



HAL
open science

Les conduites suicidaires et leur prévention chez l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature internationale

Lucie Baux Cazal

► To cite this version:

Lucie Baux Cazal. Les conduites suicidaires et leur prévention chez l'enfant de moins de 13 ans : une revue de la littérature internationale. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01166257

HAL Id: dumas-01166257

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01166257v1>

Submitted on 22 Jun 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux 2 – Victor Segalen
U.F.R. DES SCIENCES MEDICALES

2015

N° 3012

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le lundi 23 mars 2015

Par Lucie BAUX CAZAL

Née le 11 septembre 1985 à Lesquin

**Les conduites suicidaires et leur prévention chez l'enfant de moins
de 13 ans : une revue de la littérature internationale**

***Réflexion à propos de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant dans
le cas particulier de La Réunion, département français d'Outre-mer***

Directeurs de thèse

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

et

Monsieur le Docteur Erick GOKALSING

Jury

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE	Président
Madame le Professeur Hélène VERDOUX	Juge
Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD	Juge
Madame le Docteur Marie TOURNIER	Juge
Monsieur le Docteur Erick GOKALSING	Juge
Madame le Docteur Claire MESTRE	Rapporteur

« Il n'y a qu'un seul problème philosophique sérieux : c'est le suicide. »

Albert camus, 1942, Mythe de Sisyphe.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

A Frédéric et Josué,

A mes parents et ma famille,

*A mes amis, en particulier Clémence, Mathilde et Laurène, qui ont toujours été présents et
m'ont soutenue dans ce travail,*

*Aux soignants avec lesquels j'ai travaillé avec grand plaisir et qui m'ont apporté l'expérience
du soin.*

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse. Je vous suis reconnaissante pour la qualité de votre enseignement. Soyez assuré de mon profond respect.

Madame le Professeur Hélène VERDOUX, merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre du jury de cette thèse. Je vous adresse ma profonde gratitude et vous remercie pour la qualité de votre enseignement.

Madame le docteur Marie TOURNIER, je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de cette thèse. Je tenais à vous exprimer mes remerciements pour vos cours de DES, toujours clairs et très complets.

Madame le docteur Claire MESTRE, merci d'avoir accepté d'être rapporteur de cette thèse. Les 6 mois passés en stage dans ta consultation de médecine transculturelle ont été très précieux pour moi, et très riches d'enseignements. Je t'en suis profondément reconnaissante. En travaillant avec toi, j'ai pu apprécier ta grande rigueur professionnelle, ton ouverture d'esprit et ta grande humanité.

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, je vous remercie d'avoir accepté de codiriger ce travail. Merci pour vos indispensables conseils et la liberté accordée durant ce travail de thèse. Je vous adresse ma profonde reconnaissance pour vos enseignements de pédopsychiatrie et la qualité de la formation reçue dans votre service.

Monsieur le docteur Erick GOKALSING, merci d'avoir bien voulu codiriger cette thèse. Merci pour ta patience, ton aide précieuse, et ta disponibilité. J'ai beaucoup apprécié ton sérieux et ta curiosité professionnelle.

*Je tiens également à remercier le **groupe de travail sur le suicide de l'Observatoire Régional de Santé de l'Océan Indien**, présidé par madame **Camélia LOUACHENI**, chargée d'études, pour leur aide, le partage de leurs données, et leur gentillesse.*

*Enfin, je remercie **Madame le Docteur Laetitia HUIART** pour ses précieux conseils méthodologiques.*

TABLE DES MATIERES

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	10
RESUME.....	11
INTRODUCTION.....	12
METHODES.....	15
RESULTATS.....	17
PARTIE I - LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT.....	19
I- HISTORIQUE ET DEFINITIONS.....	19
<i>A- Historique : le suicide et sa prévention.....</i>	<i>19</i>
<i>B- Définitions.....</i>	<i>20</i>
1- Suicide.....	20
2- Tentative de suicide.....	21
3- Idée suicidaire.....	21
4- Comportements ou conduites suicidaires.....	22
5- Crise suicidaire.....	22
6- Conduites à risques.....	23
7- Automutilations et parasuicide.....	24
8- Suicidologie.....	24
9- Autopsies psychologiques.....	24
<i>C- La Notion de mort chez l'enfant.....</i>	<i>24</i>
1-Développement du concept de mort chez l'enfant.....	24
2- Développement du concept de suicide chez l'enfant.....	25
II- EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE.....	27
<i>A- Suicide.....</i>	<i>27</i>
1- Dans le monde.....	27
2- En France Métropolitaine.....	29
3- A l'île de La Réunion.....	30
<i>B- Tentatives de suicide.....</i>	<i>32</i>
1- Dans le monde.....	32
2- En France métropolitaine.....	32
3- A l'île de La Réunion.....	32
<i>C- Idées suicidaires.....</i>	<i>33</i>
1- Dans le monde.....	33
2- En France métropolitaine.....	33
3- A l'île de La Réunion.....	33
III- FACTEURS DE RISQUE ET FACTEURS PROTECTEURS DE CONDUITES SUICIDAIRES (EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE).....	34

<i>A- Généralités</i>	34
<i>B- Facteurs associés aux conduites suicidaires chez l'enfant</i>	35
1- Antécédents de conduite suicidaire et d'auto-agression	35
2- Facteurs psychiatriques	35
3- Maltraitance, violences sexuelles et victimisation	37
4- Facteurs familiaux.....	38
5- Troubles relationnels, attachement et évènements de vie négatifs.....	39
6- Facteurs socio-économiques	40
7- Santé physique.....	41
8- Facteurs biologiques	41
9- Facteurs génétiques	42
10- Antidépresseurs et suicide	43
<i>C-Facteurs protecteurs</i>	43
1- Facteurs familiaux.....	43
2- Compétences personnelles, compétences relationnelles et estime de soi.....	44
3- Facteurs religieux et spirituels	44
IV- SUICIDE, UNE ENTITE A PART ENTIERE ?	44
<i>A- Les modèles du suicide</i>	44
1- Théorie sociale : modèle anomique.....	44
2- Modèle psychanalytique.....	45
3- Approche cognitive.....	45
4- Modélisation multifactorielle du suicide, approche « classique » et « dynamique »	46
5- Profil de l'enfant suicidant de moins de 13 ans.....	48
<i>B- Les arguments en faveur d'une entité autonome</i>	49
<i>C- Modélisation et prévention du suicide</i>	50
PARTIE II - ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION DU SUICIDE CHEZ L'ENFANT	52
I- DEFINITIONS ET ETHIQUE	52
<i>A- Concepts et définitions</i>	52
<i>B- Définitions retenues</i>	54
<i>C- Ethique et prévention : Risque-t-on d'induire des idées ou des conduites suicidaires en parlant du suicide ?</i>	56
II- PREVENTION PRIMAIRE (UNIVERSELLE)	56
<i>A- Généralités</i>	56
<i>B- Formation de « sentinelles » (« Gatekeepers ») dans les collectivités</i>	57
<i>C- Programmes de prévention du suicide en milieu scolaire (« Curriculum-based suicide prevention programs »)</i>	58
<i>D- Améliorer les relations intrafamiliales, repérer la maltraitance</i>	59
<i>E- Restriction de l'accès aux moyens létaux</i>	60
III- PREVENTION SECONDAIRE (SELECTIVE) : REPERER ET PRENDRE EN CHARGE LA CRISE SUICIDAIRE.....	60
<i>A- Intérêt de la recherche d'idées suicidaires pour la prévention du suicide chez l'enfant</i>	60

<i>B- Repérer et orienter les enfants avec idées suicidaires (crise suicidaire)</i>	61
1- Rechercher les idées suicidaires.....	61
2- Rôle des médecins somaticiens.....	61
<i>C- Evaluer le risque suicidaire</i>	62
1- Evaluer le risque suicidaire : facteurs de risque, facteurs protecteurs, dangerosité et urgence.....	62
2- Conduite à tenir.....	64
IV- LA PREVENTION TERTIAIRE (INDIQUEE) : PRISE EN CHARGE DES SUICIDANTS ET PREVENTION DE LA	
RECIDIVE DES TENTATIVES DE SUICIDE	65
<i>A- Hospitalisation du suicidant</i>	65
<i>B- Evaluation initiale du suicidant</i>	65
<i>C- Soins au cours du séjour hospitalier</i>	66
<i>C- Suivi ambulatoire et psychothérapies</i>	66
1- Modalités de suivi ambulatoire.....	66
2- Techniques psychothérapeutiques ambulatoires.....	67
V- POSTVENTION	67
<i>A- Contagion suicidaire et Effet Werther</i>	67
<i>B- Programmes de postvention</i>	68
<i>C- Effet protecteur ou effet Papageno</i>	69
PARTIE III - LES OUTILS D'AIDE AU DEPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES ET	
D'EVALUATION DES SUICIDANTS	70
I- OUTILS D'AIDE AU DEPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES POUR LES MOINS DE 13 ANS	70
<i>A- Généralités et recommandations</i>	70
<i>B- Outils d'aide au repérage d'enfants à risque de conduites suicidaires (non traduits en</i>	
<i>français)</i>	70
1- ASQ : Ask Screening Questions.....	70
2- CSA : Child Suicide Risk Assessment.....	71
3- CSPS : Child Suicide Potential Scale et SSB : Spectrum of Suicidal Behavior Scale.....	71
4- RSQ : Risk of suicide questionnaire	71
5- SIQ-JR : Suicidal Ideation Questionnaire Junior Revisited.....	71
6- SBQ-C : Suicidal Behavior Questionnaire for Children.....	72
<i>D- Echelles de dépistage ou de diagnostic des pathologies mentales chez l'enfant incluant les</i>	
<i>conduites suicidaires traduites en français</i>	72
1- CBCL : Child Behavior Checklist, TRF : Achenbach Teacher Report et YSR : Youth Self Report.....	72
2- DISC : Diagnostic Interview Schedule for Children	72
3- IDE : Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI : Child Depression Inventory)	73
4- CDRS-R : Children's Depression Rating Scale (forme révisée)	73
<i>E- Echelles de dépistage ou diagnostic des pathologies mentales chez l'enfant incluant les</i>	
<i>conduites suicidaires non traduites en français</i>	73
1- CAPA : Child and Adolescent Psychiatric Assessment.....	73
2- C-CASA : Columbia Classification algorithm of suicide assessment.....	74

3- ChIPS : Children's Interview for Psychiatric Syndromes	74
4- DICA : Diagnostic Interview for Children and Adolescents.....	74
5- ISCA : Interview Schedule for Children and Adolescents.....	74
6- K-SADS : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, School Age.....	74
PARTIE IV- PREVENTION DU SUICIDE CHEZ L'ENFANT A LA REUNION	75
I- PARTICULARITES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET CULTURELLES REUNIONNAISES	75
<i>A- Population réunionnaise</i>	<i>75</i>
1- Histoire du peuplement de l'île de La Réunion	75
2- Flux migratoires, départementalisation (transition économique rapide) et anomie.....	75
<i>B- Anthropologie du suicide à La Réunion</i>	<i>76</i>
1- Histoire du suicide à La Réunion	76
2- Conceptions actuelles de la mort et du suicide à La Réunion	78
3- Suicide et anthropologie à La Réunion	79
II- CULTURE ET SUICIDOLOGIE	80
<i>A- Culture et processus cognitifs.....</i>	<i>80</i>
<i>B- Culture et suicidologie</i>	<i>81</i>
III- PREVENIR LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT A LA REUNION	82
<i>A- Recherche en suicidologie et prévention des conduites suicidaires chez l'enfant à La Réunion</i>	<i>82</i>
<i>B- Prise en charge des suicidants réunionnais de moins de 13 ans.....</i>	<i>82</i>
<i>C- Perspectives</i>	<i>83</i>
1- Recherche et Observatoire Régional du Suicide	83
2- Directives publiques	83
DISCUSSION	85
CONCLUSION.....	98
BIBLIOGRAPHIE	100
GLOSSAIRE	113
ANNEXES.....	116
ANNEXE A : CARTE DES TAUX DE SUICIDE STANDARDISES SELON L'AGE (POUR 100 000 HABITANTS) EN 2012 SELON L'OMS.....	117
ANNEXE B : LISTE DES FACTEURS DE RISQUE ET DES FACTEURS PROTECTEURS DE SUICIDE SELON L'OMS	118
ANNEXE C : STATISTIQUES.....	120
ANNEXE D : VERSION ORIGINALE EN LANGUE ANGLAISE DU MODELE DU SUICIDE DE MANN (2005) ET MESURES DE PREVENTION ASSOCIEES.....	121
ANNEXE E : PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DU SUICIDE ET ACTIONS ASSOCIEES SELON L'OMS	122
ANNEXE F : ECHELLE ASQ.....	123

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Figure 1 : Qualité des données sur la mortalité associée au suicide en 2012 (Source : OMS, 2014)	28
Figure 2 : Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge par tranche d'âge et niveau de revenu des pays en 2012 (Source : OMS, 2014)	29
Figure 3 : Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe à La Réunion et en métropole, en moyenne entre 2008 et 2010 (Source : ORS, 2012)	31
Tableau 1 : Tableau récapitulatif des taux de suicide mondiaux, français et réunionnais pour 100000 habitants en 2010 (Source : CépiDC ; OMS , 2014 ; ORS 2012).....	31
Figure 4 : Suicides mondiaux par âge et niveau de revenu des pays en 2012 (Source : OMS, 2014)	41
Figure 5 : Schéma de la modélisation théorique du continuum suicidaire (Source : CERESP, 2006).....	47
Figure 6 : Modèle du suicide de Mann (2005) et mesures de prévention associées (d'après Mann et al., 2005)	51
Tableau 2 : Illustrations des différentes dénominations utilisées dans les publications internationales (Source : Batt et al., 2007).....	53
Figure 7 : Schéma de la classification des actions de prévention en fonction du public concerné (Source : CERESP, 2006)	54
Figure 8 : Schéma des mesures de prévention universelle, sélective et indiquée en fonction de la modélisation dynamique du suicide (Source : CERESP, 2006).....	55

RESUME

Objectif : Notre objectif principal était de passer en revue la littérature internationale concernant la prévention des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans. Notre objectif secondaire était de faire l'état des lieux des connaissances sur ce sujet à l'île de La Réunion, département d'Outre-mer français.

Méthodes : Nous avons recherché tous les articles sur le sujet de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans dans le monde, en France et à La Réunion en langue française et anglaise dans les bases de données PubMed (MEDLINE), PsycINFO et SUDOC publiés jusqu'à l'année 2014. La recherche au sujet de La Réunion a été élargie à la littérature non publiée sous forme de revue (littérature dite « grise » en bibliothèque).

Résultats : Nous avons retenu 189 articles. Il n'existe pas de niveau de preuve suffisant pour conclure à l'efficacité d'une mesure de prévention sur les conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans, qu'elle soit primaire, secondaire, tertiaire ou de postvention. Aucune étude n'a été menée à La Réunion au sujet de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant.

Conclusion : Il nous semble que la prévention des conduites suicidaires chez l'enfant nécessiterait le développement de mesures de prévention multisectorielles et en réseau définies à l'échelle nationale et adaptées si nécessaire à l'échelle régionale, en tenant compte des aspects culturels. La prévention de la maltraitance ou des carences (affective, physique), l'accompagnement médico-social des familles (renforcement de l'attachement et de la communication intrafamiliale), et la prise en charge des suicidants paraissent être les principales mesures à développer pour prévenir les conduites suicidaires de l'enfant.

INTRODUCTION

Les conduites suicidaires (suicide, tentatives de suicide et idées suicidaires) sont un problème de Santé Publique mondial.¹ Notre pays n'est pas épargné par ce phénomène puisque 10359 personnes sont décédées par suicide en 2011 en France métropolitaine (dernier chiffre disponible, tous âges confondus).² C'est pourquoi la prévention du suicide est aujourd'hui définie comme priorité de santé publique en France, et des stratégies de prévention du suicide sont élaborées à l'échelle nationale et régionale.^{3,4} Ainsi, la tranche d'âge des plus de 65 ans représente la période la plus à risque de suicide, ce qui explique l'existence de mesures de prévention ciblées pour cette population.⁴

A contrario, les conduites suicidaires de l'autre extrémité de la vie sont beaucoup moins bien connues. En effet, la littérature scientifique sur le sujet des conduites suicidaires en France et dans le monde est quantitativement beaucoup moins importante chez l'enfant que celle qui traite de l'adolescent ou l'adulte.⁵ D'une part, il s'agit d'un domaine de recherche relativement récent, le suicide chez l'enfant étant comptabilisé dans les statistiques officielles uniquement depuis 1966.^{6,7,8} D'autre part, sa prévalence est faible comparativement au suicide chez l'adulte.²

Pourtant, la conduite suicidaire d'un enfant est un drame qui bouleverse toujours l'équilibre de la famille et des collectivités, d'autant qu'elle est plus difficile à concevoir que chez l'adulte. En effet, l'existence du suicide chez l'enfant reste une notion inconnue du grand public. Si Rosenthal a décrit en 1984 le cas du plus jeune suicidant, âgé de deux ans et demi,⁹ l'intentionnalité suicidaire semble malgré tout peu envisageable chez un enfant si jeune. Ainsi la rareté de ce phénomène ne saurait justifier l'absence de prévention.

Nous nous sommes donc demandés si les conduites suicidaires de l'enfant présentent comme chez l'adolescent et le sujet âgé des particularités, et si les mesures de prévention de ces conduites nécessitent d'être adaptées à ces spécificités pour être efficaces.

En effet, les études menées sur ce sujet incluent le plus souvent une population d'enfants et d'adolescents sans analyses en sous-groupes d'âge. Or, pour étudier la problématique suicidaire chez l'enfant il convient premièrement de séparer ces deux populations.

Les études françaises et américaines retiennent généralement l'âge inférieur à 13 ans pour distinguer la population d'enfant de celle des adolescents. L'âge d'entrée au collège (entre 12 et 13 ans) marquerait en effet le début des préoccupations psychiques adolescentes.^{7, 10, 11} Dans le cadre de notre travail, nous avons donc choisi de retenir cette limite d'âge.

Deuxièmement, la méthodologie de la revue de la littérature nous a paru l'outil le plus adapté puisqu'elle permet une synthèse des résultats des études menées sur le sujet. Si une

revue de la littérature des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans a été publiée en 2011 par Gimenez dans le cadre de sa thèse de médecine,¹² aucune revue de la littérature n'existe en revanche sur la prévention de ces conduites dans cette tranche d'âge. Notre objectif principal a donc consisté à passer en revue la littérature internationale concernant la prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans, et des conduites suicidaires jusqu'en 2014.

En outre, le cas particulier de l'île de La Réunion, département français d'Outre-mer, interroge. Si le taux de suicide tous âges confondus à La Réunion, est inférieur à celui de la métropole, il est 4 fois plus important lorsqu'on ne considère que l'enfant.¹³ C'est pourquoi notre objectif secondaire était de passer en revue la littérature concernant les conduites suicidaires chez l'enfant et leur prévention à l'île de La Réunion. Nous voulions ainsi mieux comprendre ce phénomène à La Réunion, et savoir si les mesures de prévention des conduites suicidaires de l'enfant nécessitent d'être adaptées au contexte local. Notre travail s'inscrit par ailleurs dans la dynamique actuelle de prévention du suicide à La Réunion, en collaboration avec le groupe de travail sur le suicide mis en place par l'Observatoire Régional de la Santé de La Réunion (ORS)¹³ depuis 2012, dans le cadre de la création prochaine de l'Observatoire Régional du Suicide.

En définitive, existe-t'il des mesures de prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans efficaces dans le monde, en France métropolitaine et à La Réunion ? Doivent-elles être adaptées à l'âge de l'enfant et aux particularités locales ? Pour tenter de répondre à ces questions nous ferons dans un premier temps un état des lieux des connaissances sur les conduites suicidaires chez l'enfant. Puis, nous passerons en revue les mesures de prévention de ces conduites suicidaires de l'enfant. Nous exposerons ensuite succinctement les outils développés dans un but d'aide à la prévention de ces conduites (repérage des conduites suicidaires chez l'enfant et d'évaluation des suicidants). Enfin, nous aborderons la problématique des conduites suicidaires de l'enfant ainsi que leur prévention dans le cas particulier de La Réunion.

METHODES

Nous avons recherché tous les articles dans les bases de données PubMed (MEDLINE), PsycINFO et SUDOC publiés jusqu'à février 2014 avec les mots clés « *child* » « *child preschool* », « *prevention and control* », « *suicide* », « *suicide attempted* » pour les bases de données en anglais. Les mots clés utilisés en français étaient « *suicide* », « *tentatives de suicide* », « *enfant* » et « *prévention* ». Les critères de sélection étaient l'âge inférieur à 13 ans, la langue anglaise ou française de l'article, et le contenu de l'article : conduites suicidaires de l'enfant (suicide, tentatives de suicide et idées suicidaires) et la prévention de ces conduites.

Pour la sélection des articles traitant des conduites suicidaires à La Réunion dans les bases de données PubMed (MEDLINE), PsycINFO et SUDOC, ainsi que dans la base de données de la bibliothèque de l'Université de La Réunion (ville du Tampon) publiés jusqu'à l'année 2014, les mots clés étaient les suivants : « *child* », « *child preschool* », « *prevention and control* », « *suicide* », « *suicide attempted* », « *Reunion Island* » en anglais, « *suicide* », « *tentatives de suicide* », « *enfant* », « *prévention* » et « *île de La Réunion* » en français. Les critères de sélection de ces articles étaient la langue anglaise ou française de l'article, le contenu de l'article (conduites suicidaires et/ou la prévention de ces conduites), et la population étudiée (réunionnaise). Les études chez les moins de 13 ans et les plus de 13 ans ont été analysées séparément.

Suivant la méthode de la revue de la littérature, nous avons analysé séparément les articles traitant des conduites suicidaires des moins de 13 ans, ceux au sujet de la prévention de ces conduites, et ceux se rapportant à La Réunion.

RESULTATS

Nous avons sélectionné un total de 189 références dont 147 sur PubMed, 11 dans PsychINFO, 3 dans SUDOC et 28 à partir de la littérature dite « *grise* ».

Parmi elles, nous avons retenu 122 références traitant des conduites suicidaires de l'enfant.

73 articles concernaient la prévention de ces conduites, dont 20 au sujet des outils d'aide au clinicien.

19 références ont été traitées dans la dernière partie de notre travail au sujet de la prévention des conduites suicidaires à La Réunion.

PARTIE I - LES CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ L'ENFANT

I- Historique et définitions

A- Historique : le suicide et sa prévention

Le mot « suicide » serait un néologisme du XVI^{ème} siècle issu du latin « sui » : soi-même, et « cidium » : meurtre. Son apparition dans la langue française daterait de 1734.¹⁴ Ce néologisme aurait ensuite été accepté par les encyclopédistes. Avant l'invention du mot, le suicide était désigné par des périphrases : « s'occire soi-même », « se dépêcher », « se tuer », « se meurtrir », « homicide de soi-même ». Dans l'antiquité, le suicide représentait un ultime acte de liberté, courageux voire héroïque. Avec l'avènement des religions monothéistes, le suicide est progressivement devenu la transgression d'un interdit religieux.⁴ Légalement considéré comme un crime en France jusqu'en 1810, le suicide est perçu comme un symptôme de pathologie psychiatrique à partir de la thèse du psychiatre Chevreux en 1816, intitulée « *Essai médical sur le suicide, considéré dans tous les cas comme le résultat d'une aliénation mentale* ». ¹⁴ Les suicidants sont alors internés, mais le suicide reste considéré comme une question morale et individuelle. En 1897, le sociologue Emile Durkheim écrit : « *le suicide varie en raison inverse du degré d'intégration des groupes sociaux dont fait partie l'individu* ». ¹⁵ La thèse sociale du suicide est alors privilégiée. En 1930, le sociologue français Halbwachs intègre à ce modèle les facteurs psychologiques et individuels. Pour lui, c'est l'impact psychologique d'un vide social autour du sujet qui provoque le suicide.⁴ A partir du XX^{ème} siècle, Freud fait l'hypothèse d'une causalité uniquement individuelle, parfois inconsciente, et délaisse les hypothèses sociologiques. De nos jours, la thèse multifactorielle du suicide domine.^{4,6}

Les premiers cas de suicide chez l'enfant décrits par des médecins dateraient du XVIII^{ème} siècle (Casper, en Prusse). La première étude française chez l'enfant est celle de Durand-Fardel, en 1855. Il écrit : « *L'idée de 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* ». Le plus jeune suicidé qu'il décrit est âgé de 5 ans. Mais jusqu'aux années soixante, le suicide chez l'enfant n'est pas reconnu par tous les scientifiques, et reste

très peu étudié.^{6, 8} Le suicide chez l'enfant n'est comptabilisé dans les statistiques officielles françaises que depuis 1966, soit plus d'un siècle après l'adulte.⁷

Le mot « prévention » est issu du latin « praevenire » qui signifie « venir avant », dont le sens est double : « citer en justice », ou « prévenir en avertissant ». ¹⁴ Au XIX^{ème} siècle, le terme « prévention » a revêtu le sens de « préventif », qualifiant ainsi l'activité qui doit permettre d'éviter de contracter une pathologie, ou diminuer le risque d'y être soumis.⁴ La prévention du suicide dans le champ psychiatrique débute à partir des années soixante, dans un contexte d'augmentation du nombre de suicides par ingestion de barbituriques. En 1969, le Groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) est fondé en France entre autres par les Professeurs Moron (Toulouse), Soubier (Paris), Védric (Lyon) et Pichot (Paris). Il a une mission de recherche et d'information à visée préventive sur le suicide. La même année, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) publie un document consacré à la prévention du suicide dans le monde. ^{4, 6}

La première mesure politique concrète en France est l'interdiction en 1987 du livre « *Suicide mode d'emploi : histoire, technique, actualité* » de Claude Guillon et Yves Le Bonniec. Le suicide est reconnu comme une priorité de santé publique lors de la première Conférence Nationale de Santé en 1996. Le premier plan national d'actions face au suicide débute en 2000, et la création de l'Observatoire national du suicide date de 2013 (Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013).^{4, 6, 16}

B- Définitions

1- Suicide

Le **suicide** est, selon l'OMS, « *un acte délibéré accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale* ». ¹⁷

Le **suicidé** est la personne dont le suicide a abouti.

En France, pour l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) la définition du suicide est « *une mort volontaire* ». Le « *suicidé est l'individu qui s'est donné la mort volontairement* ». ¹⁸

Dans la 4^{ème} édition du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)¹⁹ et la 10^{ème} Classification Internationale des Maladies (CIM 10)²⁰, le suicide est un

symptôme de pathologie psychiatrique. La 5^{ème} édition du DSM⁴ classe le suicide comme une entité diagnostique à part entière (« *suicidal behavior disorder* »).

La littérature anglo-saxonne reprend le plus souvent la définition d'O'Carroll et al. (1996) adoptée par l'institut de médecine américain (Institute of Medicine) : « *Suicide : a self-injurious behavior with a fatal outcome, for which there is evidence (explicit or implicit) that the person intended at some level to kill himself/herself* ». (En français, « Suicide : Comportement autoagressif dont l'issue est fatale et pour lequel il existe des preuves implicites ou explicites de l'intention suicidaire de la personne ayant ce comportement »).²¹

2- Tentative de suicide

L'OMS définit une **tentative de suicide** comme « *tout acte délibéré, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne (phlébotomie, précipitation, pendaison, arme à feu, intoxication au gaz...) ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose reconnue comme thérapeutique* ». ^{1, 17}

Pour l'ANAES, la tentative de suicide est « *la conduite ayant pour but de se donner la mort sans y aboutir* ». ¹⁸

La **menace de suicide** est « *une conduite faisant craindre la réalisation à court terme d'une tentative de suicide* ».

Le **suicidaire** est « *l'individu ayant des idées ou exprimant des menaces de suicide* ».

Le **suicidant** est « *l'individu qui a réalisé une tentative de suicide* ».

La définition anglo-saxonne d'O'Carroll est la suivante : « *Suicide attempt : a potentially self-injurious behavior with a non-fatal outcome, for which there is evidence (explicit or implicit) that the person intended at some level to kill himself/herself* ». (En français, « *Tentative de suicide : comportement potentiellement autoagressif dont l'issue n'est pas fatale, et pour lequel il existe des preuves explicites ou implicites de l'intention suicidaire* »).²¹

3- Idée suicidaire

Selon le dictionnaire historique de la langue française, une idée suicidaire est « *l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort* ». ¹⁴ Il n'y a pas de définition française consensuelle utilisée par les chercheurs. Dans cette définition l'idée suicidaire regroupe le souhait de mourir ou d'être mort (sans penser se donner la mort) et l'intention suicidaire (idée de se donner la mort soi-même). Alors que la définition anglosaxonne d'O'Carroll se limite à

l'intention suicidaire : « *Suicidal ideation : any self-reported thoughts of engaging in suicide-related behavior* ». (En français, « *idée suicidaire : toute pensée de commettre un comportement suicidaire ou dans laquelle elle commet un acte suicidaire* »).²¹

4- Comportements ou conduites suicidaires

Selon l'expertise collective de 2004 de l'Institut National de la Santé et de la Recherche médicale (INSERM), les conduites suicidaires sont « *une variété de comportements qualifiés soit de tentatives de suicide, soit de suicide, à classer selon différents paramètres* ». ²²

- *intentionnalité suicidaire (désir de fuite, de vengeance, suicide altruiste, prise de risque, comportement ordalique, auto sacrificiel) ;*
- *idéation suicidaire ;*
- *moyen utilisé (violent ou non) ;*
- *degré de létalité (nécessité ou non d'une hospitalisation en soins intensifs) ;*
- *importance des altérations du fonctionnement cognitif (agressivité, impulsivité) ;*
- *circonstances aggravantes ou précipitantes (confusion mentale, intoxication, contexte socio-démographique particulier) ;*
- *présence de comorbidités psychiatriques et/ou médicales* ».

Les auteurs précisent que « *ces paramètres étant subjectifs il semble difficile d'établir une classification précise des comportements suicidaires* ».

La définition des conduites suicidaires généralement citée dans la littérature anglosaxonne pédiatrique (moins de 13 ans) est celle de Pfeffer (1981) : « *Thoughts and/or actions that if fully carried out may lead to serious self-injury or death* ». (En français : « *Idées et /ou actions qui peuvent provoquer des blessures graves ou la mort si elles sont menées à terme* »).²³

5- Crise suicidaire

La crise suicidaire est décrite dans la conférence de consensus française de 2000, « *La crise suicidaire* » :

« Comme toute crise, elle constitue un moment d'échappement où la personne présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, de vulnérabilité, la mettant en situation de souffrance pas toujours apparente et de rupture. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à l'impossibilité d'échapper à cette impasse, avec élaboration d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte qui ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité. Elle est un état réversible temporaire, non classé nosographiquement, correspondant à une rupture d'équilibre relationnel du sujet avec lui-même et son environnement, la tentative de suicide en étant une des manifestations possibles. Ce n'est pas un cadre nosographique simple mais un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. (...) Ses aspects sont très variables, les troubles sont parfois inapparents ; lorsqu'ils existent, ils se manifestent par des signes peu spécifiques et ne permettent pas de prévoir si la crise va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une tentative de suicide ou d'autres passages à l'acte. Il n'y a pas un consensus international sur ses critères de définition ».²⁴

6- Conduites à risques

Les conduites à risque chez l'enfant sont considérées par certains auteurs comme des équivalents suicidaires. Jeammet (1987) a défini les équivalents suicidaires comme « *un comportement mettant en jeu la vie d'un sujet chez qui le désir de mort n'est pas exprimé* ». ²⁵ Selon Tishler, plus de la moitié des blessures par accident chez l'enfant seraient en réalité en lien avec des conduites suicidaires. ¹⁰

Les auteurs de l'expertise collective de l'INSERM de 2004 écrivent que « *les conduites suicidaires sont à distinguer des conduites à risque désignant des comportements où le sujet prend des risques (de mourir) mais sans idée consciente ni sans volonté de mort, bien qu'elles soient considérées par certains auteurs comme des équivalents suicidaires* ». Néanmoins, ils incluent la « *prise de risque* » dans leur définition des conduites suicidaires (sus-citée). ²²

7- Automutilations et parasuicide

Les automutilations sont des autoagressions sans intentionnalité suicidaire. Elles ne sont pas selon cette définition des conduites suicidaires du fait de cette absence d'intentionnalité suicidaire, mais sont un facteur de risque de suicide chez l'enfant.²⁶

Autoagressions et tentatives de suicide sont parfois regroupées sous le terme « *parasuicide* ». L'OMS définit le parasuicide comme « *un acte autoagressif délibéré qui entraîne un risque de mort et qui a pour but de réaliser les changements qu'il désire via les conséquences physiques réelles ou attendues* ». ⁴

8- Suicidologie

La suicidologie regroupe l'ensemble des travaux scientifiques ayant pour objet la mort volontaire.²⁷

9- Autopsies psychologiques

Selon l'INSERM, les autopsies psychologiques sont l'interrogatoire d'un « *maximum de proches et connaissances d'un sujet décédé par suicide, afin de reconstituer les circonstances de l'acte (préparation, préméditation, moyens utilisés, rédaction de lettres d'adieu, etc.), mais aussi le paysage familial depuis l'enfance, l'environnement social (support social, isolement), le parcours de vie, le monde relationnel, les conditions de travail, la santé physique et mentale et les antécédents de conduites suicidaires, les événements de vie négatifs, les éventuels contacts avec les services d'aide avant le passage à l'acte et la réaction des proches au suicide. L'objectif est de tenter de comprendre ce qui s'est passé, sans prétention d'expliquer un phénomène aussi multiforme* ». ²²

C- La Notion de mort chez l'enfant

1-Développement du concept de mort chez l'enfant

Etudier les conduites suicidaires chez l'enfant nécessite de s'intéresser à leur représentation de la mort, la question de l'intentionnalité suicidaire – et donc de la mort – étant centrale. Comme la question de la mort implique de multiples dimensions subjectives et

individuelles (culturelles, philosophiques, religieuses), l'étude de la compréhension de la mort chez l'enfant se concentre sur le développement cognitif des concepts associés à la mort.

La notion de mort regroupe plusieurs concepts : irréversibilité, cessation, causalité, et inévitabilité (universalité et mortalité personnelle). L'âge et l'ordre dans lequel ces concepts sont connus varie surtout en fonction du contexte socio-culturel et environnemental de l'enfant : compréhension de la mort plus précoce en cas de guerre, de décès de proches ou d'animaux de compagnie, des thèmes abordés au sein de la famille et du groupe culturel ou religieux.^{8, 28, 29} Le discours des parents sur le sujet serait le principal facteur influençant le développement des concepts de mort.²⁸ Hunter et Smith n'ont pas mis en évidence de relation entre l'âge d'acquisition de ces concepts et le niveau de compréhension de l'enfant ou la capacité de communication maternelle (niveau de maîtrise orale de la langue).³⁰

La plupart des auteurs estiment que l'ensemble de ces concepts sont acquis vers l'âge de 9 ou 10 ans.^{10, 31} Une étude plus récente mettait en évidence une compréhension de l'ensemble des concepts liés à la mort à un âge moyen de 6,25 ans.³⁰

Cependant, des idées considérées par les adultes comme contradictoires peuvent coexister chez l'enfant tant que le concept « mature » de mort n'est pas acquis. Par exemple, vers 6 ans, une majorité d'enfants distinguent la mort du sommeil mais l'envisagent comme une absence temporaire et réversible, la notion d'irréversibilité étant acquise vers 8 ans.^{10, 28, 31}

L'intégration du concept de cessation (arrêt des fonctions biologiques, cognitives et affectives) est elle-même séquencée. L'étude de Lazar et Torney-Purta a montré que la majorité des enfants comprenaient qu'un mort ne peut plus manger ou parler puis complexifiaient cette notion (absence d'odorat, de rêves, etc.).²⁸

La causalité de la mort était dans cette dernière étude et celle de Mishara attribuée à des facteurs externes (accidents, etc.), puis progressivement aux causes internes (cancer, vieillesse, etc.).^{28, 31}

Plusieurs études ont montré qu'au moins la moitié des enfants de 6 ans comprenaient le concept d'inévitabilité (universalité de la mort), mais qu'il était acquis plus tôt chez les enfants atteints de maladies chroniques ou incurables.^{28, 32}

2- Développement du concept de suicide chez l'enfant

Le sujet du suicide chez l'enfant soulève plusieurs questions : Est-il nécessaire d'avoir acquis l'intégralité des concepts de mort pour se suicider ? Un enfant qui commet un acte

volontaire pour mourir, comme une pendaison ou un saut dans le vide, est-il un suicidé au sens de l'OMS ou de l'ANAES si sa représentation de la mort est différente de celle de l'adulte ?

Les chercheurs s'accordent aujourd'hui sur le fait qu'un enfant de moins de 13 ans peut rechercher volontairement et consciemment sa mort, c'est-à-dire se suicider, même si sa représentation de la mort est immature.³³

Si le plus jeune suicidant, âgé de 2 ans et demi a été décrit par Rosenthal P. et S. en 1984, dans la revue « *The American Journal of Psychiatry* », la possibilité de l'intentionnalité suicidaire à cet âge a longtemps fait débat.⁹ Depuis, d'autres suicides chez des enfants de 3 ans ont été décrits.^{33, 34}

Pour Cyrulnik, il convient à présent de délaissier cette question de l'intention suicidaire pour considérer que l'enfant désire « *tuer cette manière de vivre qui le fait souffrir* ». ³⁵

Certains auteurs, comme Hawton et Bergen, considèrent que les patients qui s'auto-agressent avec ou sans intention suicidaire doivent être pris en charge de la même façon, l'espérance de vie de ces patients étant diminuée même en l'absence d'intention suicidaire. Ils incluent donc dans leurs études les conduites auto-agressives avec et sans intention de suicide.^{26, 36}

Cependant, la plupart des auteurs distinguent les conduites suicidaires de l'enfant des conduites auto-agressives sans intention suicidaire dans leurs études. En effet, Pétot a montré que dès 6 ans, un enfant est capable de décrire précisément un moyen de se suicider.³³ Freuchen et son équipe ont par ailleurs analysé les lettres d'adieu laissées par des enfants de 7 à 14 ans décédés par suicide : les thèmes principaux étaient communs aux adultes et les explications n'étaient pas confuses (explication de leur geste, consignes ou messages d'amour laissés à leurs proches).³⁷

Le concept de suicide existe donc bien chez l'enfant de moins de 13 ans. Selon Mishara, la compréhension de ce concept se développerait à partir de trois sources : les discussions avec les enfants plus âgés, la télévision, et le suicide d'un proche.³¹

II- Epidémiologie descriptive

A- Suicide

1- Dans le monde

Chez les 10-24 ans, le suicide représente la deuxième cause de décès dans les pays occidentaux.¹ En 2007, selon l'OMS, le taux de suicide mondial était de 0,59 pour 100000 enfants de moins de 14 ans, soit 0,8 pour 100000 garçons et 0,39 pour 100000 filles.

Le suicide des moins de 10 ans concernerait 2% des suicides d'enfants de 5 à 14 ans, soit 1 à 10 pour un million d'enfants de moins de 10 ans.³³

Le nombre de suicides recensés chez l'enfant serait en augmentation dans le monde. L'amélioration du recueil de ces données dans certains Etats explique peut être cette augmentation. Cependant, les pays où les taux de suicide chez l'enfant sont inconnus ou mal collectés sont encore nombreux (voir figure 1). Pourtant, le recueil épidémiologique, systématique et standardisé du suicide est indispensable à la mise en place des mesures de prévention.³⁸

Y compris dans les pays occidentaux, les conduites suicidaires sont pourtant sous-estimées. Plusieurs études ont montré qu'en enquêtant sur les cas d'auto-intoxications accidentelles chez l'enfant, plus de 50% ne l'étaient pas. Aux Etats-Unis, en 2007, les auto-intoxications aux sédatifs étaient 3 fois plus fréquentes chez les 6-10 ans que chez les moins de 4 ans, ce qui est en faveur du caractère non accidentel. Les conduites suicidaires par suffocation, comme les ingestions médicamenteuses volontaires, paraîtraient le plus souvent accidentelles au premier abord.¹⁰

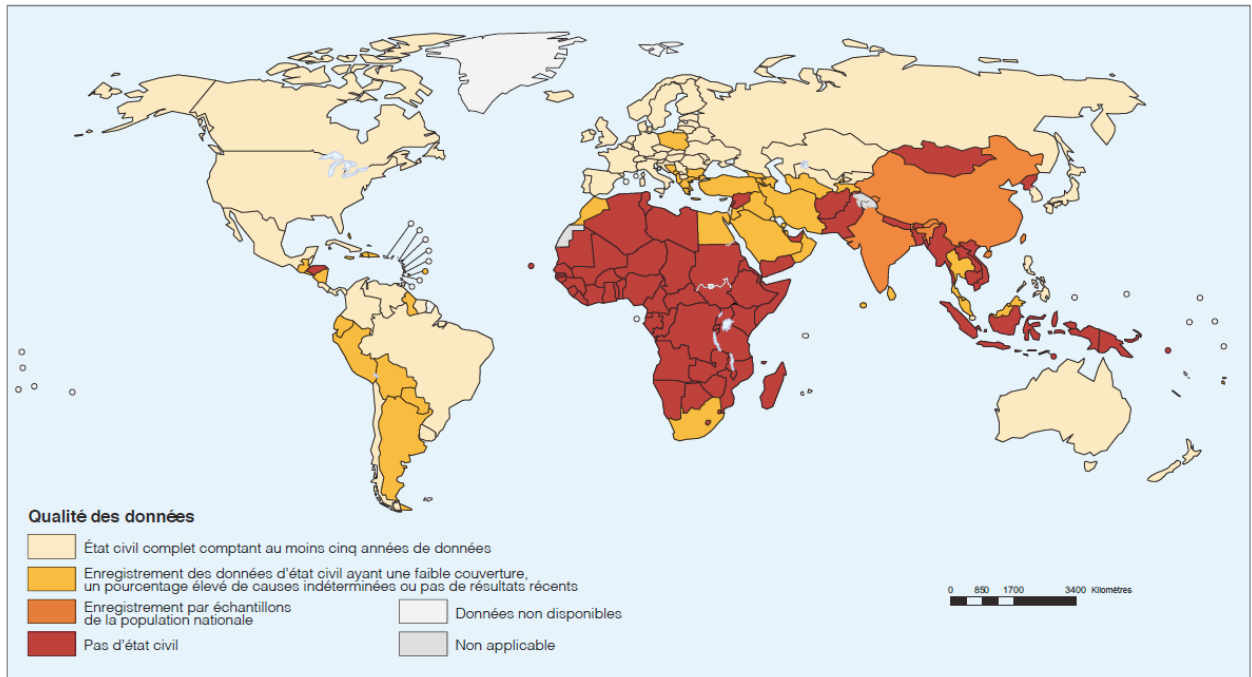


Figure 1

Qualité des données sur la mortalité associée au suicide en 2012.

Source : OMS, 2014.¹

Entre les Etats, ainsi qu'au sein même de ces derniers, des disparités socio-économiques et culturelles ont été mises en évidence : taux de suicide ou évolution de ces taux et moyens utilisés différents selon les groupes ethniques, le lieu d'habitation, les revenus des parents, etc. Aux États-Unis et au Canada, où le caractère « groupe ethnique » est pris en compte dans les études, les taux de suicide ayant le plus augmenté ces dix dernières années concernent les enfants et adolescents issus de minorités culturelles ou de cultures traditionnelles (inuits du Canada, indiens des Etats-Unis, noirs américains). Cette surmortalité par suicide est expliquée par des conditions socio-économiques difficiles mais aussi par les conséquences du « *traumatisme historique* ». ^{35, 39}

Les garçons se suicident plus que les filles sauf dans quelques pays comme la Géorgie, la Chine, et la Colombie, où les suicides sont plus nombreux chez les filles (hypothèse de l'augmentation de l'isolement social des filles du fait de l'urbanisation croissante ; voir figure 2). ^{35, 39, 40}

Le moyen de suicide le plus utilisé chez l'enfant en Europe et aux Etats-Unis est la pendaison ou suffocation. ^{10, 26, 41} En Inde, au Sri Lanka, en Chine et dans la zone Caraïbes

l'absorption de pesticides est la plus fréquente.^{1, 17} Enfin, plus l'enfant est jeune, plus le moyen de suicide est violent.¹²

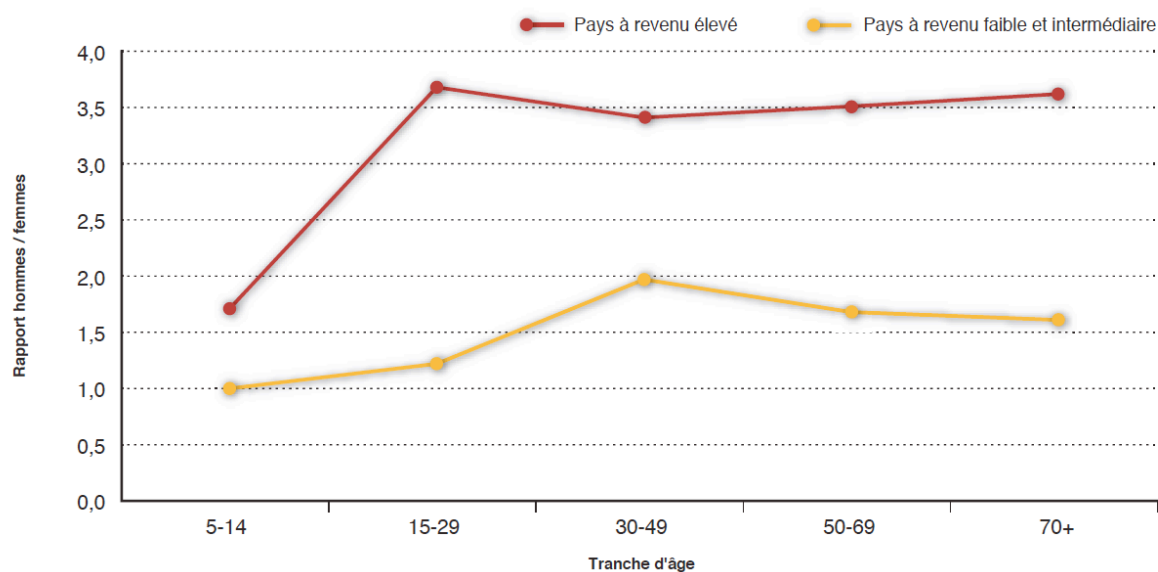


Figure 2

Rapport hommes/femmes des taux de suicide standardisés selon l'âge par tranche d'âge et niveau de revenu des pays en 2012.

Source : OMS 2014.¹

2- En France Métropolitaine

Selon le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC),² le taux de suicide en France métropolitaine chez l'enfant de 5 à 14 ans est de 0,5 pour 100000 enfants, soit 40 enfants morts par suicide en France en 2011. Le suicide est majoritairement masculin (23 garçons et 17 filles). Aucun suicide n'est recensé avant l'âge de 5 ans en France. Depuis 1979, le taux de mortalité par suicide varie entre 0,2 et 0,7 pour 100000 enfants chez les moins de 14 ans. Ces 10 dernières années, le taux de suicide est resté stable chez les moins de 14 ans.⁴²

Le suicide est la 5^{ème} cause de mortalité chez les moins de 14 ans et représente 5,2% des décès sans cette tranche d'âge.²

En France, le CépiDC estimait en 2000 à 20% le biais par sous-déclaration des données concernant les décès par suicide tous âges confondus, suite aux défauts de transmission des données des instituts médico-légaux, d'enregistrement et de classification de

la nature du décès. Une étude réalisée en France métropolitaine par le CépiDC, sur l'année 2006 retrouvait une sous-estimation moins importante, de 9,4%, des décès par suicide tous âges confondus (11,5% pour les femmes et 7,8% pour les hommes).^{43, 44}

3- A l'Île de La Réunion

Les moins de 15 ans se suicident plus qu'en métropole : 3 en 2010 (uniquement des garçons) soit 4,1 pour 100000 habitants chez les garçons, et 2,1 pour 100000 chez les enfants des deux sexes (voir tableau 1).²

Le taux de suicide à La Réunion tous âges confondus est le plus important des départements d'Outre-mer. Le taux standardisé de suicide y était de 12 décès pour 100000 habitants en 2010 (24 pour 100000 suicides chez les hommes, 4 pour 100000 chez les femmes), contre 11 pour 100000 habitants dans les autres départements d'Outre-mer.^{2, 13} Mais les départements d'Outre-mer, y compris La Réunion, ont des taux standardisés de suicide inférieurs à ceux de métropole, sauf en 2007-2009 où ils étaient comparables. Les courbes du suicide ont suivi les mêmes tendances qu'en métropole au XX^{ème} siècle : diminution progressive sauf entre 1970 et 1980, période de crise économique, où le suicide augmente de 200%, alors qu'il augmente dans la même période de 33% en métropole.¹³

Contrairement à la métropole, les taux de suicide n'augmentent pas avec l'âge (voir figure 3). Les jeunes réunionnais ont des taux de mortalité par suicide plus élevés qu'en métropole. Un tiers des suicides concernent les moins de 35 ans contre 15% en métropole.¹³

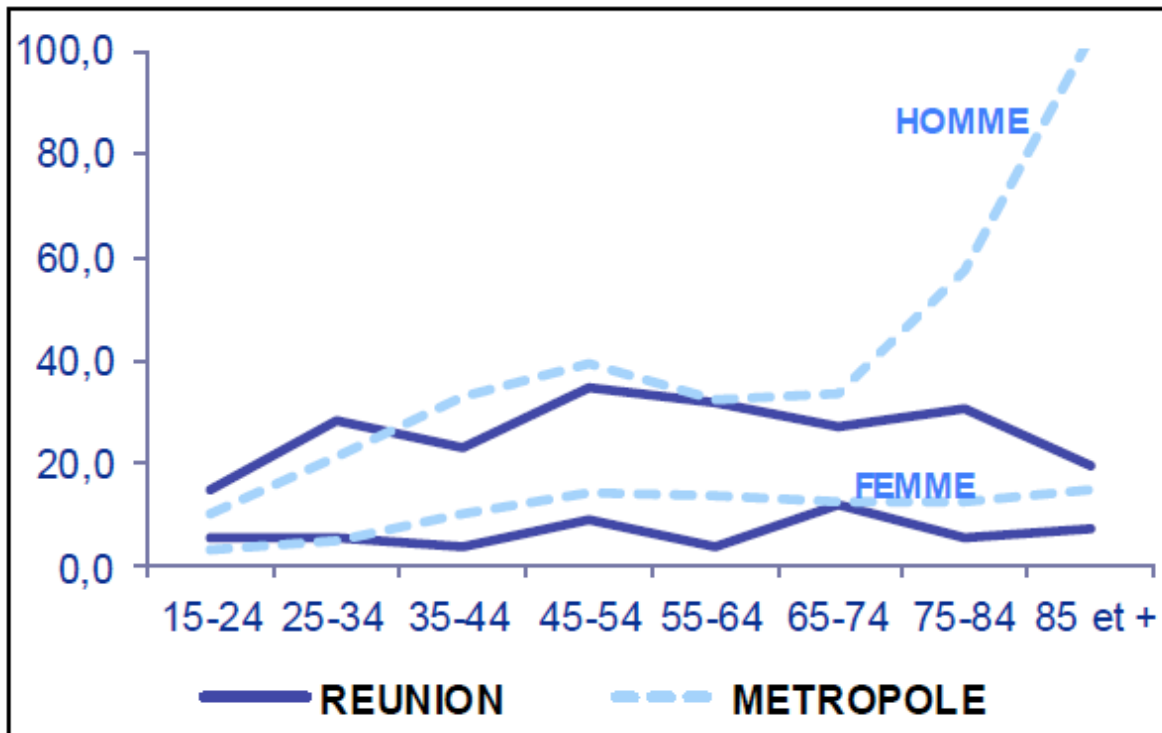


Figure 3

*Taux de mortalité par suicide selon l'âge et le sexe à La Réunion et en métropole, en moyenne entre 2008 et 2010.**

Source : ORS, 2012.¹³

Unité : pour 100000 habitants.

* Valeur lissée sur 3 ans.

Tableau 1

Tableau récapitulatif des taux de suicide mondiaux, français et réunionnais pour 100000 habitants en 2010.

	Monde	France métropolitaine	Île de La Réunion
Moins de 14 ans	0.6	0.5	2.1
Tous âges confondus*	14.7	16	12.0

Sources : CépiDC, OMS 2014, ORS 2012.^{1, 2, 13}

* Voir annexe A.

B- Tentatives de suicide

1- Dans le monde

Les tentatives de suicide sont entre 10 et 40 fois plus nombreuses que les suicides et concernent majoritairement des filles dans les pays occidentaux (environ 2/3).^{26, 45, 46} Il n'existe pas d'enregistrement mondial systématique des tentatives de suicide. Les estimations se fondent sur les données hospitalières ou les enquêtes sur échantillons de population.¹

2- En France métropolitaine

En France, il n'existe pas à ce jour d'enregistrement systématique des tentatives de suicide. La prévalence réelle des tentatives de suicide est inconnue. Entre 2004 et 2007, une étude a comptabilisé les tentatives de suicide chez les 10-14 ans à partir du Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques (PMSI) : le taux de tentatives de suicide était de 14 pour 100000 filles et 3 pour 100000 garçons.^{7, 43}

Le ratio suicides/tentatives de suicide chez l'enfant est estimé à 1/50.^{7, 43}

Le ratio garçons/filles varie entre 0,41 et 3 selon les études. Les études ayant inclus le plus de patients de moins de 13 ans sont celles de Delamare (n=97) et Berthod (n=48). Les ratios garçons/filles étaient de 0,71 et 0,85 respectivement.^{7, 47} Cependant, dans l'étude de Berthod, le ratio garçons/filles calculé en sous-groupes chez les moins de 12 ans était de 1,6 contre 0,5 chez les 12-13 ans. Les auteurs font l'hypothèse que les 12-13 ans auraient un profil plus proche des adolescents du fait de l'entrée au collège.⁴⁷

Dans l'étude de Delamare, le plus jeune patient avait 7 ans, et la moyenne d'âge était de 11 ans. Les ingestions médicamenteuses volontaires étaient le moyen de tentative de suicide le plus utilisé.⁷

Entre 14 et 25% des suicidants récidivent. Cette récurrence survient le plus souvent au cours de la première année. 1 à 2% d'entre eux décèdent par suicide dans ce délai.^{7, 18, 26}

3- A l'île de La Réunion

L'étude de Duval et la thèse de Cazenave (non publiée) sont les seules données disponibles concernant les tentatives de suicide chez l'enfant à La Réunion. Selon ces études, les jeunes réunionnais tenteraient 4 fois plus de se suicider que les jeunes métropolitains.^{48, 49}

En 2004, 117 filles et 17 garçons de moins de 15 ans et 3 mois ont été hospitalisés à La Réunion pour tentative de suicide selon le PMSI. Ces taux sont restés stables sur la période de 2000 à 2004, soit 68 pour 1000000 enfants de moins de 15 ans.⁴⁸

Dans l'étude de Duval, l'auto-intoxication était le moyen le plus utilisé par les suicidants, comme en métropole. Par contre, l'absorption de produits agricoles et ménagers concernait 38% des tentatives de suicides réunionnaises, contre 5% en métropole.⁴⁹

C- Idées suicidaires

1- Dans le monde

Selon Tishler et Mishara, les idées suicidaires sont beaucoup plus fréquentes que les conduites suicidaires. Le ratio idées suicidaires/tentatives de suicide était de 6/1 dans l'étude américaine de Kovacs menée chez des enfants atteints d'une pathologie psychiatrique.⁵⁰

Entre 2 et 14% des moins de 12 ans auraient des idées suicidaires. Les études retrouvant un taux élevé d'idées suicidaires sont celles où les enfants inclus avaient des antécédents de maltraitance ou abus sexuels.^{10, 31} Dans l'étude longitudinale de l'équipe de Foley sur une période de 3 mois, 1% des américains de 9 à 13 ans avaient des idées suicidaires.⁵¹

2- En France métropolitaine

Choquet et Ledoux ont estimé en 1994 que 16% des moins de 13 ans avaient des idées suicidaires en France, avec un rapport idées suicidaires/tentatives de suicide de 2,7/1 pour les garçons, et de 4/1 pour les filles.⁵²

3- A l'Île de La Réunion

Il n'existe pas à ce jour selon l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de La Réunion, d'études concernant les idées suicidaires chez les enfants réunionnais.¹³

III- Facteurs de risque et facteurs protecteurs de conduites suicidaires (épidémiologie analytique)

A- Généralités

Suicide, tentatives de suicide et récidives sont de plus en plus perçus comme une expression symptomatique différente d'un même phénomène puisque leurs facteurs de risque sont globalement communs.⁴ C'est pourquoi nous exposerons les facteurs de risque de conduites suicidaires sans distinction de suicide ou tentatives de suicide.

Les facteurs de risque sont les variables associées statistiquement à la survenue d'un geste suicidaire. Ce ne sont pas des facteurs causaux.⁴ Selon l'OMS, « *les facteurs de risque varient d'un continent et d'un pays à l'autre, selon les données culturelles, politiques et économiques qui diffèrent entre pays même voisins (...) ils ne sont pas nécessairement présents* ». ⁵³

L'identification des facteurs de risque de suicide est l'une des pistes majeures en matière de prévention du suicide chez l'adolescent et l'adulte, notamment en Santé Publique.⁵⁴ Cependant la conférence de consensus « *La crise suicidaire* » conclut que « *l'usage qu'on peut faire de cette notion doit tenir compte du fait qu'un facteur de risque ne se situe pas au niveau de la causalité individuelle* ». ²⁴ Les études chez l'enfant sont beaucoup moins nombreuses que chez l'adulte et l'adolescent et sont souvent des études de cas. Toutefois, selon Tishler, il semble que les suicidants de moins de 13 ans cumulent beaucoup moins de facteurs de risque que les adolescents ou adultes. Il en conclut que la prévention du suicide chez l'enfant via le repérage des facteurs de risque de suicide ne semble pas efficace.¹⁰ Les tentatives de suicide chez les moins de 13 ans sont en effet le plus souvent impulsives et sans phase prémonitoire.^{12, 37}

Les facteurs protecteurs augmentent la résilience et diminuent le risque de suicide. Leur identification et leur renforcement sont donc tout aussi importants pour la prévention des conduites suicidaires que la diminution des facteurs de risque de suicide.¹

L'OMS a publié en 2014,¹ la liste des facteurs de risque et des facteurs protecteurs de suicide, tous âges confondus (voir annexe B).

B- Facteurs associés aux conduites suicidaires chez l'enfant

1- Antécédents de conduite suicidaire et d'auto-agression

Le facteur de risque de conduite suicidaire le plus important est l'antécédent de tentative de suicide, comme chez l'adulte. Un antécédent de tentative de suicide augmente le risque de suicide de 10 à 30 fois sur la vie entière, même après ajustement pour les troubles psychiatriques.^{55, 56, 57, 58} Par ailleurs, avoir tenté de se suicider avant l'âge de treize ans augmente de 6 fois le risque de tentatives de suicide à l'adolescence.¹⁰ Les idées suicidaires sont également un facteur de risque de conduites suicidaires.^{7, 52, 56, 57, 59}

Lors des autopsies psychologiques de Freuchen réalisées entre 1993 et 2004, 12% des suicidés norvégiens de 10 à 15 ans avaient déjà fait une tentative de suicide connue des parents, soit significativement plus que dans le groupe témoin (décès par accidents).⁴¹

Le risque de suicide accompli est d'autant plus grand que le moyen utilisé pour une tentative de suicide précédente est létal (pendaison, saut dans le vide, armes à feu). Plus l'intentionnalité suicidaire est forte, plus le risque de récurrence ou de suicide accompli est grand.⁶⁰ Cependant, le moyen utilisé n'est pas toujours corrélé à l'intentionnalité suicidaire. L'utilisation d'un moyen peu létal ne signifie pas toujours une faible intentionnalité suicidaire, l'enfant n'ayant pas toujours les connaissances nécessaires au choix d'un moyen à forte létalité.^{55, 61}

En outre, un antécédent d'autoagression sans intentionnalité suicidaire (scarifications notamment) augmentent également le risque suicidaire. Le risque de suicide dans l'année suivant une autoagression est compris entre 0,1 et 1% selon les études.^{26, 62} Dans l'étude rétrospective danoise d'Hedeland, 40% des 107 suicidants de moins de 15 ans s'étaient déjà automutilés.⁶³

2- Facteurs psychiatriques

Les troubles psychiatriques sont pour de nombreux auteurs un facteur de risque de conduite suicidaire chez l'enfant.^{18, 41, 45, 58, 64} La prévalence de pathologies psychiatriques chez les suicidants de 11 à 20 ans est selon l'ANAES de 20 à 30%, bien moindre que chez l'adulte (90%).^{18, 65} Pour ces auteurs, le trouble de l'humeur est la pathologie psychiatrique la plus souvent associée au suicide chez l'enfant.^{41, 58}

Or, la plupart des études recherchant le lien entre conduites suicidaires et dépression incluent des adolescents. La plus grande étude française chez les suicidants de moins de 13 ans est celle de Delamare (étude rétrospective multicentrique, n=97), dans laquelle 9% des suicidants de moins de 13 ans souffraient d'un épisode dépressif majeur ou moyen selon les critères du DSM III et IV.⁷ Pour lui, il n'existe pas de lien significatif entre dépression et conduites suicidaires chez l'enfant.

Lors des autopsies psychologiques de Freuchen chez les moins de 15 ans, 30% des enfants présentaient des symptômes dépressifs, sans dépression caractérisée, souvent en lien avec un conflit non résolu. Seul 11% étaient suivis par un psychiatre ou un psychologue, leur symptomatologie peu importante n'ayant pas inquiété leurs parents. Pour Freuchen, le sentiment d'être déprimé ou une humeur dépressive doivent être pris en compte en tant que facteurs de risque de conduite suicidaire. Cependant, ces auteurs n'ont pas fait d'analyse en sous-groupes d'âge.⁴¹

Selon Hetrick et Johnson, les facteurs prédicteurs de tentatives de suicide parmi les enfants déprimés de 10 à 13 ans sont la sévérité des symptômes dépressifs, le désespoir et une famille dysfonctionnelle (mauvaise relation parents-enfant, carences ou maltraitance).^{66, 67}

Pour Tishler, Hauser et Goldstein, le trouble bipolaire augmente le risque d'idées et conduites suicidaires chez les moins de 13 ans.^{10, 68} Il n'a pas été identifié comme facteur de risque de suicide chez l'enfant dans les autopsies psychologiques.^{41, 58, 64} La sévérité du trouble bipolaire, un épisode dépressif sévère avec des caractéristiques mixtes et une comorbidité associée augmentaient le risque de conduite suicidaire chez les patients bipolaires de 7 à 17 ans dans les études de Goldstein.^{69, 70}

Les études au sujet du lien entre troubles anxieux et conduites suicidaires sont discordantes chez l'enfant et aucune n'inclut spécifiquement les moins de 13 ans. 6 à 10% des suicidants de moins de 13 ans souffriraient d'un trouble anxieux.^{7, 71} Après revue de la littérature, O'Neil et ses collaborateurs ont conclu que les troubles anxieux sont un facteur de risque de conduite suicidaire chez l'enfant. Le risque augmenterait avec la sévérité des troubles. Par ailleurs, les troubles anxieux étaient toujours identifiés dans ces études comme des facteurs de risque lorsqu'ils étaient comorbides de la dépression.⁷¹

La méta-analyse d'Impey a montré l'augmentation significative d'idées et conduites suicidaires chez les enfants de moins de 13 ans présentant un Trouble Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité (TDAH).⁷²

Pour Bridge et Sanchez-Gistau, les enfants schizophrènes ont un taux de conduite suicidaire supérieur à la population générale, notamment en cas d'antécédent de tentative de suicide et de dépression associée.^{55, 73}

La consommation d'alcool, tabac et drogues augmente également le risque de conduite suicidaire chez l'enfant.^{46, 55, 58, 64, 74, 75} Asepline et son équipe ont montré que les moins de 13 ans avec un antécédent d'alcoolisation aigue dans l'année avaient 2,6 fois plus de risque d'avoir fait une tentative de suicide que leurs pairs.⁷⁶ Gould émet l'hypothèse que la consommation de toxiques serait un facteur facilitant la transition entre des idées suicidaires et un passage à l'acte suicidaire puisque l'abus ou la dépendance aux substances sont moins fréquents chez ceux qui ont des idées suicidaires sans passage à l'acte suicidaire que chez les suicidants.⁶⁴

Par ailleurs, la comorbidité psychiatrique serait élevée chez les enfants ayant présenté une conduite suicidaire : plus de 70 % des enfants morts par suicide ou suicidants avaient au moins une comorbidité psychiatrique dans les autopsies psychologiques de Shaffer et les études de Gould et Shafii. Freuchen retrouvait 37% de comorbidité lors des autopsies psychologiques des suicidés. Dans ces études, l'association de troubles de l'humeur avec un abus de substances ou un trouble des conduites était celle qui augmentait le plus le risque de conduite suicidaire. Néanmoins, ces études incluent des enfants de plus de 13 ans sans analyse en sous-groupes d'âge.^{41, 55, 58, 64, 75}

En outre, plus la pathologie psychiatrique serait sévère, plus le risque suicidaire serait grand : les moins de 13 ans avec un trouble psychiatrique avaient dans une étude significativement plus de conduites suicidaires s'ils avaient un antécédent d'hospitalisation en psychiatrie que ceux suivis en ambulatoire ou non suivis.^{10, 12} Foley et ses collaborateurs ont conclu après leur étude longitudinale chez 1420 enfants de 9 à 13 ans, que la sévérité et l'accumulation des symptômes psychiatriques étaient plus importants que le diagnostic posé pour évaluer le risque suicidaire chez l'enfant.⁵¹

3- Maltraitance, violences sexuelles et victimisation

Le lien entre suicide durant la vie entière et maltraitance physique et/ou psychologique, viols et inceste dans l'enfance, a été démontré.^{45, 77, 78, 79} Les violences sexuelles sont celles qui augmentent le plus le risque de conduite suicidaire.⁸⁰ La maltraitance augmente significativement le risque de suicide, tentatives de suicide et idées suicidaires chez l'enfant, indépendamment des facteurs psychiatriques et socio-économiques.^{10, 81, 82, 83} De

plus, le risque de conduite suicidaire augmente avec le nombre d'agressions (maltraitance chronique),⁸⁴ l'accumulation de plusieurs types de maltraitance⁷⁸ ou leur gravité.⁸⁵

Dans l'étude française de Delamare, 40% des suicidants de moins de 13 ans (39/97) avaient un antécédent de maltraitance ou d'abus sexuel (20,6% de maltraitance, 8,2% d'abus sexuel, 4,7% d'inceste).⁷

Lors de l'étude américaine « *National Survey of children's exposure to violence* » menée entre 2008 et 2011 (n= 4503), 13,7% des 10-14 ans ont répondu avoir été victimes de maltraitance par leurs parents et 10,7% des filles de 10 à 14 ans avoir été agressées sexuellement au cours de l'année précédente. Ces enfants présentaient respectivement 4,4 et 3,4 fois plus d'idées suicidaires que leurs pairs.^{81, 83}

De plus, dans les études canadiennes de Rhodes, les enfants placés pour maltraitance parentale avaient 5 fois plus de risque que leurs pairs de consulter aux urgences pour tentative de suicide.⁸⁶ 25 % des enfants suicidants placés ont récidivé contre 10% de leurs pairs. Les moins de 13 ans étaient ceux ayant le plus récidivé.⁸⁵

Enfin, selon la méta-analyse de l'équipe de Van Geel, la victimisation scolaire (mise à l'écart, maltraitance physique, insultes, moqueries répétées en dehors d'un contexte de jeu ou d'amitié par les pairs à l'école) double le risque de conduites suicidaires chez l'enfant.⁸⁷ Ce sur-risque persiste même après ajustement pour les troubles psychiatriques personnels ou familiaux et les antécédents de maltraitance familiale.^{88, 89}

En France, selon l'enquête nationale de victimisation en milieu scolaire, 50% des enfants de 10 à 12 ans étaient victimes de leurs pairs en 2011, tous types de victimisation scolaire confondus.⁹⁰

4- Facteurs familiaux

Plusieurs études ont montré que la maladie mentale, l'adoption, un environnement familial violent ou carencé, l'alcoolisme ou le décès d'un parent augmentent le risque de conduites suicidaires chez l'enfant. Une conduite suicidaire chez un des parents augmente de 6 fois le risque de conduite suicidaire chez l'enfant de moins de 14 ans.^{10, 45, 53, 91, 92, 93}

Dans l'étude nationale américaine « *National Survey of children's exposure to violence* », le fait d'avoir des parents séparés ou divorcés n'augmentait pas significativement le risque d'idées suicidaires,⁸³ mais l'OMS liste ce facteur dans les facteurs augmentant le risque suicidaire chez l'enfant.⁵³

Dans l'étude de Qin, les déménagements fréquents (plus de 3 fois dans la vie de l'enfant), augmentaient significativement le risque de tentative de suicide et suicide chez les enfants de plus de 11 ans, après ajustement pour le décès d'un parent, l'âge, le sexe et la maladie mentale de l'enfant.⁹⁴

La migration augmente également le risque de suicide selon Agerbo. Dans son étude, après ajustement pour la variable hospitalisation d'un parent pour raison de santé mentale, l'immigration augmentait le risque de suicide par rapport à la population contrôle.^{4, 45}

5- Troubles relationnels, attachement et événements de vie négatifs

Pour Agerbo, Gould, Delamare, et Cyrulnik, les troubles de l'attachement (insécure évitant, ambivalent ou confus) et des relations pauvres ou conflictuelles avec les parents ou les pairs sont des facteurs de risque majeurs du suicide chez l'enfant.^{7, 35, 41, 45, 92, 95} Pour Rosenthal, le trouble de l'attachement serait présent chez tous les enfants suicidants.⁹

Dans l'étude par autopsie psychologique de Freuchen, 60% des suicides avaient lieu dans un contexte de conflit non résolu concernant l'enfant, et jugé non inquiétant par leurs parents.⁴¹

Dans l'étude d'Hedeland, 43,5% des suicidants invoquaient le sentiment de ne pas être compris par leurs parents, contre 2% dans le groupe contrôle. 41,5% avaient tenté de parler à leurs parents avant leur passage à l'acte. La qualité fluctuante de la communication avec les parents était significativement liée au passage à l'acte suicidaire, au sentiment d'incompréhension, et aux difficultés relationnelles avec les camarades.⁶³

Par ailleurs, les facteurs familiaux et relationnels sont regroupés par certains auteurs sous le terme « événements de vie négatifs ». Pour l'OMS, les événements de vie négatifs sont « *des situations ressenties comme injustes (sans nécessairement l'être, une fois évaluées objectivement), discordes familiales ou avec les amis, séparations d'avec les amis, décès d'une personne importante pour le jeune, conflits interpersonnels ou pertes relationnelles, harcèlement et victimisation, déception scolaire et échec dans les études* ». ⁵³ Le risque suicidaire augmente selon Dube avec le nombre d'événements de vie négatifs.⁷⁸

6- Facteurs socio-économiques

L'influence des facteurs économiques et sociaux sur les taux de suicide a été démontrée en population générale (voir figure 4) :¹

- Baisse des taux de suicide durant les périodes de croissance économique, les guerres et en juillet et août depuis l'introduction des congés payés en France ;
- Taux de suicide différents entre les zones rurales et urbaines dans une même région ;
- Hausse des taux de suicide durant les périodes de réorganisation de l'économie ;
- Taux de suicide plus élevés dans un même Etat chez les personnes au niveau socio-économique bas par rapport à celles avec un niveau socio-économique élevé.

Pour Amitai, Cyrulnik et Hedeland, vivre dans une famille à bas niveau socio-économique contribue au risque suicidaire chez l'enfant uniquement si d'autres facteurs de risque sont présents.^{35, 39, 78}

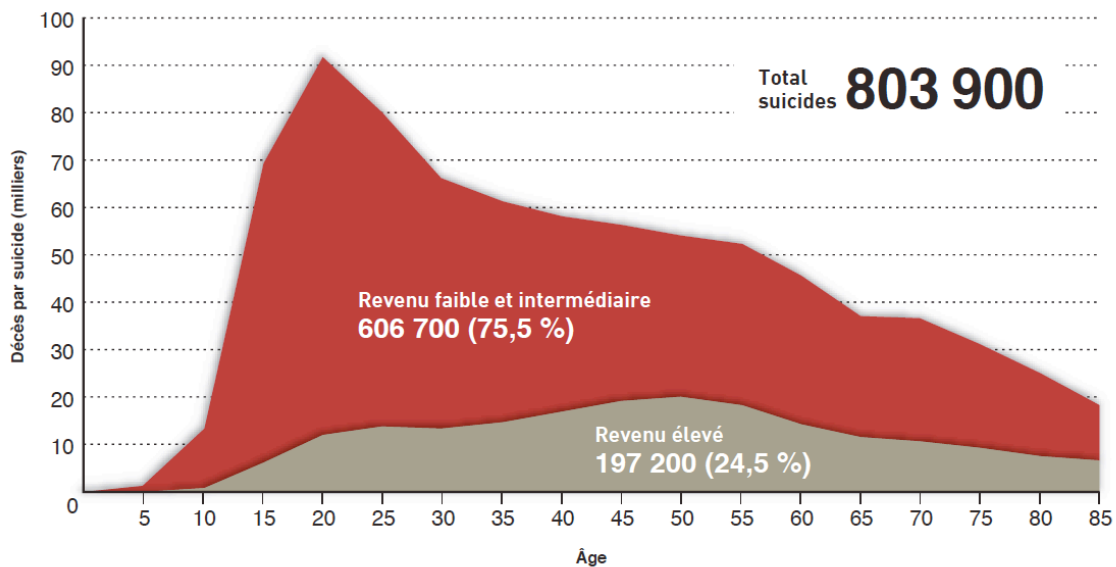


Figure 4

Suicides mondiaux par âge et niveau de revenu des pays en 2012.

Source : OMS 2014.¹

7- Santé physique

L'équipe de Barnes a montré que les enfants de moins de 12 ans atteints à la fois de maladie chronique et de pathologie psychiatrique ont un risque supérieur de conduite suicidaire que leurs pairs souffrant d'une pathologie chronique somatique seule (Odds Ratio compris entre 1,7 et 2,9 ; étude de plus de 100000 sujets issus de la cohorte « *The 2007 Minnesota Student Survey* »).⁹⁶ Le risque de passage à l'acte suicidaire est maximal juste après une hospitalisation en lien avec ces pathologies chroniques.⁹⁷

8- Facteurs biologiques

La surmortalité par suicide des enfants atteints d'une pathologie somatique est expliquée à la fois par des facteurs psychologiques et biologiques. Dans l'étude de Iessa et ses confrères, les enfants asthmatiques avaient un risque plus élevé que leurs pairs en bonne santé d'avoir des idées suicidaires (OR 3.25 ; voir annexe C), et un risque de suicide accompli deux fois plus élevé (11.0 versus 4.3 pour 100000 personnes-années). Pour eux, la sensation anxiogène de la suffocation (confrontation à la mort) ainsi que des mécanismes inflammatoires et immunitaires liés à l'asthme expliqueraient l'augmentation de troubles de

l'humeur, d'anxiété et de troubles du sommeil dans cette population, d'où leur sur-risque suicidaire.⁹⁸

La mortalité par suicide est également plus importante chez les enfants épileptiques (Prévalence Ratio (PR) 2.4-5.6 ; voir annexe C). La surmortalité par suicide existe avant l'apparition de la maladie (PR 2.6-5.2), d'où l'hypothèse de mécanismes neuronaux communs faite par Hesdorffer. La sécrétion anormale de neuromédiateurs (sérotonine, norépinephrine, glutamate, GABA), suite au fonctionnement perturbé de l'axe hypothalamo-hypophysaire, expliquerait pour lui le sur-risque de conduite suicidaire chez les enfants épileptiques.⁹⁹

Chez l'adulte, des modifications biologiques ont été mises en évidence chez les patients suicidants par rapport aux non suicidants. L'étude du liquide céphalorachidien (LCR) est notamment en faveur de perturbations du système sérotoninergique chez les patients suicidaires. Cependant, chez l'enfant, l'étude du LCR pose un problème éthique.^{4, 100}

9- Facteurs génétiques

L'hypothèse multifactorielle du suicide avec un poids faible des facteurs génétiques reste prédominante chez l'enfant.^{4, 91} Les études chez les jumeaux et enfants adoptés sont en faveur de l'existence de facteurs génétiques dans le suicide chez l'enfant (remaniements épigénétiques par l'environnement).

Selon Labonté et Turecki, les suicidants avec un antécédent de maltraitance ou de carence affective présentent des remaniements de gènes codant pour l'axe hypothalamo-hypophysaire (hyperméthylation du gène Nr3C1 codant pour le récepteur aux glucocorticoïdes, contrairement aux patients non suicidaires maltraités).^{101, 102} La diminution d'expression de ces récepteurs provoque une hypersécrétion de cortisol lors du stress. Pour Teisher et Guillaume, l'exposition précoce et prolongée au stress chez un enfant porteur d'une vulnérabilité génétique pourrait modifier la capacité de prise de décision en cas de stress, et pourrait participer au passage à l'acte suicidaire.^{79, 103}

De plus, selon Brent et Agerbo, l'impulsivité parentale augmente le risque de conduite suicidaire chez l'enfant. Ce serait un facteur à la fois héréditaire (génétique) et environnemental (environnement peu sûr).^{45, 91}

10- Antidépresseurs et suicide

Plusieurs études ont montré l'augmentation significative du taux de suicide des moins de 13 ans sous antidépresseurs.^{104, 105, 106, 107, 108}

Dans la méta-analyse de l'équipe d'Hammad, le risque suicidaire était multiplié par 1,8 chez les enfants traités par un antidépresseur.¹⁰⁴

L'équipe de Cox a montré que les enfants déprimés traités par un antidépresseur présentaient significativement plus d'idées suicidaires que ceux qui étaient soignés par une psychothérapie (méta-analyse).¹⁰⁹

L'équipe de Bridge a conclu à une balance bénéfique/risque en faveur du traitement par antidépresseur chez les moins de 13 ans uniquement pour les indications suivantes : trouble obsessionnel compulsif et troubles anxieux (méta-analyse).¹¹⁰

En France, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (afssaps) conseille de limiter l'utilisation des antidépresseurs aux cas d'épisodes dépressifs majeurs sévères. Elle recommande d'utiliser la fluoxétine, qui a obtenu l'autorisation de mise sur le marché depuis 2006, chez les enfants de plus de 8 ans n'ayant pas répondu à plus de 4 à 6 séances de psychothérapie seule (dernières recommandations publiées en 2008).^{18, 27}

Au Royaume-Uni les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont contre-indiqués chez l'enfant.¹¹¹ Le collège américain de neuropsychopharmacologie (The American College of Neuropsychopharmacology) recommande de limiter la prescription de tous les antidépresseurs chez l'enfant, et d'utiliser la fluoxétine en première intention si la prescription d'un antidépresseur est nécessaire.¹¹² En effet, la fluoxétine était la molécule qui était la plus efficace sur la dépression dans les études.^{108, 110}

C-Facteurs protecteurs

1- Facteurs familiaux

Une bonne relation avec les membres de la famille et un soutien familial de qualité diminue le risque suicidaire chez l'enfant selon l'OMS et Freuchen.^{1, 41, 53}

2- Compétences personnelles, compétences relationnelles et estime de soi

Les compétences personnelles protégeant contre le suicide sont selon l'OMS :^{1, 53}

- De bonnes aptitudes sociales ;
- La confiance en soi, dans sa situation personnelle et ses résultats ;
- Savoir demander de l'aide en cas de difficultés ;
- Savoir demander des conseils quand un choix important est à faire ;
- Etre ouvert à l'expérience d'autrui et aux solutions proposées ;
- Etre ouvert à des connaissances nouvelles.

Une bonne intégration sociale et de bonnes relations avec ses pairs diminue le risque suicidaire.^{1, 52, 53}

3- Facteurs religieux et spirituels

Les croyances religieuses et spirituelles protègent du suicide selon l'OMS.¹ L'appartenance à une communauté religieuse, les interdits suicidaires présents dans de nombreuses religions, le message positif porté par certaines d'entre elles, sont autant de facteurs qui protégeraient du suicide.

IV- Suicide, une entité à part entière ?

A- Les modèles du suicide

1- Théorie sociale : modèle anémique

L'anomie est une notion développée par Emile Durkheim¹⁵ pour désigner les situations de dérèglement social, d'absence, de confusion ou de contradiction des règles sociales. Ce sociologue décrivait une société de plus en plus individualiste bouleversant les règles sociales préétablies. Pour lui, l'incapacité des règles sociales à limiter les désirs individuels engendre une déception et un isolement social croissants pouvant conduire au suicide. Inversement, une bonne intégration sociale protégerait du suicide.

Cette théorie sociale de Durkheim a été par la suite démontrée.¹¹³ Durkheim avait également fait l'hypothèse que la misère protège, mais il est maintenant établi que le suicide est corrélé à des conditions économiques faibles. Néanmoins, il y a plus de suicides dans les pays riches que dans les pays pauvres.

Par ailleurs, un taux résiduel de suicide semble exister dans toutes les sociétés quelles que soient les conditions socio-économiques.¹¹³

2- Modèle psychanalytique

Dans la théorie psychanalytique, le passage à l'acte suicidaire représente une souffrance psychique qui ne trouve pas d'autre issue. Le suicide est, pour Freud (1915), lié à la pulsion de mort suite à la perte insupportable d'un objet (personne/relation) fortement investi narcissiquement. Le geste révèle pour lui un désir de mort pour autrui et est parfois directement adressé à l'autre : c'est l'autre en soi que l'on tue.

Les successeurs de Freud ont repris cette théorie, mais ont insisté sur la dimension narcissique (effondrement narcissique après une perte, peur insupportable de ne pas être aimé) et la dimension de maîtrise de l'acte suicidaire (tentative de restaurer son intégrité et sa puissance).^{114, 115}

3- Approche cognitive

Des distorsions cognitives prédictives de conduite suicidaire ont été observées chez des adultes et adolescents.¹¹⁶ Neuringer a montré que les personnes suicidaires avaient plus souvent que les non suicidaires une pensée dichotomique avec rigidité psychique empêchant la résolution de problèmes. De plus, pour Beck, le désespoir (expérience émotionnelle et cognitive colorant toute perception d'une tonalité négative) est un meilleur indicateur de comportement suicidaire qu'une humeur dépressive.¹¹⁴ Enfin, Brown et ses collaborateurs ont montré une baisse significative des récurrences de tentatives de suicide chez l'adulte à 18 mois pour les patients traités par thérapie cognitive.¹¹⁷

Dans l'étude de Wagner, le désespoir et l'attribution d'une causalité (« *attributional style* ») étaient les deux variables cognitives significativement plus fréquentes chez les enfants avec idées ou plans suicidaires par rapport aux enfants sans idées suicidaires.¹¹⁸

4- Modélisation multifactorielle du suicide, approche « classique » et « dynamique »

L'approche **classique** de la modélisation du suicide consiste à rechercher les facteurs de risque de suicide (facteurs psychiatriques, psychopathologiques, biologiques, génétiques, environnementaux et socio-culturels) afin d'expliquer les taux de suicide plus élevés dans des sous-groupes de population présentant ces facteurs de risque.^{42, 119}

L'approche **dynamique**, plus récente, prend en compte la dimension temporelle donc évolutive du phénomène suicidaire. Dans ce modèle, un continuum existe entre idées suicidaires, tentative de suicide, et suicide (voir figure 5). Des facteurs prédisposants, contributants, précipitants, y sont décrits. Ainsi, le suicide correspondrait à l'aboutissement d'une crise suicidaire, processus complexe, multifactoriel, et variable dans le temps.^{42, 119}

Les facteurs prédisposants correspondent dans ce modèle aux éléments propres à l'individu contribuant dans certaines circonstances au passage à l'acte suicidaire (antécédents de tentative de suicide, pathologie psychiatrique).

Les facteurs contributants sont ceux qui augmentent l'exposition de la personne aux facteurs prédisposants (maladie physique, alcool, comportements de prise de risques).

Les facteurs précipitants sont les circonstances qui précèdent le passage à l'acte.

Ainsi, dans cette approche, les idées suicidaires feraient suite aux événements de vie négatifs et/ou à la dépression. La transition vers les comportements suicidaires serait favorisée par les troubles anxieux, addictifs et l'impulsivité.

Enfin, les facteurs de protection sont décrits dans les deux modèles. Ils diminuent le risque de conduite suicidaire.

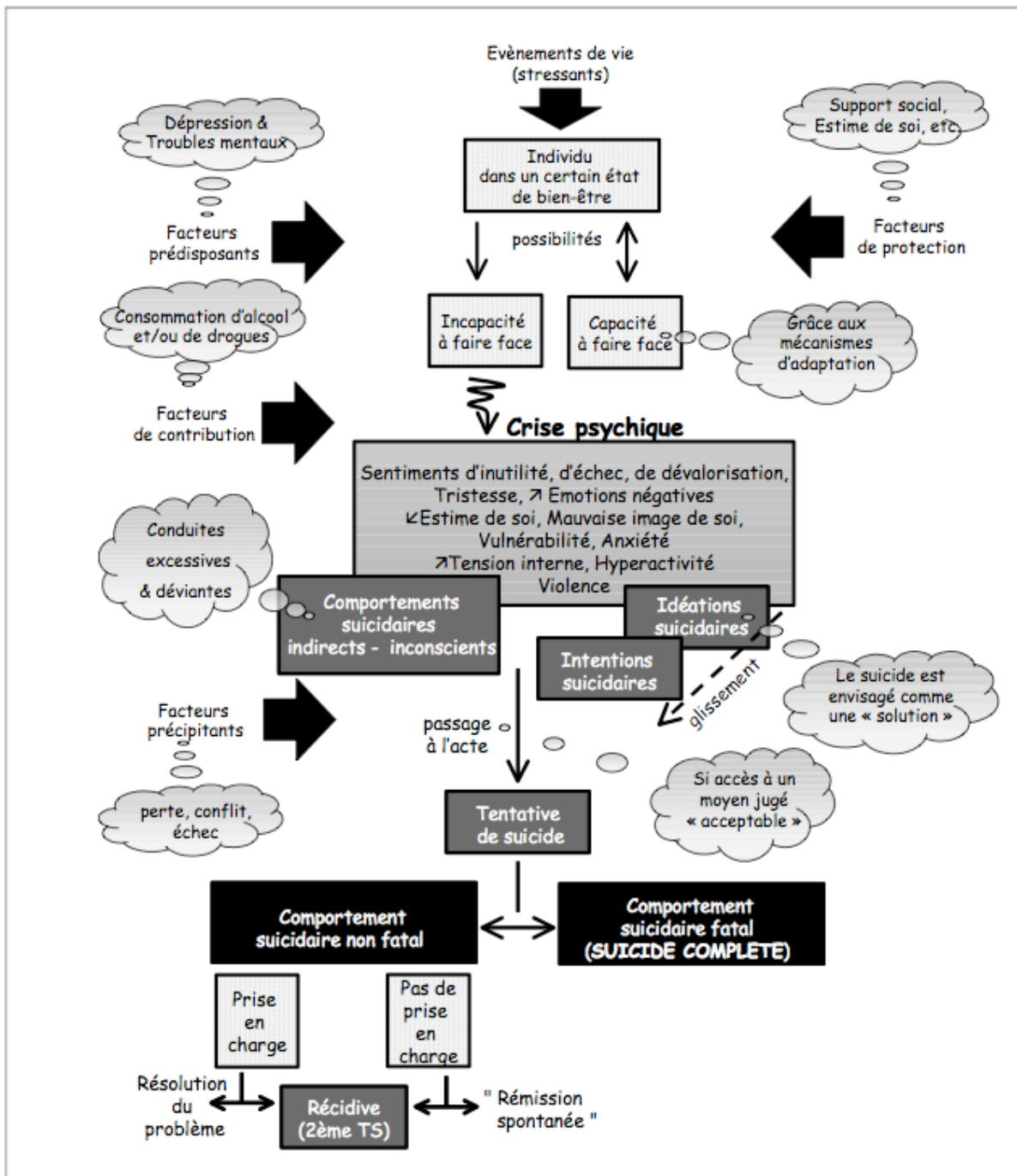


Figure 5

Schéma de la modélisation théorique du continuum suicidaire.

Source : CERESP, 2006.¹¹⁹

Un consensus existe actuellement en faveur de l'hypothèse multifactorielle du suicide.²⁴ La description classique des facteurs de risque de conduite suicidaire reste cependant d'actualité.¹

Les autopsies psychologiques sont une voie de recherche pour comprendre chez un individu l'articulation de ces différents facteurs.^{24, 119}

5- Profil de l'enfant suicidant de moins de 13 ans

La recherche en suicidologie chez l'enfant s'est calquée sur le modèle adulte. Mais l'absence de facteurs de risque identifiés chez l'enfant dans plus de 70% des cas limite l'extrapolation de la modélisation classique du suicide.¹⁰

Si l'on tente de décrire les conduites suicidaires de l'enfant suivant l'approche dynamique du suicide, la maltraitance et la carence affective seraient les principaux facteurs prédisposants.^{7, 10} Or, chez les suicidants pré-pubères, le facteur déclenchant le plus souvent retrouvé est un conflit ou une situation vécue comme injuste.⁴¹ En effet, dans l'étude française de Delamare, le motif rapporté par l'enfant était un conflit ou un trouble relationnel avec les parents dans 55,7% des cas, et un conflit en lien avec la scolarité dans 19,8% des cas. Dans 4,6% des cas, aucun facteur déclenchant n'avait été retrouvé.⁷ En outre, les suicidants de moins de 13 ans présenteraient une vulnérabilité psychique aux stress ou aux conflits.¹⁰²

Un évènement de vie négatif, principalement un conflit avec l'entourage, serait donc un facteur déterminant dans les conduites suicidaires de l'enfant. Or, avant 12 ans, la capacité de résolution de problèmes (ou de création de multiples solutions à un même problème) est limitée. Il peut donc être difficile pour un enfant de moins de 13 ans de relativiser un problème relationnel, d'y trouver une solution appropriée. Ainsi, pour éviter une punition non comprise, ou face à un conflit avec des camarades, un enfant pourrait envisager le suicide comme unique solution, sans toujours en percevoir le caractère irréversible.³⁵

Par ailleurs, le délai entre l'évènement stressant et le passage à l'acte serait très court chez l'enfant (quasi immédiat). Les conduites suicidaires chez l'enfant ne seraient pas planifiées dans la majorité des cas (75% des suicidants de l'étude de Delamare).⁷

De plus, les prodromes seraient absents ou peu spécifiques chez l'enfant (signes dépressifs ou d'agitation). 18% des suicidants de l'étude de Delamare étaient asymptomatiques avant leur passage à l'acte, 36% montraient des signes de repli sur soi ou du registre dépressif, 21% étaient agités et 25% présentaient à la fois des signes dépressifs et d'agitation. Seuls 27% (26/97) avaient exprimé des idées suicidaires durant le mois précédant la tentative de suicide, sans différence significative de sexe.⁷ En outre, dans cette étude, les conduites suicidaires avaient lieu le plus souvent au domicile de l'enfant, et le moyen était généralement unique.

Enfin, chez l'enfant de moins de 13 ans, les suicides sont presque toujours masculins. L'utilisation de moyens de suicide plus violents par les garçons que les filles est une des explications proposées. Dans l'étude française de Berthod,⁴⁷ les garçons suicidants avaient des contextes de vie plus difficile que les filles (famille monoparentale notamment), alors qu'il n'y avait pas de différence en population générale. Berthod suppose que l'absence du père est un facteur de vulnérabilité plus important pour les garçons. Néanmoins, d'après Cyrulnik, la principale explication de la surmortalité des garçons par suicide est la pression sociale plus forte exercée sur eux.³⁵

B- Les arguments en faveur d'une entité autonome

Du fait de la forte prévalence de pathologies psychiatriques chez l'adulte suicidant (90%), notamment de dépression, les psychiatres ont d'abord fait l'hypothèse d'un lien entre pathologie psychiatrique et suicide. Or, depuis les années 1980, plusieurs études sont en faveur d'une entité autonome des conduites suicidaires, indépendante des autres troubles psychiatriques.^{45, 79, 91, 103, 120, 121} L'apparition dans la V^{ème} édition du DSM de l'entité « *suicidal behavior disorder* » dans la Section III (« *Emerging Measures and Models* ») montre que la perception du phénomène suicidaire évolue dans ce sens. Les arguments en faveur de cette hypothèse sont les suivants :

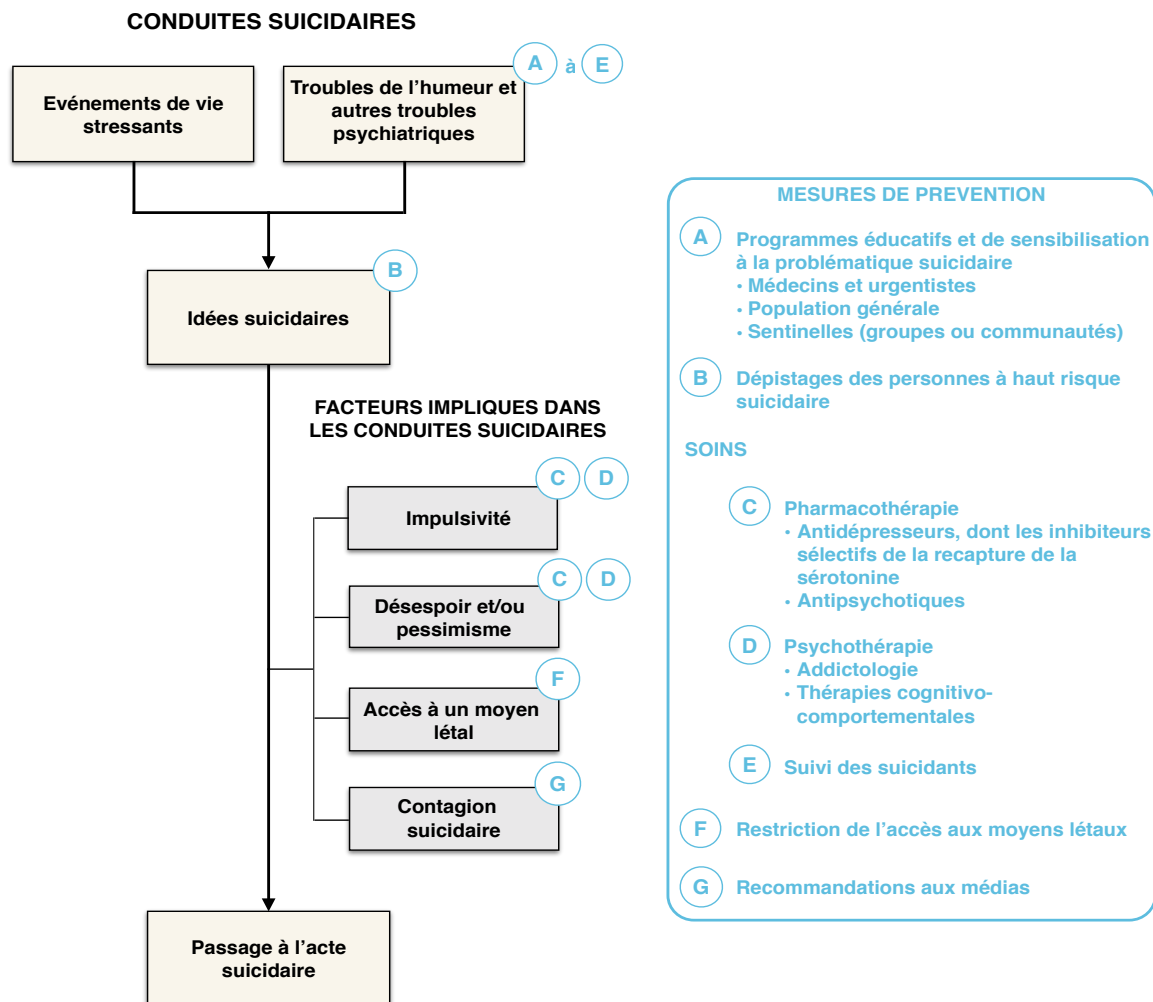
- Les facteurs environnementaux ont un poids important dans les conduites suicidaires, l'exposition précoce au stress (maltraitance et traumatismes précoces) induit une vulnérabilité génétique aux conduites suicidaires s'exprimant par une difficulté à faire des choix adaptés en cas de stress ;
- Cette vulnérabilité génétique est propre au suicide et indépendante des facteurs génétiques de vulnérabilité aux autres troubles psychiatriques ;
- Des mécanismes neurobiologiques de la vulnérabilité suicidaire ont été mis en évidence chez les patients suicidaires : dysfonctionnement sérotoninergique central, hypersensibilité au stress (modifications de l'axe hypothalamo-hypophysaire) ;
- Des anomalies spécifiques au suicide, indépendantes de la dépression, ont été mises en évidence en IRM fonctionnelle (cortex pré-frontal ventro médian).

Cet abord des conduites suicidaires permet par ailleurs une compréhension du suicide multifactorielle, globale et individualisée.⁴⁵

Chez l'enfant, la faible proportion des facteurs psychiatriques et l'importance des facteurs environnementaux (relationnels, maltraitance, etc.) sont en faveur de cette hypothèse autonome du suicide.^{4, 41, 91}

C- Modélisation et prévention du suicide

Modéliser le suicide aide à la compréhension du phénomène suicidaire de façon globale afin d'organiser la recherche puis d'articuler harmonieusement les différents axes de prévention. Les modèles les plus cités sont le modèle Stress-Diathèse de Mann⁵ (voir figure 6) et le modèle stress-vulnérabilité de Wasserman,¹²² ce dernier associant des facteurs favorisant l'émergence de conduites suicidaires dont le stress environnemental et des facteurs de vulnérabilité génétique.⁴



Les lettres entourées renvoient aux mesures de prévention listées à droite

Figure 6

Modèle du suicide de Mann (2005) et mesures de prévention associées.

Source : d'après Mann et al., 2005.⁵

Traduit de l'anglais, voir annexe D.

PARTIE II - ETAT DES LIEUX DE LA PREVENTION DU SUICIDE CHEZ L'ENFANT

I- Définitions et éthique

A- Concepts et définitions

Selon la définition de l'OMS, la prévention est « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». Elle s'organise selon 3 niveaux :

- La prévention **primaire**, regroupant l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population et donc à réduire les risques d'apparition de nouveaux cas ;
- La prévention **secondaire** ayant pour but de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population ;
- La prévention **tertiaire** dont l'objectif est de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.^{1,4}

Les actions de prévention des conduites suicidaires sont elles aussi organisées suivant trois temps dans la littérature scientifique : avant tout geste suicidaire, pendant la crise suicidaire, et après une tentative de suicide. Cependant, les termes employés et leur définition diffèrent selon les auteurs. Batt et ses collaborateurs ont classé ces dénominations après revue de la littérature (voir tableau 2).⁴

Tableau 2

Illustrations des différentes dénominations utilisées dans les publications internationales.

Auteur principal, dates et références	Temps 1 Avant tout geste suicidaire	Temps 2 Dans l'immédiat d'un geste suicidaire	Temps 3 Après un geste suicidaire
Shneidman [183] Morgan [184] Seguin [185]	Promotion / Prévention, deux mots quasiment interchangeables : information à publics ciblés et/ou tout public, transmission d'outils d'identification de personnes à risque, sensibilisation, accès aux moyens.	Intervention : réponse à la crise suicidaire (ligne téléphonique, rencontre face à face, service de prise en charge et de soutien à court terme).	Postvention : activités thérapeutiques s'adressant aux personnes vivant le deuil suite au suicide d'un proche (réduction du niveau de détresse, des risques d'imitation, et favorisant le rétablissement et la résolution du processus de deuil).
Silverman et Felner [186]	Prévention : tout ce qui concourt en population générale à réduire les taux de troubles mentaux.	Intervention précoce : cherche à réduire la prévalence des troubles.	Traitement : intervention auprès des suicidants (après un premier geste suicidaire).
Programme national suédois, 1996	Générale : mesures de promotion de la santé (domaine de la psychologie, du social et éducation et prévention des accidents).	Indirecte : identification et traitement de la maladie [mentale] et des problèmes sociaux et relationnels dans les groupes ou les situations à risque.	Directe : l'objectif est de combattre le processus suicidaire lui-même, c'est-à-dire les idées suicidaires, les tentatives et le suicide.
PRS souffrance psychique et phénomène suicidaire, 1996	Primaire : information auprès du public, au sens large : information en population générale sur le suicide.	Secondaire : auprès de « groupes à risque », scolaires, Rmistes, personnes incarcérées, etc.	Tertiaire : auprès des suicidants, prévention de la récurrence.
Upanne [187]	Primaire : cherche à réduire l'incidence des taux de troubles psychiques.	Secondaire : cherche à réduire la prévalence des troubles, leur intensité, sévérité et durée.	Tertiaire : s'adresse aux personnes qui présentent des troubles sérieux. Elle vise la réduction de la récurrence suicidaire.
Leguay [188]	Primaire : s'adresse à un public très large (organisation sociale et registre culturel).	Secondaire : repérage et prise en charge de personnes présentant plusieurs facteurs de risque pathologiques ou environnementaux.	Tertiaire : médicale : soins aux suicidants.

Source : Batt et al., 2007.⁴

Dans un rapport de 1994, l'institut de médecine de Washington a proposé de classer les actions de prévention en fonction du public concerné plutôt qu'en fonction de la temporalité de l'évènement. Cette classification reprend les termes de la modélisation dynamique du suicide :¹¹⁹

- La prévention **universelle** s'adresse à la population générale (à l'échelle d'un Etat, une école, etc.) sans tenir compte des facteurs de risque individuels ;
- La prévention **sélective** s'intéresse à un groupe présentant des facteurs prédisposants ou de contribution ;
- La prévention **indiquée** s'adresse à un individu ayant fait une tentative de suicide ou endeuillé suite à un suicide (voir figure 7 et annexe E).

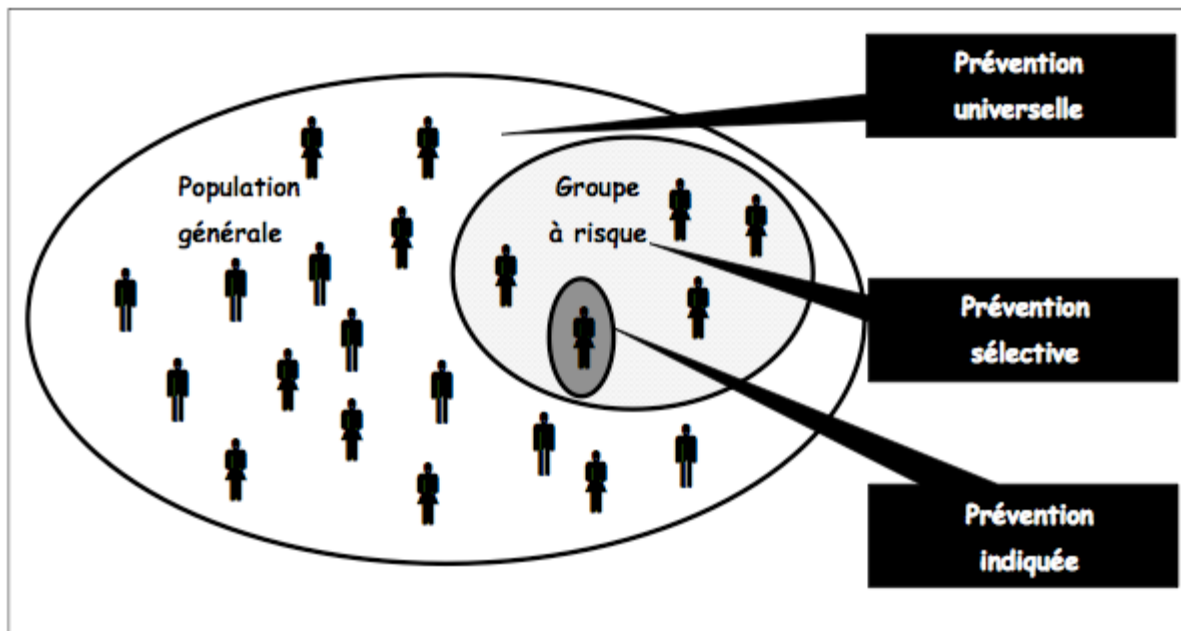


Figure 7

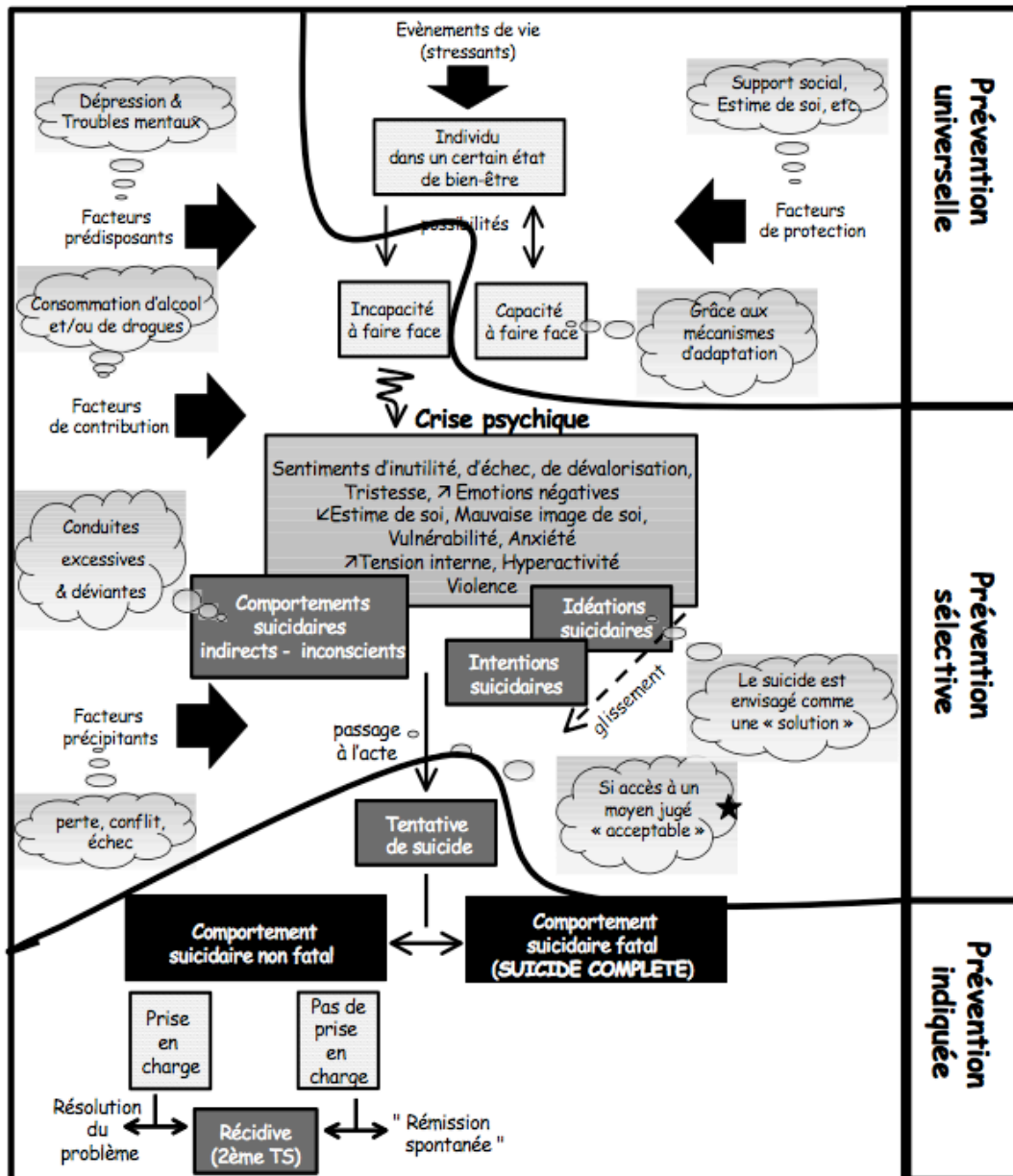
Schéma de la classification des actions de prévention en fonction du public concerné.

Source : CERESP, 2006.¹¹⁹

B- Définitions retenues

Nous organiserons notre propos suivant les quatre temps suivants (voir figure 8) :

- **Avant la crise suicidaire**, prévention **primaire ou universelle** : mesures générales d'information du grand public afin de réduire l'incidence des cas de conduite suicidaire, actions de valorisation des facteurs de protection et de diminution des événements de vie ou facteurs de risque de conduites suicidaires familiaux ;
- **Pendant la crise suicidaire**, prévention **secondaire ou sélective** : repérage et prise en charge des personnes présentant des idées suicidaires ;
- **Après la tentative de suicide**, prévention **tertiaire ou indiquée** : prise en charge des suicidants et actions ayant pour but de diminuer le nombre de récurrences de tentatives de suicide ;
- **Postvention** : mesures d'aide aux endeuillés.



★ les actions qui concernent la réduction de l'accès aux moyens font partie de la prévention universelle

Figure 8

Schéma des mesures de prévention universelle, sélective et indiquée en fonction de la modélisation dynamique du suicide.

Source : CERESP, 2006.¹¹⁹

C- Ethique et prévention : Risque-t-on d'induire des idées ou des conduites suicidaires en parlant du suicide ?

Peu de mesures de prévention des conduites suicidaires sont proposées chez l'enfant, la prévalence des suicides étant faible et les conduites suicidaires de l'enfant encore mal connues. Cependant, Pfeffer et Petot estiment que cette faible prévalence ne peut justifier sur le plan éthique l'absence de prévention.^{56, 57, 123}

De plus, la crainte d'induire des conduites suicidaires en parlant du suicide aux enfants persiste et limite la mise en place de mesures de prévention, même dans le cadre de la recherche.^{124, 125, 126} L'équipe de Gould a montré que parler du suicide aux plus de 13 ans n'augmentait pas le risque de conduites suicidaires,¹²⁴ mais aucune étude de ce type n'a été menée chez les moins de 13 ans.

Néanmoins, certains chercheurs travaillent sur le repérage des idées suicidaires chez les moins de 13 ans, comme Horowitz et son équipe. Ils s'appuient sur l'argument qu'aucune étude n'a montré le caractère iatrogène du questionnement ou de l'information sur le suicide chez les moins de 13 ans et généralisent l'étude de Gould à cette population.¹²⁵

II- Prévention primaire (universelle)

A- Généralités

La prévention primaire désigne les actions engagées en amont de la crise suicidaire. Il s'agit de stratégies complexes, variées, évolutives, globales et diversifiées qui ont pour but le développement du potentiel individuel et groupal, la promotion de la santé, et la valorisation de certains styles de vie. Afin de définir une stratégie de prévention primaire, il est nécessaire d'analyser la situation locale, les besoins ainsi que les conséquences médicales et économiques des actions de prévention. Les travaux épidémiologiques sont donc la base de l'élaboration d'une telle stratégie.^{1, 127}

La prévention primaire repose sur la communication sociale, afin de modifier un ou des comportements préjudiciables (style éducatif des enfants par exemple dans le cas de la prévention du suicide). Or, être informé ne suffit pas à modifier immédiatement et durablement son comportement. Un tel changement résulte d'un processus impliquant la réception de l'information, son acceptation, le renforcement de l'attitude induite et la

facilitation de l'action engagée : c'est donc un processus d'identification et de conformité. Ainsi, pour obtenir ce changement de comportement, il est nécessaire de combiner plusieurs actions de prévention. C'est pour cette raison que l'OMS encourage le développement de stratégies de prévention multisectorielles.^{1, 127}

Les messages de prévention doivent par ailleurs être valorisants, motivants, responsabilisants et impliquer le développement de compétences permettant le changement de comportement. Enfin, l'information délivrée doit être adaptée au public (âge, culture, etc.).^{1, 127}

Du fait du questionnement éthique soulevé par la prévention du suicide chez les moins de 13 ans, primaire notamment, les études dans ce domaine sont encore peu nombreuses.

Les programmes éducatifs en milieu scolaire et les campagnes d'information du grand public sont les principaux moyens de prévention primaire du suicide chez l'enfant. Aux Etats-Unis, des campagnes d'information du grand public (médias, vidéos, présentations orales, etc.) existent pour les plus de 10 ans.¹²⁸ Des programmes éducatifs en milieu scolaire, visant le développement de compétences telles que la demande d'aide et la recherche de solutions alternatives existent au Canada et aux Etats-Unis. Leur impact quantitatif sur les conduites suicidaires n'est pas connu et est de plus difficilement évaluable.¹²⁹

En France, un guide « *Prévention primaire du suicide chez les jeunes, recommandations pour les actions régionales et locales* » a été édité en 2001 (en collaboration avec la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et l'Institut National de Prévention et d'Education (INPES)). Son but était de faciliter le développement de mesures de prévention des conduites suicidaires. Il ne ciblait pas spécifiquement les enfants, mais ne mentionnait pas de limite inférieure d'âge.¹³⁰

B- Formation de « sentinelles » (« Gatekeepers ») dans les collectivités

Les « gardiens » ou « sentinelles » (« gatekeepers » en anglais) sont des personnes référentes identifiées dans une communauté ou une institution et formées au repérage des personnes présentant des signes de souffrance psychique. Elles proposent à ces personnes une orientation vers les structures de soins. La formation des sentinelles se développe surtout dans les pays nord-américains où plusieurs programmes de formation existent, comme « *Question, Persuade, Refer* » (QPR) et « *Suicide, Options, Awareness, Relief* » (SOAR). Il n'existe pas à

ce jour de preuve de réduction du nombre de conduites suicidaires grâce à ces programmes, mais ils améliorent significativement l'accès aux soins.^{131, 132}

En France, ces programmes n'existent pas en milieu scolaire ou dans les collectivités recevant des moins de 13 ans. Les experts de la conférence de consensus de 2000 de la Haute Autorité de Santé (HAS) intitulée « *La crise suicidaire* », préconisent le repérage des signes d'alerte par les non-professionnels :

*« La crise psychique peut s'exprimer par des problèmes somatiques mal étiquetés, une encoprésie, des blessures à répétition, des préoccupations exagérées pour la mort, une tendance à tenir la place de souffre-douleur par rapport aux autres. Parmi les facteurs de vulnérabilité, on peut souligner l'isolement affectif, les bouleversements familiaux, l'entrée au collège, un contexte de maltraitance. Les premières attitudes recommandées sont les suivantes : ne pas chercher à résoudre le problème seul, parler avec l'enfant sans que cela soit intrusif, signaler à la famille les signes repérés, les signaler aussi au médecin scolaire qui fera le lien avec le médecin généraliste et/ou le médecin spécialiste ».*²⁴

C- Programmes de prévention du suicide en milieu scolaire (« *Curriculum-based suicide prevention programs* »)

Selon l'OMS, les programmes d'amélioration des capacités de résolution des conflits ou de prise de décisions, d'augmentation de l'estime de soi, d'apprentissage de la gestion du stress et des émotions participent à la prévention du suicide.¹³⁰ Ils ont pour but le développement de facteurs protecteurs de conduites suicidaires. Leur efficacité (diminution des conduites suicidaires) et leur innocuité ont été démontrées chez l'adolescent mais pas chez les moins de 13 ans.¹²⁴ Cependant, plusieurs études, comme celle de Hoven et Wasserman¹³³ ont montré leur efficacité à court terme chez l'enfant en milieu scolaire sur les connaissances concernant le suicide.^{5, 54, 131, 132, 134}

Le programme « *Good Behavior Game* » proposé aux enfants de 6-7 ans vise à instaurer une ambiance pacifique d'entraide en classe par l'enseignant sous forme de jeux : les élèves jouent en groupe et gagnent s'ils commettent moins de 4 infractions aux règles de comportement. A l'âge de 19 ans les idées suicidaires étaient significativement réduites par rapport aux témoins dans deux études américaines multicentriques randomisées (41 classes). Cependant, les idées suicidaires n'ont pas été recherchées avant 13 ans dans ces études.^{135, 136}

Au Danemark, le programme de développement des capacités de résolution de problèmes, « *Reaching Young Europe Program* » de Beecham a été proposé à des enfants de 5 à 8 ans dans le cadre scolaire. Il est composé de 4 histoires (5 sessions d'une heure par histoire) racontées via des marionnettes. Les thèmes abordés explorent les problèmes émotionnels et relationnels. L'impact de ce programme sur les conduites suicidaires n'est pas connu à ce jour.¹³⁷

Le programme « *Les amis de Zippy* » est un programme de promotion de la santé mentale, conçu pour être proposé en milieu scolaire à des enfants de 6 à 7 ans. Le but de ce programme est le développement des capacités de résolution de problèmes (« *coping* »). Il comprend 24 séances de 45 minutes et a pour support six histoires dont le personnage principal est un insecte dénommé « *Zippy* ». Il diminue les troubles du comportement, les symptômes d'hyperactivité et augmente les capacités de résolution de problèmes.¹³⁸ Aucune étude n'a recherché son impact sur les conduites suicidaires.

D- Améliorer les relations intrafamiliales, repérer la maltraitance

L'impulsivité parentale et un contexte familial carencé et maltraitant, les difficultés relationnelles et un niveau de communication intrafamiliale pauvre sont des facteurs de risque majeurs de conduite suicidaire chez l'enfant. Les facteurs familiaux (antécédents familiaux de conduites suicidaires, décès d'un parent, carence éducative ou affective, séparation ou divorce des parents) sont également ceux qui prédisent le mieux le suicide chez les enfants avec antécédent d'automutilation sans intention suicidaire.²⁶ Le travail d'accompagnement médico-social familial est donc un axe important de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant.⁹¹

Dans l'étude canadienne de Katz, le placement en famille d'accueil au moins 30 jours pour cause de maltraitance familiale diminuait significativement le risque de tentatives de suicide par rapport aux enfants maltraités non placés (RR 0,68 (0,58-0,80)).⁸²

L'équipe de Wanner a montré que chez les enfants aux antécédents de maltraitance, les suicidants avaient présenté avant leur passage à l'acte des signes d'anxiété et des troubles du comportement à type d'agitation. Ces auteurs suggèrent donc un suivi psychologique des enfants aux antécédents de maltraitance et présentant une agitation ou des symptômes anxieux.¹³⁹

E- Restriction de l'accès aux moyens létaux

L'idée reçue qu'une personne suicidaire déterminée trouvera toujours une autre méthode de suicide, si celle envisagée initialement n'est pas disponible, est fautive.¹⁴⁰ Les suicides aboutis font suite à l'utilisation de moyens hautement létaux (pendaison en France, armes à feu aux Etats-Unis, pesticides en Chine en milieu rural, en Inde ou au Sri Lanka). Leur restriction a permis une diminution du taux de suicide tous âges confondus dans les Etats concernés (23 à 60 %) sans augmentation du suicide par d'autres moyens (législation sur les armes à feu au Canada, détoxification du gaz domestique en Suisse et au Royaume-Uni, limitation des émissions des véhicules en Angleterre, modification du conditionnement des médicaments en France).^{61, 140, 141} Des programmes d'information des familles sur la restriction de l'accès aux moyens létaux sont à l'essai aux Etats-Unis afin de réduire les conduites suicidaires chez l'enfant.¹⁴²

III- Prévention secondaire (sélective) : repérer et prendre en charge la crise suicidaire

A- Intérêt de la recherche d'idées suicidaires pour la prévention du suicide chez l'enfant

Actuellement, l'hypothèse du continuum entre idées suicidaires, tentative de suicide ou suicide est privilégiée.^{7, 10, 52, 56, 57} Ainsi, les idées suicidaires dans l'enfance sont un facteur prédictif de conduites suicidaires dans l'enfance, mais aussi ultérieurement. Elles sont le symptôme le plus clairement identifiable de la crise suicidaire, les symptômes de souffrance psychique qui accompagnent cette crise psychique étant non spécifiques.

Cependant, selon les auteurs de la conférence de consensus de la HAS « *La crise suicidaire* », les enfants expriment « *rarement* » leurs idées suicidaires.²⁴ 25 à 45% des enfants suicidants exprimeraient à un tiers leurs idées suicidaires selon Tishler et Foley.^{10, 51}

Par ailleurs, les tentatives de suicide sans idées suicidaires seraient rares. Choquet et Ledoux (1994)⁵² ont notamment montré que chez les moins de 13 ans qui n'avaient pas d'idées suicidaires, 1% avaient déjà fait une tentative de suicide contre 14% de ceux qui déclaraient en avoir « *rarement* » et 41% en avoir « *souvent* ».

Le repérage d'idées suicidaires a donc pour but d'identifier les enfants qui nécessitent une évaluation du risque suicidaire.^{7, 33, 59, 125, 126}

En outre, Horowitz et son équipe ont montré qu'interroger des enfants de plus de 10 ans sur les idées suicidaires dans le cadre d'une consultation médicale ne rallongeait pas la prise en charge et était acceptable pour les soignants et enfants. Leur étude a par ailleurs permis le repérage de 6 enfants présentant des idées suicidaires sur 106 interrogés (soit 5,7 %).¹⁴³

B- Repérer et orienter les enfants avec idées suicidaires (crise suicidaire)

1- Rechercher les idées suicidaires

Selon les experts de la conférence de consensus de la HAS « *La crise suicidaire* »,²⁴ les idées suicidaires doivent être recherchées par les médecins chez les patients pour lesquels ils suspectent une crise suicidaire (contexte de vulnérabilité psychique, conduite ou contact inhabituel, évènement de vie négatif), même si elles ne sont pas exprimées spontanément.

Par ailleurs, l'aggravation récente de la symptomatologie est un signal d'alerte chez un patient atteint d'une pathologie psychiatrique.

Un récent apaisement, un calme apparent, une attitude de retrait et d'isolement, une diminution de la réactivité émotionnelle et affective ou une diminution de l'agressivité interpersonnelle doivent évoquer un syndrome présuicidaire (syndrome présuicidaire de Ringel initialement décrit dans une population adulte).

Pour Delamare, Freuchen et Horowitz, une attention particulière doit être portée aux enfants avec antécédents de tentative de suicide ou d'automutilation, d'absentéisme scolaire, de conflit avec les pairs, de dépression et de troubles du comportement.^{7, 41, 125}

2- Rôle des médecins somaticiens

La sensibilisation des pédiatres au dépistage des conduites et idées suicidaires est recommandée par l'OMS depuis 2004 ainsi qu'aux Etats-Unis depuis 2010 (par l'American Academy of Pediatrics et la Joint Commission).¹²⁶ Les médecins généralistes et urgentistes sont les premiers intervenants médicaux. Au cours de sa carrière, un généraliste reçoit au moins un suicidant (tous âges confondus), et au moins un jeune ayant fait une tentative de suicide le

jour même.⁵² De plus, 45% des personnes décédées par suicide (tous âges confondus) ont consulté un généraliste ou un urgentiste pour un motif somatique dans le mois précédent leur décès.¹⁴⁴

Or, la majorité des somaticiens ne posent pas la question des idées suicidaires lorsque le motif de consultation est un symptôme d'allure psychosomatique.¹⁴⁵ Les symptômes physiques sont pourtant fréquents chez l'enfant en cas de crise suicidaire. Lors de l'enquête de Pommereau et Choquet, 49% des filles de moins de 13 ans présentant des idées suicidaires souffraient en effet de céphalées récurrentes (contre 22% de celles sans idées suicidaires), et de réveils nocturnes (42% contre 16%). Les garçons de moins de 13 ans présentaient plus de « *conduites de fuite* » (24% contre 3%), un absentéisme scolaire et des alcoolisations plus fréquents (respectivement 23% contre 5% et 14% contre 3%).⁵² Dans l'étude française de Delamare, 81% des suicidants de moins de 13 ans (79/97) avaient présenté un prodrome dans le mois précédant la tentative de suicide (troubles du sommeil, de l'alimentation, troubles des conduites, difficultés scolaires, etc.).⁷ Ces dysfonctionnements physiques ou ces troubles du comportement peuvent être un motif de consultation chez le médecin généraliste. Par ailleurs, les jeunes présentant ces troubles somatiques et des idées suicidaires sont plus à risque de faire une tentative de suicide que leurs pairs présentant uniquement des idées suicidaires.⁵²

Le repérage des patients en crise suicidaire par les somaticiens, leur prise en charge et leur orientation est donc un point clé de la prévention du suicide chez l'enfant. Après revue de la littérature, l'équipe de Tishler recommande également d'interroger les enfants sur le suicide si leur motif de consultation est une blessure accidentelle. En effet, certains accidents seraient en réalité des tentatives de suicide.¹⁰

C- Evaluer le risque suicidaire

1- Evaluer le risque suicidaire : facteurs de risque, facteurs protecteurs, dangerosité et urgence

Selon les auteurs de la conférence de consensus française « *La crise suicidaire* »,²⁴ le psychiatre doit apprécier la gravité de la crise suicidaire, en évaluant les facteurs déstabilisants et les facteurs protecteurs, l'impulsivité, ainsi que le niveau de dangerosité (léthalité des moyens) et d'urgence de la crise suicidaire. L'identification des facteurs déclenchants ou précipitants est par ailleurs primordiale pour aider le patient à trouver une alternative au suicide. Les événements de vie récents sont donc à prendre en compte, d'autant

plus que l'enfant présente une vulnérabilité psychique. Néanmoins, si ces facteurs de risque de conduite suicidaire sont nécessaires à l'évaluation du patient en crise suicidaire, ils ne permettent pas de mesurer le risque final à partir de leur somme.

➤ Les 6 critères d'évaluation de la dangerosité à rechercher sont :

- Le niveau de souffrance :
 - désarroi ou désespoir ;
 - repli sur soi, isolement relationnel ;
 - sentiment de dévalorisation ou d'impuissance ;
 - sentiment de culpabilité.
- Le degré d'intentionnalité :
 - idées envahissantes, rumination ;
 - recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins ;
 - dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario).
- Les éléments d'impulsivité :
 - tension psychique, instabilité comportementale ;
 - agitation motrice, état de panique ;
 - antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents.
- Un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc.
- La présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc.
- La qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de famille « à *transaction suicidaire ou mortifère* ».

➤ Le niveau d'urgence est :

- Faible si la personne :
 - désire parler et est à la recherche de communication ;
 - cherche des solutions à ses problèmes ;
 - pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
 - pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
 - n'est pas anormalement troublée mais psychologiquement souffrante ;
 - a établi un lien de confiance avec un praticien.

- Moyen si la personne :
 - a un équilibre émotionnel fragile ;
 - envisage le suicide et son intention est claire ;
 - a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
 - ne voit de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
 - a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi.

- Elevé si la personne :
 - est décidée (existence d'un plan suicidaire) ;
 - est coupée de ses émotions : elle rationalise sa décision ou, au contraire, elle est très émotive, agitée ou troublée ;
 - se sent complètement immobilisée par la dépression ou, au contraire, se trouve dans un état de grande agitation ;
 - dont la douleur et l'expression de la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
 - a un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider : médicaments, armes à feu, etc. ;
 - a le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
 - est très isolée.

Il existe de plus une obligation médico-légale en France de rédaction de l'évaluation du risque suicidaire. Cet écrit doit être transmis aux professionnels qui vont prendre en charge le patient par la suite.²⁴

2- Conduite à tenir

Le médecin doit, lorsque cela est possible, désamorcer la crise suicidaire, proposer des solutions alternatives et agir sur les facteurs de risque de suicide présents. La mise en sécurité de l'enfant est bien sûr primordiale : les moyens de suicide doivent être retirés. Selon les auteurs de la conférence de consensus française, « *La crise suicidaire* », l'hospitalisation doit être proposée si le niveau d'urgence et de dangerosité sont « *trop élevés* » (risque moyen ou élevé), ou si le maintien au domicile est impossible (conflit avec les parents, entourage peu soutenant notamment).²⁴

IV- La prévention tertiaire (indiquée) : prise en charge des suicidants et prévention de la récurrence des tentatives de suicide

A- Hospitalisation du suicidant

En 1998, l'ANAES a publié les recommandations concernant « *la prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide* », qui s'adressent aux jeunes suicidants à partir de 11 ans.¹⁸ L'ANAES recommande l'hospitalisation du suicidant, après accord parental, si possible en pédiatrie ou en pédopsychiatrie, notamment en cas :

- de risque de récurrence immédiate, c'est-à-dire s'il existe une intentionnalité suicidaire forte ;
- de pathologie psychiatrique non stabilisée ou suspectée (pour établir un diagnostic et/ou instaurer un traitement) ;
- d'environnement extérieur dangereux (maltraitance, abus sexuels) dont il convient de protéger le patient ;
- de souhait de l'enfant ;
- d'impossibilité de mettre en place un suivi suffisamment structuré par le réseau ambulatoire.

Les auteurs anglosaxons sont également en faveur de l'hospitalisation des suicidants de moins de 13 ans, afin de les mettre en sécurité.¹⁰

B- Evaluation initiale du suicidant

L'ANAES recommande une triple évaluation (somatique, psychologique et sociale) de tout enfant suicidant en milieu hospitalier. Cette évaluation doit se dérouler dans un « *climat d'empathie, de proximité relationnelle et de confidentialité* », « *tout en fixant un cadre strict* ». Le psychiatre doit réaliser son évaluation dans les 24 heures suivant l'admission, « *dès que l'état somatique et la vigilance le permettent* ». ¹⁸

Selon l'ANAES, les objectifs de l'entretien initial sont le recueil des premières plaintes psychiques, l'étude du contexte de la crise, et la recherche d'une pathologie psychiatrique. Il n'existe pas de critère formellement prédictif du risque de récurrence, mais les signes de gravité faisant craindre une récurrence à court terme doivent être recherchés. Les

éléments à réunir au cours des différents entretiens psychiatriques doivent concerner les modalités et l'intentionnalité du geste suicidaire, les antécédents personnels et familiaux, le mode de vie, l'insertion sociale, et la biographie (maltraitance, abus sexuels, rupture sentimentale, fugues, etc.). La qualité de l'étayage à l'extérieur de l'hôpital doit être évaluée par un entretien avec les parents et /ou les proches du jeune suicidant.

Les auteurs de la conférence de consensus « *La crise suicidaire* » proposent d'évaluer le suicidant comme le patient en crise suicidaire suivant les six critères de dangerosité sus-cités.²⁴

C- Soins au cours du séjour hospitalier

Selon l'ANAES, des soins somatiques et psychiques doivent être débutés dès le début du séjour hospitalier et ne pas consister en une simple mise à l'écart des difficultés extérieures du suicidant. Un traitement symptomatique peut par ailleurs être prescrit (anxiolytique).

En plus de la mise en sécurité du suicidant, l'hospitalisation permet de commencer la psychothérapie, et diminue la banalisation du passage à l'acte.^{10, 18, 24, 47}

Pour Delamare, le travail avec la famille est primordial dès l'hospitalisation du suicidant afin de prévenir les récurrences, le facteur déclenchant la conduite suicidaire étant souvent en lien avec une difficulté relationnelle entre l'enfant et son entourage.^{7, 41}

Durant l'hospitalisation, les entretiens individuels et familiaux ont également pour but de préparer le suivi ambulatoire et d'augmenter l'alliance thérapeutique. En effet, à âge égal, l'observance des soins en pédopsychiatrie est plus faible chez les suicidants que chez les non suicidants.¹⁴⁵ Asarnow et ses collaborateurs ont montré qu'il était possible d'améliorer significativement l'observance aux soins ambulatoires chez les suicidants de 10 à 18 ans grâce à une séance de thérapie cognitivo-comportementale axée sur la famille, proposée à l'hôpital. Cependant, ces auteurs n'ont pas fait d'analyses en sous-groupes d'âge.¹⁴⁶

C- Suivi ambulatoire et psychothérapies

1- Modalités de suivi ambulatoire

Selon l'ANAES et la conférence de consensus de la HAS « *La crise suicidaire* », en l'absence d'indication d'hospitalisation ou dans les suites de celle-ci, la prise en charge ambulatoire doit être précoce, préparée, intensive, et assurer la poursuite de l'évaluation des

soins par un réseau de praticiens extrahospitaliers. Le suivi structuré et planifié augmente en effet l'adhésion aux soins. L'identification d'une personne référente est préférable. Des coordonnées écrites permettant de joindre rapidement un correspondant connu ou une unité de consultation doivent être remises. Si le patient manque un rendez-vous, il est recommandé de procéder à un rappel téléphonique. Une intervention au domicile du patient peut également être organisée si nécessaire (psychologues, éducateurs notamment).^{18, 24}

2- Techniques psychothérapeutiques ambulatoires

Chez l'adulte, plusieurs études sont en faveur de l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales ainsi que la thérapie interpersonnelle et les thérapies de résolution de problèmes chez les suicidants.^{117, 118} Chez l'enfant, les études sont rares et incluent à la fois des enfants et adolescents sans analyse en sous groupe d'âge.

En cas de dépression, la psychothérapie est à privilégier aux antidépresseurs chez l'enfant.^{104, 107, 108, 146} La méta-analyse de Weisz a montré l'efficacité de toutes les psychothérapies dans la dépression de l'enfant de moins de 13 ans.¹¹¹

V- Postvention

A- Contagion suicidaire et Effet Werther

La « *contagion* » ou « *transmission* » du suicide ou « *suicides en série* » (« *suicide cluster* » en anglais) est une théorie expliquant les comportements suicidaires plus nombreux et rapprochés dans le temps et dans l'espace que ce qui est prévu par les statistiques communautaires. Elle a été construite sur le modèle comportemental de l'apprentissage (observation puis imitation du comportement du proche).^{39, 147}

La contagion serait un facteur précipitant de suicide, et serait un phénomène plus fréquent chez les sujets jeunes (enfants et adolescents). Ce phénomène concernerait des personnes déjà fragilisées et ne serait donc pas suffisant à lui seul pour expliquer un suicide.^{39, 147}

5% des suicides chez les adolescents seraient en partie imputables à la contagion suicidaire. Aucune estimation n'existe à notre connaissance chez l'enfant de moins de 13 ans.

Plusieurs types de contagion sont décrits :

- directe, entre individus ;
- indirecte, via les médias : c'est « *l'effet Werther* » ;
- localisée : au sein d'une communauté ou une institution ;
- étendue : à une population.¹⁴⁷

Le terme « *effet Werther* » fait référence au roman de Goethe, « *Les souffrances du jeune Werther* » (1774), dans lequel le héros se suicide, et qui aurait provoqué suite à sa parution une vague de suicides chez les lecteurs.³⁹ L'effet Werther désigne la contagion suicidaire via les médias (indirecte), mais le terme est parfois utilisé pour désigner la contagion suicidaire directe et indirecte.

Dans la revue de la littérature de l'équipe de Sisask concernant l'impact des suicides fictifs ou réels relatés dans les médias, seules 4 études (datant d'avant 1990) sur cinquante-six, n'ont pas montré d'association significative entre la couverture médiatique de comportements suicidaires et les conduites suicidaires qui ont suivi.¹⁴⁸ Niederkrotenhaler et son équipe ont montré que la répétition médiatique d'un même suicide était corrélée à l'augmentation des suicides dans cette période.¹⁴⁹ La durée et la façon de rapporter un suicide dans les médias influencerait également le phénomène de contagion.³⁹

L'équipe de Michel a montré qu'il est possible de sensibiliser les journalistes à la façon de rapporter les cas de suicides. L'OMS a par ailleurs publié des indications pour les professionnels des médias en 2002.¹⁵⁰

Aucune étude n'a, à notre connaissance, évalué quantitativement l'impact de ces mesures sur les suicides chez les moins de 13 ans.^{151, 152}

B- Programmes de postvention

Les programmes de postvention regroupent les interventions réalisées auprès d'endeuillés dans les jours voire les semaines suivants le suicide d'un proche. Leur but est de prévenir la contagion suicidaire et d'autres troubles psychologiques comme le deuil pathologique ou la dépression. McDaid (2008) et Szumilas et Kuttcher (2011) ont conclu, suite à leur revue de littérature, que ces programmes ne diminuent pas significativement le nombre de suicides chez l'enfant. Ils permettaient cependant une baisse de la souffrance psychique à court terme.^{153, 154}

C- Effet protecteur ou effet Papageno

L'effet Papageno est l'effet protecteur des moyens de communication sur les conduites suicidaires : l'équipe de Niederkrotenthaler a montré que la présentation dans les médias de personnes avec idées suicidaires mais sans conduites suicidaires était corrélée négativement avec les taux de suicide (tous âges confondus).¹⁴⁹ Biddle fait l'hypothèse d'un effet préventif du suicide via les médias supérieur aux effets délétères.¹⁵¹ Les moins de 13 ans ayant de plus en plus accès à internet, l'effet Papageno représente en effet une voie de recherche en matière de postvention étendue (développement de sites internet d'entraide aux proches de suicidés par exemple).

PARTIE III - LES OUTILS D'AIDE AU DEPISTAGE DES CONDUITES SUICIDAIRES ET D'EVALUATION DES SUICIDANTS

I- Outils d'aide au dépistage des conduites suicidaires pour les moins de 13 ans

A- Généralités et recommandations

Le suicide est multifactoriel et aucun outil ne peut le prédire de façon certaine.¹²⁶ Comme nous l'avons vu, il n'existe pas de critères cliniques diagnostiques de la crise suicidaire, et son repérage est difficile. Les outils de dépistage des individus présentant des facteurs de risque de suicide ou des idées suicidaires pourraient donc avoir un intérêt en prévention primaire.^{4, 24, 155} Leur utilisation en pratique clinique n'est pas conseillée en France mais le développement de ces outils est recommandé aux Etats-Unis depuis 2010 par l'American Academy of Pediatrics et la Joint Commission.^{24, 126}

Le seul outil ayant montré une bonne sensibilité, spécificité et valeur prédictive des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans est le SIQ-JR (Suicidal Ideation Questionnaire, Junior-Revisited), existant uniquement en anglais.^{125, 156} Toutefois, il n'existe aucun outil spécifique au dépistage des conduites suicidaires traduit et validé en français pour les moins de 13 ans.

B- Outils d'aide au repérage d'enfants à risque de conduites suicidaires (non traduits en français)

1- ASQ : Ask Screening Questions

Horowitz et son équipe ont élaboré un hétéro-questionnaire, l'Ask Screening Questions (ASQ, voir annexe F) s'adressant aux patients des urgences pédiatriques à partir de 10 ans, quelque soit leur motif de consultation. L'ASQ est composé de 4 questions, sélectionnées à partir d'une liste de 17 questions élaborées par un groupe de psychiatres « *seniors et experts* » après revue de la littérature (tests de référence SIQ et SIQ-JR pour les

moins de 14 ans). Cet outil questionne les idées suicidaires dans les dernières semaines et les antécédents de tentatives de suicide. La sensibilité de l'ASQ est de 96,9%, sa spécificité de 87,6% et sa valeur prédictive négative de 99,7%.^{126, 143, 157}

2- CSA : Child Suicide Risk Assessment

Cet outil explore les sentiments de l'enfant, ses relations avec ses proches et sa conception de la mort afin de repérer les enfants de moins de 12 ans à risque suicidaire. Plusieurs études sont en cours pour définir les caractéristiques statistiques de cet outil.^{156, 158}

3- CSPA : Child Suicide Potential Scale et SSB : Spectrum of Suicidal Behavior Scale

La CSPA est l'une des premières échelles de dépistage des idées et conduites suicidaires. Elle a été conçue pour les cliniciens et les chercheurs. Elle explore également les défenses du sujet (modèle psychodynamique).

Créée en complément de la CSPA, la SSB a surtout été utilisée pour évaluer la sévérité des idées et conduites suicidaires. Ces deux échelles ont été étudiées et validées chez l'enfant de 6 à 12 ans.¹⁵⁶

4- RSQ : Risk of suicide questionnaire

Cet autoquestionnaire de 4 items a été créé par Horowitz et ses collaborateurs en 2001 pour les patients de plus de 10 ans consultant aux urgences pédiatriques. L'outil de référence utilisé était le SIQ-JR. Cet outil validé en anglais interroge le comportement suicidaire actuel, les antécédents d'idées suicidaires, les antécédents d'autoagression et un événement de vie stressant actuel.¹⁵⁹ Sa sensibilité est de 98%, sa spécificité de 37%, sa valeur prédictive négative de 97% et sa valeur prédictive positive de 55%.¹²⁵

5- SIQ-JR : Suicidal Ideation Questionnaire Junior Revisited

Le SIQ-JR est l'outil de référence d'évaluation des idées suicidaires chez l'enfant dans les études.^{126, 160} Cette version junior est validée chez les 11 à 15 ans en anglais. Il s'agit d'un auto-questionnaire de 15 questions (d'une durée approximative de 5 minutes) évaluant les idées suicidaires durant le mois passé. Un score supérieur à 31 points est significatif d'idées

suicidaires inquiétantes. Le SIQ-JR a une bonne valeur prédictive des conduites suicidaires à 8 mois. Sa sensibilité est de 79 % et sa spécificité de 69%.^{156, 160}

Le SIQ (version adulte) a été traduit en français et validé par Potard en 2013 pour des adolescents de 14 à 18 ans.¹⁶¹

6- SBQ-C : Suicidal Behavior Questionnaire for Children

Cet auto-questionnaire explore les idées et comportements suicidaires chez l'enfant. Une étude de validation est nécessaire, les caractéristiques de cet outil (sensibilité, spécificité, valeurs prédictives) ne sont pas connues.^{156, 162}

D- Echelles de dépistage ou de diagnostic des pathologies mentales chez l'enfant incluant les conduites suicidaires traduites en français

1- CBCL : Child Behavior Checklist, TRF : Achenbach Teacher Report et YSR : Youth Self Report

Le CBCL (Child Behavior Checklist) est un outil d'évaluation des comportements de l'enfant de 4 à 18 ans (interrogatoire des parents). Une version 2-3 ans existe. La version TRF (Achenbach Teacher Report) s'adresse aux professeurs, et la version YSR (Youth Self Report) aux enfants de 11 à 18 ans. Ces outils sont traduits et validés en français.^{156, 163}

2- DISC : Diagnostic Interview Schedule for Children

Le DISC est un outil diagnostique structuré des pathologies psychiatriques chez les 6-18 ans (hétéro-questionnaire de l'enfant et de ses parents). La version la plus récente est la NIMH DISC-IV (basée sur les critères du DSM IV). Cet outil a été utilisé en milieu scolaire et peut être utilisé en pratique clinique, mais nécessite 45 minutes de passation. C'est l'une des échelles les plus utilisées dans les études épidémiologiques chez l'enfant. Elle explore les idées et conduites suicidaires actuelles et passées. Le coefficient Kappa (k) (voir annexe C) est compris entre 0,39 et 0,67 pour les questions concernant le suicide (questions 27 à 29) dans les études chez l'enfant en langue anglaise. Une version française existe mais des études de validation supplémentaires sont nécessaires pour les moins de 11 ans.^{164, 165}

3- IDE : Inventaire de dépression chez l'enfant (CDI : Child Depression Inventory)

La CDI est l'équivalent de la BDI (Beck Dépression Inventory) chez l'adulte. C'est un auto-questionnaire de 27 items destiné aux 7-17 ans qui évalue la sévérité de la dépression. Un item questionne les idées suicidaires mais les antécédents de tentatives de suicide ne sont pas recherchés.¹⁵⁶

L'échelle de dépression pour enfants (IDE) est la traduction française de la CDI par Moor et Mack (1982). Elle a été testée et validée chez les 10-15 ans pour la dépression. La valeur prédictive des items concernant les idées suicidaires n'a pas été étudiée, que ce soit en langue française ou anglaise.^{156, 165, 166}

4- CDRS-R : Children's Depression Rating Scale (forme révisée)

La CDRS est un hétéro-questionnaire en 17 items évaluant la sévérité de la dépression au cours du suivi des enfants déprimés de 6 à 12 ans (inspirée de l'échelle d'Hamilton chez l'adulte). Les préoccupations morbides et idées suicidaires y sont recherchées. Elle a été traduite en français par Moor et Mack. Sa passation demande 30 minutes. Elle n'a pas été validée pour le dépistage d'idées suicidaires.¹⁶⁶

E- Echelles de dépistage ou diagnostic des pathologies mentales chez l'enfant incluant les conduites suicidaires non traduites en français

1- CAPA : Child and Adolescent Psychiatric Assessment

Cet outil conçu pour les enfants de 8 à 18 ans explore les troubles psychiatriques et les conduites suicidaires présentes et passées, les idées suicidaires ou de mort et l'intentionnalité suicidaire. Il est utilisé dans un cadre de recherche épidémiologique ou clinique. Deux outils sont conçus pour être utilisés en complémentarité : le Child and Adolescent Impact Assessment (CAIA) et le Child and Adolescent Services Assessment (CASA). Ils évaluent le recours et la compliance aux services de soins.¹⁵⁶

2- C-CASA : Columbia Classification algorithm of suicide assessment

La Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA) est une classification des comportements suicidaires comportant huit catégories. Elle est utilisée pour la recherche à partir de 6 ans.¹⁶⁷

3- ChIPS : Children's Interview for Psychiatric Syndromes

Conçu et validé pour les enfants de 6 à 12 ans (puis étendus jusqu'à 18 ans), le ChIPS est un outil de recherche à visée diagnostique selon les critères du DSM IV. Un item concerne les idées suicidaires.^{156, 168}

4- DICA : Diagnostic Interview for Children and Adolescents

Cet outil explore les troubles psychiatriques et les conduites suicidaires. C'est un questionnaire structuré (avec possibilité de demander des précisions). Il est principalement utilisé pour la recherche, dans les populations de suicidants déprimés.^{156, 169}

5- ISCA : Interview Schedule for Children and Adolescents

L'ISCA est une échelle semi structurée recherchant les symptômes psychiatriques chez les enfants de 8 à 18 ans (interrogatoire des enfants et de leurs parents). Elle a été conçue pour être utilisée dans les études longitudinales. Une version simplifiée existe. Les idées et conduites suicidaires actuelles y sont explorées.^{50, 156}

6- K-SADS : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, School Age

Cet outil de diagnostic des pathologies mentales a été conçu pour les enfants de 6 à 18 ans. Plusieurs versions existent. La version K-SADS-E (version épidémiologique) est la plus utilisée dans les études. Le K-SADS est semi-structuré et doit être proposé à l'enfant et à ses parents séparément. Les idées et conduites suicidaires actuelles et passées sont recherchées dans toutes les versions mais sont plus détaillées dans la version K-SADS-E. La version K-SADS-PL (Present and Lifetime) est la version la plus récente.^{156, 170}

PARTIE IV- PREVENTION DU SUICIDE CHEZ L'ENFANT A LA REUNION

I- Particularités socio-démographiques et culturelles réunionnaises

A- Population réunionnaise

1- Histoire du peuplement de l'île de La Réunion

La Réunion est une île montagneuse de l'Océan Indien dont la superficie est de 2512 km². Initialement dépourvue de population autochtone, elle a été colonisée par les français en 1663, accompagnés de leurs serviteurs malgaches. A partir de 1717, l'île a été peuplée par les esclaves venant d'Afrique, de Madagascar et d'Inde. La Réunion comptait près de 62000 esclaves lorsque l'esclavage y a été aboli le 20 décembre 1848 (soit environ 60% de sa population). Durant tout le XVIII^{ème} siècle, les autorités administratives locales ont forcé le déplacement des populations, les répartissant en de petites concessions (de culture de canne à sucre principalement) réparties sur toute l'île, y compris dans des régions montagneuses très difficiles d'accès. Le peuplement de La Réunion s'est poursuivi de 1848 à 1920 par l'arrivée des « *engagés* » chinois et indiens, augmentant de 35% la population de l'île (travailleurs forcés mais rémunérés). En 1946, la départementalisation a provoqué un exode rural et une urbanisation brutale du littoral. Enfin en 1960, les flux de populations ont connu une augmentation massive avec la construction de l'aéroport de Saint-Denis.¹²⁷

La Réunion comptait 837617 habitants au dernier recensement de l'INSEE de 2011. Cette population est jeune (35% de la population a moins de 20 ans) et métissée.¹⁷¹

2- Flux migratoires, départementalisation (transition économique rapide) et anomie

L'île de La Réunion est devenue un département d'Outre-mer en 1946, puis une région française en 1982.¹⁷¹ Pour le maître de conférence en géographie Albert Lopez, la départementalisation fut un bouleversement socio-économique majeur pour La Réunion.¹²⁷ Alors que l'île était relativement isolée, la départementalisation a induit une dynamique socio-économique nouvelle dans un temps court (une trentaine d'années). Les rythmes de travail ont

été modifiés, les services publics se sont développés, les modes de vie ont changé : passage de modes de vie rural à urbain, d'une économie de plantation (canne à sucre) à une économie de services, modification des modèles familiaux et baisse de la fécondité, mobilité accrue (construction de routes, premier aéroport en 1960), développement des communications, augmentation du taux de scolarisation (passé de 58% à l'âge de 5 ans en 1970 à 100% aujourd'hui). Le niveau de vie a augmenté mais l'exode rural vers les villes côtières a entraîné l'augmentation du nombre de demandeurs d'emploi et la promiscuité. Les prestations sociales versées aux femmes et le chômage des hommes ont bouleversé le fonctionnement familial.¹²⁷

Or, plusieurs auteurs font actuellement l'hypothèse d'un lien entre transition économique rapide et suicide. La Corée du sud, pays où le nombre de suicides a le plus augmenté dans le monde depuis les années cinquante, est le modèle le plus cité (on y dénombre 30 suicides pour 100000 habitants aujourd'hui).¹⁷² On peut donc se demander si la surmortalité des jeunes par suicide à La Réunion pourrait s'expliquer en partie par ce facteur de transition économique rapide.

De plus, selon l'OMS, les changements sociétaux (l'anomie), le non respect de la culture ou de la langue maternelle peuvent créer un sentiment d'isolement, de discrimination, d'infériorité, de méfiance vis-à-vis du système de soin. L'acculturation (modification du modèle culturel initial au contact d'une autre culture), y compris dans son propre pays, est donc un facteur de risque de suicide.¹

B- Anthropologie du suicide à La Réunion

1- Histoire du suicide à La Réunion

Pour l'historien Prosper Eve, le suicide était, de par sa fréquence, considéré comme une manière normale de disparaître à l'époque de l'esclavage, même si la mort était redoutée. En effet, malgré l'absence de registres officiels, les recherches de l'historien Prosper Eve sont en faveur de l'existence d'un taux très élevé de suicide à La Réunion depuis les années 1860, y compris chez l'enfant (environ 410 suicides pour 100000 habitants tous âges confondus dans les années 1860). Les suicidés étaient pour la plupart des esclaves, le plus souvent morts dans les 15 jours suivants le départ de leur pays d'origine, ou dans les premiers jours après leur arrivée sur l'île. Les esclaves affranchis depuis peu se suicidaient également beaucoup, être affranchi signifiant un isolement social brutal et un appauvrissement encore plus grand. Le taux de suicide est ensuite resté élevé après l'abolition de l'esclavage, chez les « *engagés*

volontaires » (populations déplacées à La Réunion pour y travailler dans des conditions précaires après l'abolition de l'esclavage).¹²⁷

Les suicides étaient fréquents sur toute l'île, mais il semble qu'ils étaient plus nombreux dans les zones rurales, à la différence d'autres colonies, comme par exemple celle du Brésil. Les moyens utilisés étaient la pendaison, le saut dans le vide, ou le refus alimentaire. Ces suicides étaient parfois collectifs : dans les années 1830, le docteur Morizot a écrit : « *c'est avec certitude qu'on peut prédire que le premier noir trouvé pendu sera, quelques jours après, imité par plusieurs autres.* »¹²⁷

Dans les écrits d'époque, les suicides d'esclaves installés depuis longtemps étaient expliqués par une « *désadaptation* », un « *mal du pays brutal* » (notamment pour les malgaches), « *la révolte* » ou « *le désespoir* » face à l'exil. Pour l'historien Claude Wanquet, c'est le climat de terreur continu du système esclavagiste qui explique le nombre élevé de suicides. Il donne pour exemple le cas d'un enfant de 10 ans retrouvé pendu à un manguier, après que son maître lui ait demandé d'aller chercher un « *chabouc* » (fouet) chez un voisin, l'enfant ayant probablement cru que ce fouet lui était destiné.¹²⁷

Signe que les suicides étaient fréquents, diverses mesures préventives étaient prises. Des « *manuels pratiques* » recommandaient aux négriers une attention particulière en périodes de départ et d'arrivée d'esclaves, et des « *tuteurs* » étaient parfois désignés pour aider à l'intégration des esclaves récemment débarqués. La christianisation, obligatoire sous le règne du Roi de France, constituait la principale « *mesure d'intégration* ». Le refus d'une sépulture chrétienne aux suicidés avait un effet dissuasif. L'humiliation était également une mesure préventive efficace : en cas de tentatives de suicide (« *suicide manqué* »), les esclaves étaient punis par des coups de fouets ou étaient exposés au pilori avec un écriteau mentionnant « *noir qui a tenté de se détruire* ». L'historien Claude Wanquet cite le cas d'un esclave sévèrement puni, puis laissé en liberté avec une corde. Ses maîtres le défiaient de se suicider et plaisantaient à son sujet. Il ne se suicida pas cette fois là.

Une autre mesure de dissuasion consistait à mutiler les cadavres des suicidés. Malgré l'effort de christianisation, les croyances animistes étaient très présentes parmi les esclaves africains et indiens. Un rapport de 1835 intitulé « *La stupide croyance de la majeure partie des esclaves aux sorciers et aux revenants* » témoigne que le suicide était un moyen pour l'esclave de permettre à son esprit de rejoindre sa terre natale. Ainsi, le suicidé mutilé n'oserait pas se présenter devant ses ancêtres et serait condamné à errer éternellement. Le suicidé hindou serait quant à lui estropié à la naissance, lors de sa prochaine réincarnation.¹²⁷

2- Conceptions actuelles de la mort et du suicide à La Réunion

Les flux et mélanges de populations à La Réunion ne permettent pas de généraliser les conceptions de la mort et du suicide pour la société réunionnaise ou les différentes communautés la composant. Bien que toutes les communautés réunionnaises partagent une identité réunionnaise commune, notamment à travers la langue créole, la majorité des réunionnais perpétue une partie des traditions du pays de leurs ancêtres.¹⁷³ Les religions chrétienne, musulmane, hindoue, bouddhiste, juive, animiste, coexistent et persistent avec des spécificités locales. En outre, de nombreuses familles pratiquent des rituels issus de religions différentes. Ainsi, pour de nombreux créoles, les explications de la mort renvoient à la fois à des étiologies traditionnelles et « occidentales ». La médecine traditionnelle, familiale, qui fait référence aux Saints et aux médiateurs a d'ailleurs toujours coexisté à La Réunion avec la médecine occidentale.^{127, 173}

De même, en cas de crise suicidaire, les croyances et recours aux pratiques traditionnelles peuvent coexister pour une même personne avec les conceptions occidentales et le recours aux services de psychiatrie.¹⁷³

Pour l'anthropologue Murdock (1980), les étiologies traditionnelles de la maladie renvoient à chaque fois à un déséquilibre des relations entre les mondes visible et invisible. Il a classé ces représentations suivant que la causalité du désordre soit naturelle (déséquilibre des relations entre l'individu ou ses proches, au sein du monde visible) ou surnaturelle (en lien avec les ancêtres, les esprits, les âmes des défunts, les divinités, etc.). Le registre surnaturel regroupe trois grandes catégories : animiste (esprits pouvant prendre possession d'un corps humain), magico-religieux (recours d'une personne envieuse à une action secrète et magique contre la personne enviée) et mystique (transgression volontaire ou accidentelle par l'individu d'un tabou, d'une règle, liés aux entités surnaturelles sans intervention initiale de cette entité entraînant la rancune de l'entité).

Pour Brandibas, docteur en psychologie, ces trois étiologies traditionnelles surnaturelles sont présentes à La Réunion. La croyance que l'âme d'un mort peut nuire aux vivants ou être utilisée lors de rituels de sorcellerie reste répandue dans l'île (notamment si le décès est violent comme dans les cas d'un suicide). Le défunt peut prendre possession d'un individu et provoquer son suicide, quand l'esprit possesseur s'est complètement repu de l'énergie de la personne qui, vidée de sa substance, n'a d'autre alternative que le suicide.¹⁷³

Le suicide peut également faire suite à un « *sézisman* ». Le « *sézisman* » est une grande frayeur, un choc psychologique, pouvant parfois conduire au suicide. C'est une étiologie réunionnaise particulière, car elle peut être d'origine naturelle (accident) ou surnaturelle (rencontre avec un esprit).¹⁷³

La thérapie traditionnelle consiste alors en des rituels de purification (bains, tisanes), d'extraction (désenvoutement, pratiques chamaniques, recours à des prêtres), et de protection (talismans, remerciements par des prières, affiliation religieuse). L'implication de la famille est toujours indispensable.¹⁷³

La cause du suicide peut donc être pensée à La Réunion comme la résultante d'une action extérieure à la personne, contrairement à la conception occidentale d'une souffrance psychique interne. Néanmoins, ces deux conceptions peuvent coexister.¹⁷³

3- Suicide et anthropologie à La Réunion

L'anthropologue Jacqueline Andoche a tenté de comprendre le suicide à La Réunion en le replaçant dans son contexte historique.¹²⁷ Lors de son enquête menée dans les années 90, elle a interrogé les habitants d'un village de montagne du sud de l'île. Elle a noté que le sujet du suicide était abordé « *directement, spontanément, rapidement, sans tabou.* » Elle a de plus remarqué que les récits des descendants des colons européens excluaient leurs origines, leur « *terre d'expropriation* » contrairement aux descendants d'africains, de malgaches ou d'indiens. A la place de cette mémoire historique se substituait la mémoire des grands-parents, marquée par la peur des épidémies, des esprits et de la mort. Selon elle, pour ce groupe :

*« La culture des sols installe les concessionnaires et leurs descendants dans un rapport de sens historique à la souffrance, à la vie et à la mort : souffrance et mort sociales, symbolisées par la dépossession et par l'exil (...) apparaissant comme à jamais inscrites dans la mémoire collective, amènent les générations contemporaines à les reproduire malgré elles. (...) La présence de la mort et la volonté des individus de la domestiquer en vivant avec elle, fonctionne comme mécanisme de protection de l'identité, assurant par là-même la reproduction du système social qui lui est sous-jacent ».*¹²⁷

Ainsi, l'amélioration de la qualité de vie sanitaire et économique viendrait briser brutalement le récit de l'histoire de ces populations. Les suicides dans ces populations

pourraient être le signe d'une souffrance identitaire, une tentative de maîtrise de son récit généalogique, dans un contexte de dévalorisation des populations autochtones.

II- Culture et suicidologie

A- Culture et processus cognitifs

Notre mode de vie, notre façon de penser, nos réactions comportementales et affectives sont influencées par notre environnement culturel. Chaque homme comprend le monde à travers un codage culturel, c'est-à-dire un système d'interprétation et de construction de sens.¹⁷³ Pour l'anthropologue Edward Burnett Tylor (1871), « *la culture ou civilisation, pris dans son sens ethnologique le plus étendu, est ce tout complexe qui comprend la connaissance, les croyances, l'art, la morale, le droit, les coutumes et les autres capacités ou habitudes acquises par l'homme en tant que membre de la société* ». ¹⁷⁴ Pour le psychiatre Kleinman (1991), « *la culture consiste en une signification collective construite autant à travers l'histoire que par les entiers empruntés par chaque individu pour se ressaisir de ses significations* ». ¹⁷⁵

Dans leur revue de littérature, Han et Northoff ont montré que certains processus cognitifs varient en fonction de la culture du patient : dans plusieurs études, des européens et américains avaient une façon de penser majoritairement analytique, alors que celle des asiatiques était généralement holistique. Les asiatiques attribuaient le plus souvent le comportement d'une personne à son environnement ou au contexte, alors qu'un américain ou un européen l'expliquait préférentiellement par son éducation ou son genre. Dans une autre étude portant sur les cognitions sociales, les asiatiques insistaient plus sur les interactions entre les personnes, alors que les européens et américains détaillent plus leur propre ressenti ou implication. ¹⁷⁵

Des expériences en IRM fonctionnelle ont confirmé l'hypothèse d'une analyse cognitive différente du monde selon les cultures. Dans la revue de Hann et Northoff, ¹⁷⁵ une étude montrait une activation différente des zones visuelles lors de la présentation d'objets (présentés en mouvement, avec ou sans arrière fond) en fonction de l'origine culturelle de l'individu. De même, des différences ont été observées entre des jeunes japonais ayant grandi au Japon ou aux Etats-Unis (zone et niveau d'activation) pour des tâches de langage, de reconnaissance des émotions, d'écoute de musique, de compétences sociales, de

représentation de soi ou des autres et de résolution de problèmes. Une autre étude a mis en évidence des différences structurelles et fonctionnelles à l'IRM fonctionnelle chez des enfants dyslexiques de culture différente. Les mécanismes neuronaux sous-tendant les processus cognitifs seraient donc influencés par le contexte socio-culturel de l'individu.

Or, certains processus cognitifs pathologiques sont impliqués dans les conduites suicidaires.^{116, 117, 118}

B- Culture et suicidologie

Les chercheurs américains ont montré que l'épidémiologie n'est pas la même chez les jeunes suicidants américains-européens, afro-américains et les « *minorités* ». La dernière grande étude de l'OMS, « Suicide Trends in At-Risk Territories (START) », a permis d'améliorer les connaissances en matière de prévalence et de facteurs de risque chez l'adulte dans les régions du pacifique ouest, comme en Polynésie française. Elle a mis en évidence des différences socio-économiques et culturelles concernant les facteurs de risques et les moyens utilisés.^{38, 39} Dans une étude comparative entre des jeunes suicidants coréens et américains, une pauvre image de soi et de son corps prédisait le suicide uniquement chez les américains, tandis que les pathologies somatiques prédisaient le suicide chez les coréens.¹⁷⁶

Dans son dernier rapport concernant la prévention du suicide, l'OMS a écrit : « *la variabilité culturelle du risque de suicide s'est faite plus évidente, la culture pouvant s'avérer un facteur de risque aggravant ou, au contraire, un important facteur de protection contre le comportement suicidaire* ». ¹ La « *continuité culturelle* », c'est-à-dire la protection des identités traditionnelles, est en effet un facteur protecteur de suicide selon l'OMS¹. Après revue de la littérature, Joe et son équipe concluent également que la prise en compte de l'impact culturel et social des comportements suicidaires, ainsi que des idées reçues qui se réfèrent au suicide au sein des familles contribuent à l'efficacité des mesures de prévention.¹⁷⁷ Ils citent notamment une étude réalisée auprès d'adultes américains montrant que le développement d'un programme de prévention à l'église s'est révélé plus efficace pour la population américaine-européenne que pour les autres populations fréquentant l'église. Plusieurs programmes de prévention adaptés aux spécificités culturelles sont à l'essai chez les jeunes inuits du Canada et indiens d'Arizona.³⁹

III- Prévenir les conduites suicidaires chez l'enfant à La Réunion

A- Recherche en suicidologie et prévention des conduites suicidaires chez l'enfant à La Réunion

Très peu d'études existent dans le domaine de la suicidologie chez l'enfant à La Réunion^{48, 49, 127, 173}. Aucune étude publiée n'existe à notre connaissance au sujet de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant à La Réunion.

La prévention des conduites suicidaires chez l'enfant n'est pas organisée régionalement à La Réunion. La prise en charge des suicidants participe à la prévention de la récurrence des tentatives de suicide. Les associations SOS suicide et APS (Association Prévention Suicide) organisent une écoute téléphonique gratuite et des colloques sur le thème du suicide à La Réunion.

B- Prise en charge des suicidants réunionnais de moins de 13 ans

Les jeunes suicidants sont généralement accueillis dans les unités de pédiatrie après leur passage aux urgences (parfois précédé d'une consultation chez leur généraliste ou pédiatre). Un avis pédopsychiatrique est demandé auprès des services de liaison.

Il existe quatre hôpitaux généraux sur l'île de La Réunion. Le Centre Hospitalier Universitaire regroupe le Centre Hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis, au Nord, et le Groupe Hospitalier Sud Réunion de Saint-Pierre au sud. Ces établissements sont tous deux pourvus d'un service d'urgences pédiatriques. Le service d'hospitalisation intersectorielle de pédopsychiatrie (Unité Vanille) de l'Établissement Public de Santé Mentale de La Réunion (EPSMR) est le seul lieu d'hospitalisation pédopsychiatrique de l'île (capacité d'hospitalisation de 10 lits).⁴⁸

Les suicidants sont ensuite orientés vers les Centres Médico-psychologiques pour Enfants et Adolescents (CMPEA) (sectorisation selon le lieu d'habitation). Les CMPEA travaillent en réseau avec les services médico-sociaux, les médecins scolaires, les pédiatres et les médecins généralistes, pour une prise en charge multisectorielle.¹³

C- Perspectives

1- Recherche et Observatoire Régional du Suicide

Le statut universitaire des hôpitaux Nord et Sud de La Réunion depuis 2011 devrait faciliter le développement de la recherche dans l'île. D'autres travaux de recherche pourraient être menés afin de déterminer si les résultats des études menées en France et à l'étranger sont extrapolables ou non aux enfants réunionnais (facteurs de risque et de protection des conduites suicidaires, impact et acceptabilité des mesures de prévention, etc.).

L'Observatoire Régional de la Santé a créé depuis 2012 un groupe de travail afin de préparer la création d'un Observatoire Régional du Suicide à La Réunion. Celui-ci aura pour but de faciliter le développement de la recherche au sujet des conduites suicidaires dans le département et ainsi mieux guider les actions locales de prévention.

2- Directives publiques

En France, un programme national d'actions contre le suicide pour les années 2011 à 2014 a été établi. Le prochain plan d'action n'a pas encore été publié à ce jour. Certaines des mesures du plan national 2011-2014 concernaient les enfants :³

- « *développement de la qualité et l'efficacité des actions de développement des compétences psychosociales des enfants* » (Action 1, Axe 1) ;
- « *diffuser et promouvoir un outil pédagogique visant à prévenir les attitudes et comportements homophobes et leurs conséquences sur les jeunes de 11 à 20 ans* » (Action 9, Axe 1) ;
- « *développer des actions d'information à destination des jeunes et de leur entourage* » (Axe 3) ;
- « *sensibilisation des étudiants en journalisme sur le sujet* » (Axe 3) ;
- « *renforcer les actions de sensibilisation et de formation sur la souffrance psychique et la crise suicidaire des enfants en direction des professionnels en contact avec eux* » (Axe 4).

Au plan régional, le suicide est inscrit dans le projet de santé 2012-2016 de La Réunion.¹³

Au niveau mondial, le Plan d'Action pour la Santé Mentale de l'OMS pour 2013-2020 inclut la prévention du suicide. Il encourage le développement de stratégies nationales de prévention du suicide avec pour objectif une diminution de 10% du nombre de suicides d'ici 2020. Les mesures proposées sont l'adoption d'une stratégie multisectorielle incluant la réduction de l'accès aux moyens létaux, l'adoption d'une attitude responsable vis-à-vis des médias, le dépistage précoce et la protection des personnes à haut risque suicidaire, la promotion de la santé mentale et la déstigmatisation de la demande d'aide auprès des professionnels de santé mentale.¹⁷⁸

De plus, l'augmentation et la coordination des actions favorisant une bonne santé mentale chez l'enfant et des actions de prévention du suicide sont une volonté européenne publiée dans le livre vert de la commission européenne en 2005 et intitulé « *Améliorer la santé mentale de la Population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne* ». ¹⁷⁹

DISCUSSION

Notre revue de littérature sur le sujet de la prévention des conduites suicidaires chez l'enfant de moins de 13 ans avait pour objectif de savoir s'il existait des mesures efficaces de prévention de ces conduites dans le monde, en France et en particulier à La Réunion. En outre, la question sous-jacente était de déterminer s'il pourrait être nécessaire d'adapter ces mesures de prévention en fonction de l'âge, du fait de l'hypothèse d'une spécificité des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans, ainsi qu'au contexte local, notamment culturel.

Notre principal résultat à l'issue de ce travail est que l'efficacité des mesures proposées pour prévenir les conduites suicidaires des moins de 13 ans n'a pas été démontrée dans les études passées en revue, même si ces mesures tenaient compte des particularités de ces conduites dans cette tranche d'âge.

La méthode de la revue de littérature nous a paru la plus appropriée pour répondre à nos questions. En sélectionnant les bases de données PubMed (MEDLINE), SUDOC et PsycINFO nous avons voulu être le plus exhaustif possible. Le choix de nous limiter à ces bases de données pour notre revue de la littérature concernant la prévention des conduites suicidaires de l'enfant avait pour but de sélectionner des articles scientifiques de qualité. Néanmoins, l'absence de littérature dite « *grise* » a limité l'exhaustivité des données (documents publiés sous d'autres formes que des revues, non indexés dans les bases de données). De plus, nous n'avons pu retenir que les articles en langue anglaise et française.

Une méta-analyse aurait sans doute permis une réponse plus précise à notre question principale (comparaison des différentes mesures de prévention). Cependant, les différences méthodologiques entre les études recensées et leur faible puissance n'ont pas permis l'usage de cette méthode. Nous avons donc préféré la revue de littérature, et choisi de présenter nos résultats sous forme narrative uniquement.

Par ailleurs, du fait du très faible nombre de références (2 références) obtenues suite à notre recherche bibliographique dans les bases de données sus-citées concernant spécifiquement l'île de La Réunion, nous avons dû étendre notre recherche à la littérature « *grise* » (bibliothèques locales et internet, uniquement pour les travaux en rapport avec cette dernière). Ceci nous a permis d'inclure des travaux d'historiens, d'anthropologues, ainsi que de neurologues et psychologues travaillant sur le lien entre processus cognitifs et culture, et des documents en rapport avec la législation nationale et européenne (28 références supplémentaires au total). Même si nous n'avons pas fait de recherche dans les bases de données de sciences humaines, nous pensons avoir été exhaustifs sur la question des conduites

suicidaires à La Réunion. Toutefois, ce très faible nombre de références a permis uniquement d'émettre des hypothèses.

A notre connaissance, aucune revue n'a été publiée en français ou en anglais concernant la prévention des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans. Par contre, des revues de littérature ont déjà été publiées au sujet des conduites suicidaires de l'enfant et l'adolescent, mais sans faire la distinction entre ces deux populations.^{5, 55, 180} Seul le travail de thèse de Gimenez publié en 2011 passait en revue les conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans.¹² Il nous a donc paru d'abord nécessaire de passer en revue dans la littérature internationale les articles concernant les conduites suicidaires de l'enfant, puis ceux traitant de la prévention de ces dernières, et de traiter enfin séparément ces questions pour La Réunion.

Nous avons ainsi cherché à limiter le biais d'inclusion dans notre travail, en définissant une limite supérieure d'âge de 13 ans. Cette limite est bien entendu discutable. Car, il n'existe pas de limite claire entre l'enfance et l'adolescence. L'âge de 13 ans était celui le plus souvent retenu dans la littérature scientifique pour exclure les adolescents, d'où notre choix. Ainsi pour Berthod, les analyses en sous-groupes d'âge montraient que les enfants âgés de plus de 12 ans avaient des facteurs de risque de conduite suicidaire plus proches des adolescents. Elle proposait donc de retenir dorénavant la limite inférieure de 12 ans pour traiter des conduites suicidaires de l'enfant.⁴⁷ Des analyses en sous-groupes d'âge nous semblent effectivement pertinentes chez l'enfant dans les études sur le thème des conduites suicidaires et leur prévention.

Cet état des lieux des connaissances chez les moins de 13 ans nous a permis de confirmer une spécificité des conduites suicidaires dans cette tranche d'âge. Si les facteurs de risque de conduite suicidaire sont communs aux enfants, adolescents et adultes, nous avons cependant pu constater que leur poids n'était pas identique. Chez l'adulte et l'adolescent, la dépression et les autres troubles psychiatriques sont des facteurs de risque majeurs de conduite suicidaire.^{22, 65, 147} Chez l'enfant de moins de 13 ans, la sévérité des symptômes et leur accumulation augmentent le risque suicidaire, mais les facteurs psychiatriques sont absents dans plus de 70% des cas.^{10, 51} Par contre, les facteurs relationnels et familiaux sont ceux qui augmentent le plus le risque suicidaire.^{41 45, 63, 77, 78, 79} Dans ces études, comme chez l'adolescent et l'adulte, les symptômes de la crise suicidaire étaient non spécifiques et les suicidants souvent impulsifs. Les moins de 13 ans n'exprimaient pas ou peu leurs idées suicidaires, et le délai entre idées et conduites suicidaires était très court.

Ces résultats concordent avec ceux de la revue de littérature de Gimenez.¹² Néanmoins, nos conclusions au sujet des caractéristiques des conduites suicidaires de l'enfant doivent être nuancées, compte tenu de la faible puissance des études recensées (faibles effectifs). De plus, le nombre limité d'études, rarement multicentriques qui plus est, limite de fait la généralisation des résultats.

Cette méconnaissance des conduites suicidaires de l'enfant, aussi bien chez le grand public que dans la littérature scientifique, résulte peut-être de la difficulté à concevoir l'intentionnalité suicidaire chez l'enfant. Même si l'existence du suicide chez les moins de 13 ans ne fait plus de doute dans la communauté scientifique, l'intention de se donner la mort chez les plus petits reste difficile à imaginer. Le fait que la représentation de la mort ne soit pas aboutie avant 8 ou 9 ans en moyenne peut faire penser que le suicide ne peut pas être envisagé avant cet âge. Cependant, différents travaux ont montré que dès 6 ans un enfant sait décrire clairement un moyen de se suicider.³³ Par ailleurs, si l'interrogatoire est difficile chez les plus jeunes et par conséquent peu concluant, les conduites auto-agressives délibérées existent pourtant bien chez les moins de 6 ans. Leur geste peut être impulsif et peu élaboré, mais leur souhait de se blesser ou de « partir » est bien réel.³⁵ A l'issue de cette revue de la littérature il nous semble, à l'instar de Cyrulnik, que la difficulté à concevoir les conduites suicidaires chez l'enfant résulte de la vision adultomorphique de ces conduites projetée sur eux. Il nous paraît donc nécessaire de s'en défaire pour mieux comprendre les conduites suicidaires de l'enfant.

Ainsi, le terme « *suicide* » est sans doute inapproprié chez l'enfant, puisqu'il sous-entend une intentionnalité suicidaire difficile, comme nous l'avons vu, à évaluer chez les plus jeunes. D'autant que la définition des idées suicidaires chez l'enfant n'est pas consensuelle pour les chercheurs français. En effet, tandis que les chercheurs américains distinguent majoritairement idées de suicide et idées de mort, ne recherchant que les premières, les études françaises tiennent compte également des idées de mort.^{8, 26, 35, 126} Par conséquent, il nous semble plus approprié de questionner chez l'enfant à la fois les idées de mort et de suicide, le mot « *suicide* » pouvant d'ailleurs être méconnu des plus jeunes.

Afin de contourner ces problèmes de terminologie, certains auteurs étudiaient les « *autoagressions* », sans distinguer la présence ou l'absence d'idée et d'intention suicidaire. Cette démarche permettait en outre de moins sous-évaluer ces conduites.²⁶

En effet, pour Tishler, de nombreux accidents (chute, traversée de route, « *jeu du foulard* ») seraient en réalité des conduites auto-agressives, par conséquent non prises en

charge sur le plan psychologique ou psychiatrique.¹⁰ La méconnaissance de la problématique suicidaire chez le grand public, voire chez certains professionnels, était une des causes évoquées pour expliquer cette sous-estimation. Or, reconnaître puis prendre en charge ces conduites semble être une part déterminante de leur prévention.

A première vue, les statistiques du suicide chez l'enfant peuvent faire penser qu'il s'agit d'un épiphénomène (40 enfants sont décédés par suicide en France métropolitaine et 4 à La Réunion en 2011), la prévalence réelle du suicide chez l'enfant n'est toutefois pas connue. Selon les estimations existantes, il y aurait entre 10 et 40 fois plus de tentatives de suicide que de suicides chez l'enfant, mais il n'existe pas d'enregistrement systématique au niveau local ou national de ces conduites. Devant l'absence de données fiables concernant les taux de conduites suicidaires chez l'enfant, il convient donc de rester prudent dans l'analyse des données épidémiologiques existantes.

Par ailleurs, nous pouvons nous demander si la sous-estimation des conduites suicidaires ne serait pas aussi liée à une sorte de déni de ces conduites chez l'enfant. En effet, la conduite suicidaire d'un enfant peut renvoyer brutalement à l'adulte son impuissance, sa faille face à l'enfant, et pourrait expliquer que l'adulte considère souvent le suicide de l'enfant comme un fait inenvisageable. La sous-estimation des conduites suicidaires de l'enfant ne serait donc pas uniquement liée aux biais méthodologiques, mais aussi à des questions d'ordre psychologique, voire philosophique.

Améliorer la connaissance épidémiologique de ces conduites est donc une première étape nécessaire à la mise en place de leur prévention, d'autant plus qu'un antécédent de conduites suicidaires apparaît comme le meilleur facteur prédictif d'une future conduite suicidaire.

En outre, quand bien même il s'agirait d'un épiphénomène par rapport au suicide des autres tranches d'âge, le suicide chez l'enfant ne peut rester un sujet ignoré ou tout au moins tabou, notamment au regard des interrogations éthiques et sociétales que cette problématique soulève. L'impact de ces conduites sur l'entourage de l'enfant (famille proche, collectivités) ne peut non plus être négligé.^{4, 35} C'est pourquoi, comme les auteurs cités dans cette revue, nous nous sommes préoccupés de la prévention de ces conduites bien qu'elles soient encore mal connues.

Seuls 73 articles concernaient la prévention des conduites suicidaires chez les moins de 13 ans dans la littérature francophone et anglophone internationale, ce qui est très peu. En

outre, l'impact de ces mesures sur le taux de conduite suicidaire n'était pas souvent évalué dans ces études.^{5, 181}

Nous avons organisé les mesures de prévention recensées dans notre revue de littérature suivant qu'elles soient primaires, secondaires, tertiaires ou de postvention, et ce pour plus de clarté. Néanmoins, cette classification ne reflète pas toujours la réalité puisque certaines mesures peuvent être classées dans plusieurs de ces catégories. Les interventions en milieu scolaire par exemple, consistent à la fois en une information générale (prévention primaire chez un public « sain ») et au repérage des enfants en souffrance (crise psychique, prévention secondaire). Par ailleurs, la définition des termes « primaire », « secondaire », « tertiaire » et « postvention » ne sont pas consensuels pour les chercheurs.⁴ En outre, l'OMS encourage les actions combinées et multisectorielles pour plus d'efficacité (mesures de santé publique comme la réduction de l'accès au moyen létaux, dépistage précoce et protection des personnes à haut risque suicidaire, promotion de la santé mentale et la déstigmatisation de la demande d'aide auprès des professionnels de santé mentale).^{1, 178}

Même si d'autres travaux doivent être menés, plusieurs voies de recherche semblent cependant intéressantes pour prévenir le suicide de l'enfant. D'une manière générale, les mesures de prévention dites « primaires » paraissent plus simples à mettre en place que les actions ciblant directement les conduites suicidaires (prévention secondaire, tertiaire et postvention). De plus, selon l'OMS, les mesures de prévention primaire sont les plus efficaces en suicidologie.¹

L'efficacité de ces programmes visant le développement des facteurs protecteurs des conduites suicidaires (développement des capacités de résolution de problèmes, développement de la résilience) n'a pas été démontrée chez l'enfant. Kaltz et Wilcox ont toutefois montré que ces programmes réduisaient l'incidence des conduites suicidaires à l'adolescence (programme « *Good Behavior Game* » notamment).^{135, 136}

Toujours dans le champ de la prévention primaire, la déstigmatisation du suicide et l'information du grand public ont par ailleurs montré leur efficacité chez l'adulte.¹ C'est pourquoi, une journée mondiale de prévention du suicide existe depuis 2003 pour sensibiliser le grand public à la problématique suicidaire (le 10 septembre). Néanmoins, à notre connaissance, aucun message d'information n'est diffusé au sujet des conduites suicidaires des moins de 13 ans en France.

La mise en place de mesures de prévention « primaires » ou « secondaires » est probablement limitée par la crainte d'induire des idées suicidaires en interrogeant un enfant

sur le suicide. Même si l’OMS, l’ANAES et la HAS encouragent à questionner les enfants sur ce sujet afin de ne pas mésestimer les idées suicidaires, l’étude de Gould démontrant le caractère non iatrogène du questionnement de ces dernières n’a pas été répliquée chez les moins de 13 ans.¹²⁴ Reproduire cette étude dans cette tranche d’âge permettrait à notre avis de faciliter et légitimer la mise en place de mesures de prévention des conduites suicidaires de l’enfant.

Dans l’état actuel des connaissances, nous pouvons questionner les enfants de façon simple, indirecte et non suggestible, comme nous avons l’habitude de le faire en pédopsychiatrie. Par exemple, s’intéresser à ce que vit l’enfant, en s’adressant directement à lui, lui demander de raconter ce qu’il s’est passé ou pourquoi cela lui est arrivé (en cas d’« accident » notamment) peut permettre l’expression d’un désir de mort ou le récit d’une situation difficile pour lui. De même, en raison de l’importance des facteurs relationnels dans les conduites suicidaires, les conflits avec les pairs ou l’entourage doivent être eux aussi questionnés et ne doivent pas être banalisés.

De plus, comme le moyen utilisé en cas de tentative de suicide n’est pas toujours en rapport avec l’intention suicidaire chez l’enfant (du fait d’une mauvaise connaissance de la létalité des moyens), il est primordial d’interroger l’enfant sur sa conduite et les conséquences qu’il en attendait. Car c’est le vécu de l’enfant qui prime sur les faits.

Il est donc nécessaire d’informer les parents, les intervenants scolaires ou de la petite enfance mais aussi de former les professionnels médicaux et paramédicaux à la problématique suicidaire chez l’enfant. La formation des éducateurs présents dans les collectivités au repérage des enfants en souffrance psychique est une voie de recherche de la prévention (secondaire) des conduites suicidaires chez l’enfant aux Etats-Unis. Toutefois, l’efficacité de l’intervention des « *gatekeepers* » (sentinelles) en terme de réduction des conduites suicidaires dans les collectivités a été démontrée chez l’adulte, mais pas chez l’enfant.

En outre, le développement de la prévention (primaire et secondaire) des conduites suicidaires de l’enfant via les médecins généralistes est recommandé dans la littérature américaine. La formation continue des médecins au dépistage et à la prise en charge des patients suicidaires, suicidants et déprimés a en effet montré son efficacité chez l’adulte : l’étude la plus souvent citée est celle de l’île suédoise de Götland, dans les années 1980 où la formation de tous les médecins généralistes de cette île au dépistage et à la prise en charge des troubles de l’humeur avait permis une diminution significative des suicides.¹⁸² Ainsi, même si les troubles de l’humeur sont le plus souvent absents chez les suicidants de moins de 13 ans,

cet axe de prévention nous semble intéressant à développer, puisque les crises psychiques engendrent fréquemment des somatisations chez l'enfant. Les généralistes et pédiatres sont en effet les intervenants médicaux « de première ligne » les plus souvent consultés. Ils connaissent généralement l'enfant et sa famille et sont pour cette raison bien placés pour repérer un changement de comportement ou d'attitude chez l'enfant, ou l'interroger sur ses relations avec son entourage.

Repérer les enfants présentant une souffrance psychique, une crise suicidaire, permet ensuite leur orientation vers les professionnels de santé mentale et l'évaluation du risque suicidaire ; le risque suicidaire pouvant bien entendu être évalué par les somaticiens. Selon Tischler et Gimenez, l'intérêt ou la préoccupation pour la mort (rêves ou intérêts pour les thèmes morbides, dénommés « *fantaisies suicidaires* » par certains auteurs) ne sont pas pathologiques chez les enfants de moins de 13 ans lorsqu'il s'agit d'un phénomène de courte durée ou lié à un contexte particulier (deuil ou maladie d'un proche). Le risque suicidaire est bas si l'enfant a des idées suicidaires sans plan suicidaire.^{10, 12} La persistance d'idées suicidaires, une forte intentionnalité suicidaire et la présence d'un plan de suicide augmentent le risque suicidaire.⁴⁷ Mais, l'évaluation du risque suicidaire est un processus continu, complexe, et unique pour chaque patient, tenant compte également de son histoire de vie (événements de vie), de sa personnalité (impulsivité notamment) et de son environnement (familial surtout).

Les auteurs de la conférence de consensus de la HAS « *La crise suicidaire* » recommandent aux cliniciens de structurer leur évaluation selon les critères « *facteurs de risque* » ou « *facteurs protecteurs* », « *dangerosité* » et « *urgence* ». ²⁴ Ils ne recommandent pas l'utilisation d'outils d'aide au dépistage d'idées suicidaires ou d'aide à l'évaluation des suicidants. Chez l'enfant, plusieurs auteurs ont pourtant cherché à développer de tels outils, devant la difficulté clinique de l'évaluation du risque suicidaire, mais aucun n'a fait la preuve de son intérêt en pratique clinique. L'outil d'aide au repérage d'enfants à haut risque suicidaire utilisé comme référence dans les études que nous avons passées en revue était le Suicidal Ideation Questionnaire-Junior Revisited de Reynolds (SIQ-JR).¹⁶⁰ Il n'a pas été traduit en français. Les autres outils sont pour la plupart des versions adaptées à partir d'outils existants chez l'adulte. La revue très détaillée de Goldston de 2000 sur ces outils n'avait pas non plus mis en évidence d'autre échelle ayant montré sa valeur prédictive d'une conduite suicidaire en pratique clinique, hormis le SIQ-JR.¹⁵⁶

Plus récemment, Horowitz et son équipe ont travaillé sur l'Ask Suicide screening Question (ASQ), un outil de 4 questions qui pourrait être utilisé aux urgences pédiatriques, et

dont la valeur prédictive de conduite suicidaire à court, moyen, voire long terme restait à déterminer.¹²⁶ Les bonnes caractéristiques de ce test, évalué en fonction du SIQ-JR, ainsi que sa rapidité de passation, semblent intéressantes. Ces auteurs ont de plus démontré la faisabilité et l'acceptabilité de ce dépistage aux Etats-Unis, mais pas l'innocuité ni l'efficacité sur les conduites suicidaires. Comme le SIQ-JR, cet outil pourrait permettre, le repérage d'enfants nécessitant une évaluation du risque suicidaire. Néanmoins, il n'a pas été étudié chez les moins de 10 ans.

Enfin, si des outils d'aide au clinicien se développent, l'évaluation clinique et individualisée de l'enfant reste tout de même indispensable. Les conduites suicidaires constituent en effet un phénomène complexe, multifactoriel, qu'aucun outil ni clinicien ne peut prévoir avec exactitude.^{24, 126, 143}

Dans le cas particulier de la France et de La Réunion, notre revue a permis de constater que la prise en charge des suicidants et des problématiques sociales et familiales sont les seules mesures de prévention des conduites suicidaires mises en place chez l'enfant. Cependant, aucune étude n'a pour le moment évalué leur impact sur les conduites suicidaires dans ces populations.

La majorité des études menées sur le sujet des conduites suicidaires et leur prévention chez l'enfant ont été réalisées aux Etats-Unis ou dans les pays scandinaves. Or, en plus de la faible puissance de ces études, les différences socio-économiques et culturelles entre ces pays, la France métropolitaine et La Réunion, limitent la généralisation des résultats.

Par ailleurs, au Canada et aux Etats-Unis, des interventions ciblées et adaptées pour les minorités ethniques ont donné de meilleurs résultats chez l'adulte que celles proposées à l'ensemble de la population.¹⁸¹ Chez l'enfant, il est également probable que l'efficacité des mesures de prévention diffère selon la population étudiée.

De même, les représentations sur le suicide peuvent différer en France métropolitaine et à La Réunion. Des études de faisabilité et d'acceptabilité doivent donc être menées nationalement, et régionalement dans le cas particulier de La Réunion, région multiculturelle.

Pour ces raisons, il nous semble que les actions de prévention, notamment dans le champ des conduites suicidaires, doivent prendre en compte la culture de la population visée par ces mesures, y compris chez l'enfant. En effet, si La Réunion est un département français, l'éloignement géographique de la métropole et l'histoire de son peuplement expliquent notamment que la culture réunionnaise soit différente de la culture française métropolitaine. Il n'y a d'ailleurs pas une culture réunionnaise ni de culture française, mais plutôt des cultures

(cultures et pratiques multiples selon les populations urbaines, rurales, les groupes ethniques ou religieux, etc.). D'une façon générale, nous avons noté l'importance des croyances et pratiques traditionnelles à La Réunion. Brandibas soulignait d'ailleurs l'importance de la prise en compte des étiologies traditionnelles de la maladie et du suicide à La Réunion en terme d'alliance, de soins et d'efficacité des soins traditionnels et « occidentaux ». ¹⁷³ Ces thérapies ont également l'avantage d'impliquer toute la famille, ce qui renforce les facteurs protecteurs de conduite suicidaire tels que la cohésion sociale, les sentiments d'appartenance culturelle, sociale et religieuse.

Ces pratiques ont bien entendu un impact sur les soins proposés aux enfants. Une enquête de Lacroix (2000) chez 40 familles consultant au Centre Médico Psycho Pédagogique (CMPP) de Saint-Denis (chef lieu de La Réunion), a montré que 50 % des parents interrogés croyaient aux étiologies dites « *surnaturelles* ». ¹⁸³ 10% d'entre eux déclaraient avoir consulté un guérisseur traditionnel pour leur enfant avant de consulter au CMPP. Nous partageons donc l'avis de l'OMS qui écrit à propos de ces médecines traditionnelles, que « *l'intégration de la médecine traditionnelle dans le système national de santé permettra aux deux systèmes de fonctionner ensemble efficacement dans l'intérêt des autorités, des patients, des consommateurs (...)* La communication entre médecins et tradipraticiens devrait être renforcée ». ¹⁸⁴ Comme Brandibas le rappelle, les traitements traditionnels permettent le soutien du groupe familial, diminuent l'anxiété et suffisent parfois, si la cause désignée est « traditionnelle », à la rémission du patient. ¹⁷³

De même, permettre à l'enfant et à sa famille d'exprimer le sens, la cause, qu'ils donnent à une conduite suicidaire et de réaliser les traitements traditionnels nécessaires pourrait peut-être limiter les incompréhensions et ainsi faciliter l'acceptation et l'efficacité des soins pédopsychiatriques « classiques ». En effet, si les parents ont l'impression que le psychiatre n'a rien compris à ce qui leur arrive, il leur sera difficile de comprendre le sens et l'utilité des soins proposés, et donc d'être compliants et observants. Enfin, comprendre les causes de la crise psychique de l'enfant apparaît nécessaire pour la désamorcer, quelle que soit l'approche, classique ou traditionnelle. ^{35, 173}

En ce sens, la formation des médecins, dont les (pédo) psychiatres, à la médecine transculturelle nous paraît utile, afin de faciliter un abord plus global de la problématique du patient, et une meilleure relation médecin-malade.

En outre, la prise en compte de la culture dans la prévention des conduites suicidaires de l'enfant à La Réunion nous semble essentielle, en raison du phénomène d'acculturation

rencontré dans cette île, l'acculturation étant l'ensemble des phénomènes résultant du contact prolongé entre deux groupes culturels, et qui entraîne une modification des modèles culturels initiaux de l'un ou des deux groupes. Le peuplement forcé de La Réunion par l'esclavage (origine diverse des esclaves), la christianisation imposée, et la départementalisation en 1946 (responsable de bouleversements socio-économiques rapides) ont en effet provoqué ce phénomène d'acculturation à La Réunion. Aujourd'hui, dans les familles réunionnaises, une partie des traditions du pays d'origine sont maintenues, même si le mode de vie de ces familles est occidental. Il est d'ailleurs fréquent que coexistent au sein d'une même famille réunionnaise, des pratiques culturelles ou religieuses issues de cultures différentes. Il arrive également qu'un individu pratique des rites issus de cultures ou religions différentes.^{127, 173} Or, l'acculturation est un des facteurs de risque de conduites suicidaires listés par l'OMS.¹

C'est pourquoi, dans son rapport de 2014 sur la prévention du suicide, l'OMS soutient la protection des identités culturelles multiples, facteur protecteur de conduites suicidaires.¹ Pour cette raison, Duval proposait de valoriser l'image de soi à La Réunion à travers la valorisation de la langue créole en milieu scolaire.⁴⁹ Aujourd'hui, même si le français est la langue utilisée majoritairement à l'école, les chants traditionnels créoles sont enseignés dans les écoles maternelles. Le maintien et l'encouragement du bilinguisme à l'école et en dehors de celle-ci nous semblent également très importants et ce pour deux raisons. Premièrement, pour renforcer les facteurs protecteurs de conduites suicidaires. Secondement, parce que les effets cognitifs positifs du bilinguisme, lorsque les 2 langues sont maîtrisées, ont été démontrés : augmentation de la flexibilité cognitive, et meilleur contrôle cognitif par rapport aux monolingues (tâche d'analyse et de mise en lien des informations).^{174, 185}

De plus, bien que les nombreuses communautés cohabitent sans troubles majeurs, les tensions entre groupes, le communautarisme et le racisme existent à La Réunion comme partout ailleurs. Le respect, la protection et la prise en compte des identités culturelles multiples chez les jeunes réunionnais nous semblent donc particulièrement importants à prendre en considération.

Enfin, comme le développe Jean-Pierre Cambefort (2008), psychologue et ethnologue, la prise en compte de l'histoire sociale, anthropologique et historique de La Réunion permettrait de comprendre l'influence du passé de l'île, habitée seulement depuis le XVII^{ème} siècle, sur la société créole d'aujourd'hui.¹⁸⁶ Il écrit : « *L'histoire des relations intercommunautaires s'est infiltrée et persiste au niveau des interactions sociales du quotidien dans la structure familiale dans une partie importante de la "communauté créole". Elle perdure à travers les clivages sociaux actuels en même temps qu'elle s'inscrit toujours*

en filigrane de la structure sociale globale. Les effets de la violence passée sous tendent encore les structures de l'éducation familiale actuelle et leurs incidences sur les comportements et les représentations ».

La Réunion a une histoire marquée par la violence et le suicide : esclavagisme puis engagisme, impliquant déracinement, violences psychique et physique, viols, atteinte à la filiation et aux repères familiaux, etc. Puis, avec la départementalisation, la société urbaine de consommation a pris le pas sur la société rurale de plantation. Mais, pour Cambefort, les différents milieux socio-culturels sont restés cloisonnés et ont peu évolué. Ce phénomène est à l'origine d'une fracture sociale qui persiste malgré une apparente assimilation rapide de la modernité.¹⁸⁶ Pour lui, « *L'écart différentiel entre ces populations dans la conservation des traits culturels, symboliques et économiques reproduit ainsi la stratification sociale, freine le rattrapage des inégalités, tant prôné par les responsables politiques, et entretient les formes socio-pathologiques habituelles de violence dont La Réunion semble hériter comme d'un trait inexorable de l'évolution des sociétés démocratiques et capitalistes de type européen* ».

C'est pourquoi, sur la base de ces travaux et ceux de l'anthropologue Jacqueline Andoche, nous faisons également l'hypothèse que, du point de vue anthropologique, le passé violent de La Réunion pourrait contribuer à la surmortalité par suicide chez les jeunes réunionnais (les taux de suicide chez les moins de 25 ans étant plus élevés à La Réunion qu'en métropole) ; la violence semblant se répéter de génération en génération.

En effet, la souffrance actuelle des populations déplacées à La Réunion n'est pas un mythe. Plusieurs associations réunionnaises travaillent à la reconnaissance et la mémoire de l'esclavagisme et de l'engagisme à La Réunion. L'association réunionnaise « *Mémoire crève-cœur* » a attenté cette année une action en justice contre l'engagisme, dans l'espoir que celui-ci soit reconnu comme crime contre l'humanité, comme l'a été l'esclavage.¹⁸⁷ Le 20 décembre, date anniversaire de l'abolition de l'esclavage à La Réunion est devenu un jour férié dans ce département, et donne lieu à des commémorations très suivies par la population.¹²⁷

Cette piste de travail est bien-sûr insuffisante à elle seule pour expliquer la surmortalité par suicide chez l'enfant à La Réunion, le suicide exigeant une vision multifactorielle du problème. De plus, la faible prévalence du suicide chez l'enfant est une limite importante pour l'analyse des données et la généralisation des résultats.

Cependant, pour une compréhension globale de la problématique suicidaire à La Réunion, les particularités historiques et anthropologiques de l'île doivent être prises en compte, dans une optique complémentariste (au sens de Devereux).

Cette vision socio-anthropologique de la problématique suicidaire à La Réunion, nous ramène de plus vers le lien entre maltraitance et conduite suicidaire chez l'enfant. Dans les années 80, une étude avait en effet montré que la maltraitance et les agressions physiques, dont les viols (pour 100000 habitants), étaient plus nombreux à La Réunion qu'en métropole.¹⁸⁶

Ces données doivent être actualisées. Néanmoins, notre expérience professionnelle sur le terrain nous a permis de constater combien les punitions corporelles, la violence physique et psychologique sont encore fréquentes à La Réunion. Or, nous savons que la maltraitance dans l'enfance provoque des modifications épigénétiques influençant la réponse au stress, ce qui augmente par conséquent le risque suicidaire durant la vie entière.¹⁰²

De plus, la maltraitance est un problème de Santé Publique majeur puisque 2 enfants meurent chaque jour sous les coups de leurs parents dans les pays riches.¹⁸⁸ En France (métropolitaine et DOM), 1,8% des enfants de moins de 18 ans ont bénéficié en 2004 d'une mesure de protection de l'enfance. A La Réunion, 4061 mineurs ont été placés en 2005.¹⁸⁹ Par ailleurs, seulement 5% des informations préoccupantes et des signalements proviennent des médecins. Il nous semble donc que la prévention de la maltraitance est un axe clé de la prévention des conduites suicidaires de l'enfant en France, et plus particulièrement à La Réunion.

Au final, prévenir la maltraitance et la violence intrafamiliale, renforcer les liens d'attachement et la communication intrafamiliale nous semblent être les mesures de prévention à développer afin de limiter les conduites suicidaires chez l'enfant. La prévention de ces conduites suicidaires nécessite une approche globale et multisectorielle (psychiatrique, médico-sociale, etc.) à l'échelle nationale, avec si nécessaire des adaptations aux spécificités locales. Par ailleurs, si les contextes local, sanitaire et social, médical et culturel doivent être pris en compte pour comprendre la crise ou la conduite suicidaire d'un enfant, c'est l'impact de ces facteurs pour ce patient à ce moment donné de sa vie qui importe. Il nous faut donc interroger, écouter les vécus et conceptions ou croyances de chaque enfant et de sa famille pour comprendre la conduite suicidaire de cet enfant, et ainsi prévenir le suicide de manière plus efficace.

CONCLUSION

Notre revue de littérature a montré que très peu de mesures de prévention des conduites suicidaires de l'enfant de moins de 13 ans étaient mises en place au niveau national, régional mais aussi international. Aucune étude n'a par ailleurs montré l'efficacité des mesures proposées sur les conduites suicidaires de l'enfant.

Cependant, l'OMS encourage le développement de mesures de prévention multisectorielles (médicale, sociale, etc.) et en réseau, définies à l'échelle nationale, et adaptées si nécessaire à l'échelle régionale.

La prévention de la maltraitance ou des carences (affective, physique), l'accompagnement médico-social des familles (renforcement de l'attachement et de la communication intrafamiliale), et la prise en charge des suicidants semblent être les principales mesures à développer pour prévenir les conduites suicidaires de l'enfant ; un antécédent de conduite suicidaire, les troubles relationnels et les événements de vie négatifs dont les facteurs familiaux (maladie mentale, adoption, environnement familial violent ou carencé, alcoolisme ou décès d'un parent) étant les principaux facteurs de risque de conduite suicidaire chez les moins de 13 ans.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. [En ligne]. Disponible sur http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/ (Site internet consulté le 02/10/2014)
- [2] Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. [En ligne] 2011. Disponible sur <http://www.cepidc.inserm.fr/inserm/html/index2.htm> (Site internet consulté le 04/04/2014)
- [3] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014. In : Ministère chargé de la santé. [En ligne]. Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf (Site internet consulté le 01/09/2014)
- [4] BATT A, CAMPEON A, LEGUAY D, et al. Epidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Psychiatrie, 37-500-A-20, 2007.
- [5] MANN JJ, APTER A, BERTOLOTE J, BEAUTRAIS A, et al. Suicide prevention strategies : a systematic review. JAMA. oct 2005 ; 294(16) : 2064-2074.
- [6] CAMPEON A. De l'histoire de la prévention du suicide en France. ADSP, 2003, 45 : 35-38.
- [7] DELAMARE C, MARTIN C, BLANCHON Y-C. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. Neuropsychiatr Enf. avr 2007 ; 55(1) : 41-51.
- [8] ROMANO H. Dis, c'est comment quand on est mort ? Accompagner les enfants sur le chemin du chagrin. Grenoble : La pensée sauvage, 2009, 130 p. (Ethnopsychiatrie)
- [9] ROSENTHAL PA, ROSENTHAL S. Suicidal behavior by preschool children. Am J Psychiatry. avr 1984 ; 141(4) : 520-525.
- [10] TISHLER CL, REISS NS, RHODES AR. Suicidal behavior in children younger than twelve : a diagnostic challenge for emergency department personnel. Acad Emerg Med. sept 2007 ; 14(9) : 810-818.
- [11] WEISZ JR, McCARTY CA, VALERI SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents : a meta-analysis. Psychol Bull. janv 2006 ; 132(1) : 132-149.
- [12] GIMENEZ MA, GUT AS, SAINT-ANDRE S. Suicidal behavior in children. Rev Prat. févr 2011 ; 61(2) : 195-197.
- [13] Observatoire Régional de la Santé. Tableau de Bord Suicides et tentatives de suicide à La Réunion décembre 2012. [En ligne]. Disponible sur http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_suicides_2012.pdf (Site internet consulté le 04/02/13)
- [14] Dictionnaire historique de la langue française. 3^e Ed. Paris : Le Robert, 2000, 2435 p.
- [15] DURKHEIM E. Le suicide. Paris : PUF, 1897, 530 p.
- [16] AYRAULT JM. Décret n° 2013-809 du 9 septembre 2013 portant création de l'Observatoire National du Suicide. [En ligne]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr> (Site internet consulté le 30/10/2014)
- [17] Organisation Mondiale de la Santé. Suicide. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/topics/suicide/fr/> (Site internet consulté le 03/04/2013)

- [18] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations professionnelles. Paris : ANAES, 1998, 44 p.
- [19] GUELFY JD. DSM IV Manuel de diagnostic et statistique des troubles mentaux. Paris : Elsevier-Masson, 2003, 700 p.
- [20] Critères diagnostiques pour la recherche classification internationale des maladies. 10^e révision. Paris : Elsevier-Masson, 1994. 248 p.
- [21] O'CAROLL PW, BERMAN AL, MARIS RW, et al. Beyond the Tower of Babel : a nomenclature for suicidology. *Suicide Life Threat Behav.* 1996 ; 26(3) : 237-352.
- [22] Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Suicide, autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. Expertise collective. Paris : Les éditions INSERM, 2005, 190 p.
- [23] PFEFFER CR. Suicidal behavior of children. *Except Child.* oct 1981 ; 48(2) : 170-172.
- [24] Conférence de consensus. La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge, Paris, Hôpital de la Pitié Salpêtrière, 19 et 20 octobre 2000, 31 p. [En ligne] Disponible sur <http://has-sante.fr> (Site internet consulté le 18/05/3013)
- [25] JEAMMET P. Suicidal behavior in adolescents. *Rev Prat.* mars 1987 ; 37(13) : 725-730.
- [26] HAWTON K, BERGEN H, KAPUR N, 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.* déc 2012 ; 53(12) : 1212-1219.
- [27] GUELFY JD, ROUILLON F. Manuel de psychiatrie. 2^e Ed. Paris : Elsevier-Masson, 2012, 859 p.
- [28] LAZAR A, TORNEY-PURTA J. The development of the subconcepts of death in young children : a short-term longitudinal study. *Child Dev.* déc 1991 ; 62(6) : 1321-1333.
- [29] CUDDY-CASEY M, ORVASCHEL H. Children's understanding of death in relation to child suicidality and homicidality. *Clin Psychol Rev.* 1997 ; 17(1) : 33-45.
- [30] HUNTER SB, SMITH DE. Predictors of children's understandings of death : age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. *Omega (Westport).* 2008 ; 57(2) : 143-162.
- [31] MISHARA BL. Conceptions of death and suicide in children ages 6-12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav.* 1999 ; 29(2) : 105-118.
- [32] RAIMBAULT G. L'enfant et la mort. Paris : Privat, 1976, 220 p.
- [33] PETOT D. Les idées suicidaires chez les enfants de six ans : leur réalité et leur expression au test de Rorschach. *Eur Rev Appl.* déc 2005 ; 55(4) : 267-276.
- [34] PFEFFER CR, TRAD PV. Sadness and suicidal tendencies in preschool children. *J Dev Behav Pediatr.* avr 1988 ; 9(2) : 86-88.
- [35] CYRULNIK B. Quand un enfant se donne la mort : Attachement et sociétés. Paris : OJacob, 2011, 190 p.
- [36] BERGEN H, HAWTON K, WATERS K, et al. Premature death after self-harm : a multicentre cohort study. *Lancet.* nov 2012 ; 380(9853) : 1568-1574.
- [37] FREUCHEN A, GRØHOLT B. Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. [En

- ligne]. Clin Child Psychol Psychiatry. 04 oct 2013. Disponible sur : <http://dx.doi.org/10.1177/1359104513504312> (Site internet consulté le 06/02/2014)
- [38] DE LEO D, MILNER A, FLEISCHMANN A, et al. The WHO START study : Suicidal behaviors across different areas of the world. Crisis. jan 2013 ; 34(3) : 156-163.
- [39] AMITAI M, APTER A. Social aspects of suicidal behavior and prevention in early life : a review. Int J Environ Res Public Health. mars 2012 ; 9(3) : 985-994.
- [40] SKINNER R, McFAULL S. Suicide among children and adolescents in Canada : trends and sex differences, 1980-2008. CMAJ. juin 2012 ; 184(9) : 1029-1034.
- [41] FREUCHEN A, KJELSBURG E, LUNDERVOLD AJ, et al. Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers : A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community sample. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2012 ; 6 : 1.
- [42] BECK F, GUILBERT P, GAUTIER A. Baromètre santé 2005, Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2007, 608 p.
- [43] AOUBA A, PEQUIGNOT F, CAMELIN L, et al. La mortalité par suicide en France en 2006. [En ligne]. Bulletin Etudes et résultats. n° 702, sept 2009. Publications et statistiques. In Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/> (Site internet consulté le 10/11/13)
- [44] BECK F, RICHARD JB. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2013, 344 p.
- [45] AGERBO E, NORDENTOFT M, MORTENSEN PB. Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people : nested case-control study. BMJ. juill 2002 ; 325(7355) : 74.
- [46] WU P, HOVEN CW, LIU X, et al. Substance use, suicidal ideation and attempts in children and adolescents. Suicide Life Threat Behav. 2004 ; 34(4) : 408-420.
- [47] BERTHOD C, GIRAUD C, GANSEL Y, et al. Suicide attempts of 48 children aged 6-12 years. Arch Pediatr. déc 2013 ; 20(12) : 1296-1305.
- [48] CASENAVE T. Prise en charge pédiatrique des tentatives de suicide à l'hôpital général de Saint Paul, en 2003, île de La Réunion. Thèse de Doctorat en Médecine. Bordeaux : Université Bordeaux 2, 2005, 296 p.
- [49] DUVAL G, BAILLET A, CATTEAU C. Epidemiology of suicide attempts in Reunion Island. Rev Epidemiol Sante Publique. mars 1997 ; 45(1) : 23-28.
- [50] KOVACS M, GOLDSTON D, GATSONIS C. Suicidal behaviors and childhood-onset depressive disorders : a longitudinal investigation. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. janv 1993 ; 32(1) : 8-20.
- [51] FOLEY DL, GOLDSTON DB, COSTELLO EJ, et al. Proximal psychiatric risk factors for suicidality in youth : the Great Smoky Mountains Study. Arch Gen Psychiatry. sept 2006 ; 63(9) : 1017-1024.
- [52] CHOQUET M, POMMEREAU X, LAGADIC C, et al. Les élèves à l'infirmerie scolaire, Identification et orientation des jeunes à haut risque suicidaire. Paris : INSERM, 2001, 103 p. In POMMEREAU X. L'adolescent suicidaire. Paris : Dunod, 1996, 233 p.
- [53] Organisation Mondiale de la Santé. Prévention du suicide indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire. [En ligne]. OMS, 2002, 18 p. Disponible sur : http://www.who.int/publications/list/prevention_sucide_ecole/fr/ (Site internet consulté le 13/12/2013)

- [54] GOULD MS, GREENBERG T, VELTING DM, SHAFFER D. Youth suicide risk and preventive interventions : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2003 ; 42(4) : 386-405.
- [55] BRIDGE JA, GOLDSTEIN TR, BRENT DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. avr 2006 ; 47(3-4) : 372-394.
- [56] PFEFFER CR, HURT SW, KAKUMA T, et al. Suicidal children grow up : suicidal episodes and effects of treatment during follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. févr 1994 ; 33(2) : 225-230.
- [57] PFEFFER CR, NORMANDIN L, KAKUMA T. Suicidal children grow up : suicidal behavior and psychiatric disorders among relatives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. oct 1994 ; 33(8) : 1087-1097.
- [58] SHAFFER D, GOULD MS, FISHER P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Arch Gen Psychiatry*. avr 1996 ; 53(4) : 339-348.
- [59] HERBA CM, FERDINAND RF, VAN DER ENDE J, et al. Long-term associations of childhood suicide ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 2007 ; 46(11) : 1473-1481.
- [60] COHEN-SANDLER R, BERMAN AL, KING RA. Life stress and symptomatology : determinants of suicidal behavior in children. *J Am Acad Child Psychiatry*. mars 1982 ; 21(2) : 178-186.
- [61] GUNNELL D, HAWTON K, MURRAY, et al. Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France : are restrictions on availability justified? *J Epidemiol Community Health*. avr 1997 ; 51(2) : 175-179.
- [62] HAWTON K, ZAHL D, WEATHERALL R. Suicide following deliberate self-harm : long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*. juin 2003 ; 182 : 537-542.
- [63] HEDELAND RL, JØRGENSEN MH, TEILMANN G, et al. Childhood suicide attempts with acetaminophen in Denmark : characteristics, social behaviour, trends and risk factors. *Scand J Public Health*. mai 2013 ; 41(3) : 240-246.
- [64] GOULD MS, KING R, GREENWALD S, et al. Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1998 ; 37(9) : 915-923.
- [65] BIOULAC S, BOURGEOIS M, EKOUEVI DK et al. Facteurs prédictifs du suicide : étude prospective sur 8 ans de 200 patients hospitalisés en psychiatrie. *Encéphale*. 2000 ; 26(1) : 1-7.
- [66] HETRICK SE, PARKER AG, ROBINSON J, et al. Predicting suicidal risk in a cohort of depressed children and adolescents. *Crisis*. janv 2012 ; 33(1) : 13-20.
- [67] JOHNSON JG, COHEN P, GOULD MS, et al. Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Arch Gen Psychiatry*. août 2002 ; 59(8) : 741-749.
- [68] HAUSER M, GALLING B, CORRELCU. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder : a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. *Bipolar Disord*. août 2013 ; 15(5) : 507-523.

- [69] GOLDSTEIN TR, BIRMAHER B, AXELSON D, et al. History of suicide attempts in pediatric bipolar disorder : factors associated with increased risk. *Bipolar Disord.* déc 2005 ; 7(6) : 525-535.
- [70] GOLDSTEIN TR, HA W, AXELSON DA, et al. Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* nov 2012 ; 69(11) : 1113-1122.
- [71] O'NEIL KA, PUELO CM, BENJAMIN CL, et al. Suicidal ideation in anxiety-disordered youth. *Suicide Life Threat Behav.* juin 2012 ; 42(3) : 305-317.
- [72] IMPEY M, HEUN R. Completed suicide, ideation and attempt in attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatr Scand.* févr 2012 ; 125(2) : 93-102.
- [73] SANCHEZ-GISTAU V, BAEZA I, ARANGO C, et al. Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. *J Clin Psychiatry.* janv 2013 ; 74(1) : 59-66.
- [74] KING RA, SCHWAB-STONE M, FLISCHER AJ, et al. Psychosocial and risk behavior correlates of youth suicide attempts and suicidal ideation. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* juill 2001 ; 40(7) : 837-846.
- [75] SHAFFI M, STELTZ-LENARSKY J, DERRICK AM, et al. Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *J Affect Disord.* déc 1988 ; 15(3) : 227-233.
- [76] ASELTINE RH Jr, SSCHILLING EA, JAMES A, et al. Age variability in the association between heavy episodic drinking and adolescent suicide attempts: findings from a large-scale, school-based screening program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2009 ; 48(3) : 262-270.
- [77] BRUFFAERTS R, DEMYTTENAERE K, BORGES G, et al. Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *Br J Psychiatry.* juill 2010 ; 197(1) : 20-27.
- [78] DUBE SR, ANDA RF, FELLITI VJ, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span : findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA.* déc 2001 ; 286(24) : 3089-3096.
- [79] TEICHER MH, SAMSON JA. Childhood maltreatment and psychopathology : A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry.* oct 2013 ; 170(10) : 1114-1133.
- [80] FERGUSSON DM, BODEN JM, HORWOOD LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* juin 2008 ; 32(6) : 607-619.
- [81] FINKELHOR D, TURNER HA, SHATTUCK A, et al. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr.* juill 2013 ; 167(7) : 614-621.
- [82] KATZ LY, AU W, SINGAL D, et al. Suicide and suicide attempts in children and adolescents in the child welfare system. *CMAJ.* nov 2011 ; 183(17) : 1977-1981.
- [83] TURNER HA, FINKELHOR D, SHATTUCK A, et al. Recent victimization exposure and suicidal ideation in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med.* déc 2012 ; 166(12) : 1149-1154.

- [84] BREZO J, BARKER ED, PARIS J, et al. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness as predictors of suicide attempts. *Arch Pediatr Adolesc Med.* nov 2008 ; 162(11) : 1015-1021.
- [85] RHODES AE, BOYLE MH, BETHELL J, et al. Child maltreatment and repeat presentations to the emergency department for suicide-related behaviors. *Child Abuse Negl.* mars 2013 ; 37(2-3) : 139-149.
- [86] RHODES AE, BOYLE MH, BETHELL J, et al. Child maltreatment and onset of emergency department presentations for suicide-related behaviors. *Child Abuse Negl.* juin 2012 ; 36(6) : 542-551.
- [87] VAN GEEL M, VEDDER P, TANILON J. Relationship between peer victimization, cyberbullying, and suicide in children and adolescents: a meta-analysis. *JAMA Pediatr.* mai 2014 ; 168(5) : 435-442.
- [88] FISHER HL, MOFFITT TE, HOUTS RM, et al.. Bullying victimisation and risk of self harm in early adolescence: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2012 ; 344 : e2683.
- [89] WINSPEC C, LEREYA T, ZANARINI M, et al. Involvement in bullying and suicide-related behavior at 11 years : a prospective birth cohort study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2012 ; 51(3) : 271-82.e3.
- [90] Enquête nationale de victimisation en milieu scolaire, 2011. [En ligne]. Disponible sur : http://media.education.gouv.fr/file/2011/49/0/DEPP-NI-2011-14-enquete-nationale-victimation-colleges-publics_197490.pdf (Site internet consulté le 03/13/2013)
- [91] BRENT DA, MANN JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet.* févr 2005 ; 133C(1) : 13-24.
- [92] GOULD MS, FISHER P, PARIDES M, et al. Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Arch Gen Psychiatry.* déc 1996 ; 53(12) : 1155-1162.
- [93] KURAMOTO SJ, RUNESON B, STUART EA, et al. Time to hospitalization for suicide attempt by the timing of parental suicide during offspring early development. *JAMA Psychiatry.* févr 2013 ; 70(2) : 149-157.
- [94] QIN P, MORTENSEN PB, PEDERSEN CB. Frequent change of residence and risk of attempted and completed suicide among children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry.* juin 2009 ; 66(6) : 628-632.
- [95] BOROWSY IW, IRELAND M, RESNICK MD. Adolescent suicide attempts : risks and protectors. *Pediatrics.* mars 2001 ; 107(3) : 485-493.
- [96] BARNES AJ, EISENBERG ME, RESNICK MD. Suicide and self-injury among children and youth with chronic health conditions. *Pediatrics.* mai 2010 ; 125(5) : 889-895.
- [97] CHRISTIANSEN E, STENANGER E. Risk for attempted suicide in children and youths after contact with somatic hospitals: a Danish register based nested case-control study. *J Epidemiol Community Health.* mars 2012 ; 66(3) : 247-253.
- [98] IEISSA N, MURRAY ML, CURRAN S, et al. Asthma and suicide-related adverse events : a review of observational studies. *Eur Respir Rev.* déc 2011 ; 20(122) : 287-292.
- [99] HESDORFFER DC, ISHIHARA L, MYNEPALLI L, et al. Epilepsy, suicidality, and psychiatric disorders : a bidirectional association. *Ann Neurol.* août 2012 ; 72(2) : 184-191.
- [100] HECIMOVIC H, SALPEKAR J, KANNER AM, et al. Suicidality and epilepsy : a neuropsychobiological perspective. *Epilepsy Behav.* sept 2011 ; 22(1) : 77-84.

- [101] LABONTE B, SUDERMAN M, MAUSSION G, et al. Genome-wide methylation changes in the brains of suicide completers. *Am J Psychiatry*. mai 2013 ; 170(5) : 511-520.
- [102] LABONTE B, SUDERMAN M, MAUSSION G, et al. Genome-wide epigenetic regulation by early-life trauma. *Arch Gen Psychiatry*. juill 2012 ; 69(7) : 722-731.
- [103] GUILLAUME S, PERROUD N, JOLLAND F, et al. HPA axis genes may modulate the effect of childhood adversities on decision-making in suicide attempters. *J Psychiatr Res*. févr 2013 ; 47(2) : 259-265.
- [104] HAMMAD TA, LAUGHREN T, RACOOSIN J. Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. *Arch Gen Psychiatry*. mars 2006 ; 63(3) : 332-339.
- [105] OLFSON M, MARCUS SC, SHAFFER D. Antidepressant drug therapy and suicide in severely depressed children and adults: A case-control study. *Arch Gen Psychiatry*. août 2006 ; 63(8) : 865-872.
- [106] OLFSON M, SHAFFER D. SSRI prescriptions and the rate of suicide. *Am J Psychiatry*. déc 2007 ; 164(12) : 1907-1908.
- [107] SPARKS JA, DUNCAN BL. Outside the Black Box: Re-assessing Pediatric Antidepressant Prescription. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. août 2013 ; 22(3) : 2 40-46.
- [108] TIIHONEN J, LÖNNQVIST J, WAHLBECK K, et al. Antidepressants and the risk of suicide, attempted suicide, and overall mortality in a nationwide cohort. *Arch Gen Psychiatry*. déc 2006 ; 63(12) : 1358-1367.
- [109] COX GR, CALLAHAN P, CHURCHILL R, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 ; 11 : CD008324.
- [110] BRIDGE JA, IYENGAR S, SALARY CB, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment : a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*. avr 2007 ; 297(15) : 1683-1696.
- [111] WEISZ JR, McCARTY CA, VALERI SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents : a meta-analysis. *Psychol Bull*. janv 2006 ; 132(1) : 132-149.
- [112] MANN JJ, EMSLIE G, BALDESSARINI RJ, et al. ACNP Task Force report on SSRIs and suicidal behavior in youth. *Neuropsychopharmacol*. mars 2006 ; 31(3) : 473-492.
- [113] LESTER BY. Learnings from Durkheim and beyond : the economy and suicide. *Suicide Life Threat Behav*. 2001 ; 31(1) : 15-31.
- [114] KAPSAMBELIS V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris : PUF, 2012, 1143 p.
- [115] SIBERTIN-BLANC D. L'intentionnalité suicidaire avant l'adolescence. *Psychologie médicale*. 1994 ; 26(11) : 1141-1146.
- [116] SPIRITO A, BOERGERS J, DONALDSON D, et al. An intervention trial to improve adherence to community treatment by adolescents after a suicide attempt. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2002 ; 41(4) : 435-442.
- [117] BROWN GK, TEN Have TR, HENRIQUES GR, et al. Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts : a randomized controlled trial. *JAMA*. 2005 ; 294 : 563- 570.
- [118] WAGNER KD, ROULEAU M, JOINER T. Cognitive factors related to suicidal ideation and resolution in psychiatrically hospitalized children and adolescents. *Am J Psychiatry*. déc 2000 ; 157(12) : 2017-2021.

- [119] SENTERRE C. Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en communauté française de Belgique. [En ligne]. Centre de Recherche et d'Édute en Santé Publique (CERESP), Ecole de santé publique, Université Libre de Bruxelles 2006. Disponible sur <http://difusion.ulb.ac.be/vufind/Record/ULB-DIPOT:oai:dipot.ulb.ac.be:2013/93957/Details> (Site internet consulté le 25/08/2014)
- [120] STOLTENBERG SF, LEHMANN MK, ANDERSON C, et al. Serotonin Transporter (5-HTTLPR) Genotype and Childhood Trauma are Associated with Individual Differences in Decision Making. *Front Genet.* 2011 ; 2 : 33.
- [121] WAGNER G, KOCH K, SCHACHTZABEL C, et al. Structural brain alterations in patients with major depressive disorder and high risk for suicide: evidence for a distinct neurobiological entity? *Neuroimage.* janv 2011 ; 54(2) : 1607-1614.
- [122] WASSERMAN C, HOVEN CW, WASSERMAN D, et al. Suicide prevention for youth -a mental health awareness program: lessons learned from the Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) intervention study. *BMC Public Health.* 2012 ; 12 : 776.
- [123] PETOT D. Présence précoce et continue d'idées suicidaires pendant l'enfance. *Evol psychiatr (Paris).* 2004 ; 69 : 663-670.
- [124] GOULD MS, MARROCCO FA, KLEINMAN M, et al. Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs : a randomized controlled trial. *JAMA.* avr 2005 ; 293(13) : 1635-1643.
- [125] HOROWITZ LM, BALLARD ED, PAO M. Suicide screening in schools, primary care and emergency departments. *Curr Opin Pediatr.* oct 2009 ; 21(5) : 620-627.
- [126] HOROWITZ LM, BRIDGE JA, TEACH SJ, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) : a brief instrument for the pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med.* déc 2012 ; 166(12) : 1170-1176.
- [127] DUVAL G, WANQUET C, EVE P, et al. Suicides et tentatives de suicide à La Réunion : épidémiologie, anthropologie, abord socio-culturel, essai de prévention. Actes du colloque, Saint-Gilles, La Réunion, 23-26 avril 1991. Paris : L'Harmattan, 1995, 287 p.
- [128] OMAR HA. A model program for youth suicide prevention. *Int J Adolesc Med Health.* sept 2005 ; 17(3) : 275-278.
- [129] MACMILLAN HL, WATHEN CN, BARLOW J, et al. Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *Lancet.* janv 2009 ; 373(9659) : 250-266.
- [130] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Prévention primaire du suicide chez les jeunes, recommandations pour les actions régionales et locales. Guide d'action, 2001. [En ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/508.pdf> (Site internet consulté le 19/11/2013)
- [131] ROBINSON J, COX G, MALONE A, et al. A systematic review of school-based interventions aimed at preventing, treating, and responding to suicide-related behavior in young people. *Crisis.* 2013 ; 34(3) : 164-182.
- [132] NEMEROFF R, LEVITT JM, FAUL L, et al. Establishing ongoing, early identification programs for mental health problems in our schools : a feasibility study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mars 2008 ; 47(3) : 328-338.

- [133] HOVEN CW, WASSERMAN D, WASSERMAN C, et al. Awareness in nine countries: A public health approach to suicide prevention. *Legal Medicine*. avr 2009 ; 11, Supplement 1 : S13-17.
- [134] FOUNTOULAKIS KN, GONDA X, RIHMER Z. Suicide prevention programs through community intervention. *J Affect Disord*. avr 2011 ; 130(1-2) : 10-16.
- [135] KATZ C, BOLTON S-L, KATZ LY, et al. A systematic review of school-based suicide prevention programs. *Depress Anxiety*. oct 2013 ; 30(10) : 1030-1045.
- [136] WILCOX HC, KELLAM SG, BROWN CH, et al. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug Alcohol Depend*. juin 2008 ; 95 Supplement 1 : S60-73.
- [137] MISHARA B, YSTGAARD M. Exploring the potential for primary prevention. *Crisis*. 2000 ; 21(1) : 4-5, 7.
- [138] MISHARA B, YSTGAARD M. Effectiveness of a mental health promotion program to improve coping skills in young children : Zippy's Friends. *Early Child Res Q*. janv 2006 ; 21(1) : 110-123.
- [139] WANNER B, VITARO F, TREMBLAY RE, et al. Childhood trajectories of anxiousness and disruptiveness explain the association between early-life adversity and attempted suicide. *Psychol Med*. mars 2012 ; 1-10.
- [140] REISCH T, STEFFEN T, HABENSTEIN A, et al. Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 « Army XXI » reform. *Am J Psychiatry*. sept 2013 ; 170(9) : 977-984.
- [141] TURVILL JL, BURROUGHS AK, MOORE KP. Change in occurrence of paracetamol overdose in UK after introduction of blister packs. *Lancet*. juin 2000 ; 355(9220) : 2048-2049.
- [142] JOHNSON RM, FRANK EM, CIOCCA M, et al. Training mental healthcare providers to reduce at-risk patients' access to lethal means of suicide : evaluation of the CALM Project. *Arch Suicide Res*. 2011 ; 15(3) : 259-264.
- [143] HOROWITZ L, BALLARD E, TEACH SJ, et al. Feasibility of screening patients with nonpsychiatric complaints for suicide risk in a pediatric emergency department : a good time to talk? *Pediatr Emerg Care*. nov 2010 ; 26(11) : 787-792.
- [144] LUOMA JB, MARTIN CE, PEARSON JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide : a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. juin 2002 ; 159(6) : 909-916.
- [145] TRAUTMAN PD, STEWART N, MORISHIMA A. Are adolescent suicide attempters noncompliant with outpatient care? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 1993 ; 32(1) : 89-94.
- [146] ROSENBAUM ASARNOW J, BARAFF L, BERK M, et al. An Emergency department intervention for linking suicidal pediatric patients to follow-up mental health treatment. *Psychiatr Serv*. Nov 2011 ; 62(11) : 1303-1309.
- [147] GOULD MS. Suicide and the media. *Ann N Y Acad Sci*. avr 2001 ; 932 : 200-224.
- [148] SISASK M, VÄRNIK A. Media roles in suicide prevention : a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. janv 2012 ; 9(1) : 123-138.
- [149] NIEDERKROTENTHALERT, VORACEK M, HERBERTH A, et al. Role of media reports in completed and prevented suicide : Werther v. Papageno effects. *Br J Psychiatry*. sept 2010 ; 197(3) : 234-243.

- [150] Organisation Mondiale de la Santé. Indications pour les professionnels des médias. [En ligne]. 2002, 12 p. Disponible sur http://www.who.int/mental_health/media/en/626.pdf (Site internet consulté le 15/12/13)
- [151] BIDDLE L, DONOVAN J, HAWTON K, et al. Suicide and the internet. *BMJ*. avr 2008 ; 336(7648) : 800-802.
- [152] MICHEL K, FREY C, WYSS K, et al. An exercise in improving suicide reporting in print media. *Crisis*. 2000 ; 21(2) : 71-79.
- [153] McDAID C, TROWMAN R, GOLDBER S, et al. Interventions for people bereaved through suicide : systematic review. *Br J Psychiatry*. déc 2008 ; 193(6) : 438-443.
- [154] SZUMILAS M, KUTCHER S. Post-suicide intervention programs : a systematic review. *Can J Public Health*. févr 2011 ; 102(1) : 18-29.
- [155] Ontario Hospital Association. Guide d'évaluation du risque de suicide. [En ligne]. Disponible sur <http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/Documents/Final%20-%20French%20version%20of%20Suicide%20Risk%20Assessment%20Guidebook.pdf> (Site internet consulté le 14/12/13)
- [156] GOLDSTON, D. Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. [En ligne]. 2000. Disponible sur <http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/GoldstonAssessmentSuicidalBehaviorsRiskChildrenAdolescents.pdf> (Page consultée le 15/01/14)
- [157] BALLARD ED, BOSK A, SNYDER D, et al. Patients' opinions about suicide screening in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. janv 2012 ; 28(1) : 34-38.
- [158] LARZELERE RE, ANDERSEN JJ, RINGLE JL, et al. The child suicide risk assessment : a screening measure of suicide risk in pre-adolescents. *Death Stud*. nov 2004 ; 28(9) : 809-827.
- [159] HOROWITZ LM, WANG PS, KOOSHER GP, et al. Detecting suicide risk in a pediatric emergency department : development of a brief screening tool. *Pediatrics*. mai 2001 ; 107(5) : 1133-1137.
- [160] REYNOLDS W, MASSA J. Assessment of Suicidal Ideation in Inner-City Children and Young Adolescents : Reliability and Validity of the Suicidal Ideation Questionnaire-JR. *School Psychol. Rev*. 1999 ; 29(1) : 17-30.
- [161] POTARD C, KUBISZEWSKI V, GIMENES G, et al. Validation of the French version of the Suicidal Ideation Questionnaire among adolescents. *Psychiatry Res*. févr 2014 ; 215(2) : 471-476.
- [162] COTTON C, PETERS D, RANGE L. Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire. *Death Studies*, 1995 ; 19 : 391-397.
- [163] JONES JE, SIDDARTH P, GURBANI S, et al. Screening for suicidal ideation in children with epilepsy. *Epilepsy Behav*. déc 2013 ; 29(3) : 521-526.
- [164] BRETON JJ, BERGERON L, VALLA JP, et al. Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec : reliability findings in light of the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. nov 1998 ; 37(11) : 1167-1174.
- [165] CARON G, BRIAND C. Instruments psychométriques. [En ligne]. Disponible sur <http://instrumentspsychometriques.mcgill.ca/> (Site internet consulté le 30/01/14)
- [166] MOOR L, MACK C. Version française d'échelles d'évaluation de la dépression I. Échelles de Birlson et de Posnanski (CDRS-R). *Neuropsychiatr enfan*. 1982 ; 30 : 623-626.

- [167] POSNER K, OQUENDO MA, GOULD M, et al. Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA) : Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *Am J Psychiatry*. juill 2007 ; 164(7) : 1035-1043.
- [168] WELLER EB, WELLER RA, DAVIS GP. Use of venlafaxine in children and adolescents : a review of current literature. *Depress Anxiety*. 2000 ; 12 Supplement 1 : 85-89.
- [169] REICH W. Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2000 ; 39(1) : 59-66.
- [170] AMBROSINI PJ. Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. janv 2000 ; 39(1) : 49.
- [171] COTIS JP. Populations légales en vigueur à compter du 1er janvier 2012. Recensement de la population. INSEE, Réunion. Disponible sur <http://www.insee.fr/fr/ppp/bases-de-donnees/recensement/populations-legales/pages2011/pdf/dep974.pdf> (Site internet consulté le 14/10/2014)
- [172] VÄRNIK P. Suicide in the world. *Int J Environ Res Public Health*. mars 2012 ; 9(3) : 760-771.
- [173] BRANDIBAS J. Traite de psychopathologie et thérapeutique réunionnaise. [En ligne]. Thèse de Doctorat, Psychologie. Saint-Denis : Université de La Réunion, 2003. Disponible sur : http://tel.archives-ouvertes.fr/docs/00/09/81/18/PDF/Traite_de_psychopathologie_et_therapeutique_reunionnais_e-PDF.pdf (Consultée le 02/03/2014)
- [174] EDWARD BURNETT TYLOR, (1871) cité par CUCHE in MORO MR. Manuel de psychiatrie transculturelle. Paris : Pensée sauvage, 1996, p 1.
- [175] HAN S, NORTHOFF G. Culture-sensitive neural substrates of human cognition : a transcultural neuroimaging approach. *Nat Rev Neurosci*. août 2008 ; 9(8) : 646-654.
- [176] CHUNG SS, JOUNG KH. Risk factors related to suicidal ideation and attempted suicide : comparative study of Korean and American youth. *J Sch Nurs*. déc 2012 ; 28(6) : 448-458.
- [177] JOE S, CANETTO SS, ROMER D. Advancing prevention research on the role of culture in suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav*. juin 2008 ; 38(3) : 354-362.
- [178] Organisation Mondiale de la Santé. Plan santé mentale 2013-2020. [En ligne]. 2013, 52 p. Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf (Site internet consulté le 18/09/2014)
- [179] Commission européenne. Livre vert. Améliorer la santé mentale de la Population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union Européenne. [En ligne]. 2005, 30 p. Disponible sur : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_fr.pdf (Site internet consulté le 14/09/14)
- [180] PELKONEN M, MARTTUNEN M. Child and adolescent suicide : epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003 ; 5(4) : 243-265.
- [181] VAN DER FELTZ- CORNELIS M, SARCHIAPONE M, POSTUVAN V, et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies : a review of systematic reviews. *Crisis*. 2011 ; 32(6) : 319-333.
- [182] ANDERSEN UA, ANDERSEN M, ROSHOLM JU, et al. Contacts to the health care system prior to suicide : a comprehensive analysis using registers for general and psychiatric

hospital admissions, contacts to general practitioners and practising specialists and drug prescriptions. *Acta Psychiatr Scand.* août 2000 ; 102(2) : 126-134.

[183] LACROIX S. Croyances et pratiques populaires à propos de la santé de l'enfant à l'île de La Réunion. Thèse de doctorat en médecine. Bordeaux : Université Bordeaux 2, 2000.

[184] Organisation Mondiale de la Santé. Médecine traditionnelle. Rapport du secrétariat (Point 14.10 de l'ordre du jour provisoire). [En ligne]. New-York : 56^e assemblée mondiale de la santé, 2003. Disponible sur http://apps.who.int/gb/archive/f/f_wha56.html (Site internet consulté le 06/10/2014)

[185] REZZOUG D, DE PLANÈN S, BENSEKHAR-BENNABI M, et al. Bilinguisme chez les enfants de migrants, mythes et réalités. *Le français aujourd'hui.* sept 2007 ; 158(3) : 58-65.

[186] CAMBEFORT JP. L'héritage de la violence à La Réunion. *Anthropologies de La Réunion.* Paris : C Ghasarian édit. Archives Contemporaines, 2008, 59-76.

[187] BOYER V. L'engagisme est un crime contre l'humanité. [En ligne]. 3 déc 2014. Disponible sur http://www.clicanoo.re/?page=archive.consulter&id_article=451740 (Site internet consulté le 16/11/2014)

[188] GILBERT R, WIDOM CS, BROWNE K, et al. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet.* 3 janv 2009 ; 373(9657) : 68-81.

[189] Observatoire Régional de la Santé. Tableau de bord violences. [En ligne]. 2007, 12p. Disponible sur <http://www.ors-reunion.org/-Tableaux-de-bord-> (Site internet consulté le 21/10/2014)

GLOSSAIRE

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

ASQ : Asq Screening Questions

BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire

CAIA : Child and Adolescent Impact Assessment

CAPA : Child and Adolescent Psychiatric Assessment

CASA : Child and Adolescent Services Assessment

C-CASA : Columbia Classification algorithm of suicide assessment

CBCL : Child Behavior Checklist

CDI : Child Depression Inventory

CDRS-R : Children's Depression Rating Scale (Forme révisée)

CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

CERESP : Centre d'Etudes et de Recherche en Santé publique (Belgique)

ChIPS : Children's Interview for Psychiatric Syndromes

CIM 10 : Classification Internationale des maladies, 10^{ème} édition

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CSPS : Child Suicide Potential Scale

CSA : Child Suicide Risk Assessment

DICA : Diagnostic Interview for Children and Adolescents

DISC : Diagnostic Interview Schedule for Children

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GESP : Groupement d'études et de prévention du suicide

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Inventaire de dépression chez l'enfant

INPES : Institut National de Prévention et d'éducation

Inserm : Institut National de la Santé et de la Recherche médicale

ISCA : Interview Schedule for Children and Adolescents

K-SADS : Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, School Age

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information

QPR : Programme Question, Persuade, Refer

RSQ : Risk of suicide questionnaire

SBQ-C : Suicidal Behavior Questionnaire for Children

SIQ : Suicidal Ideation Questionnaire

SIQ-JR : Suicidal Ideation Questionnaire, junior revisited

SOAR : Programme Suicide, Options, Awareness, Relief

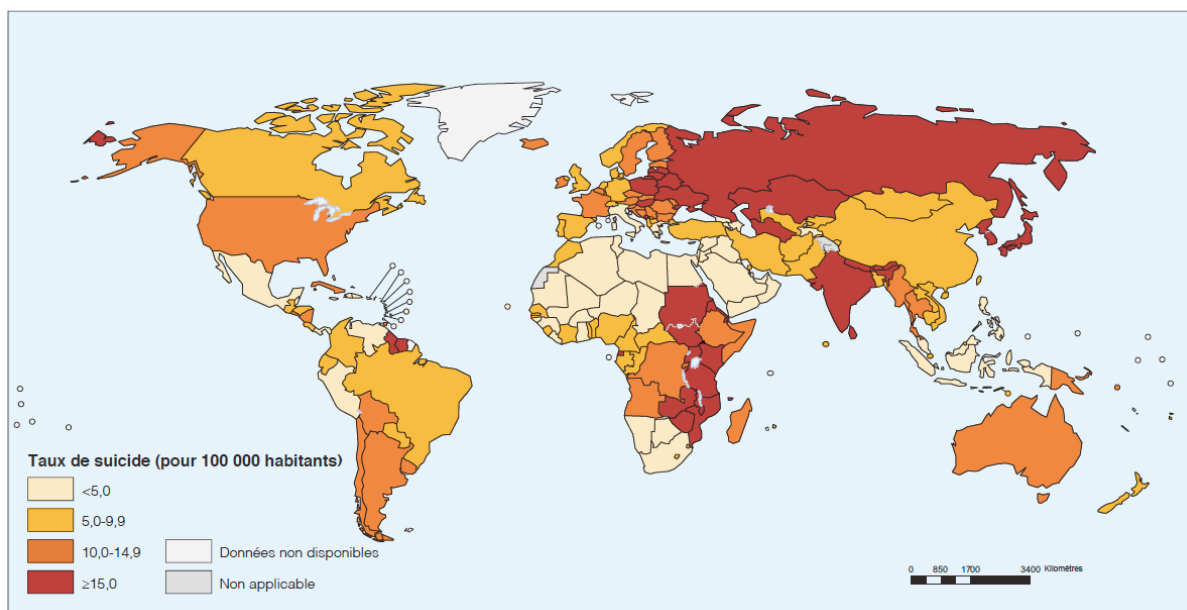
SSB : Spectrum of Suicidal Behavior Scale

TRF : Achenbach Teacher

YSR : Youth Self Report

ANNEXES

ANNEXE A : Carte des taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) en 2012 selon l'OMS



Taux de suicide standardisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), hommes et femmes, 2012

Source : OMS. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014, 89 p.

Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

ANNEXE B : Liste des facteurs de risque et des facteurs protecteurs de suicide selon l'OMS

❖ FACTEURS DE RISQUE :

• Individuels :

- Antécédents suicidaires personnels;
- Présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.);
- Pauvre estime de soi;
- Tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, colère, agressivité);
- Présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.);
- Désespoir;
- Facteurs génétiques et biologiques.

• Familiaux :

- Présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu;
- Existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu;
- Pertes et abandons précoces;
- Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents;
- Présence de conflits conjugaux majeurs;
- Comportements suicidaires de la part de l'un ou des deux parents;
- Problèmes de santé mentale chez l'un ou chez les deux parents.

• Psychosociaux :

- Présence de difficultés économiques persistantes;
- Isolement social et affectif de l'individu;
- Séparation et perte récente de liens importants, deuil;
- Placement dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention, traitement discriminatoire;
- Difficultés scolaires ou professionnelles;

- Effet de contagion (à la suite du suicide d'un proche, endeuillé à la suite d'un suicide);
 - Difficulté avec la loi;
 - Présence de problèmes d'intégration sociale.
- **Liés aux systèmes de santé ou aux sociétés :**
 - Obstacles à l'accès aux soins de santé (mauvaise organisation du système de santé);
 - Accès aux moyens de suicide;
 - Couverture médiatique du suicide inappropriée;
 - Stigmatisation associée à la demande d'aide.
- **Liés à la communauté et aux relations :**
 - Difficultés liés à l'acculturation et au déplacement;
 - Discrimination;
 - Traumatismes et abus;
 - Sentiment d'isolement et manque de soutien social;
 - Le conflit relationnel, la mésentente et la perte.

❖ **FACTEURS PROTECTEURS :**

- Relations familiales et amicales solides ;
- Croyances religieuses ou spirituelles ;
- Etat d'esprit axé sur les stratégies d'adaptation positives et le bien-être ;
- Capacité de demande d'aide et compétences personnelles.

Source : OMS. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014, 89 p.

Disponible sur http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

ANNEXE C : Statistiques

- **Odds Ratio (OR)** : Egalement dénommé Rapport de Cotes ou de chances exprime le degré de dépendance entre deux variables qualitatives entre 2 groupes.

Si l'odds ratio est :

- proche de 1, la maladie est indépendante du groupe ;
 - supérieur à 1, la maladie est plus fréquente dans le groupe A que dans le groupe B ;
 - inférieur à 1, la maladie est moins fréquente dans le groupe A que dans le groupe B.
-
- **Prevalence Ratio (PR)** (=Prevalence Rate Ratio) : Le PR exprime le risque pour des sujets exposés de développer une maladie par rapport aux sujets non exposés.
-
- **Kappa (k)** : Le kappa permet de calculer la concordance inter-observateurs ou entre un test et la variable que ce test met en évidence. Le kappa est interprété comme suit :
 - < 0,20 : Très faible concordance ;
 - de 0,20 à 0,40 : faible concordance ;
 - de 0,40 à 0,60 : Concordance modérée ;
 - de 0,60 à 0,80 : Bonne concordance ;
 - de 0,80 à 1 : Très bonne concordance.

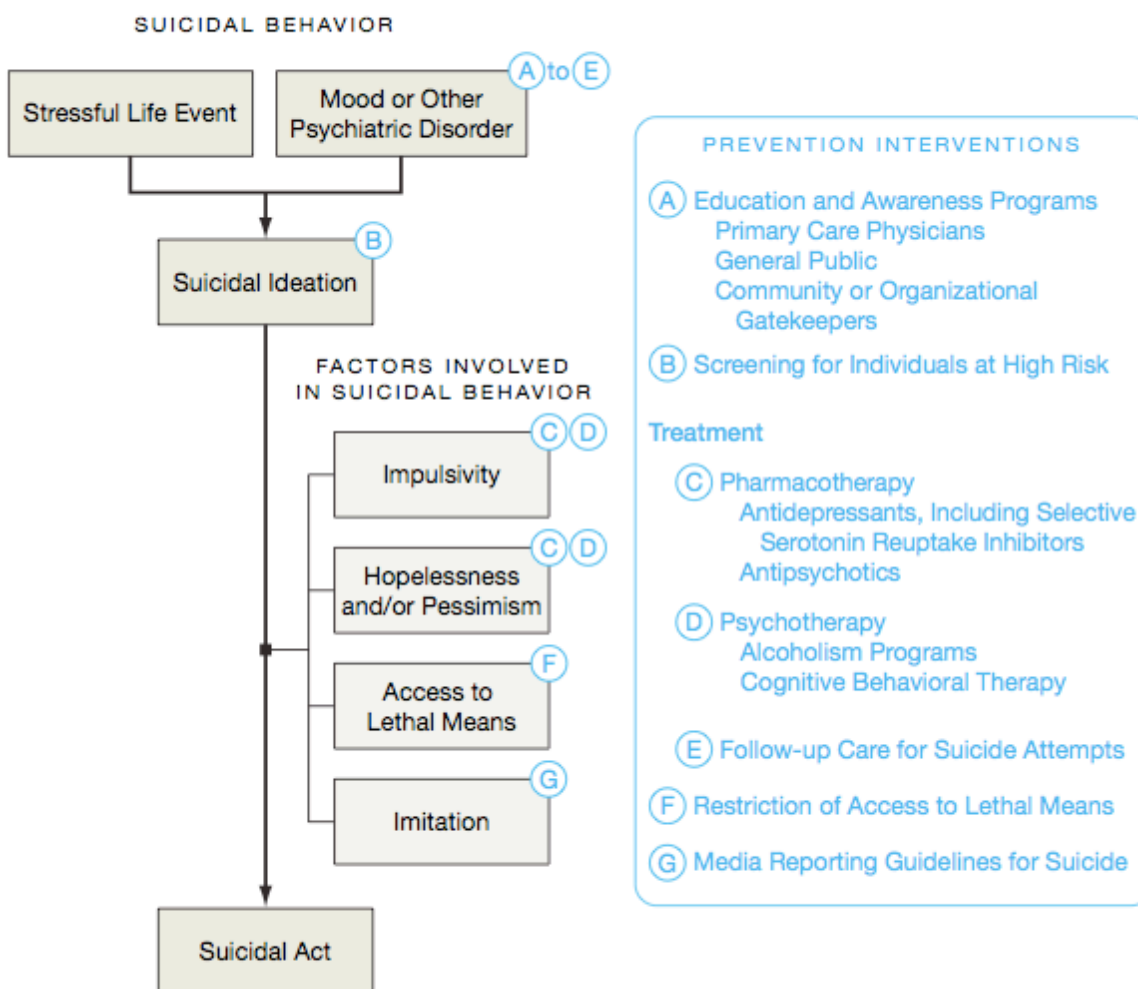
Source : Goldston, D. (2000). Assessment of suicidal behaviors and risk among children and adolescents. Technical report submitted to NIMH under Contract No. 263-MD-909995.

Disponible sur :

<http://www.sprc.org/sites/sprc.org/files/library/GoldstonAssessmentSuicidalBehaviorsRiskChildrenAdolescents.pdf> (Site internet consulté le 10 janvier 2014)

ANNEXE D : Version originale en langue anglaise du modèle du suicide de Mann (2005) et mesures de prévention associées

Figure. Targets of Suicide Prevention Interventions



PREVENTION INTERVENTIONS

- (A) Education and Awareness Programs
Primary Care Physicians
General Public
Community or Organizational Gatekeepers
- (B) Screening for Individuals at High Risk
- Treatment**
- (C) Pharmacotherapy
Antidepressants, Including Selective Serotonin Reuptake Inhibitors
Antipsychotics
- (D) Psychotherapy
Alcoholism Programs
Cognitive Behavioral Therapy
- (E) Follow-up Care for Suicide Attempts
- (F) Restriction of Access to Lethal Means
- (G) Media Reporting Guidelines for Suicide

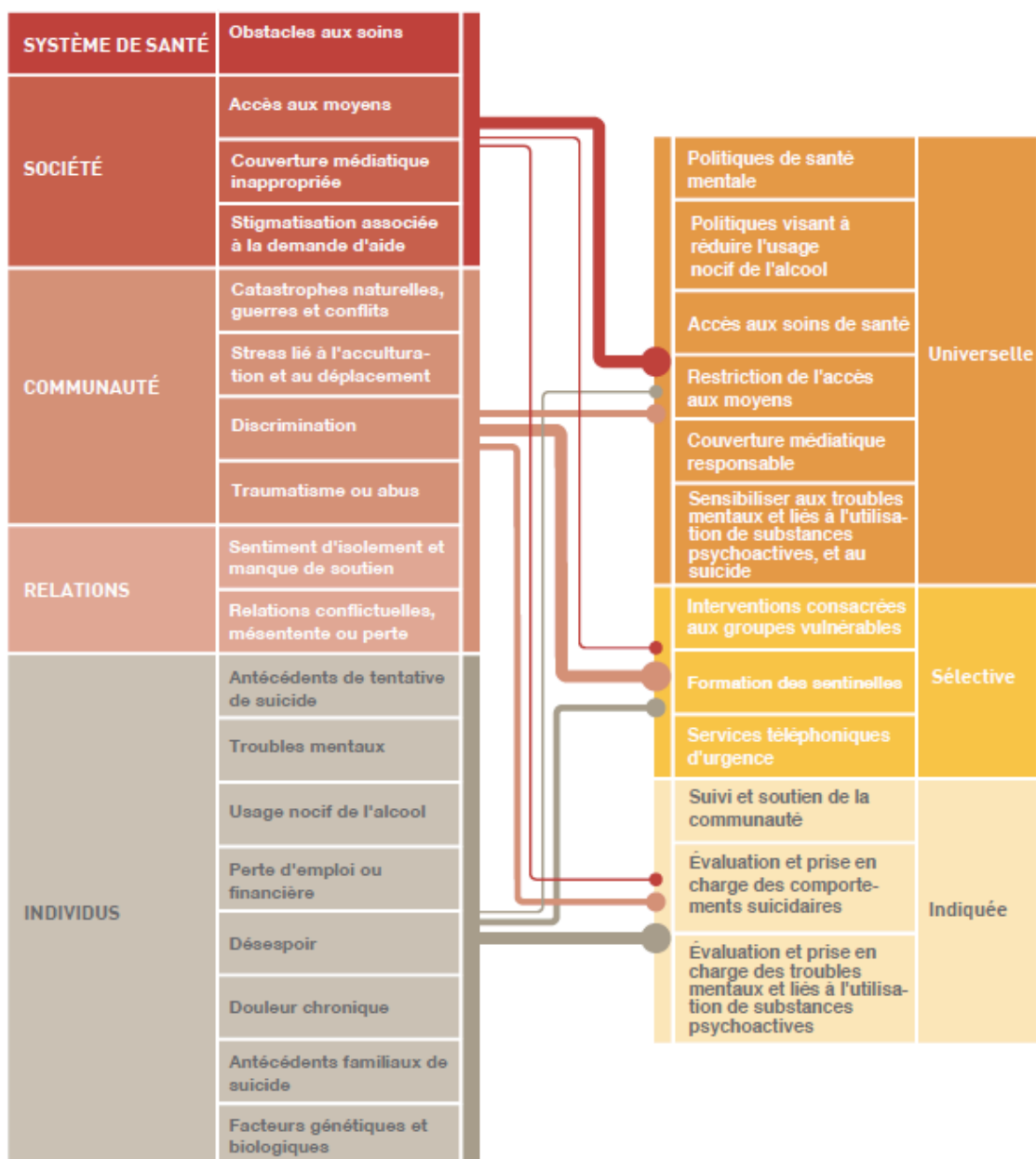
Circled letters refer to relevant prevention interventions listed on right.

Modèle du suicide de Mann (2005) et mesures de prévention associées, version originale en langue anglaise.

Source : Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies : a systematic review. JAMA. 26 oct 2005 ; 294(16) : 2064-2074.

ANNEXE E : Principaux facteurs de risque du suicide et actions associées selon l'OMS

(L'épaisseur des traits reflète l'importance relative des interventions à différents niveaux pour différentes catégories de facteurs de risque.)



Les principaux facteurs de risque du suicide associés aux interventions pertinentes.

Source : OMS. Prévention du suicide, l'état d'urgence mondial. 2014, 89 p.

Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

ANNEXE F : Echelle ASQ

eAppendix



Suicide Screening Questions for the Emergency Department

1. In the past few weeks, have you wished you were dead?

Yes No No response

2. In the past few weeks, have you felt that you or your family would be better off if you were dead?

Yes No No response

3. In the past week, have you been having thoughts about killing yourself?

Yes No No response

4. Have you ever tried to kill yourself?

Yes No No response

If yes, how?

When?

Patient Name: _____	Date: _____
Medical Record #: _____	
<small>(or Patient Label)</small>	

© 2012 American Medical Association. All rights reserved.



Echelle reproduite avec l'autorisation des auteurs

Source : Horowitz LM, Bridge JA, Teach SJ, Ballard E, Klima J, Rosenstein DL, et al. Ask Suicide-Screening Questions (ASQ) : a brief instrument for the pediatric emergency department. Arch Pediatr Adolesc Med. déc 2012 ; 166(12) : 1170-1076.

ABSTRACT :

Objective : Our primary objective was to review international literature on suicidal behavior prevention for children under age 13. Our secondary objective was to assess current scientific knowledge on that subject in the French overseas department of La Reunion.

Methods : We gathered all relevant articles on suicide prevention for children under 13 in the world, in France and in La Reunion island. We researched articles in the French and English languages in PubMed (MEDLINE), PsychINFO and SUDOC databases published until 2014. Research in La Reunion was extended to informally published literature.

Results : 189 articles were selected. There is not enough scientific evidence to support any efficient preventive measure against suicidal behavior for children under 13, whether primary, secondary tertiary or postvention. No study was conducted in La Reunion on suicidal behavior prevention for children.

Conclusion : We believe that suicide prevention for children would benefit from the development of preventive measures. Such measures would emerge from a coordinated multisectoral approach, they would be defined nationally and adapted the local or regional scale if necessary, all the while taking into account cultural considerations. Child abuse prevention or prevention of physical and emotional deprivation, medical and social support for families (strengthening attachment bonds and improving intrafamilial communication), as well the care of suicidal children seem to be the main measures to develop in order to prevent child suicide.