

## Risque et conduites suicidaires de l'enfant et de l'adolescent

Rédaction : J Malka, P Duverger, JL Goeb, C Jousset, M Myquel, G Schmit - Relecture : C Aussilloux - Relecture 2008 : JP Raynaud

### 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.*

## 1. Définitions

- **Suicide** : acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort (« meurtre de soi-même »).
- **Tentative de suicide (TS)** : comportement visant à se donner la mort, sans y parvenir.
- **Idées suicidaires** : pensées que l'on pourrait se donner la mort, constructions imaginaires de scénarii, sans passage à l'acte.
- **Conduites suicidaires** : conduites conscientes visant à tenter de se donner la mort.
- **Conduites à risques** : comportements où le sujet prend des risques (de mourir) mais sans idée consciente ni sans volonté de mort.

## 2. SUICIDE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT

### 2.1. Généralités

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.

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.

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 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'évaluation du suicide et des conduites suicidaires chez l'enfant est problématique.

Ainsi, l'identification d'une problématique suicidaire chez un enfant prépubère est largement méconnue et donc sous-estimée.

### ► **Evolution de la notion de mort chez l'enfant :**

L'acquisition de la notion de mort est un phénomène progressif chez l'enfant. Sa chronologie est difficile à situer de manière précise : semble en grande partie dépendre des expériences qu'a vécu l'enfant dans sa vie : - plus rapide chez les enfants qui ont été confrontés à la mort dans leur entourage

- ou eux-mêmes menacés dans leur intégrité physique par une affection grave ou chronique.

Certains aspects sont cependant classiquement repérés et la notion de mort évolue chez l'enfant selon son âge :

- Pour un enfant de moins de 5 ans : la mort est une absence temporaire, réversible.

- Entre 5 et 8 ans : est vivant tout ce qui bouge, ce qui se nourrit; est mort ce qui est insensible, immobile, ce qui ne respire pas.
  - A 8 ans : la mort est reconnue comme un phénomène irréversible, irrévocable, concernant chaque être vivant.
  - Entre 10 et 11 ans : l'enfant aborde les phénomènes de décomposition corporelle.
- Tout enfant confronté à la mort (d'un proche, d'un ami ou d'un animal) ou porteur d'une maladie engageant le pronostic vital, peut voir s'accélérer ce développement conceptuel. (Cf. Item 6.70 : Deuil normal et pathologique).

## 2.2. Facteurs de risque chez l'enfant

### **2.2.1. Facteurs de risque liés à la dynamique familiale**

- Perturbations des interactions entre l'enfant et ses parents, ce d'autant plus que ces perturbations concernent 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, d'abus sexuels, de carences...

### **2.2.2. Facteurs de risque liés aux antécédents familiaux**

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

### **2.2.3. Facteurs de risque liés 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 concernant l'estime de soi : dépression, trouble de la personnalité, de nature psychotique notamment...

## 2.3. 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 psychologiquement, 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.

## 2.4. 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 :

- 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).
- 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.
- De la mise en place d'une aide appropriée, non seulement sur le plan psychologique, mais aussi, sur le plan familial et social.

### 3. SUICIDE ET RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT

#### 3.1. Généralités

Contrairement au cas de l'enfant, la question du suicide chez l'adolescent est actuellement très largement débattue. Elle est devenue un enjeu majeur de Santé Publique dans tous les pays occidentaux.

#### 3.2. Epidémiologie

- Taux de décès par suicide chez les 15-24 ans : augmentation de 200 à 800% depuis 1960
- Suicide = 2<sup>ème</sup> cause de mortalité de cette tranche d'âge, en Occident.
- Fréquence plus élevée de suicide chez les garçons
- Fréquence plus élevée de TS chez les filles.
- Fréquence des récidives importante : 30 à 50% la 1<sup>ière</sup> année.
- La gravité augmente au fur et à mesure des récidives.

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 léthal 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 voire vital du jeune, mais aussi ce que l'on pourrait appeler son "pronostic psychique".

#### 3.3. Psychopathologie du suicide et des conduites à risques chez l'adolescent

Les **idées suicidaires** sont très fréquentes à l'adolescence. Il faut être attentif au sujet qui exprime des idées suicidaires et ne pas en banaliser l'expression d'autant que celle-ci ne préjuge en rien de la réalisation ou non d'un geste suicidaire.

A coté des idées suicidaires, certaines **conduites à risques** peuvent parfois prendre une signification suicidaire. Dans d'autres cas elles peuvent aussi être une expression de toute-puissance devant le danger.

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 primat 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.

#### 3.4. Eléments cliniques

##### 3.4.1. Contexte de survenue

Il existe souvent des éléments précurseurs, susceptibles d'être repérés par le médecin, la famille, le milieu scolaire...

Les signes d'alarmes, importants à connaître et à identifier, sont décrits au paragraphe 7 (prévention).

##### 3.4.2. Moyens utilisés

Les suicides sont le plus souvent violents : défenestration, pendaison, armes à feu, noyade.

Les tentatives de suicide plus souvent médicamenteuses :

- Les médicaments sont en général ceux de la famille, le plus souvent de la mère
- Porter une attention particulière au danger que représentent les médicaments

### **3.4.3. Place de la pathologie psychiatrique**

Dans 75-80% des cas, aucun diagnostic psychiatrique ne peut être porté.

Mais il faut savoir rechercher systématiquement une pathologie associée et en particulier connaître le lien entre suicide et dépression.

Si la dépression est présente, le potentiel de récurrence est important.

Rôle important de l'impulsivité à l'adolescence.

La gravité psychologique du geste suicidaire n'est pas proportionnelle à la gravité somatique. Le sens du geste peut être aussi inquiétant avec quelques comprimés non nocifs que face à un état somatique grave.

### 3.5. Facteurs de risque principaux

- Antécédents personnels de : tentative(s) de suicide
  - . fugue(s)
  - . rupture scolaire
  - . consommation de toxiques
  - . maltraitance et abus sexuels
- Antécédents de suicide ou de tentative de suicide dans la famille ou dans l'entourage
- Troubles psychiques (dépression...).
- Mauvais état de santé
- Précarité de la situation familiale et de l'insertion sociale
- Il existerait aussi des facteurs génétiques

### 3.6. Eléments de pronostic

Un tiers des adolescents suicidants 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.

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.

### 3.7. Eléments de prévention primaire

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 insister sur l'importance de reconnaître les facteurs de risques et de les traiter chaque fois que possible.

Parents et 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 principalement de :

- 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.

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.

### 3.8. 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 et d'en faire une lecture la plus juste possible...Ce qui prend du temps...Et nécessite donc plusieurs consultations.

Une évaluation clinique, dans ses composantes physiques (+++) psychologiques (+++) ainsi qu'une évaluation environnementale (+++), devraient être effectuées au décours immédiat (+++) de la tentative de suicide. Elle peut être complétée dans le cadre d'une **hospitalisation** en milieu pédiatrique, pédopsychiatrique ou psychiatrique.

#### ► **Conférence de consensus, octobre 2000 :**

Face à un adolescent qui donne des signes d'alarme : mener un entretien et poser la question du suicide, de façon adaptée.

« Triple évaluation » du potentiel suicidaire : RUD (risque, urgence, dangerosité)

- Evaluer le risque : y a-t-il des facteurs de risques ? (les traiter)
- Evaluer l'urgence (= imminence du passage à l'acte) :
  - o Y a-t-il un scénario suicidaire ? (prendre des dispositions)
  - o Y a-t-il une absence d'alternative au suicide ? (proposer des alternatives)
  - o Y a-t-il une impulsivité particulière ?
- Evaluer la dangerosité (du scénario suicidaire) :
  - o Le moyen envisagé est-il létal ? (prendre des dispositions)
  - o L'adolescent a-t-il accès direct à ce moyen ?
  - o Tenir compte là aussi de l'impulsivité

Evaluer les ressources propres à l'adolescent, à son entourage, les partenariats possibles.

Mettre en place des mesures pour désamorcer la crise suicidaire.

	Risque	Urgence	Dangerosité	Ressources
Faible (+)				
Moyen (++)				
Élevé (+++)				