



## Chapitre 8

# Les tentatives de suicide chez les enfants de moins de 13 ans

C. DELAMARE

### Points essentiels

- Les comportements suicidaires de l'enfant et du jeune adolescent sont peu fréquents, mais le phénomène reste probablement sous-estimé.
- Le nombre de comportements suicidaires augmente avec l'âge, surtout à partir de la pré-adolescence et du début de l'adolescence.
- L'enfant appréhende les concepts de mort et de suicide différemment de l'adulte, en fonction de son niveau de développement cognitif et psycho-affectif ainsi que par l'influence de son environnement.
- La prévention commence par la reconnaissance de l'enfant en souffrance, le diagnostic du comportement suicidaire et l'évaluation des facteurs de risque par les professionnels de l'enfance.
- Les conduites suicidaires chez l'enfant révèlent toujours une accumulation de facteurs de risque qui peuvent être d'ordre individuels et/ou familiaux et/ou sociaux.
- Le nombre important d'adversités durant l'enfance est fortement corrélé aux tentatives de suicide durant l'enfance et le début d'adolescence.
- La plupart du temps, les conduites suicidaires de l'enfant ne sont pas rattachées à une pathologie psychiatrique.
- Lorsqu'elles existent, les pathologies les plus souvent diagnostiquées chez l'enfant suicidant sont la dépression et les troubles du comportement (trouble des conduites/ trouble déficit de l'attention/hyperactivité).
- La reconnaissance de l'intentionnalité de l'acte de la part de l'entourage familial et/ou des professionnels de l'enfance se confronte encore parfois à une idéalisation de l'enfance.

*Correspondance* : Dr C. Delamare, pédopsychiatre, Service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, 42055 Saint-Étienne Cedex 2 – Tél. : 04 77 12 73 45  
E-mail : cecile.delamare@chu-st-etienne.fr



Les médecins traitants, les pédiatres et les médecins des services d'urgences sont souvent les premiers et parfois les seuls à évaluer, diagnostiquer, prévenir et mettre en place les bases d'un traitement face aux problèmes de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent. Notre réflexion portera plus précisément sur les tentatives de suicide chez les enfants de moins treize ans.

Le suicide est un phénomène complexe qui, de tous temps et dans toutes les cultures, a suscité des opinions oscillant entre la condamnation, la réprobation ou la tolérance. Aujourd'hui, le suicide est devenu un important problème de santé publique dans le monde. Les églises, les politiques, les sociologues, les épidémiologistes, les médecins, les psychologues, les biologistes, les généticiens s'intéressent à ce phénomène. Toutefois les comportements suicidaires des enfants de moins de 13 ans ne sont pas des comportements nouveaux. Déjà en 1855, M. Durand-Fardel écrivait que « *l'idée du suicide est si peu compatible avec celle de l'enfance, qu'on se résigne difficilement à voir, dans leur rapprochement, autre chose qu'une monstrueuse exception* ». Peu d'études rendent compte spécifiquement de la question chez les enfants. En effet, la plupart des chercheurs étudient simultanément les conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent. Nous pouvons cependant mettre en évidence quelques spécificités chez les plus jeunes.

Cet exposé tente, à partir des données de la littérature, de souligner les points essentiels se rapportant aux conduites suicidaires des enfants et des jeunes adolescents débutant leur puberté. Quelle est la réalité épidémiologique des conduites suicidaires de l'enfant ? Quels en sont les enjeux conceptuels ? Et enfin, pourquoi et comment reconnaître les conduites suicidaires chez les plus jeunes et les prendre en charge ?

## 1. Définitions / Épidémiologie et problématique conceptuelle

### 1.1. Définitions / Épidémiologie

#### 1.1.1. Le suicide

Le suicide se définit comme un décès faisant suite à une intoxication ou à une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu (définition de l'Organisation Mondiale de la Santé / OMS). Le suicide est un phénomène rare avant la puberté. Il existe un risque de sous estimation des suicides, en général, de l'ordre de 20 % qui tient notamment à la difficulté d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte (1).

En 2009, en France métropolitaine, le nombre total de suicidés était estimé de 10 464. Parmi eux, 37 enfants âgés de 5 à 14 ans s'étaient donné la mort (soit 0,3 % des suicidés). La même année, le suicide est devenu la 5<sup>e</sup> cause de mortalité, pour les 5-14 ans, avec une mortalité par suicide de 5,2 %, à égalité avec la mortalité par « malformations congénitales et anomalies chromosomiques » et par « maladie de l'appareil circulatoire » (2, 3).

Entre 1979 et 2009, il est intéressant de constater que la mortalité par suicide est restée stable en France, avec une moyenne d'environ 30 décès par an et un ratio moyen de trois garçons pour une fille. Nous pouvons estimer l'incidence de mortalité par suicide, en 2009, en France métropolitaine, pour les enfants âgés de 5 à 14 ans à 0,5/100 000 (0,7/100 000 chez le garçon et 0,3/100 000 chez la fille).

À titre comparatif, selon les statistiques de l'OMS, en 2007, la moyenne mondiale du taux de suicide chez les moins de 14 ans était de 0,59/100 000 (0,8/100 000 pour les garçons 0,39/100 000 pour les filles) (4). Aux États-Unis, selon le CDC (Center for Disease Control and Prevention), la mortalité par suicide, en augmentation dans le temps, est devenue la troisième cause de mortalité pour les 10-14 et 15-19 ans. En 2007, la mortalité par suicide pour les enfants de 10-14 ans était de 0,9 /100 000 (5). Toujours aux États-Unis, le taux de suicide des enfants âgés entre 5 et 9 ans était estimé, en 2004, à 0,01/100 000.

Il semble exister des différences culturelles et sociales aux suicides des enfants et jeunes adolescents. En effet, nous pouvons remarquer que d'une part les chiffres sont très différents d'un pays à l'autre, d'autre part certaines études ont montré une surreprésentation féminine dans certains pays (Géorgie, Slovaquie, Norvège, Chine, Colombie, El Salvador notamment) (6). Enfin, aux États-Unis, des disparités selon les origines socioculturelles ont été mises en évidence (7).

Le suicide de l'enfant est un phénomène particulièrement rare. Le taux de mortalité par suicide augmente globalement avec l'âge et touche, même chez les plus jeunes, une population plutôt masculine.

### 1.1.2. Les tentatives de suicide

La tentative de suicide se définit comme tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel (définition OMS).

En France, la prévalence réelle des tentatives de suicide (TS) est actuellement inconnue car il n'existe pas de surveillance nationale systématique sur le sujet en particulier lorsque le suicidant n'est pas hospitalisé. Les enquêtes menées auprès de la population générale telles que le « Baromètre Santé » sont une première source d'information. Cependant les données actuelles, de 2010, sur les comportements suicidaires (TS et pensées suicidaires) concernent une population âgée de 15 à 75 ans. Une enquête serait en cours prenant en compte les enfants (8). Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) est une seconde source importante d'information qui montre que d'une part, la répartition des hospitalisations pour des TS, selon le sexe et l'âge, a peu varié au cours des années étudiées (c'est-à-dire entre 2004 et 2007) et, d'autre part, que le nombre de TS est beaucoup plus important chez les filles (14/10 000) que chez les garçons (3/10 000) pour la population des 10-14 ans. Les TS touchent une population plutôt féminine (avec un pic atteint entre 15 et 19 ans).

### 1.1.3. Les idées suicidaires

Les idées suicidaires (IS) se définissent comme des pensées ou un souhait de se suicider éventuellement en le planifiant (où, quand et comment se passera le suicide). Il est très difficile d'en avoir des données quantitatives. Les IS et menaces suicidaires sont relativement courantes chez l'enfant notamment dans la tranche d'âge des 6-12 ans mais ne sont pas toujours associées à des comportements suicidaires ni à une psychopathologie. Il n'est pas rare qu'un enfant, dans un accès de colère, dise qu'il veuille se tuer (9). Les IS sont beaucoup plus fréquentes que les comportements suicidaires. Dans l'étude de B. Mishara, 14 % des enfants (6-12 ans) ont présenté des idées suicidaires, mais aucun n'a fait de tentative de suicide (10).

### 1.1.4. Comportements auto-agressifs (avec ou sans dimension suicidaire)

Il est de plus en plus admis, dans la littérature anglo-saxonne, qu'il existe un continuum qui va des comportements auto-agressifs, aux idées suicidaires, menaces de suicide, comportements suicidaires et tentatives de suicide avec des degrés de gravité différents jusqu'à l'acte ultime qu'est le suicide. Pour certains chercheurs, les comportements auto-agressifs précoces, que l'intention suicidaire soit exprimée ou non, sont considérés comme un facteur de risque de comportements suicidaires (11, 12, 13, 14). Les scarifications seraient plus particulièrement associées à un risque de suicide ultérieur (15). L'évaluation systématique des comportements auto-agressifs, quelle que soit l'intentionnalité suicidaire de l'acte, devrait être systématique (12, 15).

## 1.2. Concepts des conduites suicidaires de l'enfant

Le suicide est défini comme le meurtre de soi-même. Il s'agit donc d'une volonté de se donner la mort en toute conscience, avec lucidité, délibérément et intentionnellement. La mort constitue l'organisateur de toute conduite suicidaire, mais n'en est pas pour autant l'objectif unique. Le développement du concept de suicide est relié au concept de mort.

### 1.2.1. Le concept de mort chez l'enfant

Le concept de mort n'est pas appréhendé par l'enfant de la même manière que par l'adulte. Pour Ph.-J. Parquet, « le concept de mort tel qu'il est manié chez l'adulte n'existe pas chez l'enfant » (16). De nombreux travaux concluent que l'idée d'irréversibilité dans la mort comme l'idée de vie est acquise, au cours de la période de latence (6 à 10 ans), vers l'âge de 9 ans (17). Intellectuellement l'enfant conceptualise la mort en intégrant progressivement plusieurs notions : la finalité, l'irréversibilité, l'universalité et la mortalité personnelle, la causalité, l'imprévisibilité. Avant 6 ans, l'enfant n'a pas de représentation précise de la mort. C'est vers 6 ans que l'enfant distingue la mort du sommeil et vers 8 ans que la notion d'irréversibilité est acquise, et que prend sens la notion d'universalité. Enfin, la notion d'inconnu après la mort est acquise beaucoup plus tardivement, et confère à la mort sa charge anxieuse et mystérieuse à l'origine des différentes

représentations culturelles de celle-ci. L'acquisition du concept de mort sur le plan affectif se mature progressivement en lien avec l'environnement, à savoir le vécu personnel de l'enfant (deuils familiaux, maladies graves de l'entourage ou de l'enfant lui-même), mais surtout le vécu et le discours des parents sur le sujet (18). La maturité du concept de mort est liée au niveau de développement cognitif et affectif de l'enfant, plutôt qu'à l'âge chronologique.

### 1.2.2. *Le concept de suicide chez l'enfant*

Ce n'est qu'à un stade ultime que l'enfant acquiert la notion de pouvoir se donner la mort. Les enfants développent une compréhension du suicide par 3 sources : les discussions avec les enfants plus âgés, par les adultes ou la télévision, et enfin par l'acte suicidaire d'un membre de l'entourage (10). En effet, certains auteurs soulignent l'influence majeure des comportements suicidaires d'un membre de l'entourage de l'enfant, d'autant plus que cette personne est investie affectivement par l'enfant (10, 19, 20). L'influence de la télévision, des médias, semble aussi jouer un rôle significatif chez les plus jeunes pour qui la distinction entre réalité et imaginaire n'est pas encore parfaitement établie, et qui entre en résonance avec la toute puissance infantile (21, 22). Les phénomènes de mimétisme, d'identification de la part de l'enfant, sont importants à prendre en compte.

### 1.2.3. *Le concept de conduites dangereuses ou de conduites à risque de l'enfant*

La dimension suicidaire des conduites dangereuses de l'enfant reste plus difficile à cerner (« accidents » et comportements « casse-cou »). Ceci est d'autant plus complexe que l'enfant est jeune. En effet, un certain nombre d'accidents de l'enfant, plus particulièrement les accidents à répétitions, doivent faire penser à des équivalents suicidaires, et nécessiteraient aussi des investigations d'évaluation plus poussées. L'acquisition de la conscience du danger, qui va de pair avec la notion d'autoconservation, apparaît aussi progressivement notamment grâce aux interdits parentaux.

Il est intéressant de noter à ce propos que les principales causes de décès parmi les 5-9 ans et les 10-14 ans sont les « causes extérieures de traumatismes et empoisonnements », « causées d'une manière indéterminée quant à l'intention ». Nous pouvons supposer qu'un certain nombre d'entre elles seraient des suicides non reconnus.

C'est donc bien la question de la représentation que se font les adultes des TS de l'enfant et du jeune adolescent qui paraît essentielle. D.-J. Duché conseille de prendre en compte la subjectivité de chacun dans l'appréciation du potentiel suicidaire présent chez ces enfants (23). Pour C. Flavigny, « dramatiser les faits et conclure au suicide comme les occulter et parler d'accident relèvent d'une équivalente attitude d'évitement du problème ». Toujours selon cet auteur, « il faut laisser entière cette difficulté conceptuelle propre à la situation chez l'enfant, qui rend incontestablement malaisé de parler de suicide infantile » (24).

## 2. La clinique de l'enfant et du jeune adolescent suicidant

La question du suicide est complexe chez l'adulte et encore plus chez l'enfant, notamment par l'importance du développement (cognitif, affectif, psychologique, neurologique) et des interrelations de l'enfant avec son entourage avec la notion de dépendance. La singularité de chaque situation et l'imprévisibilité du geste suicidaire rendent le dépistage parfois difficile, surtout chez les plus jeunes. Cependant, reconnaître les comportements suicidaires, cibler précocement les facteurs de risque (**tableau 1**) tout en recherchant les facteurs de protection (**tableau 2**), au sens le plus large possible, est important pour une stratégie de prévention de la santé mentale de l'enfant, du suicide et de sa récurrence (**25**). Les conduites suicidaires chez l'enfant révèlent toujours une accumulation de facteurs de risque qui peuvent être d'ordre individuels et/ou familiaux et/ou sociaux (**tableau 1**).

### 2.1. Fonctions du geste suicidaire

Le geste suicidaire peut avoir différentes fonctions chez l'enfant, qui se trouvent le plus souvent combinées entre elles :

- Une fonction d'évitement, de fuite devant une situation ressentie comme intolérable et menaçante. La mort apparaît comme la seule solution face à une situation intolérable pour lui. Le désir de mourir témoigne d'un refus de vivre sa propre vie, et surtout, témoigne du désir de vivre une autre vie plus plaisante, témoin d'une ambivalence par rapport à la vie.
- Un appel, une revendication affective signifiant une problématique douloureuse et active d'abandon. L'enfant cherche à retrouver l'amour de ses parents qu'il craint avoir perdu.
- L'expression de fantasmes de punition ou d'agression.
- L'union avec un personnage nourricier perdu ou disparu (après le décès d'un parent par exemple).

### 2.2. Le geste suicidaire de l'enfant

Une des caractéristiques de la conduite suicidaire chez l'enfant est l'existence d'un très court intervalle stress-suicide. L'acte est moins souvent planifié et l'intentionnalité suicidaire moins marquée que chez l'adolescent ou l'adulte (**7**). Le geste suicidaire est généralement impulsif et réactionnel à un événement de vie qui semble le plus souvent anodin. L'évènement déclencheur peut être une simple réflexion, une réprimande faite par un parent, un copain ou l'instituteur, qui a suscité, aux yeux de l'enfant, le sentiment d'avoir déçu. En effet, l'enfant met souvent en cause les parents ou l'école pour motiver son geste (**26**).

Une autre spécificité du comportement suicidaire de l'enfant est la faible proportion de trouble psychiatrique retrouvée par rapport à une population adolescente ou adulte (**7, 26**). Ceci est principalement dû aux liens existants entre la puberté et les maladies psychiatriques (dépression et abus de substances notamment).

**Tableau 1 – Facteurs de risques des comportements suicidaires de l'enfant**

Les facteurs psychiatriques :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Dépression / troubles de l'humeur</b></li> <li>• <b>Troubles du comportement</b> (trouble des conduites et trouble déficit de l'attention/hyperactivité)</li> <li>• Troubles de l'adaptation</li> <li>• Troubles émotionnels</li> <li>• Troubles anxieux</li> <li>• Consommation de substances et schizophrénie (pour les enfants plus âgés)</li> </ul>
Les facteurs biologiques :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Troubles mentaux (troubles de l'humeur, troubles psychotiques...)</li> <li>• Pathologie psychiatrique parentale</li> <li>• Maladie somatique chronique</li> <li>• Puberté</li> <li>• Sexe (suicide : garçons)</li> </ul>
Les facteurs psychologiques :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Antécédents de comportements suicidaires (et/ou d'auto-agressivité)</b></li> <li>• <b>Tempérament /traits de personnalité</b> (dépressif, irritable, anxieux, impulsif)</li> <li>• Nombre d'adversités dans l'enfance (intrusives/agressives)</li> <li>• Traumatismes (maltraitance physique et/ou psychologique, abus sexuels, pertes réelles ou symboliques...)</li> <li>• Autres : idées suicidaires, impulsivité, irritabilité, désespoir, comportements violents, schéma de pensée négatif, hypersensibilité, vulnérabilité émotionnelle, altération des processus de pensée ou de jugement, comportements à risques, crainte de l'échec ou de décevoir, pensées au sujet de la mort envahissantes, conflits liés à l'orientation sexuelle/genre</li> </ul>
Les facteurs familiaux :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pathologies psychiatriques (notamment des parents: dépression maternelle, alcoolisme paternel, trouble de la personnalité)</b></li> <li>• <b>Antécédents de comportement suicidaire (notamment des parents: TS/suicide)</b></li> <li>• <b>Perception par l'enfant d'« un support familial faible »</b></li> <li>• Détresse et dysfonction familiale</li> <li>• Pauvreté de communication intrafamiliale</li> <li>• Faible implication des parents dans l'éducation de l'enfant</li> <li>• Peu d'engagement ou instabilité affective des parents</li> <li>• Maltraitance de l'enfant (sous toutes ses formes)</li> <li>• Violence intrafamiliale</li> <li>• Accès facile à la pharmacie familiale</li> </ul>
Les facteurs sociaux :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Maltraitance à l'école</b> (surtout en situation de victime ou de victime/agresseur)</li> <li>• Évènement vécu comme honteux</li> <li>• Difficultés à l'école</li> <li>• Comportements suicidaires dans l'entourage</li> <li>• Situation psychosociale (Services sociaux et de protections de l'enfance impliqués)</li> </ul>

Données à partir des références (26) (28) (29) (31) (30) (32) (33) (34) (6) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47)

**Tableau 2 – Facteurs de protection des comportements suicidaires de l’enfant**

- Confiance en soi, estime de soi
- Système familial (cohésion, adaptabilité, communication)
- Capacité d’adaptation et de communication
- Investissement scolaire et /ou extrascolaire positif
- Schéma de pensée positif et centré sur l’avenir
- Soutien familial (capacité d’empathie et de réassurance)
- Relations familiales positives
- Relations amicales positives

Données à partir des références (26) (42) (45)

**Tableau 3 – Sources de stress en fonction du développement**

Petite enfance (naissance –5 ans) :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de sécurité (peur d’être abandonné par un parent peu présent...)</li> <li>• Sentiment d’être aimé (sentiment d’être moins aimé après la naissance d’une petite sœur ou un petit frère...)</li> <li>• Structure (absence de structure dans la vie quotidienne...)</li> <li>• Parents imprévisibles dans leurs comportements et/ou leurs positions éducatives</li> <li>• Ambiance à la maison / environnement familial (conflit familiaux, violence...)</li> </ul>
Enfance (6–12 ans) :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éléments ci-dessus</li> <li>• Apparence physique (différences...)</li> <li>• Pression/attente des parents</li> <li>• Relation avec les pairs</li> <li>• Travail scolaire / résultats</li> <li>• Activité extra-scolaire</li> <li>• Genre (rôle / identité)</li> </ul>
Adolescence (après le début de la puberté) :
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éléments ci-dessus</li> <li>• Affirmation de son identité</li> <li>• Relations amoureuses et sexualité</li> <li>• Identité sexuelle / genre</li> </ul>

Le geste suicidaire viendrait alors révéler une dépressivité, une présentation sub-syndromique et/ou une accumulation de stress vécue comme excessive (7, 27) (tableau 3). En effet, l’accumulation d’adversités durant l’enfance est fortement corrélée aux tentatives de suicide durant l’enfance (4-12 ans) (28). Lorsqu’une pathologie est diagnostiquée, la dépression et les troubles du comportement (trouble des conduites/ trouble déficit de l’attention/hyperactivité) sont les diagnostics les plus fréquemment évoqués. L’existence de comorbidités constitue un facteur de risque supplémentaire. La littérature reconnaît une corrélation entre le suicide et la dépression chez l’enfant, même si elle serait moins forte que chez

**Tableau 4** – Symptômes pouvant faire évoquer une dépression de l'enfant

- ++ Modification récente du fonctionnement/ comportement de l'enfant
- Idées noires, idées suicidaires, pense à la mort de manière récurrente, dévalorisation, tristesse...
  - Augmentation de l'agitation et/ou de l'irritabilité / s'isole de plus en plus / enfant qui devient « trop » sage / rejet par les pairs
  - Déclin de l'hygiène
  - Prise ou perte de poids
  - Troubles du sommeil (hypersomnie, insomnie, cauchemars)
  - Désinvestissement du scolaire / trouble de la concentration / chute des résultats scolaires
  - Désinvestissement des activités extrascolaires / perte d'intérêt
  - Mauvaise observance d'un traitement médicamenteux (maladie chronique)
  - Somatisations répétées
  - ...

l'adolescent et l'adulte. Devant toute conduite auto-agressive, il est nécessaire de rechercher une dépression de l'enfant (**tableau 4**). La recherche d'IS est une étape importante chez l'enfant à risque. Contrairement aux idées reçues, poser à l'enfant la question de l'existence de telles pensées ne va pas lui donner des idées. Cependant, il est important que les professionnels adaptent leur entretien clinique à l'âge, au niveau de développement cognitif et au degré de maturité de l'enfant. Le diagnostic d'une pathologie sous-jacente est essentiel dans un but de prévention, de traitement et prophylactique du risque suicidaire ultérieur. L'association dépression et antécédent de comportement suicidaire est un facteur de risque de TS à répétition (**29**).

Le genre joue un rôle dans l'expression des comportements suicidaires surtout à partir du début de la puberté. La fille a plutôt tendance à exprimer sa souffrance sous des formes internalisées (mouvement dépressif avec tendance au repli, inhibition...) tandis que le garçon l'exprime plus facilement par des formes externalisées (**26, 30**). L'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) est le moyen utilisé par l'enfant suicidant. La consommation ciblée des psychotropes tend à augmenter avec l'âge, par rapport aux médicaments non psychotropes. La pendaison et la défenestration sont les deux autres moyens les plus utilisés par l'enfant suicidant.

Schématiquement, nous pouvons définir, à partir d'une population d'enfants suicidants, quatre tableaux symptomatiques d'expression de la souffrance dans les jours et mois qui précèdent le geste suicidaire : internalisé, externalisé, mixte et asymptomatique (**tableau 5**). Cela souligne la diversité des situations dans son expression individuelle (**26**).

Les perturbations familiales sont des facteurs de risque fréquemment retrouvés. La dynamique personnelle semble souvent dépassée par la dynamique familiale. Les antécédents de pathologie psychiatrique des parents (dépression, tentative de suicide, suicide, trouble de la personnalité, alcoolisme...) ainsi que la perception par l'enfant d'un « support familial faible » sont des facteurs de risques importants chez l'enfant suicidant. Dans ces situations, il existe des processus d'identification aux états affectifs et aux comportements des parents ainsi que des modèles

**Tableau 5 – Formes cliniques symptomatiques chez l’enfant suicidant de moins de 13 ans**

Formes cliniques	Internalisée	Externalisée	Mixte	Asymptomatique
Effectif (%)	35/97 (36 %)	20/97 (21 %)	24/97 (25 %)	18/97 (18 %)
Clinique	Repli, inhibition, ralentissement psychomoteur, anhédonie, difficultés scolaires récentes, tristesse	Impulsivité, trouble oppositionnel avec provocation, hétéro-agressivité auto-agressivité	Élément dépressifs internalisés et troubles du comportement	Aucune symptomatologie particulière n’est retrouvée juste avant le passage à l’acte
Âge moyen	11 ans (8–12)	10,6 ans (6–12)	11 ans (9–12)	11 ans (6–12)
Ratio (G/F)	0,6	1	0,6	1
Idées suicidaires exprimées	11/35 (31 %)	5/20 (25 %)	10/24 (42 %)	0/18 (0 %)
Antécédents de TS	5/35 (14 %)	1/20 (5 %)	7/24 (30 %)	1/18 (5 %)

d’adaptation au stress en miroir au fonctionnement familial. Les facteurs biologiques et génétiques font l’objet de nombreuses études mais ils ne permettent pas à eux seuls d’expliquer le phénomène suicidaire chez les plus jeunes. Les séparations conjugales, les séparations précoces parent-enfant, ne sont pas, en soi, des facteurs prédisposant aux TS de l’enfant. Ce qui ferait la différence serait leur association à des discordes familiales et à un niveau de stress particulièrement élevé plus ou moins constant dans ces familles témoignant d’une pathologie des interactions familiales.

En conclusion, tout l’enjeu clinique est de ne pas passer à côté du diagnostic de conduite suicidaire de l’enfant et d’identifier les facteurs de risque de manière à envisager dès le service des urgences, la prise en charge adaptée la plus ajustée à la situation. Toute évaluation ne peut se faire qu’en prenant en compte l’environnement familial et social de l’enfant. Les principaux risques chez l’enfant suicidant sont :

- le maintien d’un état de souffrance psychique, d’une psychopathologie qui pourra s’exprimer par des récives suicidaires (à court, moyen et long terme) ;
- l’installation d’une modalité communicationnelle où la rencontre ne peut exister qu’autour de l’excitation des gestes dramatisés pouvant évoluer vers des troubles de la personnalité à l’âge adulte.

### 3. La prise en charge de l’enfant suicidant

La prise en charge des conduites auto-agressives et notamment des conduites suicidaires de l’enfant dans les services d’urgences est essentielle et ce quelle que

soit sa gravité apparente. Trois principaux objectifs sont recherchés dans la prise en charge de l'enfant suicidant :

- Tout d'abord l'évaluation bio-psycho-socio-familiale qui constitue le point essentiel.
- D'autre part la gestion de la situation de crise. Nombreux auteurs soulignent le caractère opportun d'un temps d'hospitalisation en service de pédiatrie (15, 48, 49). La première fonction de cette hospitalisation est de permettre une évaluation globale et approfondie de l'enfant et de sa famille dans les meilleures conditions, dans un cadre sécurisant. L'hospitalisation vient concrétiser la souffrance de l'enfant tout en répondant aux mesures d'urgences rendues parfois nécessaires par l'état somatique du jeune patient. Le recours à un traitement psychotrope peut s'avérer nécessaire. En effet, la prescription d'anxiolytiques, sur une courte durée, va agir efficacement sur les troubles du sommeil, l'anxiété et l'agitation (50). L'évaluation systématique des comportements auto-agressifs permet d'établir, en alliance avec l'enfant et la famille, un plan de sortie adapté et ajusté à la situation afin de faciliter le suivi ultérieur.
- Enfin, essayer d'agir sur les facteurs personnels et familiaux impliqués dans la souffrance de l'enfant. Cela implique en premier lieu le traitement d'un trouble psychiatrique sous-jacent lorsqu'il existe, mais aussi le renforcement des facteurs de protection et un accompagnement familial. Le suivi psychologique et/ou pédopsychiatrique s'organise en ambulatoire. L'évolution à court terme est généralement favorable et ce, dans les situations où la psychopathologie est la moins prégnante. Les ruptures de soins sont relativement fréquentes. Dans certaines situations très particulières, un temps d'hospitalisation en service de pédopsychiatrie peut être indiqué (12).

Le positionnement de la famille est fondamental pour le devenir de l'enfant. Il n'est pas toujours facile de faire admettre à la famille que l'enfant ait voulu se donner la mort, malgré son jeune âge. Il existe un phénomène de déni de l'intentionnalité de l'acte dangereux que les parents vont plus volontiers attribuer à des accidents provoqués par l'inconscience ou l'imprudence. L'objectif étant alors, sans dramatiser ni banaliser, d'accompagner les parents à entendre la souffrance de l'enfant, à leur apporter un soutien et à les informer.

Les qualités d'accueil, d'écoute, d'empathie de l'enfant et de sa famille aux services d'urgences vont conditionner l'engagement du suivi ultérieur.

## 4. Conclusion

Les comportements suicidaires de l'enfant et du jeune adolescent sont peu fréquents mais le phénomène est probablement sous-estimé. Le nombre de comportements suicidaires augmente avec l'âge, surtout à partir de la pré-adolescence et du début de l'adolescence. Les conduites suicidaires de l'enfant sont associées à une multitude de facteurs individuels (cognitifs, comportementaux,

psychiatriques...), familiaux et sociaux. La reconnaissance de l'intentionnalité de l'acte de la part de l'entourage familial et/ou des professionnels de l'enfance se confronte encore parfois à une idéalisation de l'enfance. Reconnaître les comportements suicidaires et évaluer les facteurs de risque aux urgences par les professionnels de l'enfance permet de mettre en place une prise en charge la plus précoce possible de l'enfant en souffrance et de réduire les récurrences (à court, moyen et long terme).

## Références

1. Batt A., Campeon A., Leguay D. Lecorps P. Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris).* 2007 Psychiatrie ; 37-500-A-20 : 24 p.
2. Principales causes de décès des jeunes et des enfants en 2009. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. [Internet]. <http://www.insee.fr>
3. Causes de mortalité, Causes de décès, Statistiques de décès. INSERM-CépiDc. [Internet]. <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>
4. World Health Organization (WHO) [Internet]. [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/country\\_reports/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html)
5. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [Internet]. [www.cdc.gov/ncipc/wisqars](http://www.cdc.gov/ncipc/wisqars)
6. Cyrulnik B., Bougrab J. Quand un enfant se donne « la mort ». *Attachement et Sociétés.* Paris : Éds Odile Jacob ; 2011.
7. Dervic K., Brent D.A., Oquendo M.A. Completed Suicide in Childhood. *Psychiatr Clin North Am* 2008 ; 31 (2) : 271-91.
8. Beck F., Guignard R., Du Roscoät E., Saïas T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *BEH* 2011 ; 47-48 : 488-91.
9. Asarnow J.R., Carlson G. Suicide attempts in preadolescent child psychiatry inpatients. *Suicide Life Threat Behav* 1988 ; 18 (2) : 129-36.
10. Mishara B.L. Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 1999 ; 29 (2) : 105-18.
11. Wilkinson P.O. Nonsuicidal Self-Injury: A Clear Marker for Suicide Risk. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011 août ; 50(8) : 741-3.
12. Ougrin D., Tranah T., Leigh E., Taylor L., Asarnow J.R. Practitioner Review: Self-harm in adolescents. *J Child Psychol Psychiatry* 2012 avr ; 53 (4) : 337-50.
13. Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., Emslie G., Clarke G., Wagner K.D., et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2011 [cité 2012 sept 10]; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856711003443>
14. Kerr P.L., Muehlenkamp J.J., Turner J.M. Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians. *J Am Board Fam Med* 2010 mars 5 ; 23 (2) : 240-59.
15. Hawton K., Bergen H., Kapur N., Cooper J., Steeg S., Ness J. et al. Repetition of self-harm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry* 2012 avr ; no-no.

16. Parquet P.J. Suicides d'enfants et enfants suicidants. *Lille Médical* 1974 ; 19 (9) : 980-3.
17. Hanus M. La formation de l'idée de mort chez l'enfant. In : *Les deuils dans la vie, deuils et séparations chez l'adulte et l'enfant*. Éds Maloine ; 1994 : 252-64.
18. Hanus M. Le deuil chez l'enfant. In : *Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent*. Paris : PUF ; 1985. p. 1463-76.
19. Ackerly W.C. Latency-Age Children who threaten or attempt to kill themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1967 ; 7 (6) : 242-61.
20. Bush E.G., Pargament K.I. A quantitative and Qualitative Analysis of Suicidal Preadolescent Children and Their Families. *Child Psychiat Human Dev* 1995 ; 25 (4) : 241-52.
21. Gould M.S., Shaffer D. The Impact of Suicide in Television Movies. *N Engl J Med* 1986 ; 11 : 690-4.
22. Council on Communications and Media. Media Violence. *Pediatrics* 2009 oct 19 ; 124 (5) : 1495-503.
23. Duche D.J. Les conduites suicidaires de l'enfant. *Bull Acad Nat Med* 1981 ; 165 (8) : 1091-7.
24. Flavigny C. Les gestes suicidaires de l'enfant. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1982 ; 30 : 537-62.
25. Brown A.M., Fitzgerald M.M., Shipman K., Schneider R. Children's Expectations Of Parent-Child Communication Following Interparental Conflict: Do Parents Talk to Children About Conflict? *J Fam Violence* 2007 juin 17 ; 22 (6) : 407-12.
26. Delamare C., Martin C., Blanchon Y-C. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2007 ; 55 (1) : 41-51.
27. Pfeffer C.R., Klerman G.L., Hurt H.W., Karuma T., Peskin J., Siefker C.A. Suicidal Children Grow-up: Rates and Psychosocial Risk Factors for Suicide Attempts during Follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 (1) : 106-13.
28. Bruffaerts R., Demyttenaere K., Borges G., Haro J.M., Chiu W.T., Hwang I. et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry* 2010 juin 30 ; 197 (1) : 20-7.
29. Cash S.J., Bridge J.A. Epidemiology of youth suicide and suicidal behavior. *Curr Opin Pediatr* 2009 oct ; 21 (5) : 613-9.
30. Beautrais A.L. Gender issues in youth suicidal behaviour. *Emergency Medicine* 2002 ; 14 (1) : 35-42.
31. Gould M.S., King R., Greenwald S., Fisher P., Schwab-Stone M., Kramer R. et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998 ; 37 (9) : 915-23.
32. Kashani J.H., Suarez L., Luchene L., Reid J.C. Family characteristics and behavior problems of suicidal and non-suicidal children and adolescents. *Child Psychiatry & Human Development* 1998 ; 29 (2) : 157-68.
33. Pfeffer C.R. The Family System of Suicidal Children. *Am J Psychother* 1981 ; 35 (3) : 330-41.
34. Winsper C., Lereya T., Zanarini M., Wolke D. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years: a prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2012 ; 51 (3) : 271-82.
35. Impey M., Heun R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2012 févr ; 125 (2) : 93-102.
36. Foley D.L., Goldston D.B., Costello E.J., Angold A. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth: the Great Smoky Mountains Study. *Arch Gen Psychiatry* 2006 ; 63 (9) : 1017.

37. Pfeffer C.R. Suicide in mood disordered children and adolescents. *Psychiatr Clin North Am* 2002 ; 11 : 639-47.
38. Pelkonen M., Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs* 2003 ; 5 (4) : 243-63.
39. Hetrick S.E., Parker A.G., Robinson J., Hall N., Vance A. Predicting Suicidal Risk in a Cohort of Depressed Children and Adolescents. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention* 2012 janv 1 ; 33 (1) : 13-20.
40. Barnes A.J., Eisenberg M.E., Resnick M.D. Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics* 2010 mai ; 125 (5) : 889-95.
41. Greydanus D.E., Calles J. Suicide in Children and Adolescents. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 2007 juin ; 34 (2) : 259-73.
42. Cha C.B., Nock M.K. Emotional Intelligence Is a Protective Factor for Suicidal Behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009 avr ; 48 (4) : 422-30.
43. Greening L., Stoppelbein L., Fite P., Dhossche D., Erath S., Brown J. et al. Pathways to suicidal behaviors in childhood. *Suicide Life Threat Behav* 2008 ; 38 (1) : 35-45.
44. Herba C.M., Ferdinand R.F., van der Ende J., Verhulst F.C. Long-term associations of childhood suicide ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007 nov ; 46 (11) : 1473-81.
45. Kitts R.L., Goldman S.J. Education and Depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012 avr ; 21 (2) : 421-46.
46. Wyman P.A., Gaudieri P.A., Schmeelk-Cone K., Cross W., Brown C.H., Sworts L. et al. Emotional Triggers and Psychopathology Associated with Suicidal Ideation in Urban Children with Elevated Aggressive-Disruptive Behavior. *J Abnorm Child Psychol* 2009 mai 29 ; 37 (7) : 917-28.
47. Courtet P., Gottesman I.I., Jollant F., Gould T.D. The neuroscience of suicidal behaviors: what can we expect from endophenotype strategies? *Translational Psychiatry* 2011 mai ; 1 (5) : e7.
48. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide-Recommandation pour la pratique clinique - ANAES. 1998 [cité 2012 sept 18] ; <http://193.49.126.9/conf&rm/Rpc/AdolescentsANAES.html>
49. Action A.O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 ; 40 (7 Supplement).
50. Joiner T.E., Ribeiro J.D. Assessment and Management of Suicidal Behavior in Children and Adolescents. *Pediatric Annals* 2011 juin 1 ; 40 (6) : 319-24.