

LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE CHEZ L'ENFANT

G. ORBAN (1), A. MALCHAIR (2)

RÉSUMÉ : Le comportement suicidaire chez l'enfant représente une problématique complexe et moins rare que ne le suggèrent les données épidémiologiques, lesquelles ne concernent que le passage à l'acte lui-même. Implicitement, ce thème pose la question de la notion que l'enfant a de la mort. Quelques facteurs de risque et signes cliniques sont évoqués dans la littérature, mais ils restent insuffisamment étudiés. C'est sur leur connaissance et leur repérage que repose pourtant l'activité de prévention qui ne peut se faire que sur un plan individuel.

MOTS-CLÉS : *Comportement suicidaire - Enfant - Concept de mort - Épidémiologie - Facteurs de risque*

SUICIDAL BEHAVIOUR IN CHILDHOOD

SUMMARY : The suicidal behaviour in the child is a complex problem, less rare than suggested by epidemiological data which only concern the completed suicide. Implicitly, this subject raises the question of the idea a child has of death. Some risk factors and clinical signs are mentioned in the literature but they remain insufficiently studied. It is based on their knowledge and detection however that a preventive action can be taken, but only on an individual basis.

KEYWORDS : *Suicidal behaviour - Child - Death concept - Epidemiology - Risk factors*

INTRODUCTION

Les suicides de l'adulte et de l'adolescent sont largement étudiés dans la littérature. Ce n'est pas le cas pour le suicide chez l'enfant. Cela peut se comprendre au moins par deux raisons. La première est que le suicide réussi chez un enfant est un événement relativement rare. La seconde est qu'il nous confronte, nous adultes, à l'impensable, car la mort de l'enfant est en soi irréprésentable, qu'elle soit accidentelle ou des suites d'une maladie. En outre, bien qu'actuellement l'existence d'une souffrance psychique ou d'un trouble psychiatrique chez de jeunes enfants soit communément admise, certains reliquats d'une époque où la période de l'enfance était considérée comme «la période de l'insouciance» sont toujours présents : dès lors, l'idée que l'enfant veuille s'ôter la vie est impensable.

La problématique du suicide ne peut s'aborder de la même manière chez l'enfant que chez l'adulte ou l'adolescent. En effet, la particularité principale de l'enfant est d'être en plein processus de développement, tant sur le plan somatique qu'intellectuel et affectif. Ceci a pour conséquence que la notion que l'enfant a de la mort est différente de celle de l'adulte, nous verrons plus loin en quoi elles divergent. Ceci a également pour conséquence que son mode d'expression, tant verbal que non verbal, est lui aussi différent. Par ailleurs, l'enfant est totalement dépendant de ses parents ou des adultes qui sont responsables de lui et sont ses figures de référence principales.

Au cours de ma pratique hospitalière en service pédopsychiatrique, j'ai été amenée à rencontrer de jeunes patients qui exprimaient en

paroles ou par des mises en acte un désir de mort. Ces comportements sont fréquemment méconnus ou déniés par les adultes de l'entourage de l'enfant. Ce dernier peut dès lors rester en souffrance pendant plusieurs mois; la réaction de l'entourage arrive souvent tardivement, après un passage à l'acte ou lorsque le fonctionnement social, intellectuel et affectif de l'enfant est déjà très perturbé ou trop perturbant.

CONCEPT DE MORT CHEZ L'ENFANT

Comme il a été dit dans l'introduction, le concept de mort chez l'enfant est tout à fait particulier. On considère que l'acquisition du concept de mort est un phénomène progressif (qui dépend autant de la maturation cognitive que de la maturation affective de l'enfant) et qu'elle s'articule autour de trois grandes caractéristiques : l'irréversibilité, l'universalité (le fait que la mort touche tout le monde, y compris l'enfant), l'irrévocabilité (c'est-à-dire sa dimension de nécessité interne, inscrite dès la naissance chez tout être vivant (1)).

On peut schématiser ce processus progressif en différents stades délimités par des périodes. Ces âges doivent être considérés comme des repères et non comme des valeurs absolues (1) :

Pour le jeune enfant en dessous de cinq ans, la mort n'existe pas. Le couple vie-mort est perçu comme présence-absence; l'enfant fait l'expérience du chagrin en réponse à la séparation.

Entre cinq et dix ans, l'enfant considère la mort comme réversible; il persiste une pensée magique dans la croyance d'une résurrection vraie. Cette pensée magique implique également le fait que l'enfant croit que la mort est liée au désir de mort et à la culpabilité. Vers neuf ans, l'enfant acquiert la notion que la mort est irréversible. A partir de dix ans, les notions

(1) Assistante, (2) Psychiatre, Centre de Santé Mentale, enfants-parents, asbl Universitaire, Liège.

d'irréversibilité et d'universalité de la mort sont acquises. Et vers douze ans, on considère que l'enfant a une représentation de la mort similaire à celle des adultes.

L'attitude des parents face à la mort et ce qu'ils en disent à l'enfant prend également une place importante dans l'acquisition de ce concept, de même que la confrontation directe à la mort ou à une maladie potentiellement létale. Dans cette circonstance particulière, le mécanisme d'acquisition progressive de la notion de mort peut être perturbé : l'enfant acquiert alors brutalement cette notion sous la pression de la réalité (1).

COMPORTEMENT SUICIDAIRE ET ÉPIDÉMIOLOGIE

LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Sous ce terme seront repris évidemment le suicide réussi, mais aussi la tentative de suicide, les idéations suicidaires (pensées ou verbalisation d'intentions suicidaires) et les menaces suicidaires (verbalisation d'actions suicidaires et/ou le précurseur d'une action qui, si elle était poursuivie, provoquerait des dommages chez l'intéressé). On y inclut également ce qu'on appelle les «équivalents» suicidaires; ce sont des situations qui se trouvent à mi-chemin entre une tentative de suicide où l'intentionnalité est évidente et un accident fortuit sans tendance autodestructrice. On y inclura les suicides-jeux ou suicides-paris ainsi que les accidents à répétition (2). On peut étudier le comportement suicidaire en considérant chacun de ces éléments distinctement et en en précisant les particularités. On peut également l'étudier en le considérant sous l'angle de l'unicité. Certains auteurs anglo-saxons utilisent le terme de «suicidality». Le comportement suicidaire est défini alors dans un continuum et étudié comme une même entité. Cette conception tente à rendre équivalente, en termes de gravité, toute manifestation de comportement suicidaire chez les enfants et à ne pas se focaliser sur le passage à l'acte, qui ne devient dès lors qu'une des modalités d'expression de ce comportement problématique qui méritent toutes la même attention.

ÉPIDÉMIOLOGIE

Le suicide est une cause importante de décès dans la population générale. Le nombre de décès par suicide a nettement augmenté au cours des dernières décennies, particulièrement dans la population jeune (3). En Belgique, le taux de suicides dans la population générale est passé de

13,6 pour 100.000 habitants en 1955 à 21,1 en 1997 (date des dernières statistiques disponibles en Belgique) (4). Chez les adolescents et les jeunes adultes, âgés de 15 à 24 ans, le suicide est la deuxième cause de décès dans les deux sexes (3).

Pour la population de moins quinze ans, l'OMS dispose de statistiques prenant en compte le groupe d'âge de 5 à 14 ans. Cette tranche d'âge regroupe une population très large et hétérogène et ne permet pas de faire une analyse fine des chiffres et des liens avec la clinique. Elle permet néanmoins de faire une comparaison entre différents pays sur la place qu'occupe le suicide dans la population jeune. Voici un tableau comparatif des taux de suicides dans cette tranche d'âge pour la Belgique et les pays voisins (4) (Tableau I).

En Belgique, pour les années 1987 à 1997,

TAUX DE SUICIDE POUR 100.000 HABITANTS
DANS LA TRANCHE D'ÂGE 5-14 ANS*

| Pays | Total | Garçon | File |
|------------------|-------|--------|------|
| Belgique (1997) | 0,6 | 0,6 | 0,0 |
| Pays-Bas (2004) | 0,5 | 0,7 | 0,2 |
| France (2005) | 0,4 | 0,6 | 0,2 |
| Allemagne (2004) | 0,3 | 0,4 | 0,2 |
| Italie (2003) | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Suisse (2005) | 0,2 | 0,5 | 0,0 |
| USA (2005) | 0,7 | 1,0 | 0,3 |
| Canada (2005) | 0,7 | 0,8 | 0,6 |

* Source : Données statistiques de l'OMS.

nous disposons de statistiques prenant en compte des groupes d'âge plus restreints, 5 à 9 ans et 10 à 14 ans. Durant ces dix années, deux suicides ont été déclarés dans la population âgée de 5 à 9 ans (deux garçons) et 74 dans la population âgée de 10 à 14 ans (5). Selon différents auteurs, ces chiffres sont très vraisemblablement sous-estimés. En effet, un certain nombre de suicides d'enfants ne seraient pas déclarés comme tels. Par ailleurs, les accidents représentent la première cause de décès chez l'enfant et certains de ces décès seraient des suicides non identifiés, ou tout au moins le résultat d'un comportement de mise en danger récurrent, sous-tendu par un désir de mort inconscient ou non verbalisé. Ce type de comportement est repris sous le vocable d'«équivalents suicidaires» ou «suicides jeux-paris».

Concernant les tentatives de suicide, on dispose de peu de données épidémiologiques, mais on sait qu'elles sont nettement supérieures au taux de suicide lui-même. En France, selon C. Epelbaum, 10% des tentatives de suicide d'enfants et d'adolescents concernent des enfants de

moins de douze ans; les plus jeunes suicidants ont un âge aux alentours de 4 ans (6).

Selon Pfeffer et al, aux Etats-Unis, environ 12% des enfants âgés de 6 à 12 ans ont des idées suicidaires (7). Par ailleurs, l'existence d'idéation suicidaire ou de tentatives de suicide chez les enfants prépubères serait corrélée à un plus haut risque de tentative de suicide à l'adolescence (8).

FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS

Les articles qui traitent du suicide chez l'enfant, traitent le plus souvent simultanément du suicide chez l'adolescent. Ainsi le plus souvent, une extension est réalisée du cas particulier des adolescents au cas particulier des enfants. Cela pose évidemment problème puisque la clinique de l'enfant et celle de l'adolescent comportent des différences non négligeables. On peut néanmoins en dégager les éléments suivants.

Le fait d'appartenir au sexe masculin est un facteur de risque concernant le suicide accompli, cela ne semble plus être le cas en ce qui concerne les idées suicidaires et les tentatives de suicide où garçons et filles sont représentés au moins de manière équivalente, voire où il existe une sur-représentation féminine (9-10).

L'âge est indéniablement un facteur protecteur concernant le suicide accompli et les tentatives de suicide malgré la fréquence des idéations suicidaires rapportée par Pfeffer (7). Cela tient en partie à l'immaturation cognitive de l'enfant, c'est-à-dire à son incapacité à planifier son geste et à évaluer le potentiel léthal de la méthode utilisée. A l'inverse, la croyance en la réversibilité de la mort, typique des jeunes enfants de moins de 10 ans, devrait plutôt rendre compte d'un nombre élevé de passages à l'acte, mais est contrebalancé par le défaut de moyen (2).

Parmi les troubles psychiatriques, seuls les troubles de l'humeur, en particulier l'épisode dépressif majeur, ont été identifiés comme facteur de risque. Cela ne signifie pas qu'il y ait un lien direct entre le suicide et la dépression (11). L'absence d'autres troubles psychiatriques identifiés comme facteur de risque tient en partie au fait que les troubles psychiatriques généralement associés à un plus haut risque de suicide chez l'adulte et l'adolescent, sont des troubles qui ne se déclenchent pas dans l'enfance (9).

L'environnement familial peut constituer, selon les circonstances, un facteur protecteur ou un facteur de risque. Il serait protecteur dans le sens où l'enfant est intégré dans la structure

familiale et qu'elle constitue un important soutien social et émotionnel pour autant qu'il n'y ait pas de pathologie du système (2). Mais l'environnement familial peut aussi constituer un facteur de risque dans les conditions suivantes : cellule familiale éclatée, trouble de communication avec l'un ou l'autre des parents, existence de pathologies psychiatriques chez les parents, lorsque l'enfant pressent qu'il est incapable de satisfaire ses parents ou lorsque la relation aux parents est trop érotisée. On cite également les antécédents familiaux de suicide, qui constituent un risque d'autant plus grand que le degré de parenté est élevé (2, 9, 12).

Certains événements de vie peuvent également constituer un facteur de risque, on citera les divorces ou séparations parentales, un décès dans l'entourage familial, les pertes interpersonnelles, les difficultés scolaires notamment les difficultés relationnelles avec les pairs ou l'enseignant, et susciter chez l'enfant un sentiment de rejet (9, 12).

REPÉRAGE DES SIGNES CLINIQUES

Il n'existe pas de programme de prévention du suicide ciblé sur la population de moins de douze ans. Cela peut se comprendre au vu des deux raisons déjà évoquées à plusieurs reprises, à savoir le caractère rare du suicide chez l'enfant et la position de l'adulte face à cette problématique (13).

La prévention doit donc avoir pour cible le repérage et l'évaluation des facteurs de risque eux-mêmes au niveau individuel plutôt que le seul comportement suicidaire.

Il s'agit dès lors de pouvoir repérer les signes de souffrance psychique chez l'enfant, particulièrement les signes dépressifs, et certains dysfonctionnements familiaux ou événements constituant un facteur de risque.

Ces différents éléments pourront être obtenus lors de discussions orientées avec les parents ou adultes responsables de l'enfant et avec l'enfant lui-même. Il est souvent important de pouvoir s'entretenir avec l'enfant seul. En effet, des études ont montré une prévalence plus importante d'affects dépressifs et d'idéation suicidaire dans les informations obtenues par l'enfant lui-même que dans les informations obtenues par les parents parlant de leur enfant (12, 14).

Le premier signe d'appel est une modification significative du comportement de l'enfant observée directement ou rapportée par les parents. Notre attention devra être attirée par un enfant qui s'ennuie à la maison, à l'école, qui ne trouve plus de

plaisir dans ses activités de loisirs («j'ai pas envie d'y aller», «j'aime plus», «on ne sait pas quoi faire pour lui faire plaisir»), par un enfant qui décroche de sa courbe de croissance, qui a des difficultés pour aller se coucher, qui fait des cauchemars, dont le rendement scolaire chute, qui présente des troubles de comportement alors que ce n'est pas habituel, qui devient irritable et susceptible, dont le visage est peu expressif parfois figé, rarement souriant. Dans les propos de l'enfant, on prêtera une attention particulière aux discours exprimant de manière répétée des thèmes de dévalorisation («je suis nul», «j'y arriverai jamais»), de carence affective («mes parents ne m'aiment pas», «je n'ai pas d'ami»), de préoccupations par rapport à la mort («je voudrais être mort pour ne plus embêter papa et maman», «je voudrais aller retrouver X au ciel») ou des menaces de suicide telles que «si ça continue je vais me tuer», «je vais sauter par la fenêtre» (15).

Dans le discours des parents, il s'agit de repérer des propos évoquant les thèmes repris ci-dessus, évoquant un rejet à l'égard de l'enfant, faisant référence à des conduites de mises en danger récurrentes («il ne voit pas le danger», «il fait des paris stupides avec ses copains»).

Il convient de prêter une attention toute particulière à la notion d'accidents, qu'ils soient domestiques, accidents de la voie publique ou intoxication. Ces événements, souvent attribués à la fatalité, peuvent être le signe d'un désir de mort pouvant aboutir à de graves dommages et dont les motivations sous-jacentes passent tout à fait inaperçues (2, 6, 11).

On ne répétera jamais assez que, isolément, ces signes ne sont pas significatifs, mais leur cumul et leur récurrence doivent attirer l'attention et être explorés. L'expression d'idéation ou de menace suicidaires doit, quant à elle, attirer notre attention et faire l'objet d'une évaluation, il n'est jamais anodin qu'un enfant exprime de telles préoccupations.

CONCLUSION

Le suicide chez l'enfant de moins de douze ans reste un événement rare, même s'il est largement sous-estimé et insuffisamment étudié. Les données épidémiologiques sont claires, peu précises et difficilement utilisables en raison des groupes d'âges trop étendus qui sont pris en compte; ces derniers ne devraient pas couvrir plus de 5 ans. Les autres éléments qui constituent le spectre du comportement suicidaire sont nettement plus fréquents, mais régulièrement minimisés ou déniés alors qu'ils constituent un marqueur important de souffrance psychique et représentent des signaux d'alarme concernant un risque de passage à l'acte.

Le repérage de ces signes d'alarme et des facteurs de risque ainsi que leur traitement au niveau individuel représentent la première ligne de prévention. Ils nécessitent donc une évaluation psychopathologique qui doit être confiée à un spécialiste ou une équipe pédopsychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. GRAPE (Groupe de Recherche et d'Action pour l'Enfance).— L'enfant, la maladie et la mort. *La lettre du GRAPE*, 1997, **26**, 5-13.
2. Mouren-Siméoni MC, Albert E, Halfon O.— Le suicide chez l'enfant, in Mouren-Siméoni MC Ed. *La maladie dépressive chez l'enfant et l'adolescent*, Printel, Paris, 1986, 191-209.
3. Pitchot W, Paquay C, Anseau M.— Le comportement suicidaire : facteurs de risque psychosociaux et psychiatriques. *Rev Med Liège*, 2008, **63**, 396-403.
4. OMS.— http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/country_reports/en/index.html. consultation du 2 février 2009.
5. Institut Scientifique de Santé Publique.— <http://www.iph.fgov.be/epidemi/spma/index.html>. consultation du 2 février 2009.
6. Epelbaum C.— Suicide et tentative de suicide, in Ferrari P, Epelbaum C Ed. *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Médecine-Sciences Flammarion, Paris, 1993, 96-101.
7. Pfeffer CR, Lipkins R, Plutchik R, et al.— Normal children at risk for suicidal behavior : a two-year follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1988, **27**, 34-41.
8. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al.— Suicidal children grow up : rates and psychosocial risk factors for suicide attempt during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1993, **32**, 106-113.
9. Steele MM, Tamison D.— Suicidal behavior in children and adolescents. Part 1 : etiology and risk factors. *Canadian J Psychiatry*, 2007, **52**, suppl 1, 21-34.
10. Bhatia SK, Bhatia SC.— Children and Adolescent Depression. *Am Fam Physician*, 2007, **75**, 73-80.
11. Marcelli D.— *Enfance et psychopathologie*. Sixième édition. Masson, Paris, 2001, 234-237.
12. Pfeffer CR.— Diagnosis of childhood and adolescent suicidal behavior : unmet needs for suicide prevention. *Biol Psychiatry*, 2001, **49**, 1055-1061.
13. Calgar H.— Le suicide chez l'enfant et l'adolescent : approches thérapeutiques in Lebovici S, Diatkine R, Soulé M Ed. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. PUF, Paris, 2004, 1527-1531.
14. Kerr DC, Owen LD, Pears KC.— Prevalence of suicidal ideation among boys and men assessed annually from ages 9 to 29 years. *Suicide Life Threat Behav*, 2008, **38**, 390-402.
15. Marcelli D.— *Enfance et psychopathologie*. Sixième édition. Masson, Paris, 2001, 378-404.

Les demandes de tirés à part sont à adresser à G. Orban, Centre de Santé mentale Enfant-Parents, asbl Universitaire, 4000 Liège, Belgique. Email : gaelleorban@hotmail.com