

Le suicide chez l'enfant

Plutôt des gestes de violence contre soi que de réelles tentatives de suicide ?

Les tentatives de suicide des enfants restent un phénomène rare mais pas exceptionnel. Les docteurs Aitziber Lopez de Lacalle et Rémy Barbe font un bref survol de la littérature consacrée à la problématique du suicide chez l'enfant prépubère et soulignent la spécificité des approches diagnostiques et thérapeutiques à cet âge du développement.

Aborder un sujet comme la question du suicide chez l'enfant nous confronte à une problématique clinique et humaine difficile, qui suscite bien souvent un sentiment de malaise.

A Genève, l'équipe de psychiatrie de liaison du Service de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent est chargée, entre autres, d'évaluer tout enfant et adolescent arrivés à l'hôpital des enfants en raison d'idées suicidaires. Même si la proportion d'adolescents évalués dans ce contexte est largement supérieure à celle des enfants, nous avons été frappés par la violence des passages à l'acte des enfants que nous avons suivis.

Notre article a pour but de faire un bref survol, bien loin d'être exhaustif, de la littérature consacrée à cette question.

Nous illustrerons ce propos à partir des situations cliniques de deux enfants que nous avons connus suite à des passages à l'acte suicidaires.

La clinique

Albert est âgé de 10 ans. Le jour de son hospitalisation, sa mère le trouve sur le bord de sa fenêtre prêt à se jeter dans le vide. A son arrivée aux urgences, il est très angoissé et présente une agitation psychomotrice. Même après quelques jours d'hospitalisation, il s'agit à la moindre évocation de son geste, mais n'arrive à préciser aucun facteur l'ayant provoqué.

Peter est âgé de 11 ans. Il souffre d'une maladie chronique depuis sa petite enfance. Le soir de l'hospitalisation, il prend une dose excessive de son traitement habituel. Ses parents le trouvent agité et incohérent et

décident de l'emmener aux urgences, sans se douter de ce qui venait de se passer. Une fois à l'hôpital, il dévoile son intention de mourir, mais ne sait pas préciser pourquoi.

Les statistiques

D'un point de vue statistique, les tentatives de suicide des enfants de moins de 13 ans restent un phénomène rare mais pas exceptionnel, puisque 10 à 15% des tentamen de l'enfant et de l'adolescent concernent des enfants de moins de 12 ans (1). Ces chiffres seraient pourtant largement sous-estimés. Selon une étude anglaise (Gosney et Hawton, 2007), une proportion significative des suicides de jeunes n'est pas incluse dans des statistiques officielles et ceux-ci sont souvent répertoriés comme des accidents. Or, Pfeffer signale qu'en 1998 les statistiques officielles des Etats-Unis montraient que le taux de suicide parmi les enfants âgés entre 5 et 14 ans avait augmenté progressivement depuis une dizaine d'années (2). En Suisse, les statistiques de l'OFSP révèlent que, pour la période de 1998 à 2003, le taux de suicide chez les enfants de 10 à 14 ans était en moyenne d'environ 1 pour 100'000 enfants. Cela correspond à 25 enfants sur cette période de 5 ans.

Quant aux *sex ratio*, des recherches empiriques montrent que les taux d'idéation suicidaire sont plus élevés parmi les filles, alors que les taux de graves tentatives de suicide sont plus élevés chez les garçons (Pfeffer *et al.*, 1986). Notre expérience confirme ces résultats.

Durant les premiers jours de leur séjour, Albert et Peter n'étaient pas en mesure de narrer les circonstances de leur passage à l'acte. Nos observations coïncident sur ce point avec des données de la littérature. Plusieurs travaux publiés dès les années 1970 soulignent la valeur des techniques diagnostiques non verbales pour évaluer le risque suicidaire chez les enfants qui n'arrivent souvent pas à se raconter (3). C'est ainsi que Richman en 1972, adaptant les concepts illustrés par Manchover en 1949, construit une échelle de huit variables visant à évaluer la vulnérabilité suicidaire des enfants au travers de leurs dessins de figures humaines. Ceci est compatible aussi avec le développement de nos deux patients qui sont en phase de latence.

Les facteurs de risque

Pour ce qui est de facteurs de risque retenus par la littérature, les résultats de l'étude publiée par Pfeffer *et al.* en 1993 suggèrent que les événements de vie stressants précoces et chroniques, particulièrement dans le milieu familial, comme c'était le cas pour nos petits patients, sont associés à des comportements suicidaires en période prépubertaire. L'étude de Wagner, publiée en 1997, signale le fort lien entre les abus d'ordre physique et sexuel et les comportements suicidaires chez les enfants.

Certaines constellations psychopathologiques familiales, comme l'abus de substances, la violence et les comportements antisociaux chez les parents ou la fratrie, sont associées aux tentatives de suicide des enfants prépubères (Pfeffer *et al.* 1994). Cette étude montrait également que la prévalence du suicide chez les parents et la fratrie des enfants ayant fait une tentative de suicide était plus haute que celle du groupe contrôle. Notre petite casuistique ne nous permet pas de confirmer ces indices.

Sur le plan psychopathologique, la dépressivité (4) en tant que phénomène de diminution de l'activité de représentation mentale occupe une place centrale parmi les troubles psychiques associés aux tentatives de suicide de l'enfant et de l'adolescent, dans la mesure où l'absence de travail psychique permet des manifestations symptomatiques davantage agies que mentalisées. Cette dépressivité est apparue au premier plan dès nos premiers entretiens avec Albert et Peter. Ces données sont largement validées par de nombreux auteurs (Brent, 1987, Pfeffer *et al.* 1986; Asarnow, 1992; Pfeffer, 1993). Par contre, l'association d'autres troubles psychiatriques tels les troubles anxieux ou le *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD ou stress post-traumatique en français) avec le suicide chez l'enfant n'a pas été suffisamment étudiée (2).

Le passage à l'acte suicidaire

La notion de crise est également importante. Dès nos premiers entretiens avec Albert et Peter, nous étions interpellés par l'agitation psychomotrice qu'ils présentaient à la moindre évocation émotionnelle de leur geste. Nous avons compris l'agitation psychomotrice présentée par nos jeunes patients, cette surcharge d'excitation, comme la cause de leur passage à l'acte. Vers la fin de la latence, c'est-à-dire à la prépuberté, la quantité des pulsions libidinales et agressives augmente. Le corps prépubère est investi d'une toute-puissance encore pas mise à l'épreuve par un processus d'adolescence censé le priver de cette omnipotence.

Ces aspects nous rappellent la spécificité développementale des tentatives de suicide chez l'enfant. Les recherches effectuées par Mishara (5) au Québec concer-



nant les conceptions du suicide chez les enfants ont montré que les enfants, particulièrement vers l'âge de 8 ans, comprennent ce qu'est le suicide et sont capables d'en parler en entrevue, allant même jusqu'à présenter leurs propres explications sur les raisons qui poussent les gens au suicide. Selon cette même recherche, les enfants prennent connaissance du suicide en discutant avec d'autres enfants ou en regardant la télévision, d'où le fait qu'ils en aient des représentations souvent fort violentes. Signalons que les enfants participant à cette recherche n'avaient jamais parlé à un seul adulte de ce qu'ils savaient sur le sujet.

La notion de mort

Quant à la mort, il est généralement convenu que la compréhension du concept s'acquiert graduellement et en fonction des expériences de décès que connaissent les enfants. L'étude de Normand et Mishara (1992) conclut que les enfants possèdent généralement un concept de mort évolué vers l'âge de 9 ou 10 ans. Mais, indépendamment de la représentation de la mort d'autrui, peut-on avoir d'un enfant une représentation de sa propre mort, de surcroît violente ? À partir des éléments cliniques et théoriques, nous nous sommes demandé dans quelle mesure une collusion fantasmatique entre la représentation mentale de la mort d'autrui, la pulsion agressive et les facteurs environnementaux peut influencer la représentation de la mort et faciliter un passage à l'acte.

Violence tournée contre soi

Notre lecture, que nous avons déjà développée dans d'autres travaux, propose de prendre en considération le fait que ces gestes, qui relèvent bien entendu d'une extrême gravité, puissent être envisagés comme étant des gestes de violence tournée contre soi, dont le sens reste à découvrir, plutôt que des tentatives de suicide pour lesquelles il faut chercher les causes. Non pour cautionner la thèse de malheureux accidents mais bien au contraire pour ouvrir toutes les possibilités de sens offertes par le vécu de nos jeunes patients.

La «donation de sens», nous rappelle Madioni (6), peut avoir lieu *ab initio*, et parfois elle se construit lentement mais inexorablement dans le travail relationnel. Dans le cas de nos jeunes patients, elle s'est construite à travers le tissage du récit de leur propre histoire.

Aitziber Lopez de Lacalle
Rémy Barbe

Bibliographie

1. Duche, D.-J. (1981). Les conduites suicidaires de l'enfant. *Bull. Acad. Nat. Méd.* 165 (8), 1091-1097.
2. Pfeffer, C.R. (2000). Suicidal behaviour in children: An emphasis on developmental influences. In K. Hawton & K. van Heeringen, *The international handbook of suicide and attempted suicide* (chap. 15, p. 240). Chichester, NY: John Wiley.
3. Pfeffer, C.R., & Richman, J. (1991). Human figure drawings: An auxiliary diagnostic assessment of childhood suicidal potential. *Comprehensive Mental Health Care*, 1, 2, 77-90.
4. Gutton, P. (1986). Dépressivité et stratégies dépressives. *Adolescence* 4, 171-178.
5. Mishara, B.L. (1995). Conceptions de la mort et du suicide chez l'enfant: recherches empiriques et implications pour la prévention du suicide. In *Adolescents en danger de suicide. P.R.I.S.M.E.*, 5, 4, 504.
6. Madioni, F. (2003). Mémoire et temporalité. In *La mémoire entre psychanalyse et neurosciences. Cliniques Méditerranéennes*, 67, 145-159.

Les auteurs

Aitziber Lopez de Lacalle est médecin spécialisée en psychiatrie adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Elle est actuellement cheffe de clinique à l'Unité de pédopsychiatrie de l'Hôpital des enfants, au sein du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).

Rémy Barbe est médecin spécialisé en psychiatrie adulte et en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Depuis 2005, Rémy Barbe est médecin-adjoint au sein du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Il dirige un groupe de recherche spécialisé dans l'étude de la dépression et des conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent.

Adresses

Unité de pédopsychiatrie de liaison, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Département Enfant et Adolescent, Hôpital des Enfants, 6, rue Willy-Donzé, 1211 Genève 14.

E-mail: aitziber.lopezdelacalle@hcuge.ch

E-mail: remy.barbe@hcuge.ch

Zusammenfassung

Suizidversuche bei Kindern sind nach wie vor ein seltenes Phänomen, doch es gibt sie. Dr. Aitziber Lopez de Lacalle und Dr. Rémy Barbe geben einen kurzen Überblick über die Literatur für Suizidproblematik beim präpubertierenden Kind und heben die Besonderheiten des diagnostischen und therapeutischen Ansatzes für dieses Entwicklungsalter hervor.