoire de pédopsychiatrie universitaire du CHU Mohammed VI de Marrakech, nous avons constaté une augmentation du nombre de prises en charge pour tentative de suicide chez les adolescents. Cependant, malgré cette réalité clinique, peu d'études ont été menées localement pour décrire précisément le profil épidémiologique de ces tentatives dans la région. Dans le cadre de ce travail, nous avons choisi d'étudier les cas cliniques d'adolescents dont la crise suicidaire a abouti à une tentative de suicide.

Le présent travail a pour objectif d'établir le profil épidémiologique des tentatives de suicide chez les adolescents à Marrakech, en décrivant leurs caractéristiques sociodémographiques, les méthodes utilisées, les facteurs de risque associés, les circonstances de survenue ainsi que les aspects cliniques et évolutifs. Cette étude vise à fournir des données locales utiles à l'amélioration du repérage précoce, de la prise en charge et de la prévention des conduites suicidaires dans notre contexte.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Type d'étude et période

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive monocentrique portant sur une période de cinq ans, du 1er janvier 2021 au 31 décembre 2025.

Population d'étude

Ont été inclus tous les adolescents âgés de 10 à 17 ans, pris en charge à l'unité ambulatoire de pédopsychiatrie universitaire du CHU Mohammed VI de Marrakech pour tentative de suicide.

Les critères d'exclusion étaient : les patients âgés de plus de 17 ans et les cas de comportements auto-agressifs sans intention suicidaire claire.

Le choix de la limite d'âge supérieure à 17 ans correspond à l'organisation des filières de soins au CHU de Marrakech : les patients de 17 ans et plus sont orientés vers les services de psychiatrie adulte. Les adolescents de 17-19 ans n'ont donc pas été inclus dans cette série pédopsychiatrique.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux archivés. Un formulaire de recueil standardisé a été élaboré, comportant les variables suivantes :

- Données sociodémographiques (âge, sexe, niveau scolaire, niveau socio-économique, situation familiale) ;
- Antécédents personnels et familiaux ;
- Caractéristiques de l'environnement familial et relationnel (conflits, maltraitance, communication familiale) ;
- Caractéristiques de la tentative de suicide (facteur déclenchant, planification, moyen utilisé, létalité perçue, communication préalable) ;
- Diagnostic psychiatrique retenu, prise en charge et évolution.
- Le niveau socio-économique a été évalué de manière qualitative à partir des informations disponibles dans le dossier (profession des parents, couverture sociale, lieu de résidence, mentions explicites de précarité), et classé en « bas » ou « moyen ».
- La maltraitance a été retenue lorsqu'elle était documentée dans le dossier (déclaration de l'adolescent, des parents ou d'un tiers, ou constat clinique).

Analyse statistique

Les données ont été saisies et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 27.0. Les variables qualitatives ont été exprimées en

effectifs et en pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites par leur moyenne $\pm$ écart-type.

Les variables qualitatives pouvant comporter plusieurs réponses (notamment les symptômes cliniques, les facteurs déclenchants, les antécédents et les types de maltraitance) ont été traitées comme des variables à réponses multiples, permettant à un même patient d'être comptabilisé dans plusieurs catégories pour une même variable.

Aucune analyse bivariée n'a été réalisée en raison du caractère descriptif de l'étude.

Aspects éthiques

L'anonymat et la confidentialité des données ont été strictement respectés, avec le consentement des patients et de leurs familles pour l'utilisation des données cliniques à des fins de recherche et de publication. L'étude a respecté les principes de la Déclaration d'Helsinki.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques générales de la population

Notre étude porte sur 131 adolescents âgés de 10 à 17 ans pris en charge pour tentative de suicide à l'unité ambulatoire de pédopsychiatrie universitaire du CHU Mohammed VI de Marrakech entre janvier

2021 et décembre 2025. L'âge moyen des patients est de $14,71 \pm 1,38$ ans, avec deux pics de fréquence à 16 ans (35,9 %) et à 15 ans (28,2 %). La population est majoritairement féminine (82,4 % contre 17,6 % de garçons). **Tableau 1**

2. Délai de prise en charge et service de référence

Au moment de l'admission, le délai moyen entre la tentative de suicide et la prise en charge en pédopsychiatrie est de $5,63 \pm 11,89$ jours. Près de la moitié des adolescents (46,6 %) sont vus le jour même de la tentative, tandis que 61,1 % le sont dans les deux premiers jours.

Les services référents sont principalement les urgences pédiatriques du CHU (35,1 %), suivis des omnipraticiens (20,6 %), des services de pédiatrie du CHU (14,5 %), du service de réanimation pédiatrique (7,6 %), de la médecine légale (3,8 %) et de l'addictologie (3,1 %), tandis que 15,3 % des patients proviennent d'autres services.

3. Profil socio-démographique

Sur le plan socio-démographique, 6,9 % des adolescents sont scolarisés en primaire, 51,1 % au collège, 22,9 % au lycée et 19,1 % sont en décrochage scolaire. Le niveau socio-économique est considéré comme faible dans 58 % des cas et moyen dans 42 % des cas.

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques

Variable	n	%
Âge (années)		
10 ans	2	1,5
11 ans	2	1,5
12 ans	7	5,3
13 ans	10	7,6
14 ans	26	19,8
15 ans	37	28,2
16 ans	47	35,9
Moyenne ± écart-type	14,71 ± 1,38	—
Sexe		
Féminin	108	82,4
Masculin	23	17,6
Niveau scolaire actuel		
Primaire	9	6,9
Collège	67	51,1
Lycée	30	22,9
Décrochage scolaire	25	19,1
Niveau socio-économique (appréciation clinique)		
Bas	76	58,0
Moyen	55	42,0
Rang dans la fratrie		
Aîné	52	39,7
Milieu	41	31,3
Cadet	26	19,8
Enfant unique	12	9,2
Situation familiale parentale		
Parents mariés vivant ensemble	74	56,5
Parents divorcés	37	28,2
Orphelin (un ou deux parents)	12	9,2
Parents séparés non divorcés	8	6,1

4. Antécédents personnels et familiaux

Les antécédents personnels et familiaux révèlent une vulnérabilité importante. Un tiers des adolescents (33,6 %) ont déjà présenté au moins une tentative de suicide antérieure, avec une répartition de 1 tentative (11,5 %), 2 tentatives (12,2 %) et 3 tentatives (9,2 %). Des automutilations non suicidaires sont présentes chez 29,8 %

des patients. Des antécédents psychiatriques personnels sont retrouvés chez 41,2 % des cas, dominés par le trouble dépressif majeur (31,3 %). Des antécédents toxiques concernent 17,6 % des adolescents, principalement le cannabis et le tabac. Des antécédents médicaux sont rapportés dans 8,4 % des cas, notamment l'épilepsie, l'hypothyroïdie, le diabète insipide ou de type 1, la maladie de Behçet,

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

l'asthme chronique, l'obésité et certaines maladies auto-immunes.

Sur le plan familial, des antécédents psychiatriques sont présents dans 32,8 % des familles, essentiellement la dépression

maternelle; les antécédents de suicide ou de tentative de suicide dans la famille sont rares (2,3 %).

Tableau 2.

Tableau 2. Antécédents personnels et familiaux

Variable	n	%
Tentative de suicide antérieure		
Non	87	66,4
Oui	44	33,6
Nombre de TS antérieures (parmi les 44)		
1	15	11,5*
2	16	12,2*
3	12	9,2*
5	1	0,8*
Automutilations non suicidaires		
Non	92	70,2
Oui	39	29,8
Antécédents psychiatriques personnels		
Aucun (RAS)	77	58,8
Trouble dépressif majeur	41	31,3
Trouble anxio-dépressif	4	3,1
Trouble de conduite	4	3,1
Schizophrénie	2	1,5
Trouble du comportement alimentaire (TCA)	1	0,8
Structuration pathologique borderline	1	0,8
TOC	1	0,8
Antécédents toxiques		
Non	108	82,4
Oui	23	17,6
Antécédents médicaux		
Non	120	91,6
Oui	11	8,4
Antécédents psychiatriques familiaux		
Non	88	67,2
Oui	43	32,8
Lien de parenté (parmi les 43)		
Parent au 1er degré	34	26,0*
Oncle (paternel ou maternel)	3	2,3*
Autres (tantes, cousins, grand-mère, sœur...)	6	4,6*
Antécédents de TS ou suicide accompli dans la famille		
Non	128	97,7
Oui	3	2,3

* Pourcentages calculés sur l'ensemble de la cohorte (N = 131).



REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1- 19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

5. Environnement familial et relationnel

Concernant la situation familiale, 56,5 % vivent avec leurs deux parents mariés et cohabitant, 28,2 % ont des parents divorcés, 9,2 % sont orphelins d'un ou des deux parents et 6,1 % ont des parents séparés sans divorce. L'environnement familial et relationnel est fortement altéré. Des conflits parentaux ou une violence domestique sont rapportés dans 61,1 % des cas, avec une fréquence quotidienne dans 14,5 % et fréquente dans 40,5 %. La communication familiale est jugée mauvaise ou absente

dans 55,7 % des cas, moyenne dans 38,9 % et bonne dans seulement 5,3 %. Le soutien parental est perçu comme insuffisant chez 88,5 % des adolescents. Des difficultés relationnelles avec les pairs (harcèlement scolaire ou isolement) concernent 40,5 % des patients. L'histoire de maltraitance, toutes formes confondues, est très fréquente (90,1 %), avec une prédominance de la maltraitance psychologique (91,6 %), physique (56,5 %) et sexuelle (22,1 %).

Tableau 3

Tableau 3. Environnement familial et relationnel

Variable	n	%
Conflits parentaux / violence domestique		
Non	51	38,9
Oui	80	61,1
Fréquence des conflits (parmi les 80)		
Fréquent	53	40,5*
Quotidien	19	14,5*
Occasionnel	8	6,1*
Communication familiale		
Bonne	7	5,3
Moyenne	51	38,9
Mauvaise / absente	73	55,7
Soutien parental perçu		
Suffisant	15	11,5
Insuffisant	116	88,5
Difficultés relationnelles avec les pairs		
Non	78	59,5
Oui (harcèlement scolaire, isolement...)	53	40,5
Histoire de maltraitance (toute forme)		
Non	13	9,9
Oui	118	90,1
Maltraitance physique		
Non	57	43,5
Oui	74	56,5
Maltraitance psychologique		
Non	11	8,4
Oui	120	91,6
Maltraitance sexuelle		
Non	102	77,9
Oui	29	22,1

* Pourcentages calculés sur l'ensemble de la cohorte (N = 131).



REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1- 19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

6. Caractéristiques de la tentative de suicide et orientation initiale

Concernant les caractéristiques de la tentative de suicide elle-même, le scénario est établi et planifié dans 62,6 % des cas. L'accès au moyen utilisé est facile dans 96,2 % des situations. La conscience de la létalité du moyen est présente chez 63,4 % des adolescents, incertaine chez 25,2 % et absente chez 11,5 %. Un facteur déclenchant est identifié dans 77,1 % des cas, principalement un conflit familial (63,4 %), suivi du harcèlement (6,9 %) et du conflit amoureux (6,1 %). Les idées suicidaires sont très rarement communiquées avant l'acte (0,8 %). Les symptômes psychiatriques dans les jours ou semaines précédents sont dominés par l'irritabilité (35,9 %), le repli sur soi (9,2 %) et la tristesse (5,3 %). Des conséquences somatiques graves (coma, difficultés cardio-respiratoires ou séquelles

neurologiques) sont observées dans 21,4 % des tentatives. Plus de la moitié des patients (52,7 %) passent par un service somatique (urgences 30,5 %, pédiatrie ou réanimation) avant leur orientation en pédopsychiatrie.

La méthode la plus fréquente est l'intoxication médicamenteuse (40,5 %), suivie de l'ingestion de toxiques ou de caustiques (18,3 %), de la pendaison (11,5 %), des phlébotomies ou coupures profondes (11,5 %), du saut d'une hauteur importante (9,9 %) et de l'utilisation d'arme blanche (4,6 %). Une méthode classée comme violente (toute méthode autre que l'intoxication médicamenteuse pure) est utilisée dans 53,4 % des cas. L'intention déclarée est une volonté de mourir dans 55 % des cas, un appel à l'aide ou message à l'entourage dans 17,6 %, une pression sur la famille dans 14,5 %, tandis que d'autres motifs sont plus rares. **Tableau 4.**

Tableau 4. Caractéristiques de la tentative de suicide

Variable	n	%
Délai TS → admission en pédopsychiatrie (jours)		
1 jour	61	46,6
2 jours	19	14,5
3 jours	20	15,3
4-7 jours	16	12,2
≥ 8 jours	15	11,5
Moyenne ± écart-type	5,63 ± 11,90	—

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Tableau 4. Caractéristiques de la tentative de suicide (suite du tableau)

Service référent		
Urgences pédiatriques	46	35,1
omnipraticien	27	20,6
Pédiatrie du CHU	19	14,5
Réanimation pédiatrique	10	7,6
Médecine légale	5	3,8
Addictologie	4	3,1
Autres	20	15,3
Méthode utilisée		
Intoxication médicamenteuse	53	40,5
Ingestion de toxique / caustique	24	18,3
Pendaison	15	11,5
Phlébotomie / coupures profondes	15	11,5
Saut d'une hauteur importante	13	9,9
Arme blanche	6	4,6
Intoxication médicamenteuse + saut	2	1,5
Autres (omission d'insuline, refus alimentaire, se jeter devant le train)	3	2,3
Méthode classée violente (hors intoxication médicamenteuse pure)		
Non	61	46,6
Oui	70	53,4
Scénario établi et planifié		
Non	49	37,4
Oui	82	62,6
Idées suicidaires communiquées avant l'acte		
Non	130	99,2
Oui	1	0,8
Accès facile au moyen		
Non	5	3,8
Oui	126	96,2
Conscience de la létalité du moyen		
Oui	83	63,4
Incertain	33	25,2
Non	15	11,5
Facteur déclenchant identifié		

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Non	30	22,9
Oui	101	77,1
Suite du tableau. 4		
Nature du facteur déclenchant (parmi les 101)		
Conflit familial	83	63,4*
Harcèlement	9	6,9*
Conflit amoureux	8	6,1*
Échec scolaire	1	0,8*
Conséquences somatiques graves (coma, réanimation, séquelles)		
Non	103	78,6
Oui	28	21,4
Intention déclarée		
Volonté de mourir	72	55,0
Appel à l'aide / message à l'entourage	24	18,3
Faire pression sur la famille	19	14,5
Fuir une souffrance insupportable	11	8,4
Cadre délirant / autres	5	3,8

8. Diagnostic, type de crise (Tableau 5)

Le type de crise est considéré comme psychopathologique dans 57,3 % des cas, psychosociale dans 35,1 % et psychotraumatique dans 7,6 %. Au terme de l'évaluation, le diagnostic retenu est majoritairement une dépression chronique

environ 40 % des cas, dont de nombreuses formes sévères). L'épisode dépressif majeur est diagnostiqué chez 5,3 % des adolescents. Ces troubles dépressifs sont suivis par des troubles anxio-dépressifs, des troubles liés à l'usage de substances, des troubles de conduite et, plus rarement, par une schizophrénie ou un état de stress post-traumatique.

9. Prise en charge thérapeutique

Devant l'absence d'une unité d'hospitalisation spécialisée en pédopsychiatrie à Marrakech, un suivi ambulatoire intensif a été mis en place chez 61,8 % des adolescents. Cette prise en charge repose sur une approche intégrative combinant psychothérapie de soutien, interventions psychoéducatives et

accompagnement familial, conformément aux recommandations actuelles de prévention des récides suicidaires chez l'adolescent, et est organisée sous forme de rencontres thérapeutiques toutes les 24 h à l'hôpital de jour. Le rythme est ensuite adapté selon la réponse en phase aiguë (accueil toutes les 48–72 h durant les quatre premières semaines).

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

Les adolescents présentant un risque élevé selon l'évaluation Risque–Urgence–Dangerosité (RUD), soit 38,2 % des cas, ont

été orientés vers des services d'hospitalisation pédopsychiatrique situés hors de la ville.

Tableau 5. Diagnostic, type de crise, prise en charge et évolution

Variable	n	%
Type de crise		
Psychopathologique	75	57,3
Psychosociale	46	35,1
Psychotraumatique	10	7,6
Diagnostic principal retenu (regroupé)		
Dépression chronique (toutes formes)	≈ 52	≈ 40
Épisode dépressif majeur (EDM)	7	5,3
Trouble environnemental / psychosocial	≈ 33	≈ 25
Adolescence perturbée	9	6,9
État de stress post-traumatique (PTSD)	≈ 4	≈ 3
Trouble de conduite	4	3,1
Schizophrénie	2	1,5
Autres (anxio-dépressif, TOC, borderline, bipolaire...)	≈ 20	≈ 15
Passage par un service somatique avant pédopsychiatrie		
Non	62	47,3
Oui	69	52,7
Cadre de prise en charge		
Ambulatoire intensif	81	61,8
Hospitalisation	50	38,2

* Pourcentages calculés sur l'ensemble de la cohorte (N = 131).

Au total, la prise en charge est ambulatoire dans 61,8 % des cas et une hospitalisation est nécessaire dans 38,2 % des situations. En ambulatoire, le traitement associe presque systématiquement une psychothérapie (97 % des cas) à un traitement pharmacologique.

La fluoxétine (20 mg) est prescrite en première intention dans les épisodes dépressifs majeurs, parfois associée à la rispéridone à la dose moyenne de 0,5 à 1 mg, ou à d'autres antidépresseurs tels que la sertraline.

Par ailleurs, un atelier psychothérapeutique de groupe dédié à la gestion de la crise suicidaire est mis en place après la phase aiguë. Cet atelier, désormais proposé systématiquement à tous les patients, constitue une approche structurée visant à renforcer les compétences des adolescents en matière de régulation émotionnelle, d'identification des facteurs déclenchants et de développement de stratégies d'adaptation. Il s'inscrit dans une perspective de prévention secondaire et de réduction du risque de récurrence suicidaire.

Ce suivi ambulatoire intensif a permis une **stabilisation clinique** ainsi qu'une reprise du fonctionnement psychosocial chez la majorité des adolescents pris en charge en ambulatoire

10. évolution

Au terme du suivi, l'évolution est favorable dans la majorité des cas, avec une résolution

DISCUSSION

La tentative de suicide représente une urgence médico-psychologique majeure et l'une des problématiques de santé publique les plus préoccupantes à l'échelle mondiale. Sa fréquence élevée, combinée à la gravité de ses conséquences, en fait un phénomène qui ne peut être abordé sans une mobilisation collective et multisectorielle.

L'adolescence constitue une période de vulnérabilité particulière, marquée par des bouleversements identitaires, affectifs et neurobiologiques qui exposent le sujet jeune à un risque accru de passage à l'acte. L'impulsivité, trait caractéristique de cette tranche d'âge, joue un rôle déterminant dans la dynamique suicidaire, raccourcissant le délai entre l'idéation et l'acte, et rendant la prévention d'autant plus urgente et complexe.

Face à l'ampleur de ce phénomène, une évaluation rigoureuse et une sensibilisation à tous les niveaux s'imposent : à l'école, au sein de la famille, dans la société en général, auprès des médecins de première ligne qui constituent souvent le premier point de contact, et enfin au niveau des services

de la crise en moyenne en 3 à 4 semaines et une reprise du fonctionnement chez de nombreux adolescents. Cependant, 6,9 % des patients sont perdus de vue. Par ailleurs, quelques patients ont nécessité une réorientation vers l'hospitalisation en raison d'une évolution défavorable, d'une résurgence des idées suicidaires ou d'un passage à l'acte (observé dans 2 % des cas).

spécialisés de santé mentale, garants d'une prise en charge adaptée et coordonnée.

Âge et genre :

L'âge moyen de $14,71 \pm 1,378$ ans, avec deux pics de fréquence à 15 et 16 ans, est concordant avec les données nationales et internationales. Il se rapproche des résultats de l'étude Khaloui et al. (2025) à Casablanca qui a rapporté un âge moyen de $15,03 \pm 1,35$ an. Cette tranche d'âge correspond à une période de grande vulnérabilité liée aux remaniements pubertaires, aux pressions scolaires et à l'émergence des troubles thymiques. Une autre étude marocaine avait cependant rapporté un âge moyen plus bas (12 ans et demi) (Salimi et al., 2013).

Une nette prédominance féminine est observée dans notre série (82,4 %, sex-ratio F/G = 4,68), ce qui concorde avec les données de la littérature nationale et internationale qui reconnaissent le genre féminin comme prédominant dans la réalisation des tentatives de suicide (Khaloui et al., 2025 ; Abderrahmane et al., 2022 ; Ay et al., 2025 ; Rhodes et al., 2014).

Délai de prise en charge en pédopsychiatrie et services référents

Dans notre étude, le délai moyen entre la tentative et la prise en charge en pédopsychiatrie est de $5,63 \pm 11,89$ jours, avec 46,6 % des patients vus le jour même. Ce délai est plus court que celui rapporté par Khaloui et al. (8,91 jours) (Khaloui et al., 2025). le parcours de soins reste majoritairement via les urgences pédiatriques du CHU (35,1 %), et les services somatiques, soulignant la nécessité d'une meilleure coordination avec la pédopsychiatrie pour une évaluation précoce ce qui réduit significativement le risque de récurrence suicidaire (Apicella et al., 2023 ; Fontanella et al., 2020). Ce délai observé dans notre série met en évidence un retard fréquent de consultation chez le pédopsychiatre après la référence initiale par le médecin somaticien. Sur le plan clinique, ce retard invite à une réflexion sur les facteurs psychosociaux tels que la honte, la culpabilité ressentie par le patient et/ou sa famille, ainsi que la possible banalisation de l'acte par l'entourage, qui peuvent contribuer à différer la demande ou l'acceptation d'une prise en charge spécialisée.

Niveau socio-économique

Un niveau socio-économique bas a été observé dans 58 % des cas, ce qui rejoint les données de la littérature (Khaloui et al., 2025 ; Abderrahmane et al., 2022 ; Tom & Mahfoud, 2022) . Cependant, ce résultat doit être interprété avec prudence en raison d'un possible biais de recrutement, notre structure universitaire accueille

majoritairement les patients démunis et relevant de milieu social précaire.

Facteurs familiaux et psychosociaux

Les facteurs familiaux et relationnels sont particulièrement préoccupants : conflits parentaux ou violence domestique (61,1 %), mauvaise communication familiale (55,7 %), soutien parental perçu insuffisant (88,5 %) et antécédents de maltraitance (90,1 %, dont maltraitance psychologique 91,6 %). Ces résultats sont cohérents avec la littérature récente qui confirme le rôle majeur de la dysfonction familiale (OR $\approx 1,94$) et de la maltraitance dans les comportements suicidaires des adolescents (Pu et al., 2025 ; Arias et al., 2025 ; Chia et al., 2025).

Antécédents personnels et familiaux

Un tiers des adolescents (33,6 %) avaient déjà réalisé au moins une tentative de suicide antérieure non suivie, 29,8 % présentaient des automutilations non suicidaires et 41,2 % avaient des antécédents psychiatriques personnels, dominés par le trouble dépressif majeur (31,3 %). Ces chiffres sont concordants avec d'autres études (Khaloui et al., 2025 ; Ay et al., 2025 ; Baldini et al., 2025).

Les antécédents familiaux de troubles psychiatriques (32,8 %) constituent également un facteur de vulnérabilité important (Pu et al., 2025). Le retard diagnostique de la dépression et son absence de prise en charge représentent un facteur aggravant majeur du risque suicidaire et une tentative de suicide non suivie d'une référence au pédopsychiatre

expose l'adolescent à un risque de récurrence d'environ 30 % dans la même année, avec recours à des moyens potentiellement plus létaux (Ligier et al. 2016). Ces données mettent en évidence le profil de haute vulnérabilité des adolescents de notre série et soulignent la nécessité d'une évaluation approfondie, d'un suivi rapproché et d'une prévention secondaire ciblée chez les patients présentant des antécédents de tentative et/ou un trouble dépressif majeur.

Caractéristiques de la tentative de suicide

La prédominance du conflit familial comme facteur déclenchant (63,4 %) n'est pas surprenante dans le contexte socioculturel marocain. Les tensions intrafamiliales, qu'elles soient liées aux conflits parentaux ou aux pressions scolaires, constituent une source majeure de souffrance souvent banalisée par l'entourage. Ces données justifient pleinement l'intégration systématique de la thérapie familiale dans notre protocole de prise en charge.

Ces résultats concordent avec la littérature internationale qui souligne le rôle central des conflits familiaux et des adversités précoces (Ligier et al., 2016 ; Miller et al., 2013 ; Chen et al., 2026) . Ils plaident en faveur d'une évaluation structurée du risque suicidaire dès la première prise en charge, notamment par les médecins de première ligne.

Le caractère exceptionnel de la communication préalable des idées suicidaires (0,8 %) est particulièrement préoccupant. Il reflète le silence qui entoure la crise suicidaire dans notre contexte, lié à

la stigmatisation, à la crainte du jugement familial et à l'absence d'espaces de parole adaptés aux adolescents. Ce constat souligne l'urgence de développer des programmes de sensibilisation en milieu scolaire et familial, afin de permettre aux adolescents d'exprimer leur souffrance avant le passage à l'acte.

Par ailleurs, la proportion élevée de méthodes violentes (53,4 %) et de complications somatiques graves (21,4 %) est comparable aux données casablancaises (6). Ces résultats soulignent la gravité des tentatives dans cette population et renforcent la nécessité d'une intervention précoce et multidisciplinaire.

Diagnostic et prise en charge

La prédominance du trouble dépressif majeur comme diagnostic principal ($\approx 40\%$) illustre le retard diagnostique fréquemment observé dans notre pratique. En effet, la dépression de l'adolescent est souvent méconnue, banalisée ou confondue avec des « difficultés comportementales » ou une « adolescence perturbée ». Cela conduit à un passage à l'acte suicidaire sans qu'aucune prise en charge psychiatrique n'ait été initiée au préalable. Ce constat rejoint les données de la littérature, qui indiquent que seul un tiers des adolescents dépressifs bénéficie d'un traitement adapté (Walter et al., 2023). La prédominance de la prise en charge ambulatoire intensive (61,8 %) dans notre série reflète avant tout une contrainte structurelle liée à l'absence d'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique dédiée à Marrakech. Bien que non choisie, cette modalité s'est révélée efficace dans notre pratique, à condition de s'appuyer sur

une organisation rigoureuse du suivi (rythme rapproché initial, coordination pluridisciplinaire et implication active de la famille). Cette approche ambulatoire est privilégiée chaque fois que le risque suicidaire et le niveau de fonctionnement de l'adolescent le permettent, l'hospitalisation étant réservée aux formes sévères ou à haut risque (Aabbassi & Manoudi, 2026).

Notre approche thérapeutique multimodale associe psychoéducation, guidance parentale, psychothérapies (psychodynamique, cognitivo-comportementale et interpersonnelle) et pharmacothérapie si indiquée. La psychoéducation des familles, axe central de notre intervention, a permis d'améliorer l'adhésion thérapeutique et de réduire les facteurs de vulnérabilité environnementaux, confirmant les données de la littérature sur l'efficacité des approches multidisciplinaires précoces (Baldini et al., 2025 ; Morcillo et al., 2025; Verlenden et al., 2024).

Le taux de perdus de vue (6,9 %) s'explique principalement par la stigmatisation persistante des troubles psychiatriques, les difficultés socio-économiques limitant l'accès aux soins, l'éloignement géographique et le sentiment d'amélioration précoce incitant à l'arrêt du suivi. Or, l'absence de suivi après une première

tentative suicidaire multiplie significativement le risque de récurrence au cours de l'année, souvent avec des moyens plus létaux (Ligier et al., 2016). Ce constat plaide en faveur de la mise en place de stratégies actives de maintien du lien thérapeutique, notamment par des contacts téléphoniques systématiques et une coordination renforcée avec les médecins de première ligne.

CONCLUSION ET PRESPECTIVES

Les tentatives de suicide chez les adolescents s'inscrivent souvent dans un contexte de vulnérabilité multifactorielle dominée par les troubles dépressifs, la dysfonction familiale, la maltraitance et la précarité et bien d'autres facteurs. Elle souligne l'urgence de renforcer la prévention (repérage scolaire, sensibiliser les familles et des jeunes sur la santé mentale et la suicidalité), d'améliorer la coordination des soins et de développer des unités spécialisées en crise. Des études prospectives multicentriques et qualitatives sont nécessaires pour mieux adapter les stratégies de prévention au contexte marocain en se focalisant sur la détection des populations à risque et le développement de stratégies multidisciplinaires de santé globale à l'âge pédiatrique.

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

RÉFÉRENCES

- OMS. Santé des adolescents (2014) [Internet]. [Cité 9 mai 2026]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Antoine Moreau. La narration dans la crise suicidaire de l'adolescent : l'exemple du manga. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04918837>
- Fédération Française de Psychiatrie. (2000). La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge : Texte court. https://www.sfm.org/upload/consensus/cc_crise_suicidaire_court.pdf
- Organisation mondiale de la Santé. (2026, 28 août). Suicide. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Tom, A., & Mahfoud, Z. R. (2022). Factors associated with suicidality among school attending adolescents in Morocco. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 885258. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.885258>
- World Health Organization. (2025). *Suicide worldwide in 2021: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240110069>
- Khaloui, G., Mabkhout, A., Rachidi, L., & Benjelloun, G. (2025). Clinical and epidemiological profile of adolescent suicide attempters in Morocco: A 10-year retrospective study from the adolescent psychiatric inpatient unit in Casablanca. *Middle East Current Psychiatry*, 32, 66. <https://doi.org/10.1186/s43045-025-00560-8>
- Salimi, S., Bouhdadi, S., Rachid, A., Atlas, R., & Dehbi, F. (2013). Tentative de suicide chez l'enfant et l'adolescent : Une expérience marocaine. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 26(1), 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2012.10.001>
- Abderrahmane, A., Kharbach, A., Azzine, H., Lkoul, A., Bouchriti, Y., Cherrat, Z., et al. (2022). Suicide attempts in Morocco: A systematic review. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(5), 243–251. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.05.006>
- Ay, B., Balatacı, U., & Ay, A. (2025). Sociodemographic and clinical characteristics of adolescents following suicide attempts: A single-center study from Türkiye. *Psychiatry Investigation*, 22(12), 1350–1357. <https://doi.org/10.30773/pi.2025.0169>
- Rhodes, A. E., Boyle, M. H., Bridge, J. A., Sinyor, M., Links, P. S., Tonmyr, L., Skinner, R., Bethell, J. M., Carlisle, C., Goodday, S., Hottes, T. S., Newton, A., Bennett, K., Sundar, P., Cheung, A. H., & Szatmari, P. (2014). Antecedents and sex/gender differences in

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

youth suicidal behavior. *World Journal of Psychiatry*, 4(4), 120–132.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v4.i4.120>

Apicella, M., Serra, G., Trasolini, M., Andracchio, E., Chieppa, F., Averna, R., Iannoni, M. E., Infranzi, A., Moro, M., Guidetti, C., Maglio, G., Raucci, U., Reale, A., & Vicari, S. (2023). Urgent psychiatric consultations for suicide attempt and suicidal ideation before and after the COVID-19 pandemic in an Italian pediatric emergency setting. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1135218. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1135218>

Fontanella, C. A., Warner, L. A., Steelesmith, D. L., Brock, G., Bridge, J. A., & Campo, J. V. (2020). Association of timely outpatient mental health services for youths after psychiatric hospitalization with risk of death by suicide. *JAMA Network Open*, 3(8), e2012887. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.12887>

Tom, A., & Mahfoud, Z. R. (2022). Factors associated with suicidality among school attending adolescents in Morocco. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 885258.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.885258>

Pu, M., Guo, L., Cheng, P., Gao, Q., & Zhu, H. (2025). Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 370, 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.025>

Arias, P., Arqueros, M., Suárez-Soto, E., García-Ramos, A., Ayad-Ahmed, W., Ovejero-Ruiz, A., et al. (2025). Early life adversity and suicide: The role of childhood trauma and risk factors in adolescent suicidal behavior. *Children and Youth Services Review*, 179, 108648. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2025.108648>

Chia, A. Y. Y., Hartanto, A., Wan, T. S., Teo, S. S. M., Sim, L., & Kasturiratna, K. T. A. S. (2025). The impact of childhood sexual, physical and emotional abuse and neglect on suicidal behavior and non-suicidal self-injury: A systematic review of meta-analyses. *Psychiatry Research Communications*, 5(1), 100202.
<https://doi.org/10.1016/j.psycom.2025.100202>

Baldini, V., Gnazzo, M., Varallo, G., Di Vincenzo, M., Scorza, M., Franceschini, C., et al. (2025). A comprehensive approach to adolescent suicide prevention: Insights from a narrative review perspective. *Frontiers in Psychology*, 16, 1612067.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1612067>

Pu, M., Guo, L., Cheng, P., Gao, Q., & Zhu, H. (2025). Family dysfunction and risk of suicidal behavior in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 370, 427–433. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.025>

REVUE DE PSYCHIATRIE ET DE PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

ISSN 1578-1062

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-19

Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0

DOI : <https://doi.org/10.65549/hgh1mj52>

- Ligier, F., Kabuth, B., & Guillemin, F. (2016). MEDIACONNEX: A multicenter randomised trial based on short message service to reduce suicide attempt recurrence in adolescents. *BMC Psychiatry*, 16, 251. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0965-8>
- Miller, A. B., Esposito-Smythers, C., Weismore, J. T., & Renshaw, K. D. (2013). The relation between child maltreatment and adolescent suicidal behavior: A systematic review and critical examination of the literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16(2), 146–172. <https://doi.org/10.1007/s10567-013-0131-5>
- Chen, Y., Black, M., Bennett, D., McGovern, R., Sharp, H., Rehkopf, D., Taylor-Robinson, D. C., & Adjei, N. K. (2026). Multiple trajectories of family adversity and poverty and adolescent self-harm and suicide attempts: Findings from the UK Millennium Cohort Study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 20, 75. <https://doi.org/10.1186/s13034-026-01023-6>
- Walter, H. J., Abright, A. R., Bukstein, O. G., Diamond, J., Keable, H., Ripperger-Suhler, J., et al. (2023). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with major and persistent depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 62(5), 479–502. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.10.001>
- Aabbassi, B., & Manoudi, F. (2026). L'évaluation diagnostique et la prise en charge de la dépression de l'adolescent « en cinq étapes ». *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, 39(3), 159–163. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2025.10.008>
- Verlenden, J. V., Fodeman, A., Wilkins, N., Jones, S. E., Moore, S., Cornett, K., Sims, V., Saelee, R., & Brener, N. D. (2024). Mental health and suicide risk among high school students and protective factors—Youth Risk Behavior Survey, United States, 2023. *MMWR Supplements*, 73(4), 79–86. <https://doi.org/10.15585/mmwr.su7304a9>
- Morcillo, V., Ferrer-Ribot, M., Mut-Amengual, B., Bagur, S., & Rosselló, M. R. (2025). Mental health and suicide attempts in adolescents: A systematic review. *Healthcare*, 13(9), 1039. <https://doi.org/10.3390/healthcare13091039>