

Module 3 : MATURATION ET VULNERABILITE

RISQUE ET CONDUITES SUICIDAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Identification et prise en charge

MODULE 3 : MATURATION ET VULNERABILITE - ITEM N°44

Et MODULE 11 : SYNTHÈSE CLINIQUE ET THÉRAPEUTIQUE - ITEM N° 189

ENSEIGNANTS : Dr J. Malka, Pr. P. Duverger

MODE D'ENSEIGNEMENT : ARC / E.D.

OBJECTIFS

- Savoir détecter les situations à risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent.
- Argumenter les principes de la prévention, de la prise en charge et de l'accompagnement d'un jeune suicidant.

RISQUE ET CONDUITES SUICIDAIRES DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Identification et prise en charge

DEFINITIONS

SUICIDE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT

- 1°/ Généralités
- 2°/ Psychopathologie du suicide et des équivalents suicidaires chez l'enfant
- 3°/ Facteurs de risque
- 4°/ Eléments de pronostic
- 5°/ Eléments de prise en charge.

SUICIDE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT

- 1°/ Généralités
- 2°/ Psychopathologie du suicide et des conduites de risque chez l'adolescent
- 3°/ Facteurs de risque
- 4°/ Eléments de pronostic
- 5°/ Eléments de prévention primaire du suicide chez les adolescents
- 6°/ Eléments de prise en charge

Bibliographie

DEFINITIONS

Il faut dans un premier temps distinguer et définir différents termes :

- **Le suicide** : acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort. Le suicide est "le meurtre de soi-même".
- **La tentative de suicide** : comportement visant à se donner la mort, sans y parvenir.
- **Les idées suicidaires** : pensées que l'on pourrait se donner la mort, constructions imaginaires de scénarii, sans passage à l'acte.
- **Les conduites suicidaires** : conduites conscientes visant à tenter de se donner la mort. A distinguer **des conduites de risque** désignant des comportements où le sujet prend des risques (de mourir) mais sans idée consciente ni sans volonté de mort.

SUICIDE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT

1°/Généralités

La définition du suicide et de la tentative de suicide chez l'enfant se heurte à plusieurs écueils, dont certains ont trait à l'enfant lui-même, d'autres à son environnement, d'autres encore aux professionnels de l'enfance.

On peut ainsi souligner les points suivants :

- La notion de mort chez l'enfant ne peut être assimilée aux représentations qu'en ont couramment les adultes ;
- La difficulté à évaluer l'intention de mourir chez un enfant découle de la remarque précédente, avec, pour corollaire, la question de savoir s'il est nécessaire d'avoir une idée précise de la notion de mort pour désirer se suicider...
- La résistance, de la part des adultes (familles, professionnels de l'enfance), à admettre la réalité de la problématique suicidaire chez l'enfant, rend son repérage difficile. C'est ainsi que bon nombre d'accidents domestiques ou de comportements de mise en danger de la part de l'enfant pourraient comporter une dimension suicidaire, souvent méconnue.
- Le manque de dispositifs adaptés pour le recueil de données et le manque d'outils cliniques fiables pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant prépubère rendent difficiles l'évaluation du suicide et des conduites suicidaires chez l'enfant.

On conçoit, dans ces conditions, que l'identification d'une problématique suicidaire chez un enfant prépubère soit largement méconnue et donc sous-estimée.

Le milieu scientifique lui-même ne fait pas exception à cette méconnaissance, puisque très peu d'études se sont jusqu'à présent intéressées à ce sujet.

Les chiffres publiés tendent à indiquer que le suicide et les tentatives de suicide chez l'enfant sont rares. Citons une étude de 1989 qui décrit, en Grande Bretagne, un taux de suicide de 0.8 pour cent mille, chez des enfants âgés de 5 à 14 ans.

On remarque d'emblée - remarque applicable à la plupart des études - que l'âge de 14 ans correspond le plus souvent à la puberté, et que les outils utilisés pour poser le diagnostic de suicide ou de tentative de suicide sont dans la quasi-totalité des cas des outils construits sur les bases de la clinique et de la psychopathologie de l'adolescent. Autrement dit, l'on se sert de critères diagnostiques et psychopathologiques de l'adolescent pour évaluer la problématique du suicide chez l'enfant. On comprend alors que l'accès à l'épidémiologie réelle du suicide et des conduites suicidaires chez l'enfant est difficile.

2°/ Psychopathologie du suicide et des équivalents suicidaires chez l'enfant

Dans un premier temps, l'acquisition de la notion de mort par l'enfant est développée. Puis, la psychopathologie du suicide chez l'enfant est abordée, en insistant sur le fait qu'elle n'implique que très rarement le désir de mort en tant qu'état irréversible.

a) L'acquisition de la notion de mort :

L'acquisition de la notion de mort est un phénomène progressif chez l'enfant et d'ailleurs assez difficile à situer chronologiquement de manière précise car il semble en grande partie dépendre des expériences biographiques de l'enfant (plus rapide chez les enfants qui ont été confrontés à la mort dans leur entourage ou qui sont eux-mêmes menacés dans leur intégrité physique par une affection grave ou chronique).

L'acquisition de ce concept reconnaît un double versant, intellectuel et affectif :

- sur le plan intellectuel :

La conceptualisation de la mort inclut plusieurs éléments que l'enfant acquiert successivement :

- la notion d'irréversibilité (vers 4 ou 5 ans), difficile à acquérir chez l'enfant du fait que la mort en tant que phénomène irréversible va à l'encontre de l'acquisition par l'enfant de la notion de permanence de l'objet. En effet, l'enfant met 9 à 18 mois à admettre qu'un objet continue d'exister quand il ne le voit plus, alors qu'acquérir la notion de mort revient précisément à accepter que l'objet libidinal (c'est-à-dire la personne investie affectivement) disparu, l'objet qu'on ne peut plus voir a bel et bien fini d'exister.

- la notion d'universalité : la mort concernant tout le monde elle concerne aussi l'enfant lui-même (vers 5 ou 6 ans),

- la notion enfin d'inconnu après la mort, acquise beaucoup plus tardivement, et qui confère à la mort sa charge anxieuse et mystérieuse.

- sur le plan affectif :

L'appréhension du concept de mort ne peut évidemment pas se subdiviser en différentes étapes dans la mesure où, tout comme chez l'adulte, la mort confronte l'enfant à un problème existentiel, dramatique mais aussi fondateur.

Par ailleurs, nous avons souligné plus haut que l'appréhension intuitive (et non déductive comme c'est le cas sur le plan intellectuel) de la mort dépend très largement des expériences de vie auxquelles l'enfant a déjà été confronté : deuils familiaux, maladies graves dans son entourage mais aussi pouvant concerner l'enfant lui-même...

b) De la « fantaisie suicidaire » aux idées suicidaires :

▪ **La « fantaisie suicidaire » :**

Nombreux sont les enfants qui expriment des fantaisies suicidaires selon des formes diverses qui évoluent avec l'âge, sans être pour autant des "enfants suicidaires". Citons par exemple la fascination qu'ont les enfants pour les fantômes, les squelettes, que certaines fêtes telles celle d'Halloween mettent en scène de manière indiscutablement ludique. La mort, dont ils perçoivent très tôt les signes autour d'eux et sur eux-mêmes, attire leur curiosité et prend une place importante dans leur monde imaginaire.

Le mystère de la fin rejoint ainsi celui des origines, et les fantaisies suicidaires deviennent du même coup l'une des composantes de la vie psychique normale de l'enfant.

C'est ainsi que tous les enfants mettent en scène ces fantaisies suicidaires dans les jeux, sous formes variées où le burlesque et l'horreur se joignent à l'humour, mais aussi de manière plus discrète et refoulée voire sublimée en les intégrant dans des jeux éducatifs (par exemple le "jeu du pendu").

▪ **Les idées suicidaires :**

Contrairement aux "fantaisies suicidaires" qui n'ont pas pour but de se fixer (c'est-à-dire d'envahir tout le champ de la conscience), les idées suicidaires peuvent survenir si des circonstances internes (propres à l'enfant lui-même) ou externes (événement de vie) particulièrement difficiles surviennent.

Les idées suicidaires s'imposent alors parfois, selon des mécanismes variés qui dépendent de la situation clinique, et selon des intentions dont l'ambiguïté n'en contient pas moins une intense souffrance.

Ce qu'il faut retenir, c'est que quel que soit l'événement en cause (événement de la vie psychique interne ou événement de vie extérieur à l'enfant) cet événement a pour l'enfant, dans la quasi-totalité des situations rencontrées, valeur de perte.

Dans ce contexte de perte ou de sentiment de perte, la très grande majorité de ces enfants fragiles confère au suicide une fonction réparatrice : se suicider pour réparer la perte en quelque sorte. Cette particularité de fonctionnement psychique est proche de ce que l'on appelle la "pensée magique". Il s'agit d'un mécanisme de défense décrit initialement par Freud sous le vocable "d'annulation rétroactive". Il consiste en l'utilisation d'une parole, d'un comportement ou d'une pensée pour tenter de faire que ne soient pas advenus des pensées, des paroles, des actes.

La perte ou le sentiment de perte dont nous parlons a plusieurs caractéristiques:

- Elle peut être réelle (mort réelle, déménagement etc.) ou fantasmée (conviction de ne plus être aimé). C'est ainsi qu'une simple dispute peut résonner pour l'enfant comme une perte.
- Elle implique toujours une ou des personnes ou plus généralement un ou des êtres très investis par l'enfant (l'un des parents, un membre de la fratrie, un ami très cher, l'institutrice, un animal de compagnie que l'enfant a toujours connu...)
- Cet investissement est de nature très "narcissique", c'est-à-dire que l'enfant a construit une partie de son identité sur l'être aimé ainsi concerné.

- Les conséquences affectives conférées à cette perte ou à ce sentiment de perte seront fonction :
 - de l'importance de l'objet perdu dans la construction des assises narcissiques de l'enfant (c'est-à-dire dans la construction de son identité);
 - de la solidité de ces assises narcissiques, ce qui renvoie :
 - d'une part à la qualité de son environnement (familial notamment) et à celle des interactions entre celui-ci et l'enfant ;
 - d'autre part au mode de structuration de sa personnalité (structuration sur un mode névrotique simple, ou sur un mode psychotique ou "limite", les deux derniers étant de moins bon pronostic).

3°/ Facteurs de risque

On peut ainsi distinguer :

a) Les facteurs de risque inhérents à la dynamique familiale :

- Perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, et ce d'autant plus que cette perturbation concerne les interactions précoces, fragilisant les assises narcissiques de l'enfant.
- Perturbations du fonctionnement familial (discorde parentale, situations de séparation conflictuelle du couple dans laquelle on fait jouer à l'enfant le rôle de témoin, certaines situations de monoparentalité dans lesquelles l'enfant n'est plus à sa place d'enfant mais de partenaire voire de thérapeute du parent qui l'élève...).
- Toutes les formes de violence, de traumatisme, de carences...

b) Les facteurs de risque inhérents aux antécédents psychologiques familiaux :

- Antécédents de suicide dans la famille.
- Psychopathologie parentale (antécédents de dépression notamment).

c) Les facteurs de risque inhérents à l'enfant lui-même :

- Absence de représentations de la mort chez le jeune enfant (qui n'est pas donc pas un facteur protecteur)
- Toute fragilité narcissique, engageant la question de la conscience et de l'estime de soi : dépression, trouble de la personnalité de nature psychotique notamment...

4°/ Eléments de pronostic

Ils sont difficiles à évaluer.

Les conduites suicidaires chez l'enfant sont un signe d'appel qu'il faut savoir entendre. Y être attentif et prendre en compte cet appel est capital.

La précocité de la reconnaissance des troubles et des interventions thérapeutiques, la capacité des parents à entendre la souffrance de leur enfant et à se mobiliser psychiquement, à accepter et demander l'aide d'un ou plusieurs tiers, la qualité des moyens d'évaluation et d'interventions thérapeutiques ou sociales, jouent un rôle important dans l'évolution et le pronostic de ce type de manifestations.

5°/ Eléments de prise en charge

Il n'existe de pas de traitement stéréotypé univoque, mais une prise en charge au cas par cas. Lorsque des idées ou des conduites suicidaires sont mises en avant par un enfant, l'environnement familial, social et soignant doit se mobiliser dans le sens :

- a) D'une écoute et d'une reconnaissance de la souffrance psychique et de l'appel exprimé par l'enfant (lutte contre la banalisation ou le déni).
- b) D'une évaluation précise de la situation familiale et individuelle de l'enfant, mais aussi sociale, scolaire, etc... afin de s'intéresser à lui dans sa globalité. Cette évaluation se fera parfois (le plus souvent pour certains praticiens) lors d'une courte hospitalisation, le plus souvent en milieu pédiatrique. Certains services de pédiatrie ont acquis un savoir-faire et la capacité à créer des liens avec les équipes de psychiatrie infantile.
- c) De la mise en place d'une aide appropriée, non seulement sur le plan psychologique, mais aussi, sur le plan familial et social.

SUICIDE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT

1°/ Généralités

Contrairement au cas de l'enfant, la question du suicide chez l'adolescent est actuellement très largement débattue, au point qu'elle est devenue un enjeu majeur de santé publique dans tous les pays occidentaux.

Les **données épidémiologiques** les plus récentes montrent :

- Taux de décès par suicide chez les 15-24 ans augmenté de 200 à 800 % depuis 1960, faisant du suicide la deuxième cause de mortalité de cette tranche d'âge, en occident.
- Fréquence plus élevée de suicide chez les garçons alors que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les filles.
- Fréquence des récurrences importantes : 30 à 50 % la première année, avec une gravité qui augmente au fur et à mesure des récurrences.

Le nombre de suicides dits "réussis" est toutefois sans commune mesure avec le nombre de passages à l'acte suicidaire, dont la fréquence est au moins trente fois supérieure. Cette constatation n'est pas pour autant rassurante, car un passage à l'acte suicidaire est souvent potentiellement létal d'une part, et révèle d'autre part toujours une souffrance psychique qui ne parvient à s'exprimer qu'au travers de conduites agies, court-circuitant les processus d'introspection indispensables à l'épanouissement de la vie psychique. Cette tendance à l'agir, certes favorisée par le processus normal d'adolescence lui-même, risque, en l'absence de mobilisation, de freiner, voire d'entraver la maturation psychique des adolescents les plus fragiles.

La question du passage à l'acte (suicidaire ou d'une autre nature) chez l'adolescent implique non seulement le pronostic physique voir vital du jeune, mais aussi ce que l'on pourrait appeler son "pronostic psychique".

2°/ Psychopathologie du suicide et des conduites de risque chez l'adolescent

Le geste suicidaire - ou son équivalent - chez l'adolescent n'a évidemment pas "d'explication" univoque. Il faut donc bien se garder de le stigmatiser en ne le considérant que sous le prisme de la problématique adolescente... Le suicide, quel que soit l'âge auquel il survient, représente avant tout une vicissitude de la trajectoire d'un sujet et ne peut être réduit à un avatar isolé du développement. Par ailleurs, il ne semble pas exister d'organisation de la personnalité particulière se rattachant au risque suicidaire à l'adolescence.

Comme le constatent fréquemment les parents d'adolescents mais aussi tous les professionnels amenés à rencontrer des jeunes, l'adolescent, bien souvent, agit-réagit, souvent de façon impulsive, comme s'il court-circuitait la pensée et la souffrance psychique qui s'y rattache. Cette tendance à l'agir est actuellement considérée par de nombreux auteurs comme un processus défensif visant à évincer les conflits intrapsychiques sous-jacents. Ces conflits sont en particulier de nature identitaire, en lien avec les profonds remaniements pubertaires. Ces remaniements conduisent en effet à un questionnement sur l'identité du jeune: "Que m'arrive-t-il ?" devient pour certains d'entre eux "Qui suis-je ?". Cette énigme est parfois vécue comme une perte de contrôle, comme quelque chose qui échappe à toute maîtrise chez le jeune.

Cette perte de contrôle s'origine donc dans le processus pubertaire qui lui-même trouve sa source dans les transformations du corps. Ces transformations concernent non seulement l'enveloppe corporelle (apparition des caractères sexuels secondaires, des modifications des différents volumes du corps et de leur répartition) mais aussi le contenu pulsionnel de ce corps : celui-ci devient en effet brusquement source de désirs sexuels inédits qui induisent inéluctablement de profonds remaniements d'une part dans les relations entre pairs, et d'autre part dans les relations aux parents (réactivation du conflit oedipien).

Ainsi, le corps, dans ce champ d'approche spécifique de l'adolescence, serait "à l'origine de tous les maux"...

Or c'est justement lui - le corps - qui est attaqué, non seulement dans la tentative de suicide, mais aussi dans l'ensemble des conduites à risque, même si ces dernières comportent souvent une part initiatique (à ne pas négliger) en lien avec des processus d'identification aux pairs.

La mise en jeu du corps à l'adolescence comporte donc un double versant :

- un versant initiatique (les rites d'initiation dans les sociétés dites "traditionnelles" ne comportent-ils pas une telle "mise en jeu" du corps ?)

- un versant parfois pathologique, qui fait basculer de la simple *mise en jeu* vers une authentique *attaque* du corps. Cette attaque du corps peut concerner, là encore, l'enveloppe corporelle (brûlures, phlébotomies etc...) mais aussi l'intérieur du corps, source de déstabilisation voire "d'orage" pulsionnel (ingestion médicamenteuse "pour dormir", c'est-à-dire en fait "pour faire dormir" ce qui tyrannise...)

3°/ Facteurs de risque

Il s'agit principalement de :

- L'adolescence, en tant que processus.
- Antécédents personnels de tentative(s) de suicide.
- Antécédents de suicide ou de tentative de suicide dans la famille ou dans l'entourage.
- Troubles psychiques (notamment narcissiques: induisant une fragilité identitaire dont on a vu l'importance en période d'adolescence).
- Antécédents de maltraitance et d'abus sexuels.
- Mauvais état de santé.
- Précarité de l'insertion sociale.
- Facteurs neurobiologiques et génétiques.
- Facteurs culturels.

4°/ Eléments de pronostic

Un tiers des adolescents suicidant récidivent. Parmi les facteurs de risque de récurrence les plus fréquemment identifiés, on trouve la notion d'une personnalité pathologique, d'antécédents familiaux pathologiques (alcoolisme, abus sexuels notamment), de pathologie relationnelle familiale, de pathologie dépressive enfin.

Mais il est également un facteur évident de risque de récurrence, qui concerne l'absence de prise en compte du premier geste de la part de l'entourage du jeune. Ce "raté" concerne en particulier les équivalents suicidaires ou encore les tentatives de suicide n'ayant pas mis en jeu le pronostic vital...et qualifiées à tort de "TS a minima". La banalisation du geste est donc un facteur de risque majeur de récurrence, souvent plus grave (escalade dans la prise de risque).

Il est enfin très difficile d'évaluer un pronostic à distance de la tentative de suicide chez l'adolescent. Une étude française récente montre que la mortalité à 5 ans chez les adolescents hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide est sept fois plus élevée que celle de la population générale du même âge.

5°/ Eléments de prévention primaire du suicide chez les adolescents

Les données scientifiques actuelles montrent qu'il convient d'être très prudent et modeste en matière de prévention primaire du suicide chez l'adolescent. On peut toutefois retenir les grands principes suivants :

- a) Reconnaître les facteurs de risques et les traiter chaque fois que possible. C'est ainsi que les parents, les professionnels soignants mais aussi non-soignants doivent être informés de manière adaptée sur les facteurs de risque.
- b) Reconnaître et gérer une crise suicidaire. Là encore, les parents, les professionnels soignants et non-soignants doivent être informés sur les **signes d'alarme** qui indiquent qu'un adolescent souffre et est éventuellement en "crise suicidaire". Il s'agit notamment :
 - Contexte de deuil, de perte douloureuse, affectivement.
 - Propos ou écrits avec allusion directe ("*Je vais me foutre en l'air*") ou indirecte ("*Je ne vous embêterai plus... Vous allez avoir la paix*"...)
 - Comportements de retrait avec recherche d'isolement, repli, appauvrissement affectif.

- Comportement "trop calme".
- Répétition et intensification des plaintes somatiques.
- Désinvestissement scolaire, infléchissement des résultats, voire absentéisme scolaire.
- Comportement d'auto-sabotage, fugues...
- Attitudes d'opposition systématique, de provocation.
- Conduites agressives avec menaces et brutalité, actes délictueux gratuits.
- Escalade dans les prises de risques; comportements ordaliques, d'autant plus qu'ils se produisent lorsque l'adolescent se trouve seul.
- Consommations répétées de toxiques.

Il faut insister sur toutes manifestations en rupture nette avec une trajectoire antérieure (+++), d'autant que les signaux d'alarme se multiplient, s'amplifient, s'associent et se pérennisent.

Cette sensibilisation doit être complétée d'une information sur les moyens, les dispositifs, les ressources qui peuvent être sollicitées de façon directe ou indirecte (réseaux de soins, réseaux sociaux, réseaux scolaires). La prévention sera nettement améliorée par une bonne connaissance réciproque des partenaires du réseau et par tout ce qui pourra faciliter l'accès des adolescents à l'écoute et au soin.

6°/ Eléments de prise en charge

Toute tentative de suicide à l'adolescence doit être identifiée, en sachant que la gravité du geste n'est pas en lien avec le degré de souffrance psychique (+++). Cela signifie qu'une tentative de suicide sans gravité sur le plan somatique n'est jamais anodine. Il convient en revanche de ne pas dramatiser la situation : il « suffit » d'en faire une lecture la plus juste possible...ce qui prend un peu de temps...et nécessite donc plusieurs consultations...

Une évaluation clinique, dans ses composantes physiques (+++) et psychologiques (+++), ainsi qu'une évaluation environnementale (+++) devrait être effectuée au décours immédiat (+++) de la tentative de suicide. Cette évaluation est dans la quasi-totalité des cas réalisée dans le cadre d'**une hospitalisation** (+++) de quelques jours (4 à 6 jours) à quelques semaines (1 à 3 semaines) en milieu le plus souvent pédiatrique avec accompagnement d'un psychiatre. Parfois, l'hospitalisation peut se faire d'emblée dans un service de psychiatrie.

Cette hospitalisation permet :

- a) Une rupture avec le milieu habituel, permettant une certaine prise de distance d'éventuels éléments déclenchants de nature environnementale (situation familiale difficile, conflits divers etc.). Cette prise de distance favorise souvent par ailleurs l'amorce d'un travail d'introspection.
- b) L'examen somatique, dont l'intérêt est capital (+++), compte tenu de la place du corps chez l'adolescent. Il permet notamment d'examiner le jeune dans un cadre qui, de par sa spécificité médicale, libère l'adolescent de possibles fantasmes d'intrusion. Le corps devient plus un médiateur qu'un obstacle au soin. De "la tension" à "l'attention"...Il n'y a donc qu'un pas !

- c) Une évaluation de l'état psychique de l'adolescent et de mettre en place d'éventuels soins psychothérapeutiques (individuels ou familiaux). Dans certains cas d'initier un traitement psychiatrique.
- d) La rencontre avec la famille, à plusieurs reprises, en vue d'évaluer la dynamique intra-familiale.
- e) D'éviter la banalisation de l'acte, son rejet par l'entourage ou, à l'opposé, une dramatisation.

Pour en savoir plus...

Alvin P., Marcelli D.: *Les tentatives de suicide*. Médecine de l'adolescent - Coll. Pour le Praticien, Masson, Paris, 2000, 17, 113-122.

Ladame F. et Coll. : *Tentatives de suicide à l'adolescence*. Encycl Méd Chir Psychiatrie, 37-216-H-10, 1999, 6p.

Raynaud J-P. et Coll. : *Suicide et risque suicidaire chez l'enfant et l'adolescent*. Actualités en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (Sous la dir. de Ferrari P.). Médecine-Sciences, Ed. Flammarion, Paris, 2001, 31, 310-313.

[Retour Accueil du site](#)

[Retour sommaire Enseignement](#)